



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

**“EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LAS
CLAS COMO PROMOTOR DE CIUDADANÍA. ESTUDIO DE
CASO DE LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO DE CHIMBOTE”**

Tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia Social

AUTOR

PEDRO JOSE ALBUJAR MORENO

ASESORA

Mg. WIDDY GABRIELA DOLORIER TORRES

LIMA – PERÚ

2016

Resumen ejecutivo

Uno de los campos de estudio dentro de la gerencia social es el proceso de participación y promoción de ciudadanía. En el año 1994 se creó un modelo de asociación civil sin fines de lucro, llamado Comunidad Local de Administración de Salud CLAS, con personería jurídica de derecho privado, integrada por representantes de la comunidad organizada y representantes del sector salud quienes son los responsables de la administración del establecimiento de salud.

Dentro de las CLAS de la región Áncash se identificó, para estudio, a la CLAS de Miraflores Alto ubicada en el distrito de Chimbote, que tiene como particularidad una historia de más de veinte años de experiencia en cogestión del puesto de salud.

El objetivo de investigación ha sido el de identificar los principales factores que promueven ciudadanía dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de las CLAS, desde la experiencia de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

Antes de iniciar el trabajo de campo se han relevado los aspectos teórico y los resultados de las investigaciones acerca de participación comunitaria, ciudadanía y derechos en salud.

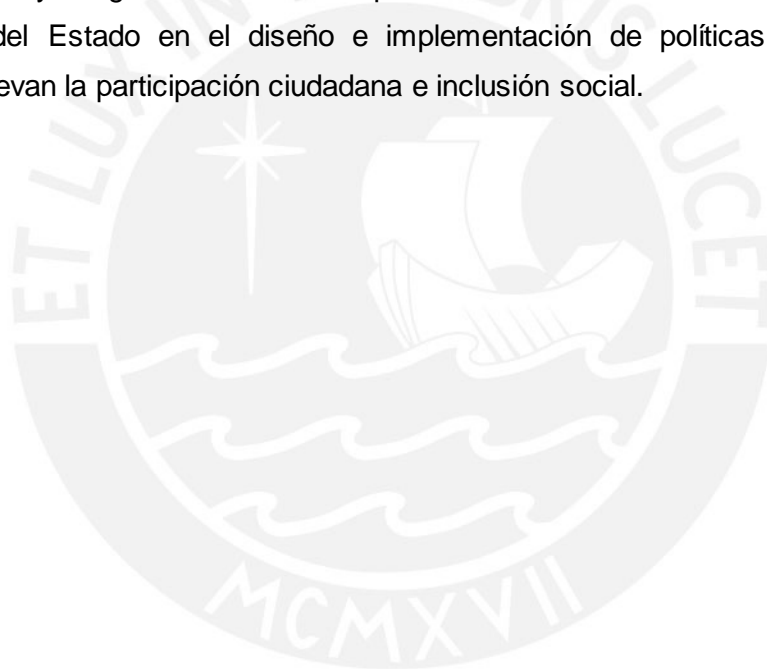
La investigación se diseñó como un estudio de caso con aplicación de encuestas (método cuantitativo) y entrevista en forma individual y grupal (método cualitativo) a usuarios de la CLAS, personal de salud, representantes de la Asamblea General, Agentes Comunitarios de Salud y líderes comunales.

Los resultados evidencian avances en el reconocimiento y respeto de los derechos y obligaciones en el campo de la salud de los usuarios; en especial de aquellas personas que participaron como representantes en la Asamblea General de la CLAS.

Los resultados también evidencian una falta de compromiso de las autoridades locales y regionales quienes incumplen en realizar la convocatoria a elecciones y

participar desde la Asamblea General en la planificación de la CLAS, y/o facilitar los procesos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana.

Las conclusiones de la investigación consideran la identificación de factores importantes en la promoción de ciudadanía, tales como los procesos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana (componentes operativos del modelo), la experiencia acumulada de cogestión de la CLAS Miraflores Alto, el surgimiento de líderes comunales, así como el hecho de que algunos representantes han desempeñado varios roles en la Asamblea y Consejo Directivo a lo largo de los años, lo que conlleva a un reconocimiento de los derechos y obligaciones en el campo de la salud. Finalmente es importante el papel del Estado en el diseño e implementación de políticas públicas que promuevan la participación ciudadana e inclusión social.



Índice

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción	
Capítulo I. Marco Teórico Referencial.....	14
1.1. Breve reseña histórica de la Comunidad Local de Administración de Salud de Miraflores Alto.....	14
1.2. Diagnóstico del entorno o de la demanda en Miraflores Alto.....	18
1.3. Contexto social, demográfico y económico del distrito de Chimbote.....	19
1.4. Puesto de Salud Miraflores Alto: infraestructura y personal.....	27
1.5. Conclusiones del capítulo.....	29
Capítulo II. Marco Teórico.....	30
2.1. Participación comunitaria	30
2.2. Promoción de ciudadanía.....	35
2.2.1. Derecho a la salud y ciudadanía.....	38
2.3. Las Comunidades Locales de Administración de Salud: Marco Regulatorio CLAS.....	41
2.3.1. Marco reglamentario de las CLAS.....	41
2.3.2. Conformación de los órganos de gobierno de las CLAS.....	43
2.4. Participación comunitaria y ciudadanía en experiencias de las CLAS.....	45
Capítulo III. Diseño de la investigación.....	48
3.1. Breve referencia al diseño.....	48
3.2. Método de investigación.....	48
3.3. Unidad de análisis.....	49
3.4. Fuentes de información.....	49
3.5. Universo y muestra.....	50
3.6. Técnicas de recolección de información.....	52
3.7. Instrumentos de recolección de información.....	54
3.8. Estrategias para la aplicación de los instrumentos.....	55
3.9. Esquema metodológico.....	55
Capítulo IV. Presentación de análisis e interpretación de los hechos.....	58
4.1. Planteamiento de la cogestión en salud del MINSA.....	58
4.1.1. Planteamiento conceptual.....	58

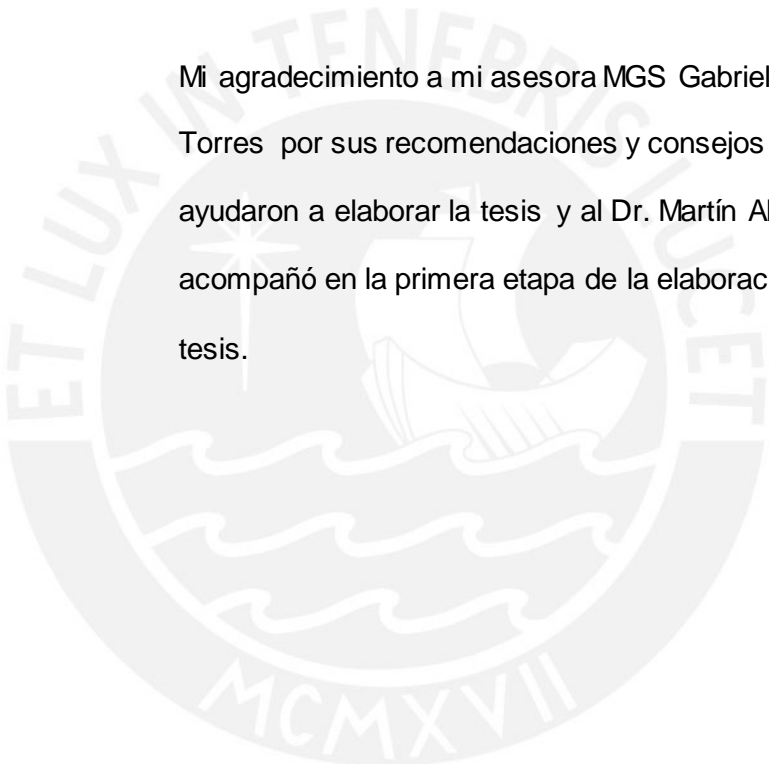
4.1.2. Planteamiento operativo.....	59
4.1.3. Discusión de resultados.....	65
4.2. Participación comunitaria en la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto.....	67
4.2.1. Planeamiento: Elaboración del PSL y definición de prioridades de salud.....	68
4.2.2. Organización: Elección de representantes de la comunidad...	70
4.2.3. Ejecución: Implementación del PSL y administración de recursos.....	76
4.2.4. Monitoreo y evaluación del Plan de Salud Local.....	77
4.2.5. Rendición de cuentas.....	78
4.2.6. Vigilancia ciudadana.....	81
4.2.7. Discusión de resultados.....	83
4.3 Deberes y derechos ciudadanos en el campo de la salud.....	87
4.3.1. Derecho a la información sobre su salud. Acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud.....	87
4.3.2. Derecho a decidir sobre la atención de su salud. Consentimiento informado en la atención de salud.....	92
4.3.3. Deber de la persona a participar en el cuidado de su salud....	94
Participación de la comunidad en el cuidado de su salud	
4.3.4. Discusión de resultados.....	99
Capítulo V Conclusiones	102
Capítulo VI Recomendaciones.....	108
Bibliografía	110
Anexos.....	116
Anexo 1. Entrevista grupal a miembros de la Asamblea General de la CLAS de Miraflores Alto. Guía de Temas	
Anexo 2. Entrevista individual a miembros de la Asamblea General de la CLAS de Miraflores Alto Guía de Temas	
Anexo 3. Entrevista grupal a agentes comunitarios de salud (ACS) de la CLAS de Miraflores Alto. Guía de Temas	
Anexo 4. Entrevista grupal al personal de salud de la CLAS de Miraflores Alto. Guía de Temas	
Anexo 5. Entrevista individual al personal de salud de la CLAS de Miraflores Alto	
Anexo 6. Entrevista grupal a miembros de la población en general (organizaciones sociales de base) de la jurisdicción de la CLAS de Miraflores Alto. Guía de Temas	
Anexo 7. Entrevista grupal a representantes y ex representantes de la Asamblea General de la CLAS Miraflores Alto	
Anexo 8. Encuesta a los usuarios(as) sobre derechos en salud: calidad de atención en la CLAS de Miraflores Alto	

Anexo 9. Resultados de encuesta de calidad de atención al usuario en la CLAS de Miraflores Alto
 Cuadros, gráficos y tablas

- Cuadro 1.1. Listado de actores sociales en la localidad y contribución a la salud CLAS Miraflores Alto, 2010
- Cuadro 3.1. Instrumentos de recolección de información
- Cuadro 3.2. Matriz de investigación
- Cuadro 4.1. Estructura del Plan de Salud Local
- Cuadro 4.2. Planteamiento operativo del programa CLAS
- Cuadro 4.3. Participación comunitaria en la cogestión de la CLAS: entre lo normado y la práctica
- Cuadro 4.4. Deberes y derechos ciudadanos en salud en la CLAS de Miraflores Alto
- Gráfico 1.1. La CLAS de Miraflores Alto
- Gráfico 1.2. Zona de Influencia de la CLAS de Miraflores Alto
- Gráfico 1.3. Reunión de trabajo: Gerente y personal de salud de la CLAS
- Gráfico 2.1. La escalera de la participación
- Gráfico 3.1. Esquema metodológico
- Gráfico 4.1. Participación ciudadana en la elección de representantes a la Asamblea General
- Gráfico 4.2. Conocimiento de la comunidad de que el PS Miraflores Alto funciona como CLAS
- Gráfico 4.3. Sobre lo que es una CLAS
- Gráfico 4.4. Razones de la no participación en las elecciones CLAS
- Gráfico 4.5. Asistencia a la asamblea de rendición de cuentas
- Gráfico 4.6. Motivos de inasistencia a la asamblea de rendición de cuentas
- Gráfico 4.7. El médico le explica e informa acerca de su enfermedad y tratamiento
- Gráfico 4.8. Profesional de salud brinda en términos comprensibles información completa
- Gráfico 4.9. Profesional de salud absuelve dudas durante atención de salud
- Gráfico 4.10. Profesional de salud aclara todas sus dudas
- Gráfico 4.11. Profesional de salud solicita consentimiento antes de iniciar procedimiento
- Gráfico 4.12. Profesional de salud otorga el tiempo adecuado a la atención
- Gráfico 4.13. Asistencia al Puesto de Salud para su control o de sus hijos de manera oportuna
- Gráfico 4.14. Motivos de los usuarios CLAS para no asistir a sus controles
- Gráfico 4.15. Usuarios CLAS que participan en campañas de salud
- Gráfico 4.16. Motivos de usuarios CLAS a no participar en campañas de salud
- Gráfico 4.17. Calificación de usuarios respecto a la atención en la CLAS Miraflores Alto
- Gráfico 5.1. Resultados de la investigación
- Tabla 1.1. Áreas de influencia: accesibilidad
- Tabla 1.2. Población por etapas de vida
- Tabla 1.3. Población por área de residencia y nivel de pobreza 2011
- Tabla 1.4. Población del distrito de Chimbote
- Tabla 1.5. Población ocupada de 14 y más años de edad, por ocupación principal en el distrito de Chimbote
- Tabla 1.6. Tipo de Abastecimiento de agua en el distrito de Chimbote

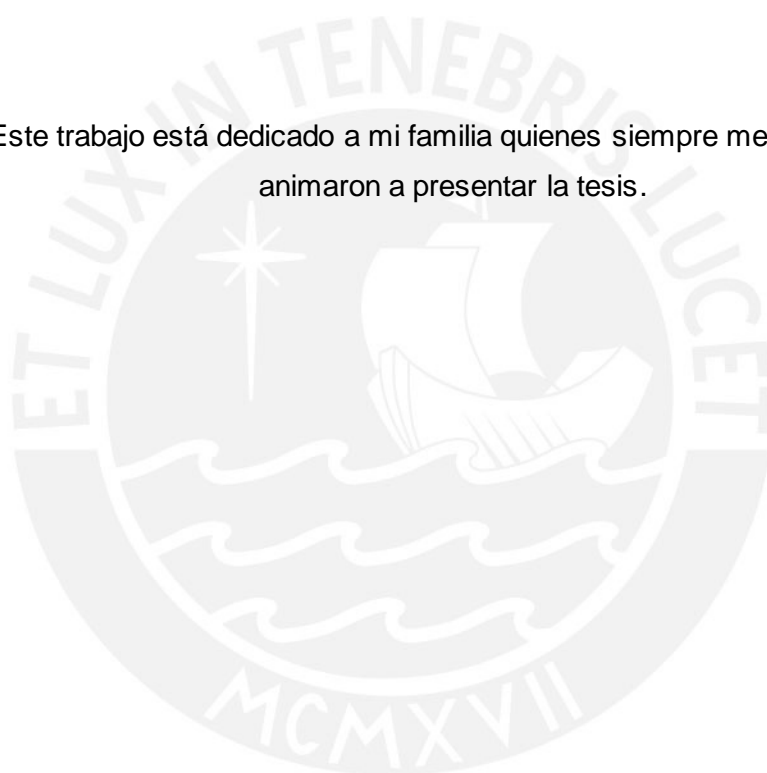
Tabla 1.7.	Material de predominante en las paredes exteriores de la vivienda Distrito de Chimbote
Tabla 1.8.	Población Económicamente Activa de 15 y más años de edad por nivel educativo alcanzado en el distrito de Chimbote
Tabla 1.9.	Centros Educativos en ámbito CLAS
Tabla 1.10.	Población total por afiliación a algún tipo de seguro de salud en el distrito de Chimbote
Tabla 1.11.	Distribución de la población por prestadores de salud Miraflores Alto por tipo de seguro
Tabla 1.12.	Diez primeras causas de morbilidad. CLAS Miraflores Alto
Tabla 1.13.	Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años
Tabla 1.14.	Agentes Comunitarios de Salud. CLAS Miraflores Alto
Tabla 1.15.	CLAS Miraflores Alto: recursos humanos.2012
Tabla 3.1	Población participante del estudio





Mi agradecimiento a mi asesora MGS Gabriela Dolorier Torres por sus recomendaciones y consejos que me ayudaron a elaborar la tesis y al Dr. Martín Alva quien nos acompañó en la primera etapa de la elaboración de la tesis.

Este trabajo está dedicado a mi familia quienes siempre me apoyaron y animaron a presentar la tesis.



Introducción

Planteamiento del problema

En mayo de 1994 se inició el Programa de Administración Compartida (PAC), como parte de una política de descentralización de la gestión operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud). Esta modalidad de administración consiste en la formación de una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado¹, integrada por representantes de la comunidad organizada y representantes del sector salud, quienes son responsables de la administración del establecimiento de salud. A estas asociaciones civiles, se les denomina Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS).

Las CLAS son reconocidas y promovidas por el Estado dentro del marco de cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones.

La cogestión de los servicios en salud contempla las acciones conjuntas que desarrollen la comunidad y los representantes del Ministerio de Salud (MINSa), a través del Gerente del establecimiento de salud de la respectiva CLAS. Estas acciones consideran la toma de decisiones consensuadas respecto a prioridades de políticas e intervenciones en salud, la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana, y acciones sobre los determinantes de la salud.

Así, pues, las CLAS constituyen una estrategia para lograr una mayor participación comunitaria y control social, que coadyuve a la descentralización de los servicios de salud, mejorando su accesibilidad, calidad y equidad para la población usuaria.

¹Organización de personas naturales que persiguen fines valiosos y que constituye un centro unitario ideal de imputación de situaciones jurídicas –derechos y deberes– con autonomía formal en relación con las personas que la integran.

<http://derechoregistralinformacion.com/informes/asociacionesinforme.htm#4>

De acuerdo a la información del Ministerio de Salud (2008) existen a nivel nacional, 763 Asociaciones CLAS que administran 2,152 Centros y, Puestos de Salud. Esta cantidad representa aproximadamente el 33% del total de establecimientos del primer nivel de atención. En su ámbito de operación atienden a una población aproximada de 8'500,000 habitantes, de estratos de mayor pobreza, que viven en zonas rurales y urbano-marginales.

Se estima que son 4,584 líderes comunales involucrados, como miembros de la Junta directiva de las CLAS, de los cuales el 67.5% son mujeres. (Laura Altobelli. Lima 2007)

En las experiencias de las CLAS se han observado diferentes niveles de participación comunitaria. De acuerdo a la evaluación del MINSA(2002), la participación puede desarrollarse en diversos grados, desde los niveles más bajos (manipulación, información y consulta) hasta niveles en los que los grupos interesados interactúan tomando decisiones y compartiendo el control sobre los recursos (creación de consenso, toma de decisiones, *partnership* y empoderamiento).

Así también, Marisol Vicuña (2000) reconoce liderazgos positivos y negativos en relación a las CLAS. Su estudio señala que debe reconocerse la existencia de líderes comprometidos con la comunidad, tanto como de oportunistas para el trabajo en salud.

En este marco, el modelo CLAS ha logrado formar nuevos líderes para la comunidad a partir del involucramiento de ciudadanos sin experiencia previa en la cogestión de servicios con instituciones del Estado, obteniendo, entre otros logros, un mayor conocimiento y reconocimiento de los derechos en salud que constituyen avances en el ejercicio ciudadano.

Por otra parte, Juan Arroyo (CIES 2001) señala un problema más de fondo: la ambigüedad del MINSA, evidenciada durante los años 90, respecto al desarrollo nacional del PAC, que ha tenido un desarrollo lento e incierto, dejado a criterio de los Directores Regionales de Salud. Existe, a pesar de ello, una opinión

favorable por parte de la mayoría de actores involucrados acerca de la necesidad del perfeccionamiento del modelo CLAS y no de su anulación.

En este escenario, el presente trabajo de investigación pretende identificar los principales factores que promueven ciudadanía dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de las CLAS, desde la experiencia de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

La participación ciudadana es un aspecto esencial para un estado democrático, la equidad y el desarrollo sostenible de un país. Amartya Sen (2000), asevera que la libertad para participar y tomar decisiones en forma democrática es esencial para el desarrollo. De ahí que las evaluaciones realizadas a las CLAS muestran que, a través de este modelo, se han logrado beneficios claros en lo que atañe a calidad y equidad de la atención brindada por el sector salud, y además en la eficiencia del gasto (Cortez 1998, Altobelli 2000).

Pero, por otro lado, hay cuestionamientos respecto a una efectiva participación comunitaria en las CLAS, manifestando que la participación de la comunidad se ha limitado sólo al grupo que conforma la Asamblea General, existiendo un desconocimiento total sobre el programa en el resto de la población (Vicuña 2000).

La CLAS del Puesto de Salud de Miraflores Alto, la más antigua de Chimbote, tiene la particularidad de ser un establecimiento de salud construido con el financiamiento de FONCODES, a través del modelo Núcleo Ejecutor en el año 1993, es decir con la participación de la comunidad, años antes de pasar a la modalidad de CLAS. Esto facilitó una identificación de la comunidad con el establecimiento de salud desde el inicio. Por otro lado, la CLAS de Miraflores Alto ha sido reconocida como la mejor CLAS de la Región Áncash en base al éxito en la implementación de diversos Programas de Salud. Por ello, la CLAS de Miraflores Alto, desde sus inicios, fue la institución sede de pasantía para dirigentes de otros distritos a fin de conocer el modelo de cogestión.

La investigación se relaciona con problemas de participación comunitaria y aportará a la Gerencia Social en el conocimiento sobre avances en ciudadanía y reconocimiento de derechos desde la experiencia de la cogestión en Salud.

A nivel de Macro Gerencia Social la investigación aborda el componente de desarrollo humano, libertad y expansión de capacidades (Jurado, 2012). A nivel de Micro Gerencia Social se centra en el proceso de participación y promoción de ciudadanía.

Por lo expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que promueven ciudadanía dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de las CLAS, desde la experiencia de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote?

El objetivo general de la investigación es identificar los principales factores que promueven ciudadanía dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de las CLAS, desde la experiencia de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

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

1. Conocer el planteamiento del programa de cogestión en salud del MINSA, en relación a la participación comunitaria en la gestión de las CLAS.
2. Analizar la participación comunitaria en la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.
3. Identificar los logros en el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos en el campo de la salud.

La investigación se ha desarrollado mediante un estudio de caso estructurándose en cuatro capítulos.

En el capítulo I se presenta una breve reseña histórica de la CLAS de Miraflores Alto, su ubicación, área de influencia, la oferta de servicios, así como los principales aspectos sociales, económicos y demográficos del distrito de Chimbote.

Respecto al capítulo II, Marco Teórico, se enfoca en los temas centrales de la pregunta de investigación: participación comunitaria, derechos en salud y el programa de cogestión del Ministerio de Salud. Se desarrollan los conceptos más importantes de participación comunitaria y derechos en salud. Respecto al programa de cogestión se presentan el marco reglamentario de las CLAS.

En el capítulo III, Diseño de Investigación, se describen los métodos y técnicas utilizadas para la recolección de la información, el universo y muestra de estudio que considera a los actores sociales dentro del proceso de cogestión de las CLAS de Miraflores Alto. Se concluye el capítulo presentando la matriz de investigación que contiene la pregunta de investigación, objetivos, componentes y subcomponentes, así como las fuentes de información.

En el capítulo IV, Presentación de Análisis e interpretación de los hechos, se da a conocer los resultados de la aplicación de las distintas técnicas de recolección de la información implementadas (entrevistas, encuestas y revisión documental) sobre los actores sociales del proceso de cogestión de salud de la CLAS de Miraflores Alto.

Las conclusiones de la investigación confirman que los procesos de vigilancia ciudadana y rendición de cuentas en las CLAS son promotores de ciudadanía. Si bien es perfectible el proceso de vigilancia ciudadana, los representantes de la comunidad reciben y dan seguimiento a las quejas de los usuarios. Así mismo, la experiencia acumulada de más de veinte de años en cogestión contribuye al reconocimiento del personal de salud hacia los deberes y derechos individuales y sociales en salud. Por otro lado, la experiencia de cogestión de los representantes de la Asamblea contribuye a que sean más activos en ejercer sus derechos y sus deberes en el campo de la salud. Finalmente es importante destacar el surgimiento de nuevos dirigentes comunales comprometidos con Miraflores Alto que han desarrollado capacidades de liderazgo y gestión.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL: REFERENCIAS DEL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO

La CLAS de Miraflores Alto se encuentra ubicada en el Asentamiento Humano de Miraflores Alto, zona urbano marginal del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash. La ocupación de terrenos se inició en 1954 con 25 familias, en un terreno de dos manzanas. El 23 de julio de 1961 fue reconocido como Pueblo Joven y en 1993 como Asentamiento Humano.

El Puesto de Salud Miraflores Alto, se inició como un consultorio integral con servicios de la ONG “Casa de la Mujer”, el 8 de mayo de 1991. En setiembre de 1991, el MINSA asume su funcionamiento como consultorio médico a cargo de un Médico SERUMS en el local comunal. El 9 de febrero de 1992 se apertura la farmacia cogestionada como parte del proyecto de revitalización de los servicios periféricos (PRORESEP) que posteriormente se convierte en el Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM).

En el año 1993 se construye el local con el financiamiento de FONCODES pero bajo la gestión de la propia comunidad, a través de un Núcleo Ejecutor. La obra se financió mediante el Convenio N° 2519932482, suscrito entre FONCODES y el Núcleo Ejecutor, con un presupuesto de S/. 29,150.00 y un aporte comunal de S/.3,070.00, dado en mano de obra no calificada. La obra se inició el 28/6/1993 y se culminó el 4/12/1993. Posteriormente el Puesto de Salud se asignó a la UTES La Caleta.

El 16 de setiembre de 1994, mediante un contrato con la Dirección Regional de Salud de Ancash, se constituye en Comité Local de Administración de Salud (CLAS), actualmente Comunidad Local de Administración de Salud,

encargada en adelante de administrar los recursos del establecimiento de salud. En el gráfico 1.1 se aprecia el local del puesto de salud.

El 15 de septiembre de 1995, la Municipalidad Provincial del Santa dona a favor de la Sub dirección Regional de Salud – Ministerio de Salud UTES “La Caleta”, la integridad del lote de la Mz “F” del PP.JJ. Miraflores Alto, de 500m² (20 m de frontera por 25 m de fondo). El título de Propiedad fue expedido el 8 de abril de 1998 formalizando la propiedad del inmueble a favor de la CLAS.

En el gráfico 1.1 se aprecia el local del Puesto de Salud que se constituye en CLAS a partir del año 1994 hasta hoy.

Gráfico 1.1. La CLAS de Miraflores Alto



La CLAS de Miraflores Alto tiene a su cargo la administración del Puesto de Salud del mismo nombre, ubicado en la Av. Pardo cuadra 28 s/n, Chimbote, a 5 Km al sur del centro de Chimbote.

El nombre del establecimiento es Puesto de Salud MIRAFLORES ALTO con la categoría I-3 perteneciente a la Red Pacífico Norte - La Caleta - Chimbote, de la Dirección Regional de Salud de Áncash.

En el Plan de Salud 2013 se estima la población del área de influencia en 36,090 personas que habitan en los siguientes Asentamientos:

Miraflores Alto
 Tres Estrellas
 Reubicación
 Miraflores Bajo
 Miraflores III Zona
 Entre Pardo y Meiggs
 Los Paisajes
 El Milagro
 Nuevo Edén
 Las Dunas

En la Tabla 1.1 se aprecian las distancias de los AAHH del área de influencia al Puesto de Salud.

Tabla 1.1. Áreas de influencia: accesibilidad

AA.HH	DISTANCIA	TIEMPO EN VEHICULO	TIEMPO A PIE
Miraflores alto	0.8 Km	2 – 4 minutos	15 minutos
Miraflores III zona	1.3 Km	5 – 8 minutos	20 minutos
Reubicación	1.2 Km	5 – 10 minutos	20 minutos
Tres estrellas	0.9 Km	5 – 8 minutos	15 minutos
Miraflores Bajo	1.5 Km	10 – 14 minutos	24 minutos
El Milagro	1.4 Km	12 – 15 minutos	30 minutos
Nuevo Edén	1.8 Km	14 – 20 minutos	30 minutos

Fuente: PSL 2013

Los límites actuales de la jurisdicción asignada a la CLAS de Miraflores Alto son los siguientes:

Por el Norte: Con el Pueblo Joven Miramar Alto
 Por el Sur: Con el Pueblo Joven San Juan
 Por el Este: Con el Asentamiento Humano Ramal Playa
 Por el Oeste: Con los Asentamientos Humanos La Libertad y La Florida

Gráfico 1.2. Zona de Influencia de la CLAS de Miraflores Alto



Fuente: CLAS Miraflores Alto



1.2. DIAGNÓSTICO DEL ENTORNO O DE LA DEMANDA EN MIRAFLORES ALTO

En el Plan de Salud Local del año 2013 (PSL 2013) se diagnosticó la demanda por los servicios de salud en la zona de Miraflores Alto. Se estimó que existían 5,941 niños menores de 9 años que representan el 16%; 6,504 adolescentes (de 10 a 19 años) que componen el 18%; 19,838 adultos que representan el 55%, y 3,817 adultos mayores que representan el 11% de la demanda de servicios de salud a ser atendidos por la CLAS y otros prestadores de salud.

Tabla 1.2. Población por etapas de vida

GRUPO ETÁREO	COMPOSICIÓN	N°	TOTAL	
Niño	< 1 año	619	5941	16%
	De 1 año	604		
	De 2 a 4 años	1773		
	De 5 a 9 años	2945		
Adolescente	De 10 a 14 años	3114	6504	18%
	De 15 a 19 años	3380		
Adulto	De 20 a 44 años	14656	19838	55%
	De 45 a 59 años	5182		
Adulto mayor	De 60 a más años	3817	3817	11%
TOTAL			36090	100%

Fuente: PSL 2013 CLAS Miraflores Alto

En el PSL 2013 de la CLAS Miraflores Alto también se estima que el 100% de la población reside en área urbano marginal y se encuentra en el III quintil en relación a la distribución de la población por estratos de pobreza.

Tabla 1.3. Población por área de residencia y nivel de pobreza año 2011

POBLACIÓN	Nº	%	PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESTRATOS DE POBREZA O QUINTILES				
			I	II	III	IV	V
Área Urbana							
Área Urbano Marginal	36090	100			36090		
Área Rural							
TOTAL	36090	100	0	0	36.090	0	0,00

Fuente: PSL 2013 CLAS Miraflores Alto

1.3. CONTEXTO SOCIAL, DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO DEL DISTRITO DE CHIMBOTE

La información del perfil social, demográfico y económico de Miraflores Alto fue muy limitada, desactualizada o discrepante entre las fuentes, por lo que se presenta la información del INEI- Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda respecto al distrito de Chimbote la que será útil para presentar el contexto en el cual la CLAS de Miraflores Alto ofrece servicios de salud.

a) Población

De acuerdo a los resultados de los Censos Nacionales INEI-2007 (XI de Población y VI de Vivienda), el distrito de Chimbote registra una población de 215,817 personas, siendo ligeramente mayor el porcentaje de mujeres.

Tabla 1.4. Población del distrito de Chimbote

POBLACION	Distrito CHIMBOTE	
	Nº	%
Hombres	107,612	49,9
Mujeres	108,205	50,1
Total	215,817	100

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Por su parte, la CLAS de Miraflores Alto tiene dentro de su jurisdicción una población de 36,090 personas, que es aproximadamente el 17% de la población del distrito.

b) Aspectos socioeconómicos del distrito de Chimbote

- **Actividades económicas principales.** La población del distrito de Chimbote tiene como ocupación principal el comercio y reparación de vehículos automóviles, así como el comercio minorista, actividades que concentran el 46.8 % de la PEA mayor a 14 años del distrito. En la tabla número 1.5 se aprecia las ocupaciones más importantes en el distrito.

Tabla 1.5. Población ocupada de 14 y más años de edad, por ocupación principal en el distrito de Chimbote

OCUPACIÓN PRINCIPAL	NRO. PERSONAS	%
Comerc., rep., veh., autom., motoc., efect., pers.	20058	25,6%
Comercio al por menor	16648	21,2%
Industrias manufactureras	9383	12,0%
Trans., almac. y comunicaciones	7618	9,7%
Agric., ganadería, caza y silvicultura	7366	9,4%
Activid.inmobil., empres. y alquileres	5691	7,3%
Construcción	5443	6,9%
Hoteles y restaurantes	4498	5,7%
Enseñanza	4225	5,4%
Otras activ. serv.comun.soc y personales	2973	3,8%
Venta, mant.y rep. veh.autom.y motoc.	2557	3,3%
Pesca	2470	3,1%
Admin.pub. y defensa; p. segur.soc.afil	2283	2,9%
Actividad económica no especificada	2264	2,9%
Servicios sociales y de salud	1692	2,2%
Hogares privados con servicio doméstico	1648	2,1%
Comercio al por mayor	853	1,1%
Intermediación financiera	444	0,6%
Suministro de electricidad, gas y agua	274	0,3%
Explotación de minas y canteras	139	0,2%
Total	78469	100,0%

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.
Elaboración propia a partir del Cuadro N° 32: Población ocupada de 14 y más años de edad, por ocupación principal, según departamento, provincia y distrito, área urbana y rural, sexo y rama de actividad económica. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>

- **Servicios básicos.** El 84% de las viviendas del distrito de Chimbote cuentan con red pública (agua potable) dentro de la vivienda; sin embargo, existen comunidades nuevas como Las Perlitas, El Milagro y Nuevo Edén en las que la mayoría de viviendas no cuentan con estos servicios básicos, lo que constituye un 11% de viviendas en donde, a pesar de vivir en una zona urbana, no se cuentan con red pública.

Tabla 1.6. Tipo de Abastecimiento de agua en el distrito de Chimbote

TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA	NRO.	%
Red pública dentro de la vivienda (agua potable)	37,993	84%
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación (agua potable)	2,142	5%
Pilón de uso público (agua potable)	907	2%
Camión-cisterna u otro similar	140	0%
Pozo	556	1%
Río, acequia, manantial o similar	1,518	3%
Vecino	1,650	4%
Otro	351	1%
Total Viviendas	45,257	100%

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Elaboración propia a partir del Cuadro N° 9: Viviendas particulares con ocupantes presentes, por tipo de abastecimiento de agua, según departamento, provincia, distrito, área urbana y rural, tipo de vivienda y total de ocupantes presentes. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>

- Por otra parte, el 75.6% de viviendas del distrito de Chimbote se han construido utilizando ladrillo o cemento como material predominante en las paredes exteriores. Un 11.2% utilizan adobe o tapia y un 9.3% de las viviendas son de esteras.

Tabla 1.7. Material predominante en las paredes exteriores de la vivienda Distrito de Chimbote

MATERIAL PREDOMINANTE PAREDES EXTERIORES VIVIENDA	NRO.	%
Ladrillo o bloque de cemento	34,234	75,6%
Adobe o tapia	5,068	11,2%
Madera (pona, tornillo, etc.)	1,180	2,6%
Quincha (caña con barro)	135	0,3%
Estera	4,212	9,3%
Piedra con barro	19	0,0%
Piedra o sillar con cal o cemento	41	0,1%
Otro material	368	0,8%
Total Viviendas	45,257	100%

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Elaboración propia a partir del Cuadro N° 7: viviendas particulares con ocupantes presentes, por material de predominante en las paredes exteriores de la vivienda, según departamento, provincia, distrito, área urbana y rural, tipo de Vivienda y total de ocupantes presentes.

En: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>

- Educación. En el distrito de Chimbote, de la población mayor de 15 años el 39% ha concluido la secundaria y el 17 % la primaria. Los indicadores de educación son mejores en hombres que en mujeres. La PEA está constituida en un 34% por mujeres. El número de ellas que ya concluyó la primaria y secundaria es significativamente menor que el número de varones.

Tabla 1.8. Población Económicamente Activa de 15 a más años de edad por nivel educativo alcanzado en el distrito de Chimbote

DISTRITO CHIMBOTE		%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Sin nivel	2,754	3,3%	1,187	43%	1,567	57%
Educación inicial	62	0,1%	37	60%	25	40%
Primaria	14,302	17,3%	9,507	66%	4,795	34%
Secundaria	32,651	39,5%	23,531	72%	9,120	28%
Superior no univ. incompleta	5,443	6,6%	3,706	68%	1,737	32%
Superior no univ. completa	7,915	9,6%	4,906	62%	3,009	38%
Superior univ. incompleta	6,720	8,1%	4,325	64%	2,395	36%
Superior univ. completa	12,762	15,4%	7,268	57%	5,494	43%
Total	82,609	100,0%	54,467	66%	28,142	34%

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Elaboración propia a partir del Cuadro N° 33: Población Económicamente Activa de 15 a más años de edad, por categoría de ocupación, según departamento, provincia, área urbana y rural, sexo y nivel educativo alcanzado.

En: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>

De acuerdo al Plan de Salud 2013, 6,364 alumnos estudiaban en 28 centros de los diferentes niveles educativos dentro del ámbito de la CLAS.

Tabla 1.9. Centros educativos en ámbito CLAS

CENTROS EDUCATIVOS	N° DE CENTROS	N° DE AULAS	N° DE DOCENTES	N° DE ALUMNOS
Centros de educación inicial y PRONOEI	16	30	30	769
Colegios primarios	7	100	100	3.580
Colegios secundarios	5	65	65	2.015
Institutos superiores y universidades	0	0	0	0
Total	28	195	195	6364

Fuente: Plan de Salud 2013 CLAS de Miraflores Alto

c) Salud

Un 60% de la población del distrito de Chimbote no cuenta con ningún seguro de salud. Tan sólo el 34% se encuentra afiliado a ESSALUD y un 8% al Seguro Integral de Salud, SIS.

Tabla 1.10 Población total por afiliación a algún tipo de seguro de salud en el distrito de Chimbote

	TOTAL	AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD			
		SIS (SEGURO INTEGRAL DE SALUD)	ESSALUD	OTRO SEGURO DE SALUD	NINGUNO
Menos de 1 año	3499	744	731	138	1892
De 1 a 14 años	53724	7383	11494	2416	32517
De 15 a 29 años	58464	1794	7686	2839	46243
De 30 a 44 años	47175	895	11245	3132	32140
De 45 a 64 años	35999	626	10761	2558	22214
De 65 y más años	16956	405	7390	994	8199
Distrito CHIMBOTE	215817	11847	49307	12077	143205

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Elaboración propia a partir del Cuadro N° 1: Población total, por afiliación a algún tipo de seguro de salud, según departamento, provincia, distrito, área urbana y rural, sexo y grupos de edad.

En: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>

La población bajo responsabilidad directa de la CLAS de Miraflores Alto es de 21,654 personas constituidas por los afiliados al SIS y aquellos que no cuentan con ningún tipo de seguro médico.

Tabla 1.11. Distribución de la población por prestadores de salud- Miraflores Alto por tipo de seguro

	TOTAL	AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD		
		SIS (SEGURO INTEGRAL DE SALUD)	Otros Prestadores: ESSALUD FFAA	NINGUNO
Todo Miraflores Alto	36,090	6,496	14,436	15,158
PS Miraflores Alto	21,654	6,496		15,158

Fuente: PSL 2013 CLAS de Miraflores Alto

Según datos reportados por el Puesto de Salud de Miraflores Alto las principales causas de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas (IRAS), tal como se aprecia en la Tabla N° 1.12. En el caso de los niños menores de 5 años, las enfermedades más recurrentes son también las Infecciones Respiratorias Agudas, seguidas de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), como se muestra en la Tabla N° 1.13.

Tabla 1.12. Diez primeras causas de morbilidad – PS Miraflores Alto

N°	MORBILIDAD	N°	%
1	Infecciones Respiratorias Agudas	416	35.4%
2	Síndrome obstructivo bronquial	280	23.8%
3	Parasitosis intestinal	155	13.2 %
4	Caries dental	125	10.6 %
5	Enfermedades Diarreicas Agudas	66	5.6%
6	Infecciones de la piel	58	4.9%
7	Enfermedades degenerativas	28	2.4%
8	Infecciones de transmisión sexual	19	1.6%
9	Enfermedades respiratorias crónicas	19	1.6%
10	Enfermedades cardíacas hipertensivas	7	0.6%
Total		1173	100%

Fuente: PSL 2010

Tabla 1.13. Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años

N°	MORBILIDAD	N°	%
1	Infecciones Respiratorias agudas	215	36.1%
2	Enfermedades Diarreicas Agudas	106	17.8%
3	Síndrome obstructivo bronquial	97	16.3%
4	Infecciones del Tracto Urinario	94	15.4%
5	Infecciones de la piel	92	14.8%
Total		594	100%

Fuente: PSL 2010

d) Actores sociales locales

La CLAS Miraflores Alto identifica en su Plan de Salud 2013 a las organizaciones políticas y sociales existentes más importantes para la gestión de la salud dentro de su jurisdicción.

En lo que a organizaciones sociales se refiere se han identificado a los Comedores populares, Clubes de Madres y Comités de Vaso de Leche como aliados en la implementación de diversos programas de salud, promoción de estilos de vida saludable y participación en las campañas de prevención de las

enfermedades. Se considera también a las autoridades políticas, Gobernadores y Teniente Gobernadores, como aliados para la implementación de actividades de proyección comunitaria.

Cuadro 1.1. Listado de actores sociales en la localidad y contribución a la salud en Miraflores Alto

	¿QUÉ PUEDEN HACER PARA CONTRIBUIR EN LA SALUD DE LA POBLACION?	Influencia en el trabajo de la CLAS (- / + / ++ / +++)
1. Gobierno local	Delegar a su representante para integrar la Asamblea General de la CLAS, ejecutar los presupuestos participativos para el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento del Puesto de Salud.	+
2. Alcalde delegado	NINGUNO	-
3. Agentes municipales	NINGUNO	-
4. Gobernadores	Coordina con la CLAS para la realización de actividades de proyección comunitaria.	+++
5. Tenientes gobernadores	Coordina con el Gobierno Local para el mejoramiento y construcción de obras.	++
6. Secretarios generales	Integrar la Mesa de Concertación del Puesto de Salud y coordinar acciones que conlleven al mantenimiento de la salud pública.	+
Organizaciones Sociales		
Comité de vaso de leche.	Contribuyen a la promoción y prevención de enfermedades y disminución de la desnutrición crónica. Facilitan el acceso a la población a los servicios de salud, incluyendo la promoción de estilos de vida saludables.	+
Clubes de madres	Apoyo en campañas de difusión y Promoción de la Salud.	+
Comedores populares	Coordinación para incorporación de los diversos programas de salud establecidos.	+
Clubes juveniles	NINGUNO	-
Comunidades campesinas	NINGUNO	-
Juntas vecinales	NINGUNO	-
Amapafas	NINGUNO	-
Iglesia	Integración a la Mesa de Concertación del Puesto de Salud, promoción de la salud, facilitadora para el acceso a los servicios de salud.	+

Fuente: Plan de Salud 2013 CLAS de Miraflores Alto

En lo que respecta a Agentes Comunitarios de Salud, la CLAS Miraflores Alto empadronó a 10 promotores de salud que participan activamente en las actividades de prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludable dentro de su comunidad.

Tabla 1.14. Agentes Comunitarios de Salud –CLAS Miraflores Alto

AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD	NÚMERO
Parteras comunales	0
Promotores y vigías de salud	10
Otros (curanderos, hueseros, comadronas, etc.)	4

Fuente: Plan de Salud 2013 CLAS de Miraflores Alto

1.4. PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO: INFRAESTRUCTURA Y PERSONAL

El puesto de salud de la CLAS de Miraflores Alto está construido con material convencional (columnas, vigas y aligerado) y cuenta con 18 ambientes para sus diferentes servicios, entre ellos dos consultorios de medicina, uno de enfermería, unode odontología, uno de obstetricia, un ambiente de laboratorio y una sala de espera. Para un mejor servicio sería importante dotar a los ambientes con mayor y mejor mobiliario y equipos.

El personal de la CLAS a la fecha es de 44 colaboradores, de los cuales 16 corresponden al SERUMS y trabajan *ad honoren*. En la tabla N° 1.16 se muestra la distribución del personal por especialidad y modalidad de contrato.

Tabla 1.15. CLAS de Miraflores Alto: Recursos humanos – 2012

RR.HH	D.L. 276	CONTRATO CLAS	SERUMS AD HONOREM	CONTRATO ADMINISTRATIVO SERVICIOS (CAS)	SIS	TOTAL
Médicos	2		2	1		5
Enfermeras	2		3	3		8
Obstetrices	1	2	2	1		6
Odontólogos	1		1			2
Químico Farmacéutico			2			2
Psicóloga			1			1
Bióloga			1			1
Prof. No Médico			4			4
Téc. Enfermería	3	3				6
Téc. Farmacia				1	1	2
Téc. Laboratorio	1			1		2
Téc. Administrativo				2	1	3
Servicios					2	2
TOTAL	10	5	16	9	4	44

Fuente: CLAS P.S. Miraflores Alto – PSL 2012

Gráfico 1.3. Reunión de trabajo. Gerente y profesionales de la salud de la CLAS de Miraflores Alto



1.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

La CLAS de Miraflores Alto tiene una historia de más de veinte años de experiencia en cogestión del puesto de salud. La participación de la comunidad en el desarrollo del puesto de Miraflores Alto ha sido importante desde sus inicios, como consultorio de la ONG Casa Mujer, hasta la construcción del local con FONCODES con participación comunal directa.

La zona del ámbito de atención de la CLAS está constituida por población que ocupó los terrenos mediante invasión. Actualmente la mayor parte de viviendas son de material convencional, y cuentan con los servicios de agua, saneamiento y electrificación. Una de las ventajas del Puesto de Salud es su ubicación geográfica equidistante de los AAHH que pertenecen a su jurisdicción, lo que favorece el desplazamiento de los ciudadanos.

En relación a las características de la población, resalta el hecho que más del 60% de la población del distrito no cuenta con seguro de salud, por lo que debe asistir a los Puestos de Salud. En el aspecto educativo se presentan diferencias entre los niveles de educación alcanzados entre hombres y mujeres, lo que implica menores ingresos económicos de mujeres versus hombres.

El Plan de Salud Local de los últimos años presenta un análisis demográfico de su población. Según los datos del PSL 2013, la totalidad de la población se encuentra en el quintil III, sin embargo las enfermedades prevalentes continúan siendo las EDAS e IRAS asociadas a pobreza, lo que implicaría que los Asentamientos Humanos circundantes se clasifiquen como zonas urbano marginales.

Otro aspecto interesante es que existe un conjunto de actores locales con participación activa, tales como las organizaciones sociales, autoridades locales y el gobierno local, con las cuales el CLAS puede lograr alianzas y trabajar para una mejora en la infraestructura y en la calidad de los servicios de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Este capítulo se enfoca en los temas centrales de nuestra pregunta de investigación: Participación comunitaria² y Promoción de ciudadanía, así como en conocer el programa de cogestión del Ministerio de Salud de las CLAS, los cuales serán explicados en este capítulo.

2.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

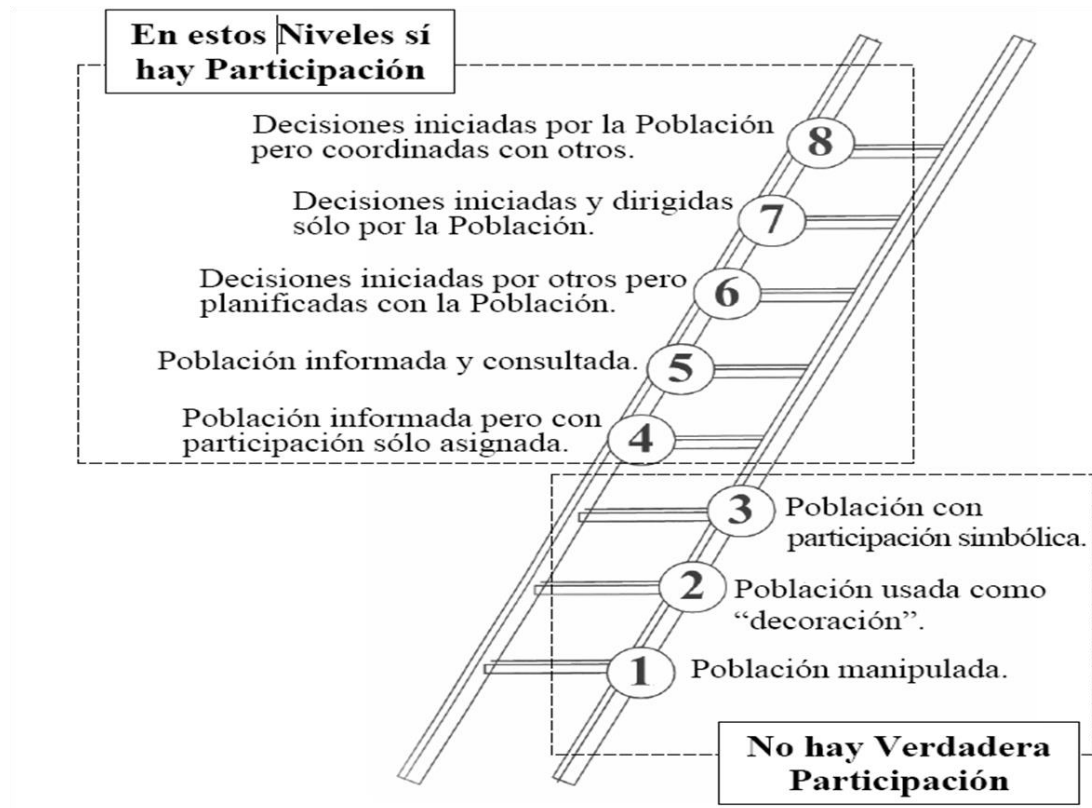
La participación comunitaria, sus enfoques y tipos, ha sido y es abordada de diferentes maneras por innumerables autores.

Amerita indagar sobre cada una de estas formas, es así que iniciaremos mencionando el Informe sobre la Conferencia Internacional de “Atención Primaria de Salud” de Alma Ata, 1978, donde se considera que "La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y por aquellos de la comunidad y mejoran la capacidad de contribuir al desarrollo de la comunidad". (OMS1978.)

Es importante mencionar que, desde la Declaración de Alma Ata, el concepto de participación comunitaria se define como un proceso donde el personal de salud explica y aconseja a una comunidad en aprendizaje, por lo que los autores han establecido grados de participación comunitaria desde la participación de tipo instrumental hasta el empoderamiento de la población. Roger Hart (1993) planteó distintos niveles en relación a la participación, que se muestran en el gráfico siguiente.

²En el desarrollo del concepto *Participación comunitaria* se tomará como símil al de *Participación ciudadana*, toda vez que la esencia de ambos es la misma.

Gráfico 2.1. La escalera de la participación



Fuente: Escalera de la participación. 31.05.2011 Blog: Educando en la participación.

Extraído de <http://verderojonaranja.wordpress.com/2011/05/31/escalera-de-la-participacion/>

El concepto de *Participación ciudadana* es abordado en varias dimensiones, viéndola así como un mecanismo de transformación del sistema, como responsabilidad cívica y desarrollo personal y comunal, relaciones sociales y de poder, democracia y ciudadanía, entre otros.

Tenemos así que Velásquez (1986) afirma que la participación ciudadana es un proceso que se desarrolla en función a ciertos bienes, públicos o privados, y mediante el cual se interviene, directamente o por medio de sus representantes, en la marcha de la vida colectiva, con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política. Para ello debe garantizarse el cumplimiento de tres características mínimas de una participación ciudadana de calidad: *representación*, *representatividad* y *representabilidad*. Entendiendo *representación* como la responsabilidad de quien ha sido elegido y tiene que dar cuentas de su gestión; *representatividad* como que representante y

representado se parezcan, que compartan las mismas características o intereses agregados; y *representabilidad* como el nivel en que se aceptan las reglas de juego político y la decisión de la mayoría (CARE PERU 2007).

Los estudios de Abramson (1988) igualmente demuestran la importancia del proceso de participación en el sentido de que el acto de participar contribuye en la formación de un sentido de responsabilidad cívica en los ciudadanos y de una conciencia de responsabilidad en su desarrollo personal y de su comunidad.

Roura y Cepeda, citando a Oakley precisan que “Puede argüirse que, en términos de pensamiento y práctica del desarrollo, estamos actualmente en la edad de la participación” (1999:97). Oakley destaca tres tipos de participación: i) participación como contribución, donde los beneficiarios participan del proyecto aportando algo desde su trabajo personal; ii) participación como organización, donde la participación de los beneficiarios se ve facilitada cuanto mayor es el grado de organización de los mismos y iii) participación como empoderamiento, que es cuando la participación se convierte en un instrumento de transferencia de poder, desde poder político en sentido estricto con poder de decisión sobre iniciativas, hasta poder en el sentido de aumento de las capacidades personales.

Por su parte, Martín Tanaka (2001) destaca la importancia del proceso de participación por su alcance educativo y sostiene que “La participación tiene un valor educativo fundamental, permite el desarrollo de capacidades valiosas en todo sentido” y así mismo “Participar es educar y aprender e, igualmente, educar es participar y aprender”.

El autor resume la importancia del proceso de participación afirmando que a partir de él se logra mayores niveles de igualdad, participación e inclusión social mediante procesos democráticos.

La concepción de la participación ciudadana como un derecho humano fundamental la incorpora FOROSALUD (2005), precisando que la participación ciudadana es un derecho que tenemos todos los ciudadanos de formar parte de la vida social y política de nuestra comunidad y del país en general. Así mismo sostiene que los mecanismos de participación social pueden clasificarse en alguna de estas formas:

- a. Una forma directa de gestión, asumir un rol en la elaboración de las decisiones más importantes y la formulación de las políticas.
- b. Una forma indirecta, a través de mecanismos de control social o vigilancia ciudadana.
- c. Una forma directa de decisiones normativas, a través de la proposición de leyes de alcance nacional, regional o local.

CARE PERU (2007), en el mismo sentido que Velásquez, define la participación como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses sobre bienes diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder. Participar, afirma, es un proceso dinámico, gradual, y continuo, que significa tener iniciativas que contribuyan a la solución de un problema, a partir de procesos de concertación y negociación o fiscalización del cumplimiento de acuerdos, objetivos y decisiones previas. Asimismo, es una expresión, o un mecanismo que desarrolla la democracia y fortalece la ciudadanía en términos prácticos.

A nivel de gestión pública, la Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública (CLAD 2009), define participación como el proceso de construcción social de las políticas públicas que, conforme al interés general de la sociedad democrática, canaliza, da respuesta o amplía los derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles de las personas, y los derechos de las organizaciones o grupos en que se integran, así como los de las comunidades y pueblos indígenas.

Desde el sector salud en el país, para el Ministerio de Salud (2002) la participación comunitaria, en esencia, puede entenderse de dos formas:

- a. Como medio: proceso en que se busca la cooperación o colaboración de la población en programas o proyectos con el objetivo de conseguir recursos adicionales y de lograr ganancias en eficiencia, equidad y calidad;

- b. Como fin: empoderamiento de las personas en términos de que adquieran habilidades, conocimientos y experiencia para asumir mayor responsabilidad en su desarrollo.

A nivel normativo, se tiene el Decreto Supremo 17-2008 SA (Reglamento CLAS) donde se define Participación Ciudadana en Salud como todas aquellas formas de intervención de los actores sociales de un determinado territorio en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de los procesos en salud y sus determinantes, en su respectivo ámbito.

Evaluando la definición del DS 17-2008 SA entre el conjunto de conceptos presentados, se puede afirmar que su alcance es limitado, planteándose solo como un medio, toda vez que la participación ciudadana en las CLAS es considerada como parte de un proceso, en cuanto no contempla reales mecanismos de promoción y seguimiento para el empoderamiento de los participantes. Tampoco considera la participación ciudadana como un objetivo de la descentralización en salud.

Relacionando la participación ciudadana con los temas de salud, León Torres (2010) define participación ciudadana y comunitaria en salud como aquellos procesos de interacción social a fin de intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad, en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

Particularmente, en lo relacionado a las CLAS, Laura Altobelli (2002) destaca que no hay un acuerdo nacional sobre la participación y ni siquiera a nivel internacional hay una definición única u operativa de lo que es la participación social, coexistiendo muchas concepciones diferentes. En ese contexto refiere que las Asociaciones CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) representan un ejemplo concreto de lo que se puede llamar “participación comunitaria”, “participación popular”, “participación social” o “involucramiento de la comunidad”.

En este marco, del conjunto de definiciones y enfoques presentados, para los fines de la presente tesis, hemos optado por basarnos en el concepto de participación ciudadana en salud formulado por FOROSALUD, pues consideramos que se orienta a considerar la participación ciudadana como un derecho humano fundamental y porque aborda los diferentes mecanismos de participación desarrollados en las CLAS, que son rol activo de la población en la gestión, así como sus mecanismos de control y vigilancia.

2.2. PROMOCIÓN DE CIUDADANÍA

La Real Academia Española RAE precisa que ciudadano es una "persona considerada como miembro activo de un Estado, titular de unos derechos políticos y sometido a sus leyes". La ciudadanía es ahora un concepto activo que implica participación en las decisiones y proyectos de la comunidad.

En relación al concepto de ciudadanía, la bibliografía se concentra, principalmente, en dos enfoques. En uno, la ciudadanía es concebida como la titularidad de derechos (derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) y suele visualizarse en términos de exigibilidad y no de participación. En el otro, la ciudadanía es entendida como participación activa de los sujetos en una comunidad. Aparecen entonces los llamados derechos de segunda generación, aquellos que habilitan para participar en decisiones y proyectos que se asumen desde la vida política y el Estado (CEPAL 2000).

Congruentemente con los llamados derechos de segunda generación, TH Marshal, en 1965, definió ciudadanía como la plena pertenencia de los individuos a una comunidad política por medio de un estatus que garantiza a los individuos iguales derechos y deberes, libertades y restricciones, poderes y responsabilidades (Fleury 2000).

Asimismo, dentro de la teoría de los derechos de segunda generación y con un enfoque desde lo individual, Jaime Mora y Boris Tobar (2005) sostienen que ciudadanía viene del término ciudadano, que es reconocerse como sujeto con identidad propia, con el deber y el derecho de tomar parte en la construcción colectiva de la ciudad y de la sociedad que se quiere, desde la justicia y la participación democrática. Los autores complementan su definición al afirmar

que vivir la ciudadanía es un proceso de construcción continua en cuanto el sujeto debe pasar por:

- ✓ Reconocerse como sujeto activo en la toma de decisiones políticas.
- ✓ Reconocerse como ciudadano, constructor de la sociedad, desde el reconocimiento del otro.
- ✓ Reconocer que los derechos ciudadanos convierten a los sujetos ciudadanos en sujetos de responsabilidades personales, sociales, públicas y cívicas.

Sonia Fleury (2000) afirma que en sociedades en las cuales la ciudadanía, como dimensión igualitaria y cívica no fue generalizada, y en las que, por tanto, se convive con altos niveles de exclusión y desigualdades, el papel del Estado es crucial en la inducción de procesos sociales que promuevan procesos de innovación e inclusión social. En ese sentido, uno de los beneficios del modelo CLAS es que, al involucrar a ciudadanos en la cogestión, puede aportar en crecimiento en ciudadanía e inclusión social, especialmente en las zonas rurales o urbano marginales donde se ubican la mayoría de puestos de salud que funcionan bajo esta modalidad.

Fleury identifica algunos elementos comunes a aquellas políticas que favorecen la construcción de una comunidad de ciudadanos. Los elementos identificados son:

- ✓ La creación de espacios públicos de representación y negociación, asumiendo como prioridad la gerencia de los conflictos.
- ✓ La combinación de modalidades de representación y participación directa en la cogestión pública.
- ✓ El desarrollo de tecnologías gerenciales capaces de canalizar las demandas sociales, propiciar la generación de consensos y permitir el planeamiento, control y coordinación en un contexto no tecnocrático.
- ✓ Establecimiento de mecanismos, reglas y sistemas de prioridades claramente conocidos y acordados.
- ✓ Mecanismos e instrumentos de comunicación y publicidad de la acción pública capaces de difundir la propuesta, generar adhesión y movilización y permitir el control social.

- ✓ Formas de reconocimiento de méritos y capacitación de los servidores públicos conjugados con su desarrollo, con la redefinición de la misión institucional y con las nuevas formas de relación con la sociedad.
- ✓ Institucionalización del liderazgo carismático a través de procesos innovadores de trabajo integrando la construcción de equipos y reconfiguración de la división técnica y social del trabajo.
- ✓ Mecanismos de transmisión del saber técnico a la comunidad y a las instituciones locales, al tiempo que se propicia la valoración del saber allí existente.
- ✓ Reconstrucción de las identidades colectivas de los actores involucrados en un proceso que presupone la alteridad.
- ✓ Construcción de coaliciones políticas y canales institucionales que permitan estabilidad y continuidad.
- ✓ Flexibilidad y capacidad de adaptación de los principios generales de las políticas públicas a la realidad específica, considerando sus potencialidades y limitaciones en la reconducción del curso de acción.
- ✓ Rediseño de las relaciones entre el gobierno central y el local, entre el gobierno y la comunidad, entre el gobierno y el sector privado, entre los niveles local, nacional y global.
- ✓ Desarrollo de la capacidad de gestión y estructuras plurales y policéntricas, en la conducción de las políticas públicas.

Revisando las definiciones de ciudadanía expuestas consideramos que la de los autores Jaime Mora y Boris Tobar (2005) comprende aspectos a nivel individual como colectivo que implican acción y participación, elementos claves para ejercer una ciudadanía a plenitud. Un ciudadano es constructor de la sociedad desde el reconocimiento del otro, es decir, respetando las diferencias y libertades, participa en la toma de decisiones y asume responsabilidades sociales y públicas.

2.2.1. Derecho a la salud y ciudadanía

La Organización Mundial de la Salud (OMS) articuló las primeras disposiciones internacionales específicas relativas a la salud y a los derechos humanos en el preámbulo de su Constitución (elaborada en 1946). Respecto a la salud afirma: “[...] *el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*”. (Preámbulo de la Constitución de la OMS).

Poco después, el derecho a la salud fue reafirmado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH 1948), estipulando que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. (DUDH art 25).

Casi dos décadas después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC (1966) fue el primer tratado de derechos humanos que exigió a los Estados el reconocimiento y la aplicación progresiva del derecho a la salud; al mismo tiempo consideraba disposiciones clave para la protección del derecho a la salud en el Derecho internacional.

La Observación General sobre el derecho a la salud adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas 2000) complementa lo establecido en el Artículo 12 del PIDESC, y afirma que:

“[...]el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud [...] constituye un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia

potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”(2000: 3).

Es así que se reconoce a individuos y colectivos el derecho de participar en el proceso de toma de decisiones que puedan afectar a su salud y desarrollo. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP 1966) incluye en el debate la participación como un derecho, donde:

“Todos los ciudadanos gozarán, sin [...] discriminación y sin restricciones indebidas, de los siguientes derechos y oportunidades: [...] participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes libremente elegidos”. (PIDCP art 25).

Judith Asher (2005) asume también el enfoque de los derechos humanos hacia la salud y afirma que sólo podrá lograrse una prestación de servicios sanitarios efectiva y sostenible si los individuos participan en la elaboración de políticas, programas y estrategias destinadas a su protección y beneficio. Afirma que la intervención de las comunidades en el establecimiento de las prioridades y en el diseño aplicación y evaluación de los programas, políticas, presupuestos, legislaciones y demás actividades gubernamentales relevantes para el derecho a la salud, no solo es un derecho humano sino que se ha demostrado que contribuye a incrementar la probabilidad de que las necesidades comunitarias se satisfagan con mayor eficacia. La actuación e intervención comunitaria, concluye Asher, constituye un elemento fundamental en la comprensión y reivindicación de los derechos humanos, entre los que se incluyen el derecho a la salud.

Por otro lado, y tal como afirma CARE (2007), relaciona la pobreza con la carencia de ciudadanía, precisando que esta carencia priva a los más pobres de beneficios y mecanismos de pertenencia a los que debieran tener acceso por ser parte de la sociedad. La pobreza impide el ejercicio del derecho individual a una

vida digna, que supone estar en condiciones de satisfacer las necesidades básicas entre las cuales está la atención a la salud

Por otra parte, FOROSALUD (2005) afirma que las exigencias de participación ciudadana en salud forman parte del componente político del derecho a la salud, pues su finalidad es incidir en el proceso de toma de decisiones, además de tener un rol controlador.

En el aspecto normativo nacional, desde el año 1997, la Ley General de Salud, Ley N° 26842, reconoce a los ciudadanos el derecho al acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud, consentimiento informado en la atención de salud y a la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. Así, se reconoce los derechos de segunda generación, afirmando la importancia de la participación comunitaria para la construcción de una sociedad más democrática y equitativa.

Por lo expuesto, si bien el concepto de ciudadanía es general para todos los campos, para los fines operativos de la presente investigación asumiremos la ciudadanía en salud, recogiendo aspectos esenciales de la definición de Jaime Mora y Boris Tobar (2005). Así abordaremos la ciudadanía en salud desde “el ejercicio de los deberes y derechos individuales y sociales hacia la salud, los cuales serán:

- a. Derecho al acceso a la información pertinente para resguardar su salud.
- b. Derecho al consentimiento informado en la atención en salud.
- c. Deber de participar en el cuidado y promoción de su salud y de la comunidad.
Todo ello como un medio que contribuye a satisfacer las necesidades comunitarias con mayor eficacia y avanzar en un ejercicio democrático”

La definición propuesta mantiene los aspectos individual (derechos) y colectivo (deberes) de las definiciones de ciudadanía y contiene los valores básicos de trato digno y respecto hacia el paciente, igualdad de todos los usuarios y solidaridad con los ciudadanos de la comunidad. En el plano social, recoge el aspecto activo de ciudadanía representado en el deber de participar en el

cuidado y promoción de la salud en la comunidad mediante la representación de la comunidad en la Asamblea General y Consejo Directivo.

Finalmente, consideramos que el ejercicio pleno de los deberes y derechos sociales hacia la salud garantiza y promueve la condición de ciudadanía y se complementa con el concepto de participación ciudadana de FOROSALUD, que también rige esta investigación.

2.3. LAS COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD: MARCO REGULATORIO CLAS

Las CLAS son órganos de cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, de acuerdo a lo señalado por el Código Civil. Para tal fin se suscribe un Convenio de cogestión, vínculo jurídico generado entre el Estado, representado por el gobierno regional y el gobierno local, y la CLAS. La suscripción del Convenio tiene como objetivo lograr compromisos entre las partes firmantes y una agenda compartida de acuerdo a las responsabilidades de la cogestión establecidas en el artículo 9º de la ley.

Las CLAS, también por ley, deben elaborar un documento de gestión participativa y concertada llamado Plan de Salud Local (PSL). El PSL tiene vigencia anual, y su proceso de elaboración es conducido por el órgano de cogestión y los jefes de los establecimientos de salud, de conformidad con las normas técnicas del Ministerio de Salud.

2.3.1. Marco reglamentario de las CLAS

Las primeras experiencias formales de cogestión impulsadas por el Ministerio de Salud datan de 1992, con el Programa de Revitalización de Servicios de Salud Periféricos (PRORESEP) en Chimbote y Lima Este. En este programa piloto, los Comités de Salud, en los ámbitos de los establecimientos incorporados al Programa, asumían el manejo de los fondos rotatorios en virtud a un convenio suscrito con la autoridad de salud en el distrito y decidían de manera conjunta con el jefe del establecimiento sobre el uso de los recursos generados por la venta de medicamentos. Esta experiencia se empieza a desarrollar a escala nacional a inicios de 1994.

Si bien al año 1994 el Perú ya contaba con una serie de experiencias de cogestión en Salud (PRORESEP) es con la creación de los Comités Locales de Administración de Salud, en ese mismo año, que se institucionaliza la cogestión en salud. A partir de entonces tenemos dos grandes normas que regulan su funcionamiento:

1. Decretos Supremos N°01-94-SA y N° 002-2000-SA. Reglamento: RM 176-2000-SA/DM³.

El Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención PAC fue creado mediante DS 01-1994 y declarado de interés nacional y su ejecución de necesidad pública.

En mayo de 1994, se estableció el Programa de Administración Compartida (PAC), a través del cual el Ministerio de Salud (MINSA) dio inicio a un proceso de descentralización de la gestión operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud). El PAC promovía la implementación de un modelo de gestión de los servicios en el cual determinadas asociaciones civiles, denominadas Comunidades (anteriormente Comités) Locales de Administración de Salud (CLAS), asumen la responsabilidad por el manejo de los recursos asignados para la ejecución de un Programa de Salud Local, formulado a nivel local y aprobado técnicamente por la autoridad de salud, en virtud de un contrato firmado entre ambas.

El marco normativo del modelo establece las atribuciones y responsabilidades del Nivel Central, de las Direcciones de Salud, de los CLAS y de la comunidad beneficiada. Asimismo, menciona que los instrumentos del modelo son los Contratos de Administración Compartida y el Programa de Salud Local (PSL).

El financiamiento del PAC se encontraba a cargo del Programa de Salud Básica Para Todos. El calendario de compromisos de las CLAS era tramitado para su

³ DS 01-1994 publicado el 2 de mayo de 1994 y vigente desde 1994 al 2007, actualmente derogado por ley 29124, la que se aborda en el nro. 2.

aprobación a través del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión PAAG a la Oficina de Planificación en la modalidad de transferencia.

2. Ley N° 29124 y Reglamento: Decreto Supremo 017-2008-SA. ⁴

El Congreso promulgó la Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.

El objeto de la ley es contribuir a la cobertura, mejorar la calidad y acceso equitativo de los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con la participación de la comunidad organizada en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud, y en concordancia con el proceso de descentralización.

La ley señala que el Estado, a través del Ministerio de Salud, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales, promueve la conformación, la extensión y el fortalecimiento de las Comunidades Locales de Administración de Salud – CLAS.

El reglamento de la Ley : DS 017-2008 SA define la participación ciudadana en salud como toda forma de intervención de los actores sociales en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de los procesos de salud y sus determinantes en el ámbito correspondiente; como ya se mencionó en el marco teórico

2.3.2. Conformación de los órganos de gobierno de las CLAS

Para desarrollar sus funciones las CLAS, disponen de una estructura organizacional aprobada por Ley. Los órganos de gobierno en las CLAS son los siguientes:

⁴ Ley N° 29124 promulgada el 30 de octubre del 2007.

a. La Asamblea General

La Asamblea General es el órgano supremo de la CLAS y tiene como facultades: elegir a las personas que integran el Consejo Directivo, aprobar las cuentas y balances, resolver la modificación del estatuto, la disolución de la CLAS y los demás asuntos de su competencia de acuerdo al Código Civil y sus Estatutos. La Asamblea conduce la elaboración del Plan de Salud Local en su fase de Planeamiento Estratégico Participativo de Salud.

b. El Consejo Directivo

Es el órgano responsable de dirigir y orientar el funcionamiento técnico y administrativo de la CLAS para el cumplimiento de sus fines e implementa los acuerdos de la Asamblea.

El Consejo Directivo está conformado por un número impar de miembros con un máximo de siete (7) integrantes, debiendo tener como mínimo un presidente, un secretario y un tesorero. Está integrado por:

- Un representante del gobierno local.
- Un representante de los trabajadores de las CLAS.
- Un representante de la Red o Micro Red, según donde esté ubicada una CLAS.
- Miembros de la Sociedad Civil.

c. La Gerencia

La Gerencia gestiona y organiza la prestación de los servicios de salud, administrados por la CLAS y está bajo el control de un gerente encargado de ejecutar el Plan de Salud Local.

Los cargos en las CLAS son *ad honorem*, a excepción del cargo de Gerente.

Asimismo, las CLAS son organismos no gubernamentales; para cumplir sus fines tienen las siguientes facultades:

- Establecer vínculos sólidos con otras instituciones (capacidad para contratar), manejo de libros y registros de contabilidad completa, de acuerdo con el Plan Contable General Revisado.
- Protección ante el incumplimiento de las obligaciones por parte del MINSA/ DISA mediante de un contrato basado en el Código Civil.
- La transferencia de recursos públicos ala CLAS (fondos y bienes otorgados por el Estado) con procedimientos particulares de rendición de cuentas.
- Contar con personal del MINSA asignado a la CLAS y personal contratado, bajo el régimen laboral de la actividad privada.

2.4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y CIUDADANÍA - EXPERIENCIAS DE LAS CLAS

Según investigaciones realizadas (Altobelli, 2001; Cortez 1998; y Díaz 2001, Díaz 2002), los factores identificados como claves para el éxito de la participación social en las CLAS pueden ser resumidos en los siguientes:

- Grado de democracia en la elección de los miembros de las CLAS.
- Representación de diferentes sectores de la comunidad en la asociación CLAS.
- Capacidades de Administración y gerencia (ya sea por experiencia previa o capacitación reciente) de, por lo menos, un miembro de la Asociación CLAS, entre otros.

Los estudios demuestran (Altobelli, 2001; Cortez 1998; y Díaz 2001, Díaz 2002) que la participación comunitaria en las CLAS tiene marcadas limitaciones. Pese a que existe un importante enraizamiento social de los líderes comunales en las CLAS, la información y participación de éstos en la implementación y funcionamiento de las CLAS es limitada.

Cortez (1998) menciona que la reducida participación comunitaria nos indica que, la modalidad de participación en las CLAS es individual y no colectiva, no estructurada, y a solicitud del servicio en la mayoría de los casos.

Guevara, S. y E. Ramos (2004) sistematizan 63 estudios sobre CLAS realizados entre los años de 1994 y 2004; de estos revisaron 44 estudios y encontraron que no existe una percepción común acerca de la mejor o igual calidad de la atención entre los establecimientos bajo el modelo CLAS y el resto de los establecimientos. Cabe comentar que en el trabajo no abordan la relación entre

promoción de ciudadanía y participación comunitaria en la cogestión de las CLAS; sin embargo, otros autores manifiestan la participación de la comunidad promueve una mejora en la calidad del servicio de salud; esto es: promueve menores tiempos de espera, mejor trato y determinación de horarios adecuados en la atención (Díaz 2001).

Laura C. Altobelli, Ana Sovero U. y Ricardo Diaz R (Lima 2004) realizaron un estudio de costo-eficiencia de las asociaciones CLAS con el objetivo principal de establecer los niveles de cobertura y costos de los servicios de salud en el primer nivel de atención, analizando datos comparativos de las CLAS versus las No-CLAS. Concluyeron su investigación afirmando que las CLAS se desempeñan mejor que las No-CLAS en la generación y uso responsable de recursos financieros y en la cobertura de servicios de salud.

Marisol Vicuña (MINSa 2000), en su informe técnico acerca de los modelos de gestión afirma que no existe relación entre el modelo de gestión del establecimiento de salud y la participación comunitaria en actividades de salud en los componentes de planificación y ejecución. No obstante, se observa que existe un nivel de participación comunitaria independientemente de los modelos de gestión de las CLAS (MINSa, 1998). Al parecer ha existido una débil preocupación por promover la participación comunitaria en la cogestión de las CLAS por parte de las autoridades de salud.

Laura Altobelli (1998) afirma además que los establecimientos con CLAS son más exitosos en conseguir involucramiento directo de la comunidad en actividades específicas que los establecimientos sin CLAS. Por su parte, Taylor (1996) señala que cuando la gente participa en la toma de decisiones se pueden encontrar formas innovativas, más racionales y efectivas, de solucionar los problemas

Castillo Martell (2002) también sostiene que la participación comunitaria es el punto más débil de las CLAS.

El autor afirma que existen tres posiciones respecto a la participación comunitaria en las CLAS:

- ✓ “[...] para algunos la participación es un elemento externo a la gestión, tiene más un carácter ideológico, que de algún modo permite legitimar, y en cierto modo compensar y hasta encubrir reglas de juego autoritarias y excluyentes propias de un neoliberalismo sanitario”
- ✓ “[...] otros afirman que la participación comunitaria es solo un requisito para acceder a las ventajas de mayores grados de autonomía financiera administrativa que otorga el modelo”.
- ✓ “[...] y finalmente otros convienen en que la participación es un elemento decisivo en el acercamiento de los servicios de salud a las necesidades más auténticas de la población”.

Resumiendo, podríamos afirmar que los estudios realizados acerca de las CLAS se enfocan a evaluar mejoras en la calidad de la atención, tiempos de espera en la atención y no indagan sobre la promoción de los derechos en salud y avances en ciudadanía. Estos enfoques en la investigación se relacionan con el hecho de que el objetivo de la participación es visto muchas veces como elemento externo a la gestión o requisito para acceder a un mayor grado de autonomía financiera.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. BREVE REFERENCIA AL DISEÑO

La presente investigación corresponde a un estudio de caso toda vez que pretende describir, analizar y comprender un proceso social determinado, dentro de su contexto.

Consideramos que esta es una forma apropiada de abordar el tema del estudio porque nos permite enfocarnos en conocer cómo se gestionó y llevó a cabo una política pública en salud y cómo fue asumida por los actores que participaron en ella. Es así que conocer cómo se desarrolló la participación social en la CLAS Miraflores Alto de Chimbote nos posibilita recoger información específica y centrarnos en aspectos en los que las investigaciones anteriores no han enfocado su atención, como el caso de la promoción de los derechos en salud y avances en ciudadanía.

Si bien una limitación es que los hallazgos obtenidos no son generalizables, sin embargo, al obtenerse datos representativos, sus resultados pueden emplearse como base para estudios posteriores (Monroy, 2009).

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método a aplicar es fundamentalmente cualitativo, como es usual en los estudios de caso; sin embargo en el proceso de investigación se vio conveniente complementarlo con una encuesta aplicada a los(as) usuarias(os) del establecimiento de salud (CLAS de Miraflores Alto). La aplicación de estos métodos se sustenta en lo siguiente:

Método Cualitativo. Profundiza en el estudio de formas de participación, percepciones, liderazgo, características culturales, actitudes y prácticas de los actores involucrados. El método cualitativo nos permitirá profundizar en el análisis del proceso de participación de los actores directos de la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto.

Método Cuantitativo. Aportará a dar consistencia y complementar el análisis cualitativo, al incorporar la opinión de las ciudadanas y ciudadanos usuarios de los servicios de salud de la CLAS de Miraflores Alto, respecto a sus conocimientos sobre el programa y la opinión que tienen sobre el servicio que reciben.

3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

El objeto de estudio es la CLAS de Miraflores Alto, y siendo el objetivo de la investigación identificar los factores que promueven ciudadanía, dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de dicha CLAS, las unidades de análisis la constituyen los principales actores participantes en esta experiencia, así como los documentos de gestión. Ambos elementos son:

- Miembros y ex Miembros de la Asamblea General y del Concejo Directivo de la CLAS, que en años anteriores formaron parte de la Asamblea.
- El Personal de salud de la CLAS de Miraflores Alto.
- Líderes en salud: Agentes Comunitarios de Salud que trabajan con la CLAS de Miraflores Alto.
- Población usuaria de los servicios de la CLAS de Miraflores Alto.

3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

- Primaria. Las principales fuentes de información primaria son las siguientes.
 - Plan de Salud PSL CLAS Miraflores Alto 2009.
 - Plan de Salud PSL CLAS Miraflores Alto 2010.
 - Plan de Salud PSL CLAS Miraflores Alto 2013.
 - Miembros de la Asamblea General de la CLAS Miraflores Alto.
 - Agentes comunitarios de salud (ACS) de la CLAS Miraflores Alto.
 - Personal de salud de la CLAS Miraflores Alto.
 - Población en general (organizaciones sociales de base) de la jurisdicción de la CLAS Miraflores Alto.

- Secundaria. La principal bibliografía y normas legales consultadas han sido las siguientes:

- Normas Legales nacionales y documentos internacionales acerca de Atención Primaria de la Salud.
- Informes Técnicos del MINSA.
- Informes de Consultorías.
- Bibliografía sobre participación comunitaria en salud y atención primaria de la salud, derecho a la salud y derechos ciudadanos, mecanismos participativos, entre otros.
- Texto del curso Fundamentos de la Gerencia Social – PUCP.
- Artículos acerca de metodología de estudio de casos.

3.5. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo conforma el conjunto de actores involucrados, tanto en la cogestión de la CLAS MIRAFLORES ALTO como en la entrega y recepción del servicio que esta brinda. Los actores de la cogestión de salud son quienes participan o participaron en el Consejo Directivo, como representantes de las organizaciones comunales y de los trabajadores. Los actores relacionados con el servicio son: el personal de salud de la CLAS, la totalidad de la población usuaria de este establecimiento de salud y los agentes comunales de salud. No se incluye a representantes del Gobierno Local y de la Red de la Dirección Regional de Salud, ya que la CLAS no adecua su organización tal como se estableció en la Ley N° 29124.

La muestra considerada es la siguiente:

- a) Miembros de la Asamblea General de la CLAS: Se entrevistó a seis de los siete integrantes actuales de la Asamblea de la CLAS⁵. Fueron entrevistados el representante del MINSA (Gerente) y cinco representantes de la comunidad. Como la CLAS todavía no adecua su organización a la nueva ley, el jefe del Puesto de Salud es el Gerente de la CLAS, el cual es integrante también de la Asamblea.

⁵Un representante de la comunidad se encontraba de viaje desde hacía largo tiempo.

b) Ex miembros de la Asamblea General de la CLAS: Del total de doce, se logró entrevistar grupalmente a tres ex miembros de la Asamblea de años anteriores. Del resto, cuatro de ellos se encuentran fuera del país por motivo de trabajo, tres no quisieron participar del estudio, sin dar razones; y a las dos restantes no se le logró ubicarlas.

Las tres personas entrevistadas constituyen el 25% por lo que resulta válido como muestra de este grupo de actores.

c) Personal de salud que trabaja en la CLAS: Fueron entrevistadas siete personas (cuatro hombres y tres mujeres) de las 44 que laboran en la CLAS. Fue difícil lograr entrevistar inclusive a estas siete personas, el resto de personal se disculpó de no participar aduciendo motivos de trabajo, pero la razón de fondo fue el temor a verse comprometidas con la información que podrían proporcionar. Algunas de ellas fueron explícitas al manifestarlo, a pesar de que se les explicó la reserva de su identidad en el estudio.

Al igual que en el caso anterior, las personas entrevistadas representan una muestra representativa (16%). considerando que se entrevistó por lo menos a uno de los relacionados directamente con las diversas atenciones: médicos, enfermeras, técnicos de análisis y personal administrativo.

d) Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de la CLAS: De las catorce ACS, son diez las que vienen realizando un trabajo más coordinado con el establecimiento de salud, de ellas se logró entrevistar a cinco, que constituyen el 36% aproximadamente. Las demás personas desistieron de participar en el estudio.⁶ Es importante mencionar que todas las ACS pertenecen al sexo femenino.

e) Población en general, usuaria del servicio de la CLAS: Se encuestó a 200 personas usuarias del servicio de atención de salud en la CLAS, es decir al 25% del total de personas que se atienden mensualmente. Estas personas residen en alguna de las cinco zonas que comprende la jurisdicción de la CLAS.

El procedimiento para determinar la muestra de la población usuaria fue el siguiente:

⁶Argumentaron razones de trabajo, al parecer no eran ciertas, debido a que se negaron también a participar de entrevistas individuales en horarios establecidos para ellas.

Se halló que el tamaño de la población atendida por el establecimiento de salud durante un año es de 22000 atenciones, con 13100 pacientes atendidos (usuarios).

Una muestra representativa para la aplicación de la encuesta se obtuvo mediante la siguiente fórmula para tamaño de muestra con población finita⁷:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde: n es el tamaño de la muestra; $Z_{(1-\alpha)^2}$ es 1.96; d es el error (0.05); q es 1-p y p es la proporción de usuarios insatisfechos reportados por la bibliografía o por estudio previo.

Remplazando datos:

$$n = \frac{13100 * 1.96^2 * 0.155 * 0.845}{0.05^2 * (13100 - 1) + 1.96^2 * 0.155 * 0.845} = 200$$

En síntesis, se necesitan 200 usuarios a ser encuestados.

De acuerdo al muestreo aleatorio sistemático, el total de usuarios, 13100, entre el tamaño de muestra ($13100/200 = 65.5 = 66$), por lo que se tomará 1 individuo cada 66. Para efectos de repetidos o sujetos que no colaboran se tomará primero el anterior al número que corresponda y si pasa lo mismo al posterior; hasta realizar la encuesta a los 200 necesarios.

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a. Revisión Documental

Se centró principalmente en los documentos de gestión de la CLAS de Miraflores Alto, tales como los Planes de Salud Local de la CLAS y las Actas de

⁷<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211117804002.pdf>

AbayDebs, Vivian. Grado de satisfacción de la población en cuanto a los servicios de estomatología que recibe. Archivo Médico de Camagüey, vol. 8, núm. 3, 2004 Centro Provincial de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba

El enlace accede a un estudio sobre usuarios de salud donde la no satisfacción fluctúa alrededor del 10% y otros estudios reportan la no satisfacción hasta en un 15.5%.

reuniones de la Asamblea General, así como los documentos legales que sustentan la creación y formulación del programa, entre el año 1994 y el 2012.

b. Entrevistas

Se realizaron entrevistas grupales e individuales.

Las entrevistas grupales se efectuaron con los miembros de la Asamblea, los ex miembros de la Asamblea, el personal de salud de la CLAS los Agentes Comunitarios de Salud. A través de estas entrevistas se obtuvo información de sus percepciones, conocimientos y actitudes sobre el programa en su CLAS. Por su disponibilidad de tiempo, este instrumento ha sido el más viable a aplicar. Con algunas de las personas participantes en las entrevistas grupales fue posible complementar la información con una entrevista individual en la que se incidió en los aspectos centrales del estudio.

Las entrevistas individuales fueron del tipo semi-estructuradas; se aplicaron a miembros de la Asamblea de la CLAS y al personal de salud de dicho establecimiento.

c. Encuestas

Se aplicó a los usuarios de los servicios de salud de la CLAS. A través de las encuestas se buscó conocer la información que tienen sobre el Modelo CLAS en Miraflores Alto y su opinión sobre el servicio que reciben.

En resumen, el total de personas que nos proporcionaron información, a través de las entrevistas o encuestas fueron 219. Las seis personas entrevistadas de manera individual también participaron de las entrevistas grupales. En la tabla 3.1 se puede apreciar la distribución, según las técnicas de recolección de información.

Tabla 3.1. Población participante del estudio

POBLACIÓN	TOTAL	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN		
		ENTREVISTA GRUPAL	ENTREVISTA INDIVIDUAL	ENCUESTA
1. Miembros de la Asamblea General	07	06	2	
2. Ex - miembros de la Asamblea General	12	03		
3. Personal de salud	44	7	4	
4. Agentes comunitarios de salud	14	5	-	
5. Población usuaria en general (mes)	800		-	200
TOTAL		19	6	200

Fuente: Elaboración propia

3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los instrumentos de recolección de información, de acuerdo a cada técnica, se indican en el cuadro 3.1.

Cuadro 3.1 Instrumentos de recolección de información

TÉCNICA	TIPO DE TÉCNICA	INSTRUMENTO
Entrevista: individual y grupal	Semi -estructurada	Guía de entrevista
Encuesta		Cuestionario
Revisión documental		Guía

Fuente: Elaboración propia

Las guías de las entrevistas individuales y grupales, así como el cuestionario de la encuesta, se encuentran en los Anexos numerados del 1 al 7.

a. Criterios de Inclusión para la aplicación de instrumentos de tipo cualitativo:

En general, para el caso de las entrevistas, se buscó realizarlas con el 100% de los actores involucrados directamente con el tema; es decir, con los miembros y ex miembros de la Asamblea, el personal de salud y los agentes comunitarios. Sin

embargo, por diferentes motivos, no fue posible la participación de todos ellos, lo que era previsible. Sólo para la población usuaria del servicio de la CLAS, a quienes se aplicó la encuesta, se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Hombre o mujer, mayor de edad (mayor o igual a 18 años).
- No formar parte de ninguno de los grupos de estudio, antes mencionados (agentes comunitarios de salud, personal de salud, entre otros.).

3.8. ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Se realizaron reuniones previas de coordinación con los directivos de la CLAS de Miraflores Alto con el objeto de lograr la autorización para realizar dicho estudio y aplicar los instrumentos.

Así también, se estableció un cronograma participativo con representantes de la comunidad y el personal de salud, para la revisión de fuentes de información escritas existentes, así como para la aplicación de los instrumentos de recojo de información primaria.

El trabajo previo que se ha tenido con dicha institución (uno de los responsables de la presente investigación trabajó en la CLAS) y el grado de confianza que hemos logrado con el personal de salud y algunos representantes de la comunidad de la CLAS, contribuyó a la aceptación para realizar el presente estudio.

3.9. ESQUEMA METODOLÓGICO

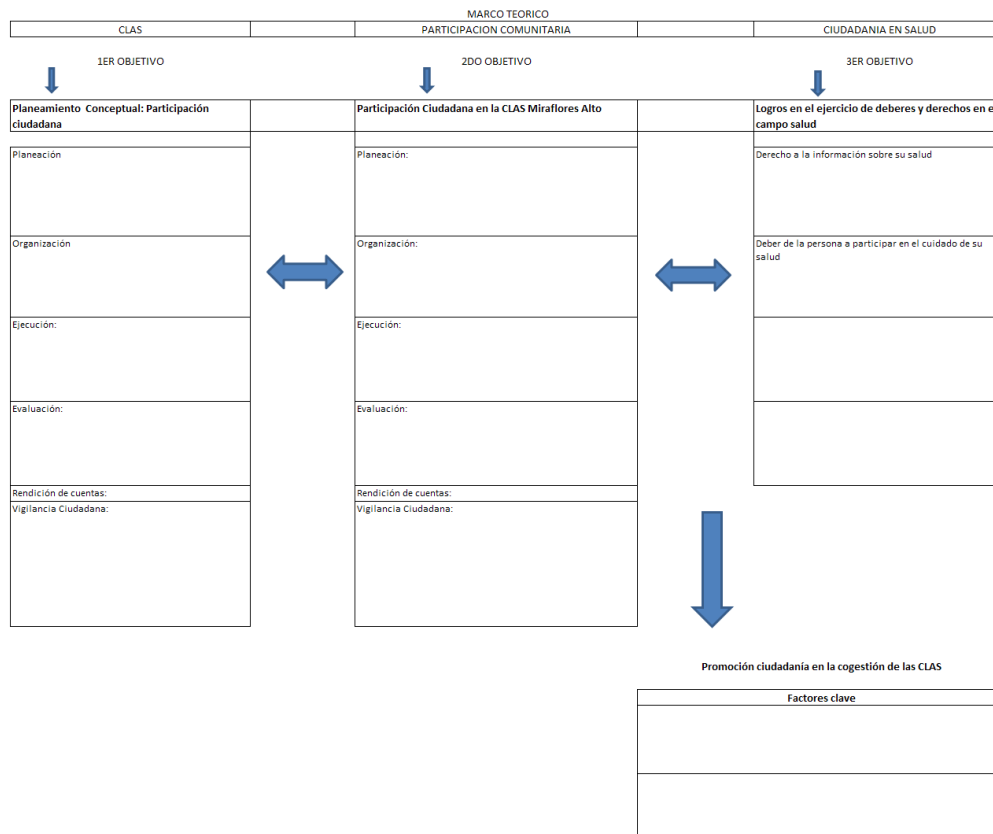
Para desarrollar la presente investigación de manera ordenada, articulada y centrada en los objetivos buscados, se elaboró una matriz de investigación (ver cuadro 3.2) donde se plantearon para cada uno de los objetivos, los componentes, sub-componentes, los contenidos a abordar en cada sub componente, y las fuentes de información.

Cuadro 3.2 MATRIZ DE INVESTIGACIÓN					
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	COMPONENTES	SUB COMPONENTES	QUÉ SE ABORDARÁ EN CADA SUB COMPONENTE	FUENTE DE INFORMACIÓN
¿Cuáles son los factores dentro del proceso de participación comunitaria que promueven ciudadanía, desde la experiencia de las CLAS?	O.E1. Conocer el planteamiento del programa de cogestión en salud del MINSA - CLAS.	Planteamiento conceptual	Cogestión en salud	Definición contemplada en los documentos normativos	Marco normativo del programa de cogestión en salud del MINSA - CLAS. Reglamento DS 17-2008 SA
			Participación ciudadana en salud	Definición contemplada en los documentos normativos	
		Planteamiento operativo: Participación de la comunidad en la cogestión en salud	Planeación	Elaboración del Plan de Salud Local (PSL)	
			Organización	Elección de representantes	
			Ejecución	Implementación del PSL	
				Manejo de recursos públicos	
			Evaluación	Monitoreo y evaluación del PSL	
			Rendición de cuentas	Rendición de cuentas	
			Vigilancia ciudadana	Control del uso de los recursos por la CLAS.	
				Control de la calidad de atención de salud.	
	O.E2. Analizar la participación comunitaria en la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimote.	Planeación	Elaboración del Plan de Salud Local (PSL)	¿Cómo se definen las prioridades en salud?	
				¿Cómo se elabora y qué aspectos contempla el PSL?	
		Organización	Elección de representantes	¿Quién convoca y cuáles la respuesta de los convocados?	
				¿Cómo se propone a los representantes de la comunidad ante la Asamblea General de la CLAS?	
				¿Cómo se da la participación de la población en general en el proceso de elección?	
		Ejecución	Implementación del PSL	¿Cómo participan los representantes en la implementación del PSL?	
				Administración de recursos	¿Cómo participan los representantes en el manejo de los recursos?
		Evaluación	Monitoreo y evaluación del PSL.	¿Quiénes participan en el monitoreo y evaluación del PSL?	
				¿Cómo participa la comunidad en el monitoreo y evaluación del PSL?	
		Rendición de cuentas	Rendición de cuentas	¿Cuáles son los medios y procedimientos de rendición de cuentas (uso, destino y asignación de los recursos)?	
		Vigilancia ciudadana	Control del uso de los recursos de la CLAS.	¿Cómo participa la comunidad en el control del uso de los recursos?	
				Control de la calidad de atención de salud.	¿Cómo participa la comunidad en el control de la calidad de atención de salud?
		O.E3. Identificar los logros en el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos en el campo de la salud.	Derechos ciudadanos en el campo de la salud.	Derecho a la información sobre su salud	Acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud
				Derecho a decidir sobre la atención de su salud	Consentimiento informado en la atención de salud
	Deberes ciudadanos en el campo de la salud.		Deber de la persona a participar en el cuidado de su salud	Participación de la comunidad en el cuidado de su salud	

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se muestra cómo se articulan los objetivos y encuadran dentro del marco teórico desarrollado.

Gráfico 3.1. Esquema metodológico



Fuente: Elaboración propia



CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HECHOS

La presentación de los resultados de la investigación se hará en tres partes: i) Planteamiento del programa de cogestión en salud por parte del MINSa, ii) Análisis de la participación comunitaria en la cogestión en salud de la CLAS de Miraflores Alto, y finalmente iii) Los logros en el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos en el campo de la salud, de acuerdo a la matriz de investigación presentada en el capítulo de Metodología.

4.1 PLANTEAMIENTO DE LA COGESTIÓN EN SALUD DEL MINSa

A fin de responder al primer objetivo de investigación “Conocer el planteamiento del programa de cogestión en salud del Ministerio de Salud, en relación a la participación comunitaria en la gestión de las CLAS”, se revisó la Ley N° 29124 y el Decreto Supremo N° 017-2008 SA que son la Ley y el Reglamento que rigen la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones. Para conocer dicho planteamiento se abordará cada uno de los aspectos principales identificados previamente y presentados en la matriz de investigación.

4.1.1. Planteamiento conceptual

Los dos conceptos principales de la normativa son:

Participación ciudadana en salud. Es “toda forma de intervención de los actores sociales en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de los procesos de salud y sus determinantes en su ámbito correspondiente”(Reglamento de la Ley: DS 017-2008 SA).

Cogestión en salud. Son las “acciones que desarrolle la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, y que impliquen tanto su participación en los servicios públicos como su acción sobre los determinantes de la salud y en la toma de decisiones conjuntas respecto de las

prioridades de políticas e intervenciones en salud vinculadas al cuidado de ésta y de los recursos; y la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las acciones, adoptando las formas convencionales que las partes acuerden”(Ley N° 29124).

4.1.2. Planteamiento operativo

La participación de la comunidad en la gestión de la Salud está prevista en las diferentes etapas, según lo siguiente:

Planeamiento: El Plan de Salud Local - PSL

Es el documento de gestión participativa y concertada de vigencia anual, su proceso de elaboración es conducido por la CLAS y los jefes de sus establecimientos de salud, de conformidad con las normas técnicas del MINSA. Orienta las intervenciones sanitarias hacia la solución de las necesidades locales de salud priorizadas, y se vincula con los Planes Concertados de Desarrollo Local, así como con la Política Nacional de Salud, involucrando intervenciones comunitarias de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

La elaboración del PSL tiene dos fases:

- a) La Fase de Planeamiento Estratégico Participativo de Salud, que se realiza en base al Análisis de Situación de Salud Local -ASIS Local.

En esta fase se establecen las prioridades y las intervenciones sanitarias locales. Es conducida por la Asamblea General de la CLAS, y es objeto de monitoreo y evaluación por las partes firmantes del Convenio de Cogestión. El Planeamiento Estratégico Participativo de Salud (PEPS) se articula con el Plan de Desarrollo Concertado Local y con los Presupuestos Participativos regionales y locales. Se formula cada 3 años.

- b) La Fase de Programación de Salud Local, donde se programan las actividades anuales, en concordancia con los objetivos del PEPS; es responsabilidad del Gerente de la CLAS. En esta fase, el PSL se articula con

los Planes Operativos anuales de la Municipalidad, de la Red de Salud y de la DIRESA o la que haga sus veces.

Es función del Consejo Directivo de la CLAS implementar las acciones necesarias para la ejecución y cumplimiento del PSL y es responsabilidad del Gerente de la CLAS ejecutar el PSL, asumiendo la jefatura del o los establecimientos de salud bajo la jurisdicción de la CLAS.

El PSL que se elabora y presenta a las autoridades de salud tiene la siguiente estructura:

Cuadro 4.1. Estructura del Plan de Salud Local

Denominación, ubicación, conformación de la CLAS
Situación Geográfica de la CLAS
Marco estratégico
Diagnóstico del entorno o de la demanda
Servicios y actores locales de importancia en la jurisdicción
Información del proceso salud enfermedad
Distribución total de recursos humanos por grupo ocupacional y condición laboral
Recursos financieros: ingresos egresos del ejercicio
Problemas y necesidades priorizados del ejercicio
Programación de horas para el traslado en la realización del trabajo extramural en localidades a distancias mayores a 2 horas
Programación de actividades operativas del ejercicio
Programación de horas por actividades y recursos humanos del ejercicio
Disponibilidad y necesidad de personal de salud por toda fuente de financiamiento. según tipo de profesional y horas de trabajo
Presupuesto por transferencia disponible para el ejercicio
Costo de Salarios del personal contratado
Programación de presupuesto del ejercicio

Fuente: PSL 2013

Organización: Elección de Representantes

La CLAS tiene los siguientes órganos de gobierno:

- a) Asamblea General
- b) Consejo Directivo
- c) Gerencia

- a) La Asamblea General es el órgano supremo de la CLAS y tiene como facultades: elegir a las personas que integran el Consejo Directivo, aprobar las cuentas y balances, resolver la modificación del Estatuto, la disolución de la CLAS y los demás asuntos de su competencia, en el marco de lo establecido en el Código Civil y sus Estatutos. Se renueva cada cuatro (4) años. Sus miembros, de acuerdo al ente que representan, no pueden ser reelegidos ni redesignados en el período siguiente.

Conformación de la Asamblea General⁸

La Asamblea General está integrada por un representante de los siguientes estamentos:

- a. El Gobierno Regional designa un representante por cada CLAS de su ámbito regional.
- b. El Consejo Municipal designa a un representante por cada CLAS de su ámbito local. Los alcaldes de las municipalidades no pueden ser representantes.
- c. Los trabajadores de salud de cada establecimiento de salud de la jurisdicción de la CLAS, eligen por votación simple a un representante.
- d. El equipo de gestión de cada red o microrred de salud de la jurisdicción de la CLAS, designa a un representante por cada CLAS de su ámbito.
- e. Representantes de las organizaciones comunales: Organizaciones sociales de base (vaso de leche, clubes de madres, comedores populares), autoridades comunitarias de las juntas directivas para zonas urbanas, y otras organizaciones, tales como la iglesia, las APAFAS. En las CLAS con un sólo establecimiento de salud, se procederá a elección democrática de representantes según el siguiente procedimiento:
 - Organizaciones sociales de base: Un representante por cada organización y comunidad de la jurisdicción del establecimiento de salud.
 - Autoridades comunitarias: Un representante por cada comunidad de la jurisdicción del establecimiento de salud.

⁸Artículo 31 32 33 del Reglamento CLAS

- Otras organizaciones: Un representante por organización, según comunidad del ámbito del establecimiento.
- b) Consejo Directivo: Es el órgano responsable de dirigir y orientar el funcionamiento técnico y administrativo de la CLAS para el cumplimiento de sus fines, así como implementar los acuerdos de la Asamblea General.

Está conformado por un número impar de miembros (máximo siete), debiendo tener como mínimo un presidente, un secretario y un tesorero. Está integrado por un representante del gobierno local, un representante de los trabajadores de las CLAS, un representante de la Red o Micro Red y miembros de la sociedad civil. El período de ejercicio de los cargos es de dos (2) años, no existiendo reelección inmediata de ninguno de los cargos.

- c) La Gerencia es el órgano de las CLAS que gestiona y organiza la prestación de los servicios de salud, administrados por la CLAS y está a cargo de un Gerente.

El Gerente de la CLAS asume la jefatura del o los establecimientos de salud bajo la jurisdicción de la CLAS.

Ejecución: Implementación del PSL y manejo de recursos públicos

Implementación del PSL

El Consejo Directivo es el responsable de implementar el PSL, debiendo realizar las acciones necesarias para su ejecución y cumplimiento, así como informar a la Asamblea General sobre los avances en la ejecución del desarrollo del PSL y el cumplimiento de los encargos recibidos.

Asimismo, recoge las propuestas de planes, proyectos u otros que presenten los ciudadanos, individual o colectivamente, que contribuyan al cumplimiento del PSL; y brinda apoyo técnico en forma voluntaria al Consejo Directivo para el mejor cumplimiento del PSL.

Manejo de Recursos Públicos

El Consejo Directivo debe coordinar con el Gobierno Regional, la DIRESA, la gerencia de la red/microrred y Gobierno Local, según corresponda, toda acción y gestión de la administración de los recursos económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento otorgado en administración acorde con la normatividad vigente. También debe elaborar y proponer para su aprobación por la Asamblea General los estados financieros y la memoria anual.

Evaluación: Monitoreo y Evaluación del PSL⁹

Los gobiernos locales y regionales, de acuerdo al Reglamento, deben realizar acciones de supervisión, control y evaluación de la Cogestión CLAS bajo las siguientes pautas:

- a) El proceso de monitoreo, evaluación y control es permanente, en función a los documentos normativos del MINSa y las Regiones.
- b) El proceso de supervisión de las CLAS está integrado al Plan Regional de Supervisión Integral de los Servicios de Salud.
- c) Los equipos de supervisión regional y de las redes deben incorporar a representantes del Gobierno Local y de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional o la que haga sus veces.
- d) Las visitas de supervisión integral a las CLAS se realizan con una periodicidad mínima semestral. Al término de la supervisión, el equipo encargado entrega el informe al Presidente de la CLAS, y consta en actas los resultados y los compromisos de mejora de los diversos aspectos de la CLAS.
- e) El equipo de supervisión entrega una copia del informe de supervisión a la Dirección de la DIRESA y a la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional, para el monitoreo correspondiente.

⁹ Art 103. Reglamento CLAS

Rendición de cuentas¹⁰

De acuerdo al reglamento vigente “El Gobierno Local convoca a la Asamblea General de la CLAS y a la comunidad en general, a espacios públicos participativos de rendición de cuentas de la CLAS, que se realiza al término de cada semestre y cuando se considere necesario, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Las CLAS rinden cuentas a la DIRESA mensualmente de acuerdo a resultados del monitoreo del PSL.
- b) La rendición de cuentas se realiza en base al cumplimiento de los objetivos y metas programáticas del PSL, los recursos asignados, actividades de capacitación, actividades de supervisión y monitoreo y el cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes en el Convenio de Cogestión, entre otros.
- c) Las partes firmantes del Convenio de Cogestión publican los resultados de la rendición de cuentas en medios de comunicación masivos regional y local”.

Vigilancia ciudadana en las CLAS¹¹

En lo que respecta a vigilancia ciudadana el reglamento señala que “los actores sociales de la jurisdicción de la CLAS, usuarios de los servicios de salud y cualquier ciudadano pueden realizar denuncias o quejas relacionadas a problemas en el funcionamiento de las CLAS, los establecimientos que administran, la malversación de recursos económicos, el uso inadecuado de los equipos, insumos, medios de transporte, infraestructura y otros del establecimiento de salud; así como, por el trato inadecuado en la atención de salud a la población, y otros”.

Por otro lado “las denuncias o quejas se realizan ante la Defensoría Comunal o sus homólogos, el Consejo Directivo y la Asamblea General de la CLAS, el Gobierno Local, el Gobierno Regional y/o la Defensoría del Pueblo, según sea el caso”, y tienen un procedimiento de atención (que incluye la investigación y

¹⁰ Art 104^a. Reglamento CLAS

¹¹ Art 105^a. Reglamento CLAS

comunicación) con plazos establecidos, así como sanciones en caso de incumplimiento.

Finalmente los ciudadanos “pueden participar en la conformación de comités de vigilancia ciudadana de la salud en su ámbito, u otros comités de trabajo que contribuyan a la ejecución del PSL”.¹²

4.1.3 Discusión de resultados

A continuación se presentará un breve resumen de ambos componentes a la luz de las teorías expuestas en el capítulo del marco teórico, a fin de facilitar la contrastación entre lo que dice la normativa y lo que ocurre en la práctica.

Planteamiento conceptual de participación ciudadana y cogestión en salud.

La participación ciudadana es toda forma de intervención de los actores sociales en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de los procesos de salud y sus determinantes en su ámbito correspondiente. En segundo término la cogestión en salud son las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la población en un territorio definido.

Analizando la Ley 29124, la participación ciudadana es considerada como un medio a través del cual se busca la cooperación o colaboración de la población en programas o proyectos de salud con el objetivo de lograr ganancias en eficiencia, equidad y calidad. De acuerdo a la teoría de Roger Hart (1993) se pretende un nivel efectivo de participación desde el planeamiento. La idea se relaciona con una descentralización de los servicios de salud mediante asociaciones que trabajen con mayor eficiencia y equidad que los puestos de salud tradicionales.

¹²Artículo 25 del Reglamento

Planteamiento Operativo

Los ciudadanos participan en la CLAS a través de estamentos. Existe un cambio que responde a las evaluaciones de años anteriores como la de Cortez (1998), que reportaban que la participación era a título individual y no colectiva, no estructurada y a solicitud del servicio en la mayoría de los casos.

Actualmente, a pesar de que no todas las CLAS se han adecuado a la Ley 29124, el modelo de participación se basa en que los ciudadanos pertenezcan a estamentos u organizaciones de la sociedad civil por un lado y la participación de los gobiernos local y regional, representación del MINSA y de los trabajadores de la CLAS, lo cual aseguraría representación, representatividad y representabilidad que son las características mínimas de una participación comunitaria de calidad, según Velásquez (1986).

Es así que, de darse la participación mediante estamentos con representantes en la Asamblea General, sería posible elaborar el Plan de Salud Local en sus dos fases.

Asimismo, de cumplirse con la participación de los representantes de gobierno local, regional y MINSA, se aseguraría un mejor proceso de monitoreo y evaluación.

Finalmente, una participación por estamentos involucraría activamente a ciudadanos, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos local y regional, y MINSA en los procesos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana.

En el cuadro 4.2 se presenta un resumen del planteamiento operativo del programa de cogestión de las CLAS de acuerdo a las etapas de planeamiento, organización, ejecución, evaluación y monitoreo, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana.

Cuadro 4.2. Planteamiento operativo del modelo CLAS

ETAPAS	PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 29194 Y DS N° 017-2008 SA.
Planeamiento	El PSL es el documento anual de gestión <u>participativa y concertada</u> . Tiene dos fases: 1) Planeamiento Estratégico Participativo de Salud: se establecen las prioridades y las intervenciones sanitarias locales. se formula cada 3 años. 2) Programación de Salud Local, se programan las actividades a ejecutar anualmente.
Organización	Los órganos de gobierno de la CLAS son: a) Asamblea General es el órgano máximo. Integrada por los representantes de los estamentos. Elige al Consejo Directivo. b) Consejo Directivo, responsable de dirigir y orientar el funcionamiento técnico y administrativo de la CLAS. c) Gerencia: Gestiona y organiza la prestación de los servicios de salud.
Ejecución	El Gerente de la CLAS es el responsable de ejecutar el PSL. Los ciudadanos y organizaciones pueden participar en la implementación de los programas y actividades del PSL.
Evaluación y Monitoreo	Los gobiernos locales y regionales deben supervisar, controlar y evaluar la Cogestión CLAS.
Rendición de cuentas	La rendición de cuentas de los recursos y la gestión que administra se hace de manera pública, periódica (cada 6 meses) y permanente. Para ello, los órganos de cogestión deben convocar a asamblea general.
Vigilancia ciudadana	Existe un procedimiento de atención y seguimiento de denuncias o quejas. Los ciudadanos pueden conformar comités de vigilancia ciudadana de la salud u otros comités de trabajo.

Fuente: Ley y Reglamento CLAS

4.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA COGESTIÓN DE LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO

En este sub capítulo se busca responder al segundo objetivo de la investigación: “Analizar la participación comunitaria en la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto”, ello con el fin de conocer cuánto de lo normado —presentado en el sub capítulo anterior— se aplica en la práctica. La presentación de la información se realizará consignando las preguntas planteadas a la población objetivo, y luego los resultados obtenidos en las respuestas a cada una de éstas.

Como se muestra en el cuadro 3.1 se aplicaron diversos instrumentos a la población objetivo, con el fin de triangular los resultados mediante la aplicación de: i) entrevistas individuales y grupales a miembros de la Asamblea General, Agentes Comunitarios de Salud ACS y personal CLAS, ii) grupo focal a miembros y ex miembros de la Asamblea General y iii) una encuesta a la

población usuaria de los servicios de salud de la CLAS, con lo que se pretende conocer si el planteamiento conceptual del modelo CLAS se aplica en la práctica en relación a la participación en la CLAS seleccionada.

4.2.1 Planeamiento: elaboración del PSL y definición de prioridades de salud

Para evaluar la participación comunitaria en la cogestión de salud desde la función de Planeación, se analizó el proceso de elaboración del Plan de Salud Local y la definición de prioridades en salud que contiene.

Ante las interrogantes de **cómo participan los representantes de la comunidad** en la formulación del Plan de Salud Local y en la definición de las prioridades de intervenciones de Salud, las respuestas obtenidas que expresan con mayor elocuencia la situación existente, son las siguientes:

“No, ellos (los pobladores) no participan, ellos ven el PSL elaborado, es un trabajo tedioso, mínimo toma 15 días a 3 semanas en elaborarlo, entonces lo que dicen los gerentes y yo les doy la razón, ‘que si involucraban a la comunidad, por el nivel cultural nos iba a tomar 2 a 3 meses y no es por desmerecerlos’ y con la presión del nivel superior, que amenazan con los sueldos, si no les enviamos la información, peligran los sueldos. Muchas veces lo hemos elaborado (nosotros) hasta muy de madrugada”.

(Mary Fernández. Enfermera Responsable de Promoción de Salud de la CLAS de Miraflores Alto).

“Normalmente lo hace 1 o 2 personas y luego lo socializan. Ahora tienen la idea de que cada profesional realice la parte que le corresponde respecto a su área y después se socialice”.(Sra. Sonia Girón, Enfermera de la CLAS de Miraflores Alto).

“Han habido algunas incoherencias respecto a la normativa en cuanto a la elaboración PSL. La normativa dice que debe ser elaborado con la comunidad,

al menos no hemos participado de ello y la comunidad menos”.(Raúl Ucañán, Médico de la CLAS de Miraflores Alto).

Los miembros de la Asamblea General señalan que el personal de salud conoce mejor las prioridades de intervención.

“Más lo trabaja el personal de salud, porque ellos conocen sobre las necesidades dentro de cada servicio, nosotros sólo exigimos porque la DIRES pide....”.

(Sra. Virginia Gómez, Presidenta de la CLAS de Miraflores Alto. Segunda vez en el cargo).

Como puede apreciarse, no se reconoce en la práctica la fase de Planeamiento Estratégico Participativo de Salud con una proyección de los objetivos y metas institucionales. A la fecha de la aplicación de los instrumentos los gobiernos local y regional no habían designado representantes a la Asamblea por lo que no existe coordinación a nivel de planeamiento.

La Asamblea no conduce esta fase y directamente se elabora el Plan de Salud Local bajo responsabilidad del Gerente y el personal de salud. Es así que casi el 100% de los entrevistados coinciden en señalar que no participan en la elaboración de dicho documento y los responsables son algunos integrantes del personal de salud. Por otra parte, los integrantes de la Asamblea General afirman que el personal de salud conoce mejor las prioridades de salud. Ello indicaría subordinación o falta de seguridad o capacidad hasta para identificar las necesidades y prioridades de la salud de su comunidad. El personal de salud justifica el hecho de la nula participación de la población en la elaboración del PSL pues se trata de un trabajo complejo que demanda mucho tiempo y para el cual el nivel superior les establece un periodo muy corto para elaborarlo.

Lo dicho por el personal de salud no dejaría de ser cierto, toda vez que la estructura del PSL, mostrada en el cuadro 4.1 contiene temas de planificación y programación (operativa y presupuestal) de dificultad para la población, salvo que fuese capacitada previamente.

4.2.2. Organización: elección de representantes de la comunidad

Tomando como punto de partida que los integrantes de la Asamblea General deben ser electos por las organizaciones sociales y los gobiernos local y regional, las preguntas se enfocaron en la convocatoria para elección de representantes, los criterios de selección de candidatos a representantes y la participación de la comunidad en la decisión final de sus representantes.

Proceso de elección:

a. Convocatoria para elección de representantes

Las interrogantes planteadas se centraron en conocer quién convoca, y cuál es la respuesta de la población a esta convocatoria.

En relación a la primera pregunta manifestaron que la Asamblea General es quien invita a asamblea a las organizaciones sociales de la jurisdicción, tales como Vaso de Leche, Comedores, Wawa Wasis, así como a los secretarios generales de los asentamientos humanos, Tenientes Gobernadores, representantes de colegios e iglesias y a los Agentes Comunitarios de la salud.

Sobre la respuesta de la población a la convocatoria para elegir a sus representantes, la opinión unánime es que la asistencia es limitada, asiste menos del 50% de los convocados. El personal de salud refiere que la asistencia de los líderes de las organizaciones sociales es escasa por desinformación o porque no tienen interés en representar a la comunidad en la CLAS. Ello origina que algunas personas sean reelegidas en la Asamblea General por varios períodos.

“Se cita a 40 personas, de las cuales no llega ni la mitad. El año pasado se tuvo que hacer hasta 3 citaciones, porque a las autoridades nos les interesa. ...Esas asambleas terminan dando vuelta, los que han sido anteriormente, vuelven a ser miembros del CLAS”. (Fernando Cruz, Asistente Administrativo de la Gerencia del CLAS de Miraflores Alto).

b. Propuesta de representantes a la Asamblea General y criterios de elección

Al indagar sobre cómo se propone a los representantes de la comunidad y si existen criterios para elegirlos se obtuvieron, entre las más representativas, las siguientes respuestas:

“En cuanto a los criterios no los conozco, pero sí sé que hay”.(Mary Fernández. Enfermera Responsable de Promoción de Salud. CLAS de Miraflores Alto).

“De repente las personas que ingresen al CLAS deberían ser personas un poco más técnicas, acá al parecer nuestras autoridades no lo han podido superar, en otros CLAS, podemos comparar con sus autoridades, han habido economistas, ingenieros y hay mejores resultados”.(Raúl Ucañan, Médico de la CLAS de Miraflores Alto).

“Creo que ha habido un vacío, la propuesta del Ministerio de Salud es muy subjetiva, no hay criterio..., o sea, yo puedo decir, “yo soy gerente y digo ella trabaja”. Es del gerente la decisión de quien va a ser propuesto, de repente las 3 promotoras que más vienen acá son las que propongo, o las 3 presidentas que más me han apoyado, no hay un criterio, por eso digo que es subjetivo”. (Raúl Ucañan, Médico de la CLAS de Miraflores Alto).

“Lo que la gerencia tiene en cuenta es que la persona tenga experiencia en la CLAS y conozca cómo se maneja”.(Fernando Cruz, Asistente Administrativo de la Gerencia de la CLAS de Miraflores Alto).

“Personas que son de organizaciones y están involucrados con el trabajo de salud, nuestros agentes comunitarios son una gran fortaleza”.(Roberto Otero, Gerente de la CLAS de Miraflores Alto).

Se puede concluir que los entrevistados desconocen los criterios que establece la Ley 29124 para seleccionar candidatos a la Asamblea del CLAS. El personal de salud estima que los representantes deberían tener mayor nivel educativo, lo que facilitaría la coordinación entre los órganos de gobierno y el personal de

salud. En cambio, el Gerente considera importante la experiencia y el compromiso de trabajo con la comunidad.

c. Participación de la comunidad en la decisión final de sus representantes en la Asamblea General

Se preguntó cómo se da la participación de la población en general en el proceso de elección. A manera de ilustración mostramos las respuestas de dos representantes de la asamblea:

“En asamblea son elegidas. Se propone a las 6 personas y acá internamente somos elegidas como Consejo Directivo”.(Sra. Virginia Gómez, Presidenta de la CLAS de Miraflores Alto).

“A mí me eligieron en la asamblea, por votaciones y me nombraron vocal”.(Sra. Agripina Hurtado, ACS, Vocal de la CLAS de Miraflores Alto, primera vez en el cargo).

La respuesta común es que la participación de la comunidad en la asamblea de elección de representantes es a título individual y sin acreditar la representación de las organizaciones sociales. Se mantiene así la elección de representantes y conformación de la Asamblea General de acuerdo al DS 01-94 SA, actualmente derogado.

La información obtenida en las entrevistas respecto a la participación de la población fue complementada y contrastada con una encuesta donde se preguntó:

¿Ha participado en la elección de los representantes de la comunidad a la Asamblea General de la CLAS?, ¿Cuáles fueron las razones por las que no asistió a la asamblea de elección? y ¿conoce que el puesto de salud funciona bajo el modelo CLAS?

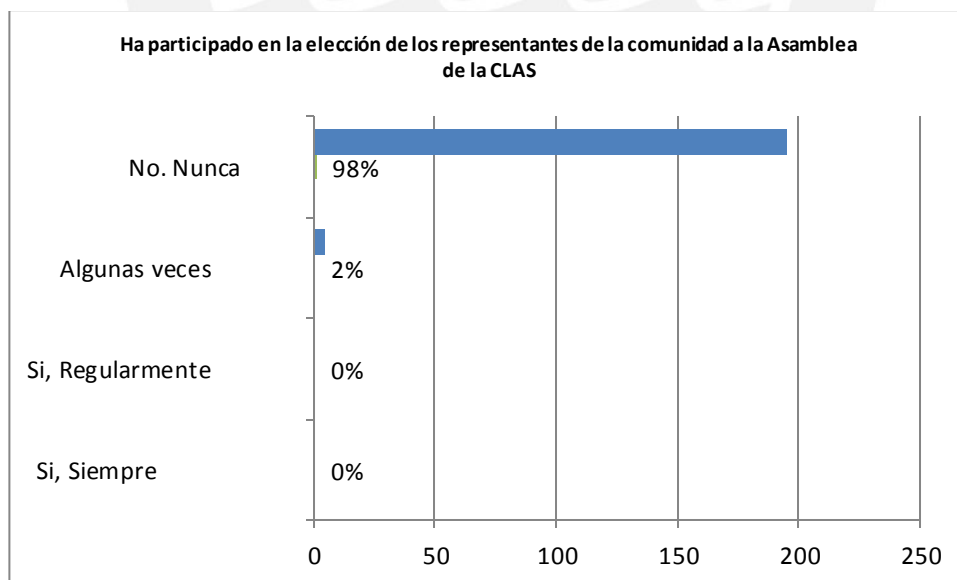
Los resultados obtenidos de las 200 personas encuestadas, fueron sólo un 2% afirma que alguna vez ha participado en la elección de representantes ante la Asamblea(ver Gráfico 4.1), un 85% desconoce que el puesto de salud funciona

bajo el modelo CLAS y sólo un 13% puede definir una CLAS (ver Gráficos 4.2 y 4.3). El 70% de los que nunca asistieron a las elecciones mencionan que fue porque desconocían la fecha de la Asamblea (45%) o no tenían tiempo de asistir en la fecha establecida (12%) (ver Gráfico 4.4).

Se reconoce, respecto al proceso de la elección de los representantes de la comunidad, que la asistencia a las asambleas no es mayoritaria. Esto podría originarse en el hecho de que sólo un 15% conoce que el puesto de salud funciona como CLAS o en que sólo un 13% comprende que la CLAS implica la cogestión del puesto de salud entre la comunidad y el personal de salud. Preocupa que un 14%, conociendo de las elecciones de representantes, no tenga interés en participar.

Sin embargo, es positivo que un 13% de entrevistados definan la CLAS como atención al cliente con calidad por lo que podríamos inferir que la calidad de atención de Miraflores Alto viene mejorando (Gráfico 4.3).

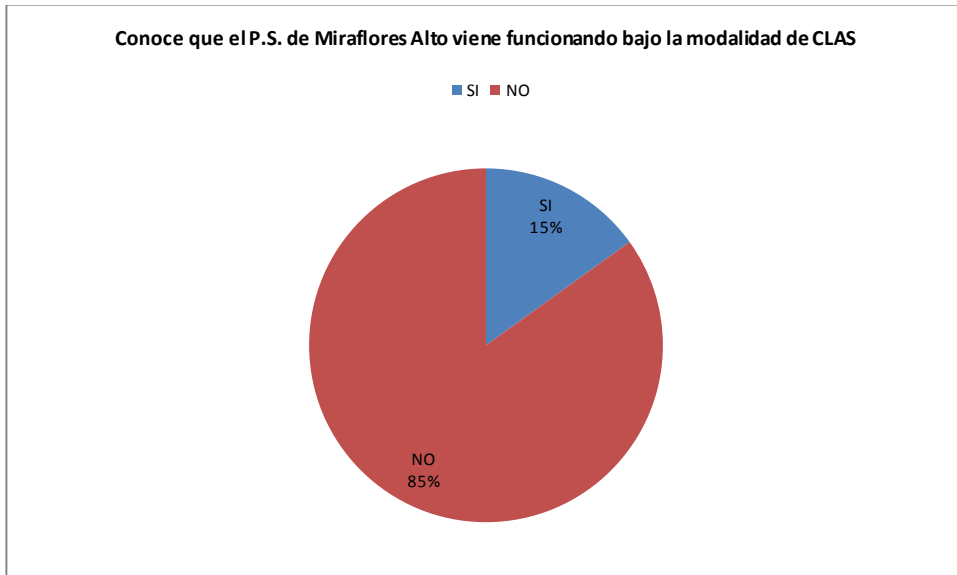
Gráfico 4.1. Participación ciudadana en la elección de representantes a la Asamblea General



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012

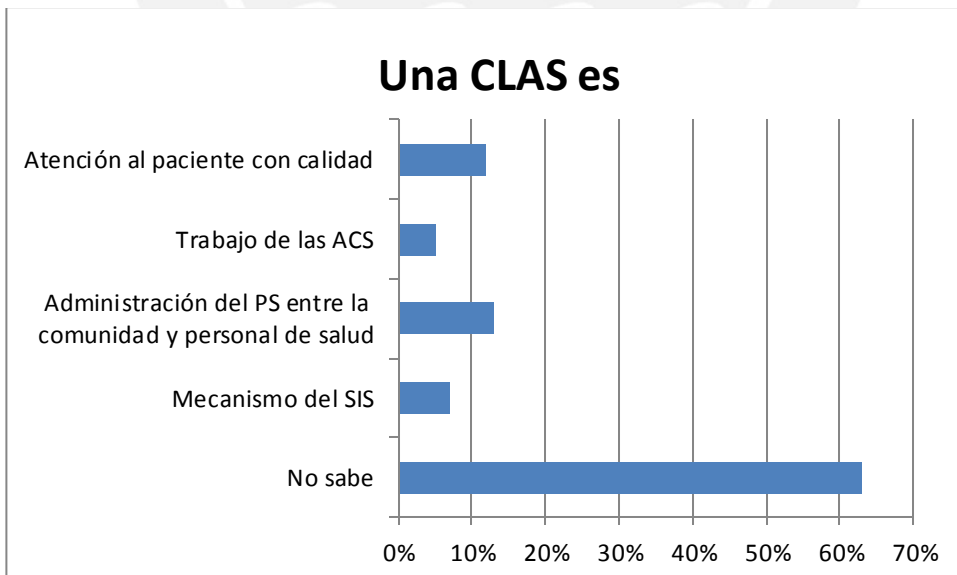
Elaboración propia

Gráfico 4.2. Conocimiento de la comunidad de que el PS Miraflores Alto funciona como CLAS



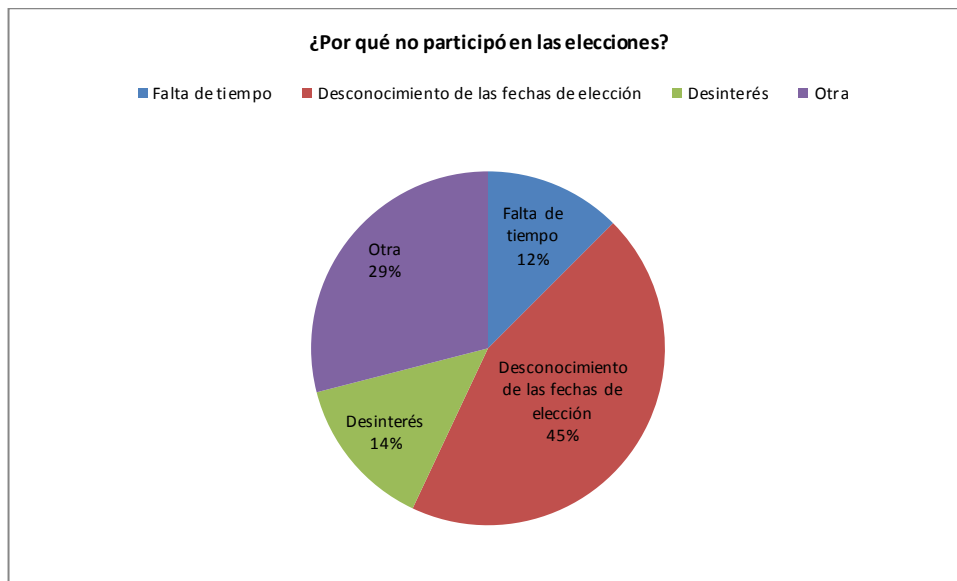
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

Gráfico 4.3. Sobre lo que es una CLAS

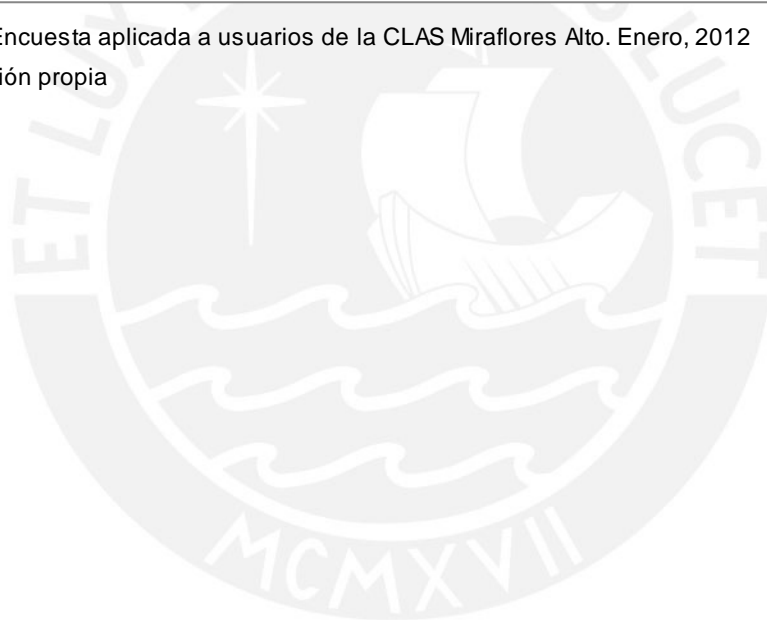


Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

Gráfico 4.4 Razones de la no participación en las elecciones



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia



4.2.3.Ejecución: implementación del PSL y administración de recursos

En este subcapítulo se analizará la participación de los representantes de la comunidad en la implementación del PSL y en el manejo de recursos públicos.

a. Participación de los representantes en la implementación del Plan de Salud Local, PSL.

La implementación del PSL recae en el Consejo Directivo y Gerencia de acuerdo a la normativa de la CLAS. En lo que se refiere a gestión se buscó conocer si existía algún mecanismo para promover la participación comunitaria, para lo cual se planteó interrogantes al personal de salud y a representantes en la Asamblea General.

Analizando cómo participan los representantes presentamos las respuestas más significativas:

“Creo que uno tiene que ver cuál es el trabajo de los directivos y no es necesario que estemos preguntando, yo me voy enterando en los mismos comentarios; el trabajo se ve, estamos enterados de todo lo que sucede”. (Sra. Agripina Hurtado, ACS, Vocal del CLAS de Miraflores Alto, primera vez en el cargo).

Podemos decir entonces que la participación de los representantes que por primera vez ocupan dichos cargos (secretaria y vocales) es débil. Resalta un mayor protagonismo de la presidenta y tesorera que vienen ocupando cargos en gestiones anteriores. La presidenta de la CLAS, por ejemplo, refiere que el Gerente las tiene informadas, que se reúnen y adoptan decisiones.

Es importante mencionar el apoyo de las Agentes Comunales de Salud, ACS, mediante su trabajo comunitario en la difusión e implementación de las campañas de salud de la CLAS.

b. Participación de los representantes en la administración de recursos

Al indagar sobre cómo participan los representantes de la comunidad en el manejo de los recursos (humanos, financieros y materiales) de la CLAS, como parte del Consejo Directivo, los entrevistados refirieron:

“Como tesorera, tengo que estar viendo qué es lo que falta y qué necesidad hay, para poder abastecer. Luego coordino con la presidenta y vemos de dónde vamos a sacar el dinero”. (Sra. María Salinas, ACS, Tesorera del CLAS de Miraflores Alto, anteriormente fue presidenta de la CLAS).

“Ellos nos reúnen mensual y estamos informados, aunque a veces no podemos estar juntos todos”. (Sra. María Méndez, ACS, Vocal de la CLAS de Miraflores Alto, primera vez en el cargo).

Los integrantes del Consejo Directivo participan en los diversos aspectos administrativos, tales como: tesorería, asignación de recursos, toma de decisiones sobre algunas adquisiciones y sobre los diversos problemas del establecimiento. Para ello se reúnen semanalmente, y para fines informativos mensualmente con la Asamblea General.

4.2.4. Monitoreo y evaluación del Plan de Salud Local

Los gobiernos locales y regionales de acuerdo al Reglamento CLAS deben realizar acciones de supervisión, control y evaluación de la Cogestión CLAS.

No existe monitoreo por parte de las autoridades locales en la medida que aún no designan representante a la Asamblea General.

En lo que respecta al gobierno regional se preguntó quiénes participan en el monitoreo y evaluación del PSL. Al respecto, los entrevistados señalaron:

“Antes era más continua la visita. En enero de este año vino la licenciada Herminia de la DIRES, hasta el momento es la única visita. Se reúne con el

gerente y la presidenta, pero no con todo el personal”. (Fernando Cruz, Asistente Administrativo de la Gerencia del CLAS de Miraflores Alto).

“Sí vienen, las visitas, pero se reúnen con el personal que está a cargo del programa, mas no con el personal técnico”.(Srta. Cristina Guevara – Técnica en Enfermería del CLAS de Miraflores Alto).

“A través de la gerencia, el doctor hace reuniones y va viendo los avances, nosotros mensualmente enviamos una hoja de monitoreo al CLAS y va directamente a la DIRES”.(Mary Fernández – Enfermera Responsable de Promoción de Salud del CLAS de Miraflores Alto).

Según los entrevistados, la Dirección Regional de Salud, DIRESA, es responsable de supervisar el desarrollo adecuado del Plan de Salud Local, PSL, de la CLAS; realiza visitas operativas que se dan cada año en menor número y en menor amplitud del control. Asimismo, desde la CLAS se tiene un seguimiento mensual de los programas de salud comprometidos en el PSL, y cuando hay alguna observación se reúnen con los responsables de dicho programa y analizan los problemas reportados así como las alternativas de solución.

4.2.5. Rendición de cuentas

De acuerdo al reglamento, el Gobierno Local convoca a la asamblea de rendición de cuentas en espacios públicos participativos de la CLAS. Dicha asamblea se realiza al término de cada semestre y cuando se considere necesario. Sin embargo, en la práctica, es el CLAS quien convoca la asamblea de rendición de cuentas.

Respecto a los medios y procedimientos de rendición de cuentas, así como de la información a la comunidad sobre las actividades de las CLAS, como acción de transparencia y tipo de información brindada, se presentan las expresiones más elocuentes del personal de salud e integrantes de la Asamblea General:

“Se llama a la asamblea de salud, una vez al año se informa”. (Sra. Virginia Gómez, Presidenta de la CLAS de Miraflores Alto. Segunda vez en el cargo).

“Se hace todos los años, la rendición de cuentas y la comunidad lo reclama, además que es un requisito que pide la CLAS. Yo lo conozco porque vivo aquí en la comunidad”. (Rolando Zegarra. Químico Farmacéutico, Responsable de Farmacia de la CLAS de Miraflores Alto).

“La presidenta, informa sobre su gestión, el gerente sobre el cumplimiento de sus metas sanitarias, y el contador conjuntamente con la tesorera, informa la parte económica”. (Roberto Otero, Gerente de la CLAS de Miraflores Alto).

“He participado dos veces en las reuniones..., el doctor me pide el directorio para que realice la convocatoria y en algunas oportunidades se ha invitado al contador, para que rinda la parte contable. Elevan su libro de acta”. (Mary Fernández. Enfermera Responsable de Promoción de Salud del CLAS de Miraflores Alto).

Las respuestas muestran que la CLAS convoca a una asamblea al año para informar a la comunidad acerca de la gestión contable y administrativa (la ley de las CLAS dispone al menos una por semestre), cumpliéndose con presentar un balance general de la gestión, por parte de la Presidenta; los resultados económicos del ejercicio, por parte de la Tesorera con el apoyo del contador; y los resultados de los programas de salud, por el Gerente. La Asamblea concluye con la elaboración de un acta de lo acordado.

Analizando si la población acude a las asambleas de rendición de cuentas tenemos como respuestas más saltantes:

“En realidad las comunidades son reacias, incluso aquí en Miraflores la secretaria general convoca y no van más de 10 personas; sí se ha vivido esa experiencia, por eso es que el doctor decía, hay que hacerlo aquí, porque sabemos que viene poca gente”. (Mary Fernández. Enfermera Responsable de Promoción de Salud del CLAS de Miraflores Alto).

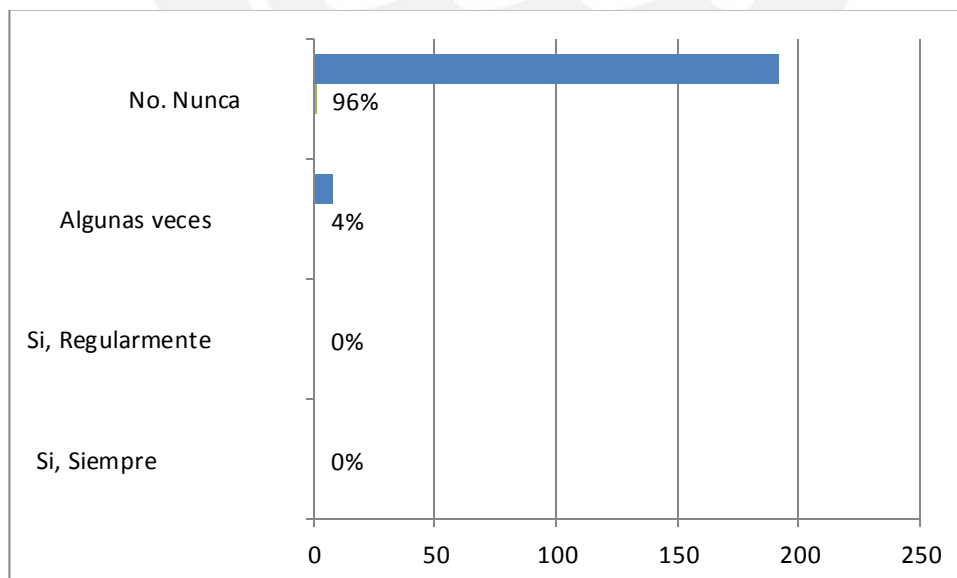
“Yo tengo entendido que se hace una convocatoria abierta a la comunidad, puede ser perifoneo, se supone que es un acto público, con una participación masiva, pero no sé cómo lo han hecho aquí, por lo menos yo que tengo tiempo aquí no me he enterado de esa reunión”.(Raúl Ucañan. Médico del CLAS de Miraflores Alto).

“Tampoco estaba enterada”.(Srta. Cristina Guevara. Técnica en Enfermería del CLAS de Miraflores Alto).

Los entrevistados que conocían de las asambleas vivían en Miraflores Alto o trabajan directamente con el Gerente de la CLAS. Posiblemente, al ser la asamblea convocada desde la CLAS existe poco interés por parte de la población en asistir.

La información obtenida en la encuesta respecto a la asistencia de la población en la asamblea de rendición de cuentas por parte de la CLAS, fue que sólo: un 4% reconoce que alguna vez asistió a una asamblea de rendición de cuentas, mientras el 96% afirma que nunca asistió (ver Gráfico 4.5).

Gráfico 4.5. Asistencia a la asamblea de rendición de cuentas

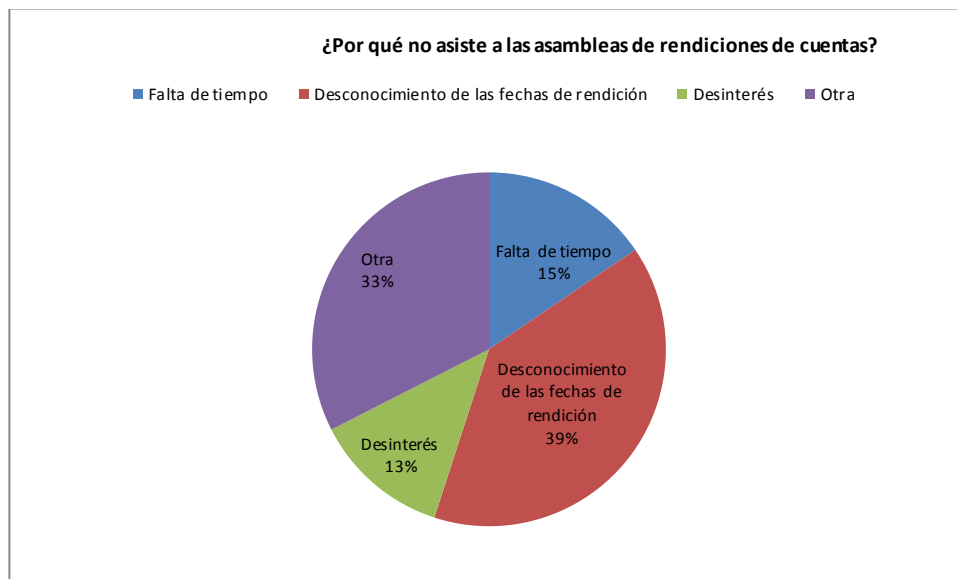


Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS de Miraflores Alto. Enero, 2012.

Elaboración propia

Los que no asistieron manifestaron que fue por desconocer la realización de dicha asamblea(39%), falta de tiempo (15%),desinterés por la rendición de cuentas(13%). Un 33% manifiesta haber tenido otros motivos para no asistir a las asambleas.

Gráfico 4.6. Motivos de la inasistencia a la asamblea de rendición de cuentas



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012.

Elaboración propia

4.2.6. Vigilancia ciudadana

Analizando cómo participa la comunidad en el control del uso de los recursos de la CLAS se presentó la siguiente interrogante:

¿Intervienen, cuestionan, aportan los miembros de la comunidad en las actividades de la CLAS? Al respecto recogemos la siguiente respuesta:

“La gente conoce que somos autoridades y llegan a mi casa y nos informan, o sea todo lo que pasa aquí, nosotros nos enteramos”.(Sra. Virginia Gómez, Presidenta de la CLAS de Miraflores Alto. Segunda vez en el cargo).

Podemos afirmar que la comunidad participa en la vigilancia social mediante las quejas y denuncias que llevan a sus representantes. Igualmente, es importante mencionar que no existe procedimiento para la presentación, evaluación y seguimiento de las denuncias presentadas por los ciudadanos.

En relación al control de la calidad de atención en salud se plantearon dos interrogantes a los integrantes de la Asamblea:

¿Qué acciones realizan para el control de la calidad de atención de salud?, y
¿Considera que su participación como representantes de la comunidad ha contribuido en la mejora en el trato al usuario(a), y por qué?

En conjunto, para las dos preguntas, la respuesta más representativa fue la siguiente:

“Debemos estar atentos que lo atiendan al pueblo, a veces el personal dice a la gente ya no hay atención porque ya se fue el médico, tenemos que estar viendo eso, porque el personal tiene que estar en el momento que el paciente lo necesita y está en la obligación de atenderlo”. (Sra. Virginia Gómez, Presidenta de la CLAS de Miraflores Alto. Segunda vez en el cargo).

Si bien no existe un procedimiento formal de atención de reclamo o queja, los ciudadanos se acercan a sus representantes del Consejo Directivo para presentarlos en forma oral y directa (incluso la población acude al domicilio de estas personas). Posteriormente los representantes verifican la información y coordinan con el Gerente las acciones correctivas.

Mencionan que los reclamos o quejas tienen que ser evaluados porque muchas veces la actuación del personal de salud es correcta, aunque la población no la perciba positivamente. De tener que llamarse la atención al personal es el Gerente quien lo realiza.

Así mismo, una de las preocupaciones más importantes de los representantes de la comunidad es velar por una buena atención a los pacientes, a fin de que estos estén satisfechos con la atención.

Al igual que en los otros aspectos donde participan los representantes de la población, el cumplimiento de su rol es mayor y de mejor calidad si han participado más de una vez en el cargo.

4.2.7. Discusión de resultados

En relación a la organización, los resultados muestran que todavía no se conforma la Asamblea General de acuerdo a los estatutos, los representantes del gobierno local, regional y de los trabajadores de la CLAS. Por lo que aún tenemos que la actual Asamblea General ha sido electa de acuerdo a normas ya derogadas.

El MINSA y gobierno local no impulsan la adecuación de las CLAS. Las elecciones son convocadas por la propia CLAS. De acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada y de las entrevistas, la asistencia es limitada por parte de los estatutos y también de la población en general. Existe desconocimiento acerca de cuáles son los requisitos para acceder a los órganos de gestión de la CLAS.

Sobre el planeamiento, la Asamblea General no diseña el Plan Estratégico Participativo de Salud que se debe elaborar con un horizonte de tres años, por lo que no existe articulación con el Plan de Desarrollo Concertado Local ni con los Presupuestos Participativos regionales y locales.

Al no existir Plan Estratégico Participativo de Salud el planeamiento se limita a que el Gerente y personal de salud de la CLAS definan las prioridades en salud y elaboren el Plan de Salud Local (plan operativo anual) del ejercicio en razón del tiempo y urgencia para su entrega, de acuerdo a los plazos dados por el sector salud.

En consecuencia, la planeación desde la Gerencia se viene realizando para el corto plazo y no se tienen objetivos estratégicos concertados a mediano y largo plazo.

Respecto a la ejecución del Plan de Salud Local encontramos que las decisiones acerca del manejo de los recursos financieros son adoptadas principalmente por integrantes del Consejo Directivo y el Gerente, es decir no son coordinadas con todos los representantes. Es importante mencionar la participación de las Agentes Comunitarias de Salud, ACS, en la implementación de programas de salud con la comunidad. Cabe mencionar que la mayoría de integrantes de la Asamblea General tiene experiencia en trabajo comunitario desde su experiencia como ACS.

En relación al componente operativo de evaluación y monitoreo del Plan de Salud Local se observa que la Dirección Regional de Salud monitorea los programas de salud incluidos en el Plan de Salud Local. De acuerdo al reglamento, las visitas de supervisión integral se deben realizar con una periodicidad mínima semestral. En la práctica, las visitas de supervisión son cada vez más espaciadas y de menor alcance. Por otro lado, el gobierno local no ejerce la supervisión, control y evaluación de la cogestión de la CLAS tal como lo dispone el reglamento.

Acerca de la rendición de cuentas encontramos que en Miraflores Alto, la CLAS convoca anualmente a la comunidad a las asambleas de rendición de cuentas, cuando debiera hacerlo semestralmente, como ya se ha mencionado. En dichas asambleas se reporta aspectos financieros y los avances de los programas de salud dentro del contexto del Plan de Salud Local. La asistencia a estas asambleas es limitada debido al desconocimiento y falta de tiempo de los usuarios de la CLAS. Por otro lado, existen pedidos de asambleas de rendición de cuentas de algunos pobladores quienes desean conocer los avances de la gestión de la Presidente y Gerente de la CLAS y exigen resultados acerca de los planes de salud o balances económicos del ejercicio.

Finalmente respecto al componente operativo no se halló procedimiento acerca de la presentación, evaluación y seguimiento de quejas, denuncias o

sugerencias, presentadas directamente o en forma oral a los integrantes de la Asamblea General o Consejo Directivo. En la práctica, el proceso de vigilancia ciudadana lo realizan los representantes de la comunidad quienes reciben directamente las quejas de los pacientes y personalmente realizan seguimiento a los problemas en la atención. Ellos vigilan que el personal de salud se comprometa a ofrecer un servicio de calidad con respeto y trato digno.

Respecto al control del uso de recursos, los ciudadanos pueden presentar sus quejas, pero básicamente si tuvieran alguna observación debieran presentarla en la asamblea de rendición de cuentas.

Es importante diferenciar dos instancias de participación de la población: a nivel general y a nivel de los representantes, tanto de la Asamblea General como del Consejo Directivo. En el primer nivel, no existe participación comunitaria desde los estamentos tal como está diseñado en el modelo CLAS; a diferencia del segundo nivel, donde la participación sí se da aunque a título individual, mediante el compromiso y apoyo de algunos ciudadanos que se han involucrado en el trabajo en salud con su comunidad, desde la Asamblea General y el Consejo Directivo.

A continuación se muestra un cuadro resumen del planteamiento del programa de cogestión vigente, en relación con el segundo objetivo específico de la investigación.

Cuadro 4.3. Participación comunitaria en la cogestión de la CLAS: entre lo normado y la práctica

	Planteamiento del Programa de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29194 y DS N° 017-2008 SA.	Cumplimiento de lo normado en la CLAS MIRAFLORES ALTO
Planeamiento	El PSL es el documento de gestión <u>participativa y concertada</u> de vigencia anual. El Plan de Salud Local, tiene dos fases: a. Fase de Planeamiento Estratégico Participativo de Salud : se establecen las prioridades y las intervenciones sanitarias locales y se formula cada 3 años b. Fase de Programación de Salud Local, a cargo del Gerente, se programan las actividades que deben ejecutarse anualmente.	a. Fase de Planeamiento Estratégico Participativo de Salud. No se elabora el PEPS. b. Fase de Programación de Salud Local. Las prioridades de salud así como las actividades a desarrollarse son determinadas por el Gerente y personal de salud de la CLAS en el PSL del ejercicio.
Organización	La CLAS tiene los siguientes órganos de gobierno: a. Asamblea General: órgano máximo de gobierno y elige al Consejo Directivo. Los integrantes de la comunidad se eligen por estamento más representantes de los gobierno regional, local y personal de salud b. Consejo Directivo. El Consejo Directivo está conformado por un número impar de miembros con un máximo de siete(7), de los cuales cuatro (4) son representantes de la comunidad, debiendo tener como mínimo un Presidente, un Secretario y un Tesorero para ejercer sus funciones c. Gerencia. El Gerente asume la jefatura del o los establecimientos de salud bajo la jurisdicción de la CLAS.	A la fecha, no se ha dado el proceso de adecuación a la nueva organización establecida en la Ley . a. Asamblea General: No existe representación por parte de los estamentos, gobierno local, regional y trabajadores del puesto de salud. Se elige a 3 representantes por invitación y a 3 por votación. b. Consejo Directivo: 3 representantes (electos de la Asamblea General más el Gerente) c. Gerencia. El Gerente de la CLAS asume la jefatura del PS Miraflores Alto.
Ejecución	El Gerente de la CLAS es el responsable de ejecutar el PSL. La participación ciudadana en la CLAS se realiza a través de la vinculación de los ciudadanos y organizaciones con las actividades estipuladas en el PSL.	El Gerente ejecuta el PSL. Respecto a la participación ciudadana: las Agentes Comunitarias de Salud, ACS, tienen una participación importante en la implementación de los programas de salud.
Evaluación y monitoreo	Los gobiernos locales y regionales de acuerdo al Reglamento realizan acciones de supervisión, control y evaluación de la Cogestión CLAS.	El gobierno local no realiza acciones de monitoreo o supervisión. La Dirección Regional de Salud monitorean los programas de salud de alcance nacional mediante reportes que reciben de las CLAS. Las visitas operativas son poco frecuentes.
Rendición de cuentas	La rendición de cuentas de los recursos y la gestión que administra se hace de manera pública, periódica y permanente. El gobierno local convoca a asamblea de rendición de cuentas, como mínimo, una vez cada seis (6) meses y efectuar la rendición.	Se realizan asambleas de rendición de cuentas una vez por año en donde se presenta el balance de la gestión. La asamblea es convocada por la CLAS. A pesar de la poca asistencia, se reporta a sectores de la población que demandan las asambleas y en ellas exigen resultados de la gestión a la Presidente y Gerente de la CLAS.
Vigilancia ciudadana	Existe un procedimiento de atención y seguimiento de denuncias o quejas. Los ciudadanos también pueden participar en la conformación de comités de vigilancia ciudadana de la salud en su ámbito, u otros comités de trabajo que contribuyan a la ejecución del PSL.	El proceso de vigilancia ciudadana lo realizan los representantes de la comunidad quienes reciben directamente las quejas de los pacientes y personalmente realizan seguimiento a los problemas en la atención. Ellos vigilan que el personal de salud se comprometa a ofrecer un servicio de calidad con respeto y trato digno.

Fuente: Elaboración propia

4.3 DEBERES Y DERECHOS CIUDADANOS EN EL CAMPO DE LA SALUD

Como tercer objetivo específico se pretende identificar logros en el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos en el campo de la salud. En el marco teórico se precisó que la definición de ciudadanía adoptada puede ser utilizada en cualquier campo de estudio de las ciencias sociales. Así mismo se presentó una definición propia de ciudadanía en salud que nos ayudará a entender el ejercicio de los deberes y derechos en el ámbito de la CLAS.

En cuanto a los derechos sobre la salud, se tiene el Derecho a la información sobre su salud y el Derecho a decidir sobre la atención de su salud; y en los deberes sobre la salud, el deber de la persona a participar en el cuidado de su salud.

Para identificar los logros en el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos en el campo de la salud, de ello, se realizó un grupo focal con miembros y ex miembros de la asamblea, y una encuesta a los usuarios (200) de los servicios de salud de la CLAS.

4.3.1 Derecho a la información sobre su salud. Acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud

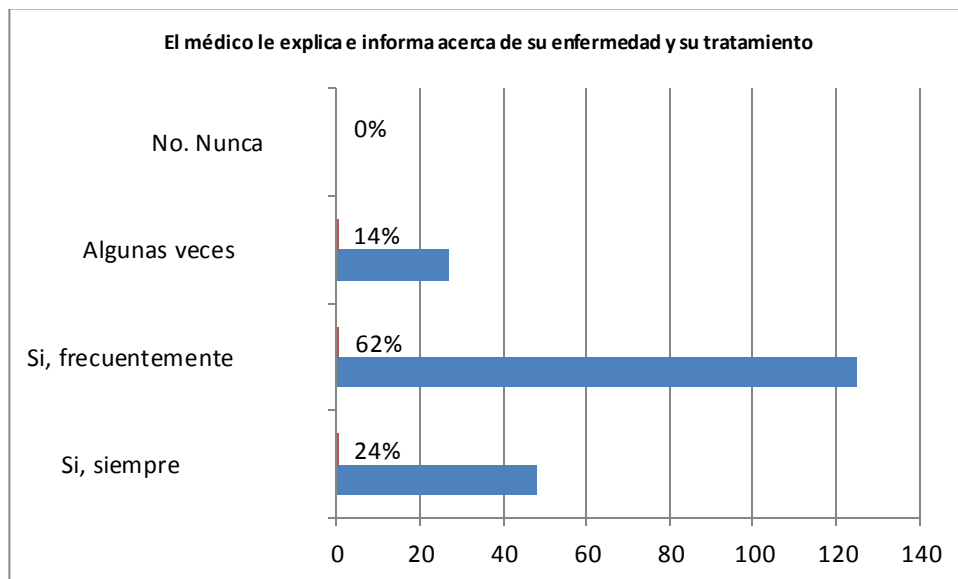
En un plano más individual mediante el grupo focal a miembros y ex miembros de la Asamblea se pretende advertir si tienen la capacidad de reconocer los derechos ciudadanos en salud. Por otro lado y a nivel colectivo se aplicó una encuesta a fin de conocer si el médico y/o personal de salud a través del trato digno y respectivo, reconoce el derecho de los pacientes a la información sobre su salud.

La encuesta a los usuarios de la CLAS incluyó las preguntas que comentaremos a continuación:

¿El médico le explica e informa acerca de su enfermedad y el tratamiento que debe seguir?

El 86% de los encuestados respondió afirmativamente, de estos el 24% contestó que el médico siempre le informa, y el 62% respondió que el médico le informaba frecuentemente acerca del tratamiento a seguir y, acerca de su enfermedad. Un 14% respondió que solo algunas veces se le explica e informa.

Gráfico 4.7. El médico le explica e informa acerca de su enfermedad y su tratamiento



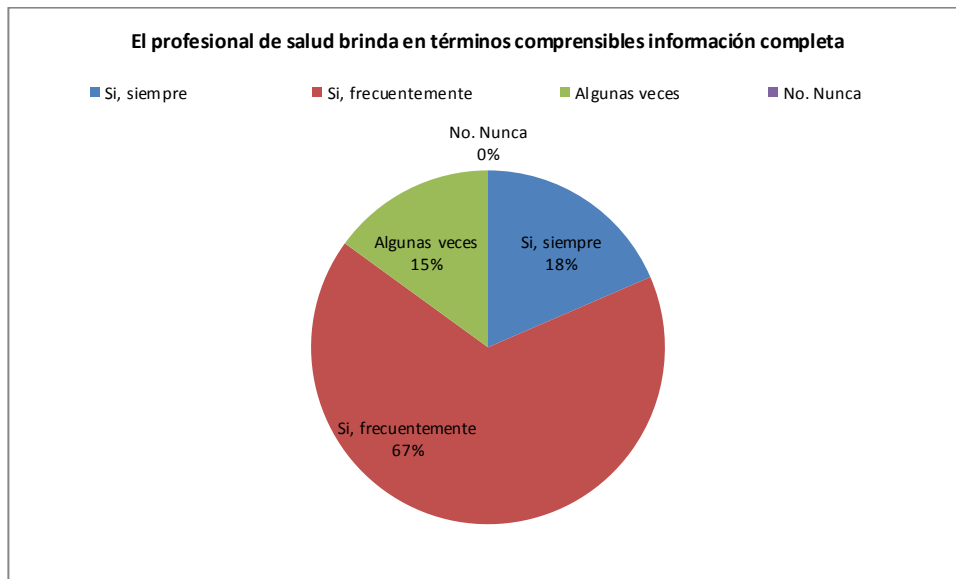
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012.

Elaboración propia

La siguiente pregunta fue ¿El profesional de salud (médico, dentista o enfermera) le brinda en términos comprensibles información completa sobre la atención de salud?

El 85% de los encuestados contesta la pregunta afirmativamente, de este total el 67% afirma que lo hacen frecuentemente, y el 18% manifiesta que siempre le ofrecen información completa y comprensible. Un 15% respondió que solo algunas veces se le brinda información completa y comprensible. Es importante resaltar que ningún encuestado afirmó que nunca se le brindó en términos comprensibles información completa sobre la atención de salud.

Gráfico 4.8.El profesional de salud brinda en términos comprensibles información completa



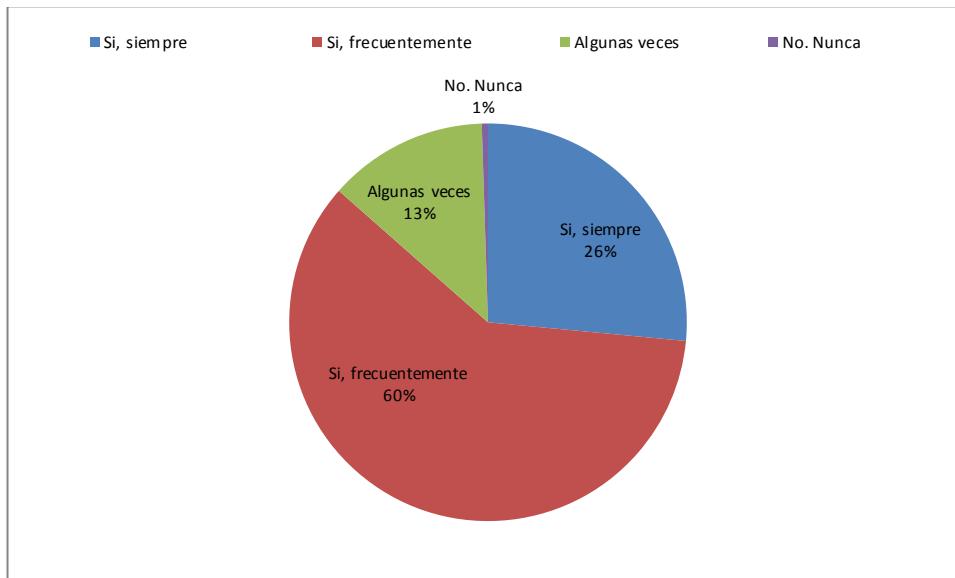
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto Enero 2012

Elaboración propia

La siguiente pregunta fue: ¿El profesional de salud le brindó a usted la oportunidad de preguntar sobre sus dudas durante la atención de salud?

El 86% de los encuestados responde afirmativamente a esta pregunta. De este universo, 60% de encuestados indica que lo hacen frecuentemente, mientras que el 26% sostiene que siempre el profesional de salud de la CLAS les brindó la oportunidad de preguntar durante la atención de salud. Un 13% respondió que solo algunas veces se tuvo la oportunidad de preguntar sobre sus dudas y el 1% afirma nunca se le brindó la oportunidad.

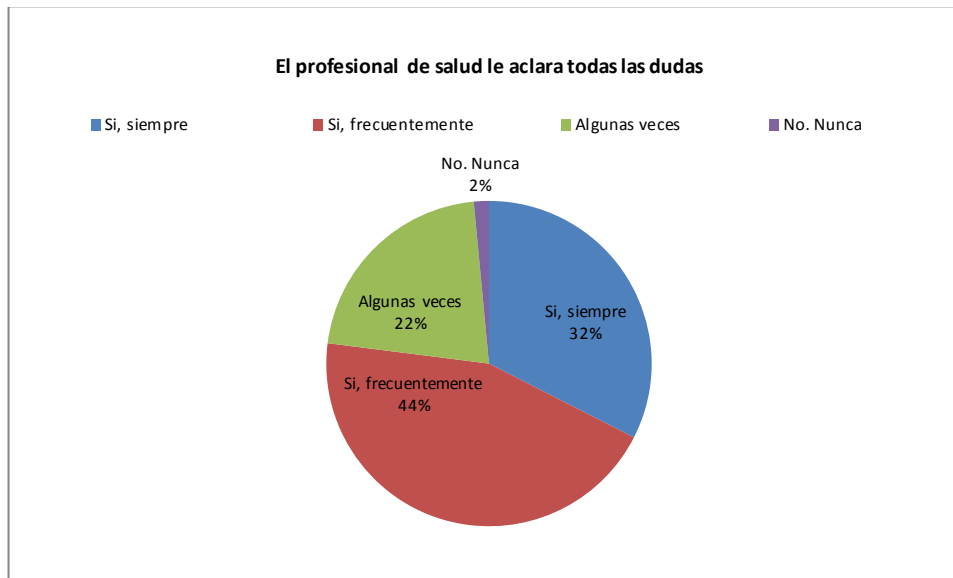
Gráfico 4.9. Profesional de salud absuelve dudas durante atención de salud



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

Finalmente, se preguntó: ¿El profesional de salud le aclaró todas estas dudas? El 76% de los encuestados contestó positivamente la pregunta. En los casos que los usuarios realizaron consultas sobre la atención en salud, el 44% afirma que frecuentemente las dudas son aclaradas, en tanto que 32% reafirma que las dudas siempre son aclaradas. Un 22% respondió que solo algunas veces el profesional de la salud aclaró sus dudas, y un 2% afirma que nunca el profesional de la salud aclaró sus dudas.

Gráfico 4.10. El profesional de salud le aclara todas sus dudas



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012

Elaboración propia

En el grupo focal se indagó acerca del conocimiento de los derechos de los usuarios en salud.

Los participantes reconocieron que los usuarios a un Centro de Salud tienen derechos y deberes básicos como:

- Derecho a una atención de calidad.
- Derecho a que el personal de salud explique claramente el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Derecho a una atención oportuna considerando un tiempo de espera prudencial.
- Deber de la persona en el cuidado básico de su salud y a exigir cuando corresponda una atención acertada.

Para confirmar el conocimiento sobre el alcance de sus derechos al acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud, se preguntó lo siguiente:

¿El haber participado como representante de la CLAS, ha contribuido a que usted exija el respeto a sus derechos en salud? Explique por favor.

Las respuestas de los representantes son similares, se identifica el reconocimiento de aprendizaje sobre sus derechos, así como un cambio de comportamiento. Por ejemplo, una de las entrevistadas nos dijo que puede presentar reclamos al personal de salud.

“Uno ya ha aprendido: con conocimiento puede reclamar sus derechos”.

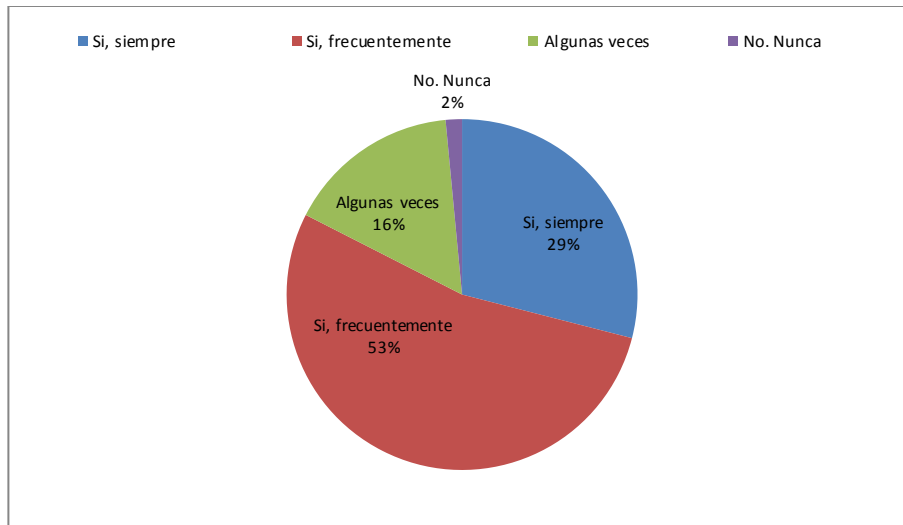
4.3.2 Derecho a decidir sobre la atención de su salud - consentimiento informado en la atención de salud

La encuesta a los usuarios de la CLAS pretende conocer si los usuarios se encuentran suficientemente informados antes de ejercer la libertad de decidir sobre la atención de su salud . Sobre este tema se incluyó las siguientes preguntas que comentaremos a continuación:

¿Se le comunica todo lo necesario antes de cualquier procedimiento o tratamiento, para que pueda dar su consentimiento o negarse al mismo? Los encuestados respondieron afirmativamente en un 82%,siendo que el 53% dice que es frecuentemente y el 29% que siempre.

Un 16% respondió que solo algunas veces y un 2% afirma que nunca se le comunica todo lo necesario antes de cualquier procedimiento.

Gráfico 4.11. El profesional de salud solicita consentimiento antes de iniciar procedimiento.



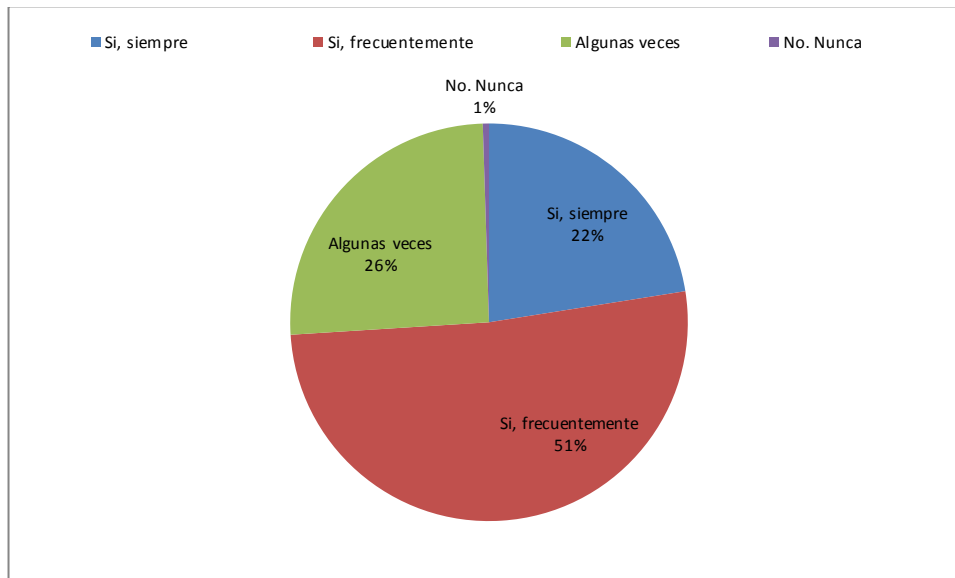
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

¿Cree que el médico le otorga el tiempo adecuado cuando le atiende?

El 73% de los usuarios manifiesta que el tiempo de atención brindado por el personal de salud es el adecuado, siendo que el 51% de los entrevistados dice que esto se realiza frecuentemente, y el 22% dice que siempre.

Un 26% respondió que solo algunas veces y un 1% afirma que nunca el médico le otorga el tiempo adecuado cuando le atiende.

Gráfico 4.12. El profesional de salud otorga el tiempo adecuado a la atención



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012

Elaboración propia

A fin de conocer si el trato del profesional de salud es diferenciado, se consultó a los representantes y ex representantes de la Asamblea cómo son tratados cuando ellos van en calidad de pacientes. Las preguntas fueron las siguientes:

¿Considera que el personal de la posta le brinda un mejor trato en la atención de salud a usted por ser integrante de la Asamblea de la CLAS en comparación con un ciudadano que no lo es?

Los entrevistados manifestaron no percibir algún trato preferencial en relación al resto de usuarios y concordaron en que la calidad de la atención ha venido mejorando.

4.3.3 Deber de la persona a participar en el cuidado de su salud. participación de la comunidad en el cuidado de su salud

Los ciudadanos tienen el deber y derecho de tomar parte en la construcción colectiva de la sociedad que se quiere. (Mora y Tobar 2005). Desde el ámbito de la salud se preguntó a los miembros y ex miembros de la CLAS si el haber participado como dirigente de la CLAS contribuyó a ejercer activamente su deber a participar en el cuidado de su salud y de la comunidad.

Los representantes y ex representantes de la CLAS reconocieron la trascendencia de su experiencia en su formación personal y el impacto en su familia y comunidad, pues, además del aprendizaje sobre sus derechos y deberes en el cuidado de la salud —que incluso es difundido por ellos en la familia y vecinos de Miraflores Alto— reconocen otros aprendizajes en la interrelación personal y social.

“Me ha ayudado muchísimo a conocer las necesidades del pueblo, a aprender con los doctores.”

“He tratado de aprender acá con los médicos y enfermeras”.

“La experiencia como dirigentes y promotoras de salud me permite mejor cuidado de salud. Por ejemplo: he mejorado la nutrición de mis nietos, he ido aprendiendo con las charlas de los profesionales”.

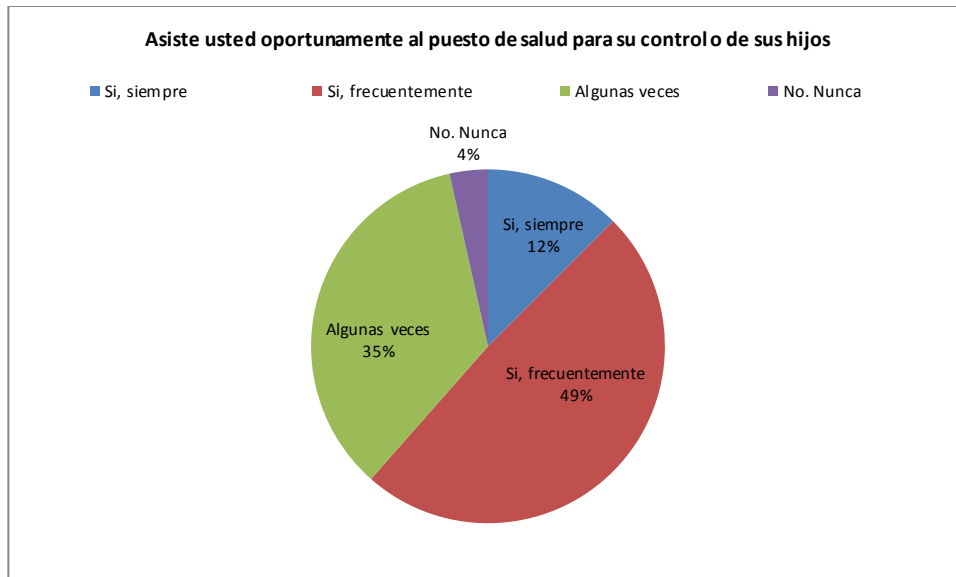
También se aplicó la encuesta a los usuarios de la CLAS buscando conocer si los usuarios ejercen su deber a participar en el cuidado de su salud y de la comunidad. La encuesta comprendía las preguntas que comentaremos a continuación:

¿Asiste usted oportunamente al puesto de salud para su control o el de sus hijos?

El 61% respondió afirmativamente a esta pregunta, siendo que el 49% contestó que frecuentemente se presenta a los controles programados para la familia y para sí misma, en tanto el 12% afirmó que lo hace siempre.

Sin embargo, el 35% de encuestados reconoce que no lleva a sus hijos puntualmente a sus controles respectivos, y el 4% que nunca lo hace.

Gráfico 4.13. Asistencia al puesto de salud para su control o de sus hijos de manera oportuna



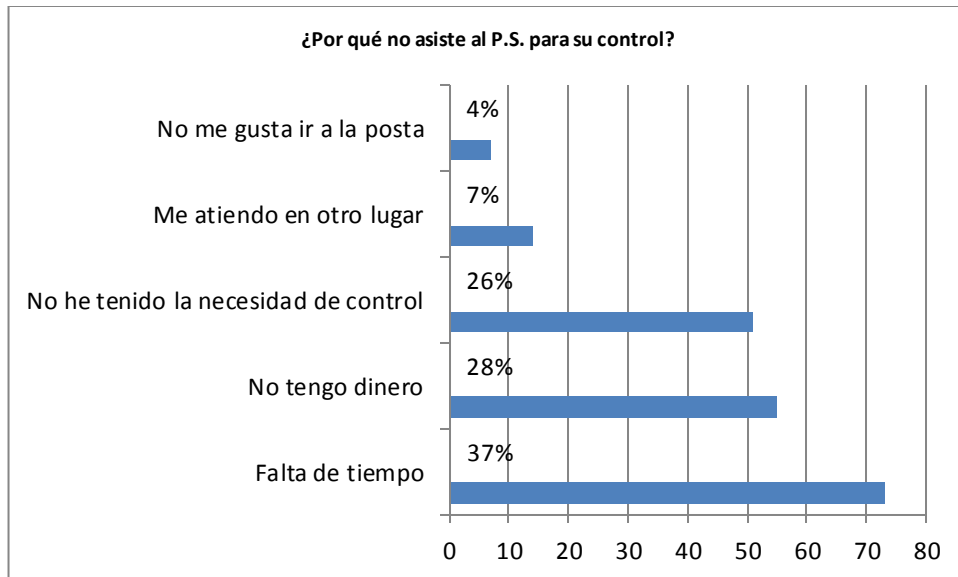
Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012

Elaboración propia

¿El no asistir nunca o solo algunas veces a los controles ,a qué se debe?

Se interrogó a los que respondieron negativamente la anterior pregunta, teniendo que el 37% justificó la inasistencia por falta de tiempo, el 28% porque no tenía dinero para pagar la atención y el 26% dijo que ya no tuvo necesidad del control, un 7% refiere que se atiende en otro centro de salud y el 4% porque no le gusta ir a la posta.

Gráfico 4.14. Motivos de los usuarios CLAS para no asistir a sus controles

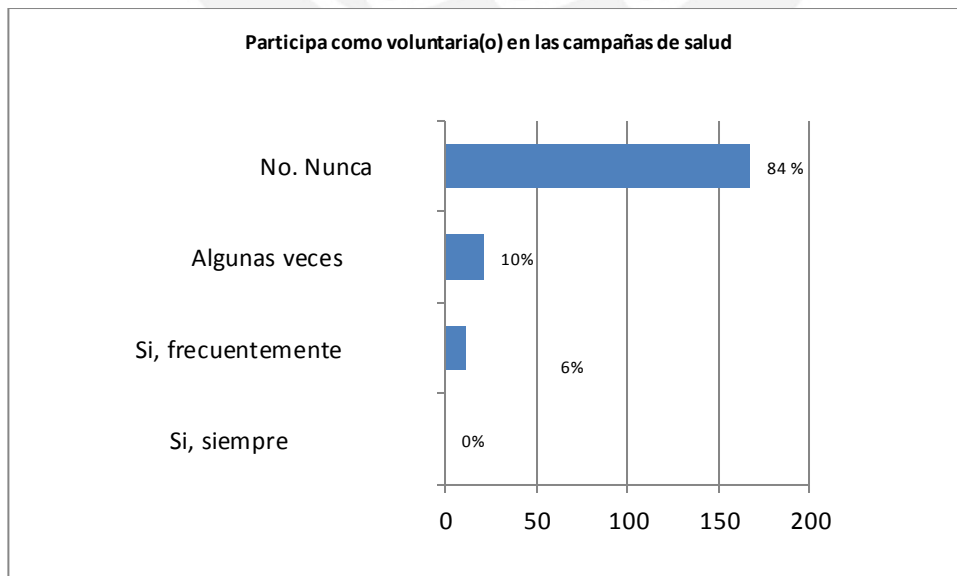


Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

¿Participa como voluntaria(o) en las campañas de salud?

El 94% respondió negativamente la pregunta; sólo el 6% de los encuestados participa como voluntario en las campañas de salud. El 10% afirma que algunas veces participa como voluntario, mientras que el 84% no lo hace.

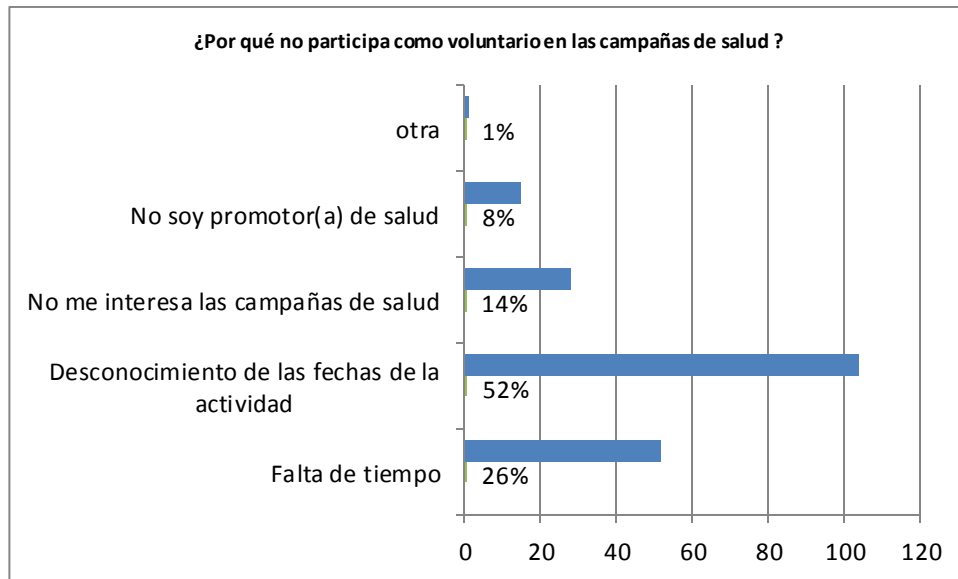
Gráfico 4.15. Usuarios CLAS que participan en campañas de salud



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

¿De no haber participado nunca o algunas veces, por qué no participó o ya no participa? Consultados los encuestados que respondieron negativamente la anterior pregunta, el 52% desconocía las fechas de la campaña, el 26% indica que por falta de tiempo y al 14% no le interesa participar en las campañas de salud.

Gráfico 4.16. Motivos de los usuarios CLAS para no participar en campañas de salud

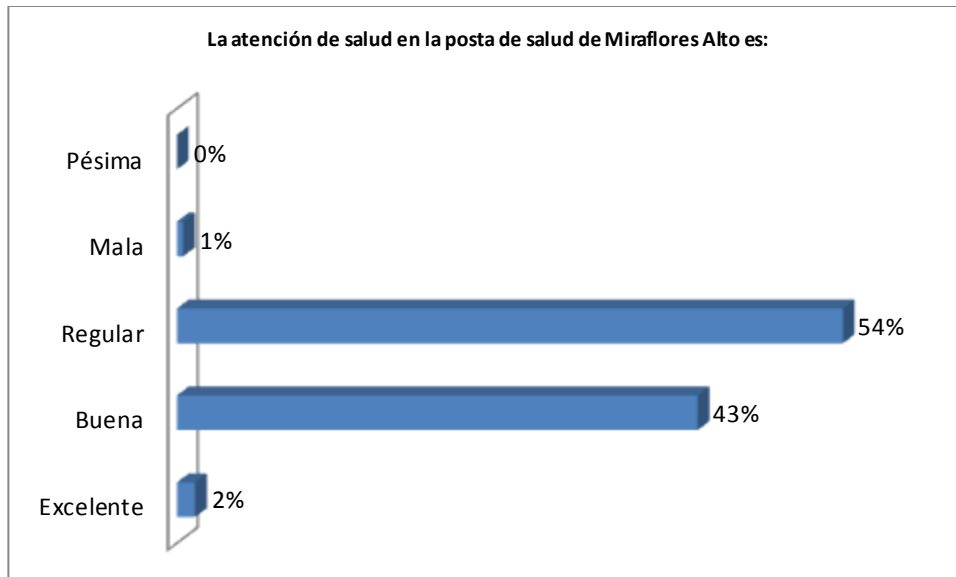


Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012

Elaboración propia

Finalmente, se preguntó a los usuarios su percepción acerca de la calidad de la atención de la CLAS encontrándose que el 98% de los encuestados califica la atención de regular a buena, el 2% excelente y un 1% como mala.

Gráfico 4.17. Calificación de los usuarios respecto a la atención en la CLAS
Miraflores Alto



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios de la CLAS Miraflores Alto. Enero, 2012
Elaboración propia

4.3.4 Discusión de resultados.

En relación al ejercicio de los derechos y deberes en el campo de la salud en la CLAS de Miraflores Alto la entrevista grupal mostró a los representantes de la comunidad con la capacidad de reconocer, hacer respetar sus derechos y ejercer su deber como ciudadano de participar en el cuidado de la salud de la comunidad. Contrariamente, los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios manifiesta que ejercen una ciudadanía más orientada al cumplimiento de los derechos que al ejercicio de los deberes en salud.

En el aspecto colectivo, el Modelo CLAS promueve el respeto y trato digno a los pacientes en función de la vigilancia social que se ejerce sobre la calidad del servicio. Tenemos un crecimiento de ciudadanía de los usuarios de la CLAS Miraflores Alto en el ejercicio del derecho al acceso a la información pertinente para resguardar su salud y al derecho al consentimiento informado en la atención en salud tal como lo demuestran las respuestas a la encuesta en su

mayoría favorables acerca de la actuación del médico y personal de salud en el trato diario con el paciente.

Resumiendo: las conclusiones respecto al derecho a la información sobre la salud de los usuarios de la CLAS de Miraflores Alto son las siguientes:

- Se puede afirmar que se respeta el derecho al acceso a información pertinente y comprensible para resguardar la salud y al consentimiento informado en la atención de salud. Los usuarios reconocen que el personal de salud absuelve las dudas durante la atención en salud.

Los representantes y ex representantes de la Asamblea General incluso pueden identificar sus derechos, lo que les ayuda en caso de algún inconveniente en la atención de salud. Reconocen que este aprendizaje se debe a su experiencia de participación ciudadana.

- En lo que refiere al derecho de los usuarios de la CLAS de Miraflores Alto a decidir sobre la atención en salud, es decir a un consentimiento informado, también se concluye que en esta CLAS el personal de salud, mayoritariamente, comunica lo necesario al paciente antes de iniciar algún procedimiento. Así mismo los usuarios, en su mayoría, reconocen que el tiempo asignado para las consultas es adecuado.
- En referencia al deber que tienen los ciudadanos en participar en el cuidado de su salud y el de la comunidad, podemos afirmar que existen diferencias entre los usuarios que han tenido la experiencia de integrar la Asamblea de la CLAS y los que no. Los representantes y ex representantes muestran una mayor preocupación en términos del cuidado de su salud, de la familia y de su comunidad.

En el cuadro 4.4 se presentan los hallazgos más importantes respecto al cumplimiento y respeto de los derechos y deberes en salud en la CLAS de estudio.

Cuadro 4.4. Deberes y derechos ciudadanos en salud en la CLAS de Miraflores Alto

	Componentes - Deberes y derechos ciudadanos	Resultados: CLAS MIRAFLORES ALTO
Derechos ciudadanos en el campo de la salud.	Derecho a la información sobre su salud - Acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud.	Los integrantes de la Asamblea reconocen sus derechos en salud. En la CLAS se respeta el derecho de los usuarios al acceso a información pertinente y comprensible para resguardar su salud. Los resultados de la encuesta aplicada confirman que los usuarios en gran porcentaje reconocen que los profesionales de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Explican e informan a los pacientes acerca de su enfermedad y el tratamiento que debe seguir (86%). - Brindan en términos comprensibles información completa sobre la atención de salud (67%). - Dan la oportunidad de preguntar sobre sus dudas durante la atención de salud y dan respuesta a estas preguntas (60%).
	Derecho a decidir sobre la atención de su salud - Consentimiento informado en la atención de salud.	En la CLAS se respeta el derecho de los usuarios a decidir sobre la atención de su salud y existe un consentimiento informado antes de iniciar los tratamientos. Los resultados de la encuesta aplicada confirman que los usuarios en gran porcentaje reconocen que los profesionales de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Comunican todo lo necesario antes de cualquier procedimiento o tratamiento, para que pueda dar su consentimiento o negarse al mismo (53%). - Otorgan el tiempo adecuado cuando se les atiende (51%).
Deberes ciudadanos en el campo de la salud.	Deber de la persona a participar en el cuidado de su salud - Participación de la comunidad en el cuidado de su salud	La mayoría de los ciudadanos no cumplen con su deber de participar en el cuidado de su salud y el de la comunidad. El 50% de los entrevistados no asiste oportunamente al puesto de salud para su control o el de sus hijos. Sólo el 6% participa como voluntario en las campañas de salud. Los integrantes y ex integrantes de la Asamblea se encuentran más comprometidos con el cuidado de su salud y el de la comunidad.

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Respecto al primer objetivo específico que es conocer el planteamiento del programa de cogestión en salud del MINSA en relación a la participación comunitaria en la gestión de las CLAS encontramos lo siguiente:

El marco normativo del programa de cogestión promueve la participación ciudadana mediante estamentos. Se designan representantes del gobierno local, concejo municipal y microrred de salud, y se elige democráticamente a los representantes de las organizaciones comunales y de los trabajadores del puesto de salud. Todos ellos conformarán la Asamblea General. Existe un cambio importante respecto al modelo inicial de participación comunitaria hacia una real cogestión de ciudadanos y de autoridades.

Este cambio favorece el proceso de planeamiento, pues, al considerarse a profesionales con experiencia, ayudan y capacitan a los asambleístas en el proceso de elaboración del Plan de Salud Local en sus componentes de plan estratégico y plan operativo.

El contar con representantes de distintos estamentos hace difícil que algún grupo de personas logre concentrar el poder y la toma de decisiones, lo cual ayuda en los procesos de evaluación del Plan de Salud y rendición de cuentas.

Respecto al segundo objetivo específico que es analizar la participación comunitaria en la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote se encontró que:

Los resultados muestran muy limitado interés del Ministerio de Salud y del gobierno regional y local en fortalecer a la Comunidad Local de Administración de Salud de Miraflores Alto, tal como lo establece la Ley 29124. Es tarea pendiente convocar a elecciones en las que participen los representantes de los diversos estamentos: organizaciones de la sociedad civil, gobierno local, regional, trabajadores de la CLAS, lo cual promovería una participación ciudadana más estructurada y representativa. Actualmente los representantes de

la Asamblea General han sido electos de acuerdo al procedimiento de la legislación anterior.

Por tanto la participación ciudadana es de naturaleza individual; esto conlleva una posible concentración del poder por algunos representantes, y a una mayor capacidad de toma de decisiones por representantes que se eligen por cercanía al personal de salud.

Es crítica la ausencia de participación ciudadana en los componentes operativos de planeación y ejecución. Las dos principales razones son: el nivel de complejidad de la estructura del Plan de Salud Local y la falta de capacitación o asesoría en temas de planeación y gerencia de los representantes de la Asamblea General.

La asistencia a las asambleas de rendición de cuentas es limitada, sin embargo, existen pedidos de asambleas de rendición de cuentas de algunos pobladores quienes desean conocer los avances de la gestión de la Presidente y Gerente de la CLAS y exigen resultados acerca de los planes de salud o balances económicos del ejercicio.

Respecto al proceso de vigilancia ciudadana, el control lo realizan los representantes de la comunidad quienes reciben directamente las quejas de los pacientes y personalmente realizan seguimiento a los problemas en la atención. Ellos vigilan que el personal de salud se comprometa a ofrecer un servicio de calidad con respeto y trato digno.

Otro aspecto positivo es el surgimiento de nuevos líderes de la comunidad que vienen trabajando sostenidamente ante la ausencia de los representantes de los estamentos, lo que demostraría que los avances logrados son producto de un impulso individual.

Finalmente, urge difundir el modelo de cogestión y sus beneficios entre las organizaciones sociales y la población usuaria. La encuesta aplicada demostró que el 87% de los usuarios no pueden definir que es una CLAS y el 85% desconocen que el puesto de salud es cogestionado.

En relación al tercer objetivo específico que es el de identificar los logros en el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos en el campo de la salud se halló lo siguiente:

Para una mejor identificación de los logros en el ejercicio de los deberes y derechos ciudadanos en el campo de la salud veremos de manera independiente a los ciudadanos como representantes en los órganos de gobierno de la CLAS y ciudadanos sin experiencia o que desconocen el modelo de cogestión del puesto de salud.

En el primer grupo, los integrantes de la Asamblea y/o Consejo Directivo demuestran un mayor conocimiento acerca de sus derechos y obligaciones en el campo de la salud. Sin ser uno de sus objetivos, la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote ha aportado en el ejercicio de ciudadanía en los representantes, pues son conscientes y exigen su derecho a participar y a una atención de calidad en salud. Las razones que explicarían este hecho es la capacitación recibida al ejercer sus funciones, así como el rol de promover y vigilar el buen trato en la atención de salud a la población.

Por otro lado, en referencia al grupo de usuarios sin experiencia de participación ciudadana, podemos afirmar que en la CLAS de Miraflores Alto se reconocen los derechos ciudadanos en salud (al acceso a la información pertinente para resguardar su salud y al consentimiento informado en la atención en salud), aunque este grupo de usuarios no ejerce cabalmente su deber de participar en el cuidado y promoción de su salud y de la comunidad.

A manera de conclusión final y como respuesta a la pregunta de investigación: los principales factores dentro del proceso de participación comunitaria que promueven ciudadanía desde la experiencia de la CLAS de Miraflores Alto, podemos afirmar que:

Existe una correlación entre participación ciudadana en la CLAS Miraflores Alto y los logros en el ejercicio de deberes y derechos en el campo de la salud. El análisis de resultados permite observar que los procesos en los cuales se da la participación ciudadana tales como vigilancia social y rendición de cuentas son promotores de ciudadanía en salud porque influyen positivamente en el ejercicio de los deberes y derechos individuales y sociales hacia la salud. Si bien es

perfectible el proceso de vigilancia ciudadana, los representantes de la comunidad coadyuvan a que el personal de salud brinde un servicio inspirado en valores de trato digno y respeto. Así mismo, a pesar de la poca asistencia en las asambleas, existe una cultura de rendición de cuentas por parte de la Asamblea y de parte de la población quienes exigen resultados a sus representados.

Del mismo modo, es importante el reconocimiento del modelo de cogestión por parte del personal de salud de la CLAS Miraflores Alto, quienes gracias a la experiencia de 20 años respetan el derecho a la información y a decidir sobre la atención acerca de su salud. Definitivamente los procesos de vigilancia social y rendición de cuentas, propios de las CLAS ayudan a promover el cumplimiento de los derechos en salud.

Otro factor importante que promueve ciudadanía es el compromiso por el cumplimiento de los deberes y derechos ciudadanos en salud en aquellos que integran la Asamblea de la CLAS. De acuerdo a los resultados de las entrevistas grupales aquellos que se han desempeñado como representantes reconocen y hacen respetar sus derechos en salud y ejercen su deber de participar en el cuidado de la comunidad. Ellos participan en las decisiones y proyectos de la comunidad lo cual implica una ciudadanía activa que coincide con la definición adoptada de los autores Jaime Mora y Boris Tovar (2005).

Complementando lo anterior, destaca el surgimiento de nuevos dirigentes comunales. El trabajo comunitario y apoyo de los representantes a la CLAS ha permitido surgir entre ellos a nuevos líderes comprometidos con Miraflores Alto que han desarrollado capacidades de liderazgo y gestión. Tal como lo señala Sonia Fleury(2000) las experiencias de participación social al involucrar a ciudadanos en la cogestión puede aportar en crecimiento en ciudadanía e inclusión social.

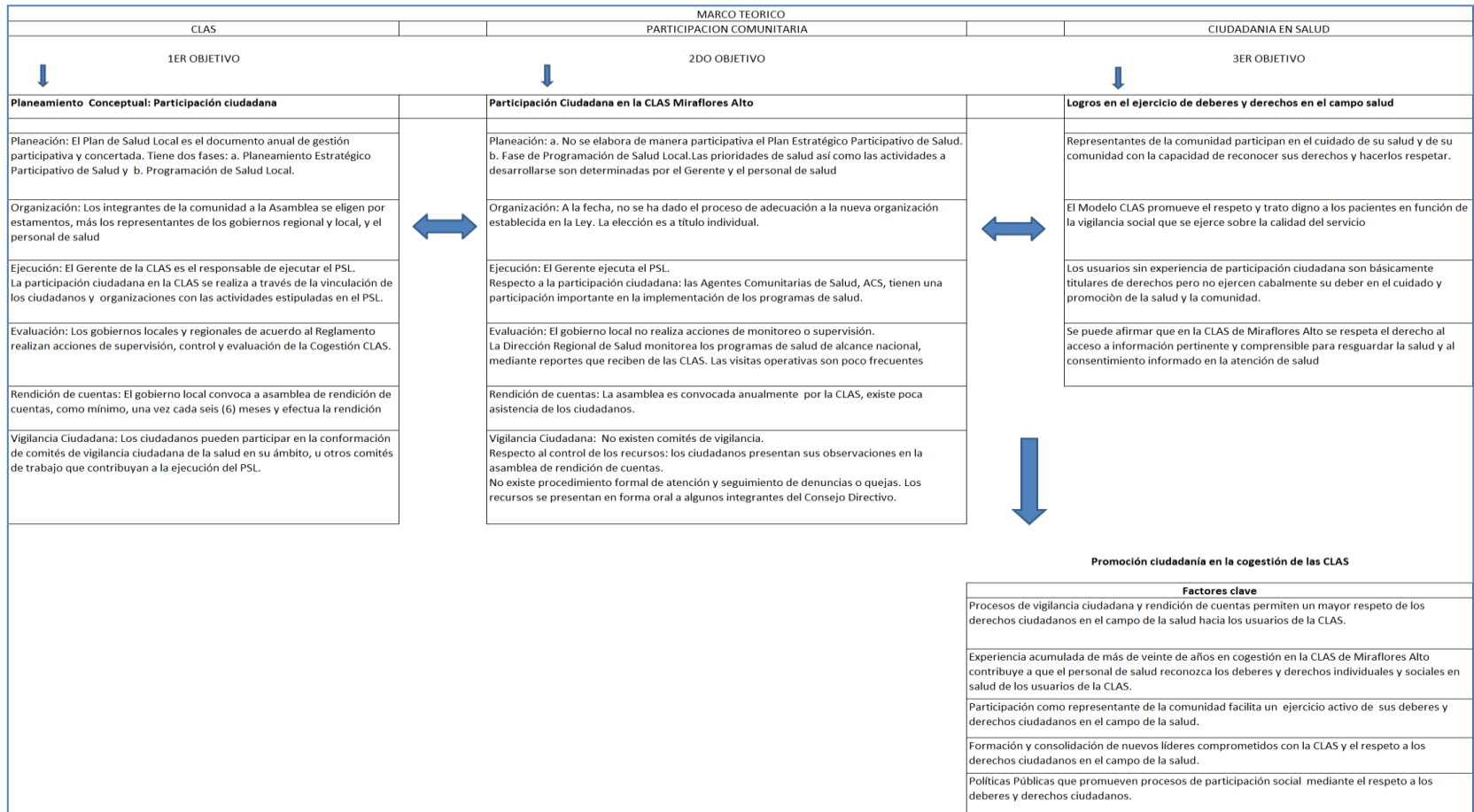
Finalmente, son importantes las políticas públicas que promuevan procesos de innovación e inclusión social (Sonia Fleury 2000). El Estado tiene la responsabilidad de implementar lo dispuesto en la Ley 29124. En un futuro, cuando las Asambleas de las CLAS se constituyan por los estamentos (representantes de las organizaciones comunales, gobierno local, regional, microrred trabajadores del puesto de salud) como establece la ley vigente,

favorecerán los procesos de planeamiento, ejecución, monitoreo y control, al contar con expertos que ayuden y capaciten a los ciudadanos en la cogestión.

El siguiente gráfico representa de manera esquemática los resultados de la investigación por cada uno de los objetivos planteados.



Gráfico 5.1 Resultados de la investigación



Fuente: Elaboración propia

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

Complementando las conclusiones de la investigación se sugiere, en primer lugar, implementar la política de salud establecida por Ley 29124 en referencia a la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones. La ley vigente promueve y fortalece los procesos de cogestión en marcha, pero en la práctica las CLAS no tienen el soporte técnico de los gobiernos local y regional. Es importante nombrar representantes a nivel del MINSA (Regional y RED), gobiernos locales y organizaciones de base para promover y monitorear mejor el Programa CLAS; sobre todo en lograr una mejor participación. Para ello conviene tener un MINSA adecuadamente capacitado en promoción de procesos participativos.

Sería positivo para el modelo CLAS el promover y fortalecer una organización macro entre ellas, que contribuya a su fortalecimiento, con mayor capacitación en gestión, liderazgo y procesos participativos. Asimismo, que permita aprender de las experiencias exitosas entre pares.

Entre las sugerencias y recomendaciones de los propios representantes de la comunidad se recibió la de asociar a todas las CLAS de Chimbote para trabajar en conjunto en capacitación y compartir buenas prácticas, pues consideran que ayudaría a que la comunidad tenga más conocimiento sobre sus derechos. Los dirigentes creen que esta asociación podría lograr incrementar el número de CLAS porque existen varios puestos de salud interesados en adecuarse, y que esperarían el apoyo del MINSA porque este esfuerzo tiene un costo.

Se sugiere incluir como política pública incluir “La promoción de ciudadanía” como uno de los objetivos del Modelo CLAS. Las CLAS deben constituirse en espacios adecuados espacios para promover ciudadanía, la experiencia ha demostrado avances al respecto. Para ello deberían desarrollarse actividades como facilitar la constitución de este tipo de asociaciones y difundir los deberes y derechos en salud de los ciudadanos dirigidas a fortalecer los siguientes aspectos: equipos de trabajo al interior de la Asamblea General y Consejo Directivo y surgimiento de nuevos líderes.

En relación a la capacitación, sería útil diseñar un programa nacional de capacitación para los representantes elegidos a la Asamblea General acerca de temas de gerencia, así como de cogestión en salud. También se podría incluir a los profesionales de la salud del establecimiento responsable del trabajo con la comunidad. Este fortalecimiento de capacidades responde a las críticas del personal de salud sobre la idoneidad de algunos representantes para desenvolverse en el planeamiento, ejecución y vigilancia ciudadana.

En ese sentido, sería beneficioso para la comunidad el involucrar a las Agentes Comunitarias en Salud, ACS, en este proceso participativo, especialmente en la ejecución del Programa de Salud y juntas de vigilancia ciudadana, para lograr una mayor participación de la población en el trabajo de la CLAS. Las ACS no sólo deben participar en los programas sanitario comunales, también podrían aportar en el trabajo de la cogestión en salud.

Finalmente consideremos importante el difundir y promocionar el Plan de Salud Local entre las organizaciones sociales que han sido identificadas como potenciales aliados en la promoción de la salud en la comunidad. Los PSL del 2009 al 2013 contienen un capítulo en el cual analizan los actores sociales más importantes de la comunidad. Queda pendiente efectivizar las alianzas e involucrar a dichas organizaciones en la cogestión.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

AbayDebs, Vivian (2004). *Grado de satisfacción de la población en cuanto a los servicios de estomatología que recibe*. Archivo Médico de Camagüey, vol. 8, núm. 3, 2004. Centro Provincial de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. En <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2111/211117804002.pdf>

Altobelli, Laura (2007). *Historia y perspectiva de los CLAS. Conferencia en el Instituto del Perú*. Universidad San Martín de Porres. En: http://institutodelperu.org.pe/index.php?option=com_content&task=view&id=460&Itemid=116

«Comentarios sobre el Caso CLAS». Seguimiento al Taller sobre participación y empoderamiento para un desarrollo inclusivo (Julio 9-11, 2001). The World Bank Group - DFID. (Internet).

Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en el Perú. El Desafío de la Reforma en Salud: Alcanzando a los Pobres. El Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica (24-26 Mayo 2000). Banco Mundial. 25 Pp.

Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru. Seminar: Social Programs, Poverty and Citizen Participation. Cartagena, Colombia (March 12-13, 1998). Inter-American Development Bank.

Altobelli Laura C., Sovero U. Ana y Díaz Ricardo (2004). Estudio de Costo-Eficiencia de las Asociaciones CLAS. Futuras Generaciones Perú. Lima, Perú.

Abramson, W.; et al. (1999). *Asociaciones entre el sector público y las organizaciones no gubernamentales para la contratación de los servicios de salud primaria*. LACRSS.

Abramson, J., C. Arterton y G. Orren (1988). *The Electronic Commonwealth*, Cambridge, Mass. Harvard University Press. Asher Judith

El Derecho a la Salud: Manual de Recursos para las ONG (2005). Asamblea General de las Naciones Unidas. Washington.

Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 2200A (XXI). A/6316 (1966).

Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles. Asamblea General de las Naciones Unidas; Resolución 2200A (XXI). A/6316 (1966).

Declaración Universal de los Derechos Humanos; Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217 A (III). A/810 y 71.

CLAS Miraflores Alto
2013 Plan de Salud
2012 Plan de Salud
2010 Plan de Salud
2009 Plan de Salud
2008 Plan de Salud

Consortio de Investigación Económica y Social CIES (2002). «La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política». Lima, Perú. Arroyo Editor.

«Políticas de Salud 2001-2006. La función gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud» Lima, Perú. Arroyo Editor.

Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo, CLAD(2009).Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, aprobada por la XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado (25 y 26 de junio de 2009). Lisboa, Portugal.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2000). Equidad, desarrollo y ciudadanía - Versión definitiva.

En <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/4425/lcg2071.pdf>

Congreso de la República del Perú

- 2007 Ley 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones. 30 de Octubre
- 2003 Ley 27972 Ley Orgánica de Municipalidades. 27 de Mayo
- 2002 Ley N°27658. Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. 29 de Enero
- 2002 Ley N°27657. Ley del Ministerio de Salud del 2002. 29 de Enero
- 2002 Ley 27783. Ley de Bases de la Descentralización. 17 de Julio
- 2002 Ley 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. 16 de Noviembre
- 1997 Ley N° 26482. Ley General de Salud de 1997. 15 de Julio
- 1994 Ley N° 26300. Derechos de Participación y Control Ciudadanos. 02 de Mayo
- 1993 Constitución Política del Perú. 29 de Diciembre

CARE Perú (2007). «Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de enfoque basado en derecho». Propuesta Técnica. Lima, Perú. Primera Edición.

Cortez V. Rafael (1998).«Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El Caso de los CLAS». Lima, Perú. Universidad del Pacífico. Centro de Investigación.1º edición, setiembre 1998.

Díaz Romero, Ricardo (2002). Diario El Comercio. «Descentralización y Participación ciudadana en salud». Año 163 N° 84.253. Lima, Perú 25 de junio del 2002.

«Innovaciones en los Servicios de Salud desarrolladas en Perú»(2002).
Componente Servicios de Salud - Proyecto UNI. Trujillo, Perú. (Internet)

«CLAS Enfrenta el riesgo de la desfiguración del modelo». Semanario Gestión Médica. Edic. 249, Año 6, del 3 al 9 de diciembre de 2001. P. 16-17.

Font, Joan (coordinador) (2001). «Nuevos mecanismos participativos y democracia: promesas y amenazas». Revista Ciudadanos y decisiones públicas. JOAN Subirats. (Equip d' Anàlisi Política). Universidad Autónoma de Barcelona.

Fleury, Sonia (2000). *Políticas Sociales y ciudadanía En: Diseño y Gerencia de Políticas Sociales* Washington: Indesp 1-32

FOROSALUD II (2005). «Conferencia Nacional de Salud. Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud». Lima, Perú.

Franco, Saúl (2002). «La Salud Pública como un Espacio de Construcción de Sociedad y Ciudadanía». I Conferencia Nacional en Salud. Lima, Perú.

Guevara, Susana y Ramos, Elena (2004). Sistematización de estudios e investigaciones con relación al modelo de cogestión CLAS. Lima, Perú.

Instituto Cuanto (1999). Pobreza y Economía Social. Análisis de una encuesta ENNIV 1997. Lima, Perú. Editores Richard Webb y Moisés Ventocilla.

Hart, Roger (1993). La Participación de los Niños, de la Participación Simbólica a la Participación Auténtica. UNICEF. TACRO.

León Torres, Andrea (2000). Manual Instructivo de Mecanismos de Participación ciudadana y modalidades de Participación Comunitaria de la Gerencia de Salud del Municipio de Yopal.

Jurado, Joel (2012). Maestría en Gerencia Social. Texto del curso Fundamentos de la Gerencia Social. Lima, Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Ministerio de Salud del Perú. MINSA

2008 Decreto Supremo 017-2008-SA. Aprueban el Reglamento de la Ley 29124 que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones. 31 de Julio.

2002 Revisión y Propuesta de Ajustes para el Modelo de Cogestión de Servicios del Ministerio de Salud: Informe Final. Lima

2000 Resolución Ministerial 176-2000-SA/DM. Normas de Aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA. Guías para la organización y funcionamiento de CLAS. 23 de mayo.

2000 Decreto Supremo N° 002-2000-SA. Modifican artículo del D.S. N° 01-94-SA mediante el cual se declaró de interés nacional y de necesidad pública la ejecución del Programa de Administración Compartida – PAC. 05 de Mayo

1994 Decreto Supremo N° 01-94-SA. Reglamentan el adecuado funcionamiento de los establecimientos de salud que funcionan bajo la modalidad de Administración Compartida. 02 de Mayo.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cooperación Alemana para el Desarrollo (2000). Participación Comunitaria en Salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos. Documento del Diplomado Gerencia de la Calidad Aplicada a Salud Pública en El Salvador; pp 1-16. El Salvador.

Monroy, Sergio (2009). El Estudio De Caso: ¿Método o Técnica de Investigación?, en Metodología de la Ciencia. Revista de la Asociación Mexicana de Metodología de la Ciencia y de la Investigación, Año 1 Volumen 1 Número 1 Julio - diciembre de 2009 México, D. F.

Mora Varela, Jaime y Tobar Solano, Boris (2005). Escuela de Gerencia Política. GWU. Corporación Andina de Fomento. Ética y Gestión Pública. Parte II. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Organización Mundial de la Salud

- 2000 Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- 1978 Informe sobre la Atención Primaria de Salud URSS Alma–Ata 06-12 setiembre 1978. Ginebra
- 1946 Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, 22 de julio de 1946.

SEN, Amartya (2000). Desarrollo y libertad. Bogotá, Colombia. Colombiana Editorial S.A.

Tanaka, Martín (2001). Participación popular en las políticas sociales. IEP, 2001. P. 21.

Taylor, Carl E (1996). Evaluación de los CLAS (Comités Locales de Administración de Salud): Un nuevo componente de la reforma del sector Salud en el Perú.

Velásquez, Fabio (1986). «Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia», en Revista Foro, n° 1, Bogotá, septiembre de 1986, p.22.

Vicuña Olivera, Marisol (2000). Serie de Informes Técnicos N° 3. Modelo de gestión de establecimiento de salud y la Participación comunitaria de los líderes comunales. Lima, Perú. MINSA.

ANEXOS

INSTRUMENTOS **ANEXO 1**

ENTREVISTA GRUPAL A MIEMBROS DE LA ASAMBLEA DE LA CLAS MIRAFLORES
ALTO

GUIA DE TEMAS

Tema:

Participación comunitaria en la gestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

Introducción (10 minutos)

Presentación del Moderador

Buenos Días, mi Nombre es XXX.
Gracias por venir
Su presencia es muy importante en esta reunión

Finalidad

El día de hoy la reunión consiste en una conversación con Uds. para conocer sus opiniones acerca de la participación de la comunidad en la gestión de la CLAS Miraflores Alto.

Ustedes son actores importantes en estas actividades y tienen una experiencia valiosa para compartir con nosotros y otras personas, sobre el trabajo que realizan en este establecimiento de salud. Ustedes comparten con la comunidad la solución de sus necesidades.

Es por eso que estamos muy interesados en sus ideas, comentarios y sugerencias al respecto.

Por si acaso, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Todos sus comentarios son muy importantes y bien recibidos.

Tengan libertad para expresar sus acuerdos y desacuerdos con los otros participantes. Nos gustaría tener muchos puntos de vista.

Procedimiento

Explique el uso de la grabadora y equipo de video. Todos sus comentarios son confidenciales y se utilizan sólo para fines de esta investigación. Estos materiales estarán a disposición de ustedes cuando lo requieran.

Para la conversación grupal y el debate no necesitan esperar a que yo les dé la palabra. Hablen uno a la vez para que la grabadora pueda recoger todos los comentarios.

Si hay algo más que ustedes quisieran agregar, les pediría que interrumpan si desean añadir algo sobre el tema en discusión.

Presentaciones de los participantes

Pida a cada participante que haga su presentación. Díganos su nombre y de la comunidad de donde viene.

Establecimiento de Afinidad (10 minutos)

¿Qué problemas de salud presentan más los niños aquí en Miraflores Alto?

Discusión de Profundización (60 minutos)

OBJ. ESP. 2: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO.

1. MECANISMO DE ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD

1. ¿Cómo eligen a los representantes de la comunidad para la CLAS?
2. ¿Cómo participan la población en general en el proceso de elección?
3. ¿Quiénes y cómo se realiza la convocatoria? ¿Cómo es la respuesta de la población a esta convocatoria?
4. ¿Existen algunos criterios para elegir a determinadas personas como representantes de la comunidad ?

2. PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES Y DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD.

1. ¿En qué consiste su trabajo como miembros de la Asamblea de la CLAS? ¿En qué actividades (de gestión y atención de salud) del establecimiento de salud de Miraflores Alto participan?
2. ¿Según el Programa CLAS en que actividades debe participar la comunidad en la cogestión?
3. ¿Cómo participan en la formulación del Plan de Salud Local? Y en la definición de prioridades de intervenciones de Salud?
4. ¿Quiénes participan en el manejo de los recursos (humanos, financieros y materiales) de la CLAS ? ¿Cómo es esa participación?
5. ¿Qué conoce la población del trabajo que viene realizando la CLAS?
6. ¿Cómo es la coordinación de Uds. Miembros de la asamblea CLAS con la población en general.?

3. PARTICIPACIÓN EN LA VIGILANCIA SOCIAL

7. ¿Cómo se da la rendición de cuentas ante la comunidad? ¿Cómo es la asistencia de la población en estas asambleas? ¿Intervienen, cuestionan, aportan, etc?
8. ¿Creen que el trabajar en cogestión: el personal de salud y comunidad, es mejor que trabaje solo el personal de salud? ¿Por qué?
9. ¿Qué dificultades han tenido en el trabajo conjunto: comunidad y personal de salud, en su CLAS?
10. ¿Cómo se podría mejorar el trabajo de cogestión en salud, sobre todo que haya una mejor participación de la comunidad?

Clausura (10 minutos)

Resuma los puntos de consenso o desacuerdo, cuidese de no emitir opinión.

Dé oportunidad para que los participantes ratifiquen u observen dicha conclusiones, o quieran agregar algo.

Agradezca la valiosa participación de todos.

Anexo 2

ENTREVISTA INDIVIDUAL A MIEMBROS DE LA ASAMBLEA DE LA CLAS MIRAFLORES ALTO

Tema:

Participación comunitaria en la gestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

GUIA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Entrevistador: **Entrevistado:**
Fecha de entrevista:

Presentación: Buenos Días, mi Nombre es XXX ..gracias por aceptar la entrevista.

Pida su nombre de la su nombre de la persona entrevistada y de qué sector o localidad es.

Finalidad de la Entrevista

Esta conversación es para conocer sus opiniones acerca de cómo viene siendo la participación de la comunidad en la gestión de la CLAS Miraflores Alto.

Usted tiene una experiencia muy valiosa al respecto, que quisiéramos que comparta con nosotros.

Esta conversación es confidencial y no se preocupe que, lo que se converse aquí es sólo para uso del estudio.

Entrevista a Profundidad

OBJ. ESP. 2: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO.

1. MECANISMO DE ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD

1. ¿Cómo eligen a los representantes de la comunidad para la CLAS ?
2. ¿Cómo participa Ud. como miembro de la CLAS , en la elección de los representantes de la comunidad?
3. ¿Tienen algunos criterios para elegir a determinadas personas como representantes de la comunidad ?

2. PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES Y DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD.

1. ¿En qué consiste su trabajo como miembro de la Asamblea de la CLAS ? ¿En qué actividades (de gestión y atención de salud) del establecimiento de salud de Miraflores - Alto participa?
2. ¿Según el Programa CLAS en que actividades debe participar la comunidad en la gestión?
3. ¿Cómo participan en la formulación del Plan de Salud Local? Y en la definición de prioridades de intervenciones de Salud?
4. ¿Quiénes participan en el manejo de los recursos (humanos, financieros y materiales) de la CLAS ? ¿Cómo es esa participación?
5. ¿Qué conoce la población del trabajo que viene realizando la CLAS ? ¿Qué conocen los ACS? ¿Cómo les informan de su trabajo que hacen como CLAS? ¿Cada que tiempo se reúnen, cuánto duran esas reuniones?
6. ¿Cómo es la coordinación de Ud. Miembro de la asamblea CLAS con la población en general?

3. PARTICIPACIÓN EN LA VIGILANCIA SOCIAL

7. ¿Cómo se da la rendición de cuentas ante la comunidad? ¿Cómo es la asistencia de la población en estas asambleas? ¿Intervienen, cuestionan, aportan, etc?
8. ¿Considera que el trabajar en cogestión: el personal de salud y comunidad, es mejor que trabaje solo el personal de salud? ¿Por qué?
9. ¿Qué dificultades han tenido en el trabajo conjunto: comunidad y personal de salud, en su CLAS?
10. ¿Cómo se podría mejorar el trabajo de gestión en salud, sobre todo que haya una mejor participación de la comunidad?

Agradezca la valiosa participación del entrevistado(a).



ANEXO 3

ENTREVISTA GRUPAL A AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD (ACS) DE LA CLAS MIRAFLORESALTO

GUIA DE TEMAS

Tema:

Participación comunitaria en la gestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

Introducción (10 minutos)

Presentación del Moderador

Buenos Días, mi Nombre es XXX.

Gracias por venir

Su presencia es muy importante en esta reunión

Finalidad

El día de hoy la reunión consiste en una conversación con Uds. para conocer sus opiniones acerca de la participación de la comunidad en la gestión de la CLAS Miraflores Alto.

Ustedes son actores importantes en estas actividades y tienen una experiencia valiosa para compartir con nosotros y otras personas, sobre el trabajo que realizan en este establecimiento de salud. Ustedes comparten con la comunidad la solución de sus necesidades.

Es por eso que estamos muy interesados en sus ideas, comentarios y sugerencias al respecto.

Por si acaso, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Todos sus comentarios son muy importantes y bien recibidos.

Tengan libertad para expresar sus acuerdos y desacuerdos con los otros participantes. Nos gustaría tener muchos puntos de vista.

Procedimiento

Explique el uso de la grabadora y equipo de video. Todos sus comentarios son confidenciales y se utilizan sólo para fines de esta investigación. Estos materiales estarán a disposición de ustedes cuando lo requieran.

Para la conversación grupal y el debate no necesitan esperar a que yo les dé la palabra. Hablen uno a la vez para que la grabadora pueda recoger todos los comentarios.

Si hay algo más que ustedes quisieran agregar, les pediría que interrumpan si desean añadir algo sobre el tema en discusión.

Presentaciones de los participantes

Pida a cada participante que haga su presentación. Díganos su nombre y de la comunidad de donde viene.

Establecimiento de Afinidad (10 minutos)

¿Qué problemas de salud presentan más los niños aquí en Miraflores Alto?

Discusión de Profundización (60 minutos)

OBJ. ESP. 2: PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL TRABAJO DE LA CLAS DEMIRAFLORES ALTO.

1. ¿Qué conocen del funcionamiento del establecimiento como CLAS? ¿Qué les han informado al respecto?

2. ¿Actualmente quiénes son los representantes de la comunidad en la CLAS de Miraflores Alto?
3. ¿Cómo es la relación de Uds. con estos miembros? ¿Les informan sobre el trabajo que vienen realizando en la CLAS?
4. ¿Cómo participan Uds. en la elección de representantes de la comunidad para que les representen en la CLAS ? ¿Uds. se reúnen para mandar a su representante, explíquennos por favor? ¿Cómo han sido elegidas estas personas?
5. ¿Cómo se enteran Uds. de la convocatoria para elegir a los representantes de la comunidad para la CLAS ?
6. ¿Tienen Uds. algunos criterios para elegir a determinadas personas como representantes de la comunidad ?
7. ¿Qué trabajo realizan Uds. como ACS con la CLAS ? Expliquen por favor?
8. ¿Cómo es la participación de Uds. en la rendición de cuentas que realiza la CLAS de Miraflores Alto? ¿Cómo son convocados a estas rendiciones? ¿Son tomados en cuenta las sugerencias que Uds. presentan?
9. ¿Considera usted que se promueve la participación de la población de Miraflores Alto en la cogestión de la CLAS ? ¿Por qué?
10. ¿Consideran que es importante que la comunidad y Uds como ACS, participen en la gestión de la CLAS? ¿Cuáles podrían ser los aportes de Uds. como ACS en el trabajo de la CLAS?
11. ¿Cómo se podría mejorar la participación de la comunidad en la CLAS de Miraflores Alto?

Clausura (10 minutos)

Resuma los puntos de consenso o desacuerdo, cúidese de no emitir opinión.

Dé oportunidad para que los participantes ratifiquen u observen dicha conclusiones, o quieran agregar algo.

Agradezca la valiosa participación de todos.

ANEXO 4

ENTREVISTA GRUPAL AL PERSONAL DE SALUD DE LA CLAS MIRAFLORES ALTO

GUIA DE TEMAS**Tema:****Participación comunitaria en la gestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimote.****Introducción (10 minutos)****Presentación del Moderador**

Buenos Días, mi Nombre es XXX.
Gracias por venir
Su presencia es muy importante en esta reunión

Finalidad

El día de hoy la reunión consiste en una conversación con Uds. para conocer sus opiniones acerca de la participación de la comunidad en la gestión de la CLAS Miraflores Alto.

Ustedes son actores importantes en estas actividades y tienen una experiencia valiosa para compartir con nosotros y otras personas, sobre el trabajo que realizan en este establecimiento de salud. Ustedes comparten con la comunidad la solución de sus necesidades.

Es por eso que estamos muy interesado en sus ideas, comentarios y sugerencias al respecto.

Por si acaso, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Todos sus comentarios son muy importantes y bien recibidos.

Tengan libertad para expresar sus acuerdos y desacuerdos con los otros participantes. Nos gustaría tener muchos puntos de vista.

Procedimiento

Explique el uso de la grabadora y equipo de video. Todos sus comentarios son confidenciales y se utilizan sólo para fines de esta investigación. Estos materiales estarán a disposición de ustedes cuando lo requieran.

Para la conversación grupal y el debate no necesitan esperar a que yo les dé la palabra. Hablen uno a la vez para que la grabadora pueda recoger todos los comentarios.

Si hay algo más que ustedes quisieran agregar, les pediría que interrumpan si desean añadir algo sobre el tema en discusión.

Presentaciones de los participantes

Pida a cada participante que haga su presentación. Díganos su nombre y de la comunidad de donde viene.

Establecimiento de Afinidad (10 minutos)

¿Comenten sobre, donde han trabajado como personal de salud, antes de este establecimiento?

Discusión de Profundización (60 minutos)**OBJ. ESP. 2: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO.****1. MECANISMO DE ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD**

1. ¿Cómo eligen a los representantes de la comunidad para la CLAS ?

2. ¿Cómo participan Uds. En este proceso de elección?
3. ¿Tienen algunos criterios para elegir a determinadas personas como representantes de la comunidad?

2. PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES Y DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD.

1. ¿Cómo participan los representantes de la comunidad de la CLAS en las actividades (de gestión y atención de salud) del establecimiento de salud de Miraflores Alto?
2. ¿Cómo participa los representantes de la comunidad en la formulación del Plan de Salud Local? Y en la definición de prioridades de intervenciones de Salud?
3. ¿Qué participación tienen los representantes de la comunidad en el manejo de los recursos (humanos, financieros y materiales) de la CLAS ?
4. ¿Cómo participa la población en general en la CLAS de Miraflores Alto? ¿Cómo es la coordinación con sus representantes?

3. PARTICIPACIÓN EN LA VIGILANCIA SOCIAL

5. ¿Cómo se da la rendición de cuentas ante la comunidad? ¿Cómo es la asistencia de la población en estas asambleas? ¿Intervienen, cuestionan, aportan, etc?
6. ¿Qué mecanismos de promoción realizan uds. para que la comunidad participe?

MONITOREO DEL PLAN DE SALUD LOCAL POR PARTE DE LOS GOBIERNO LOCAL Y REGIONAL

7. ¿Cómo el gobernó regional y/o local monitorea el cumplimiento del Plan de salud local (PSL)??

OPINIÓN SOBRE LA PARTICIPACION DELA COMUNIDAD EN EL TRABAJO DELA CLAS DE MIRAFLORES ALTO.

8. ¿Cómo consideran la participación de los representantes de la comunidad y de la comunidad en general en su CLAS?
9. ¿Qué opinión tienen respecto a la participación de la comunidad en la cogestión en salud?

Clausura (10 minutos)

Resuma los puntos de consenso o desacuerdo, cuidese de no emitir opinión.
Dé oportunidad para que los participantes ratifiquen u observen dicha conclusiones, o quieran agregar algo.
Agradezca la valiosa participación de todos.

ANEXO 5
 ENTREVISTA INDIVIDUAL AL PERSONAL DE SALUD DE LA CLAS MIRAFLORES
ALTO
Tema:**Participación comunitaria en la gestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.****GUIA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL**
Entrevistador: **Entrevistado:**
Fecha de entrevista:

Presentación: Buenos Días, mi Nombre es XXX ..gracias por aceptar la entrevista.

Pida su nombre de la persona entrevistada y de qué sector o localidad es.

Finalidad de la Entrevista

Esta conversación es para conocer sus opiniones acerca de cómo viene siendo la participación de la comunidad en la gestión de la CLAS Miraflores Alto.

Usted tiene una experiencia muy valiosa al respecto, que quisiéramos que comparta con nosotros.

Esta conversación es confidencial y no se preocupe que, lo que se converse aquí es sólo para uso del estudio.

Entrevista a Profundidad**OBJ. ESP. 2: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO.****1. MECANISMO DE ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD**

1. ¿Cómo eligen a los representantes de la comunidad para la CLAS ?
2. ¿Cómo participa el personal de salud en la elección de los representantes de la comunidad?
3. ¿Tienen algunos criterios para elegir a determinadas personas como representantes de la comunidad ?

2. PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES Y DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD.

1. ¿Cómo participan los representantes de la comunidad de la CLAS en las actividades (de gestión y atención de salud) del establecimiento de salud de Miraflores Alto?
2. ¿Cómo participa los representantes de la comunidad en la formulación del Plan de Salud Local? Y en la definición de prioridades de intervenciones de Salud?
3. ¿Qué participación tienen los representantes de la comunidad en el manejo de los recursos (humanos, financieros y materiales) de la CLAS ?
4. ¿Cómo participa la población en general en la CLAS de Miraflores Alto? ¿Cómo es la coordinación con sus representantes?

3. PARTICIPACIÓN EN LA VIGILANCIA SOCIAL

5. ¿Cómo se da la rendición de cuentas ante la comunidad? ¿Cómo es la asistencia de la población en estas asambleas? ¿Intervienen, cuestionan, aportan, etc?
6. ¿Qué mecanismos de promoción realizan como personal de salud para que la comunidad participe en la CLAS?
7. ¿Considera que el ser CLAS le ha traído ventajas al Puesto de salud? ¿Qué ventajas?

8. ¿A Ud. Como personal de salud, le ha traído ventajas ó desventajas el hecho que el P.S. esté bajo la modalidad de CLAS

OPINIÓN SOBRE LA PARTICIPACION DELA COMUNIDAD EN EL TRABAJO DELA CLAS DE MIRAFLORES ALTO.

9. ¿Cómo consideran la participación de los representantes de la comunidad y de la comunidad en general en su CLAS?
10. ¿Qué opinión tienen respecto a la participación de la comunidad en la cogestión en salud? ¿Del Programa CLAS?

Agradezca la valiosa participación de la persona entrevistada.



ANEXO 6

ENTREVISTA GRUPAL A MIEMBROS DE LA POBLACION EN GENERAL (ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE) DE LA JURISDICCION DELA CLAS MIRAFLORESALTO

GUIA DE TEMAS

Tema:

Participación comunitaria en la gestión de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.

Introducción (10 minutos)

Presentación del Moderador

Buenos Días, mi Nombre es XXX.
Gracias por venir
Su presencia es muy importante en esta reunión

Finalidad

El día de hoy la reunión consiste en una conversación con Uds. para conocer sus opiniones acerca de la participación de la comunidad en la gestión de la CLAS Miraflores Alto.

Ustedes son actores importantes en estas actividades y tienen una experiencia valiosa para compartir con nosotros y otras personas, sobre el trabajo que realizan en este establecimiento de salud. Ustedes comparten con la comunidad la solución de sus necesidades.

Es por eso que estamos muy interesado en sus ideas, comentarios y sugerencias al respecto.

Por si acaso, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Todos sus comentarios son muy importantes y bien recibidos.

Tengan libertad para expresar sus acuerdos y desacuerdos con los otros participantes. Nos gustaría tener muchos puntos de vista.

Procedimiento

Explique el uso de la grabadora y equipo de video. Todos sus comentarios son confidenciales y se utilizan sólo para fines de esta investigación. Estos materiales estarán a disposición de ustedes cuando lo requieran.

Para la conversación grupal y el debate no necesitan esperar a que yo les dé la palabra. Hablen uno a la vez para que la grabadora pueda recoger todos los comentarios.

Si hay algo más que ustedes quisieran agregar, les pediría que interrumpan si desean añadir algo sobre el tema en discusión.

Presentaciones de los participantes

Pida a cada participante que haga su presentación. Díganos su nombre y de la comunidad de donde viene.

Establecimiento de Afinidad (10 minutos)

¿Qué problemas de salud presentan más los niños aquí en Miraflores Alto?

Discusión de Profundización (60 minutos)

OBJ. ESP. 2: PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL TRABAJO CON LA CLAS DEMIRAFLORES ALTO.

1. ¿Qué conocen del funcionamiento del establecimiento de Miraflores Alto como CLAS? ¿Qué les han informado al respecto?

2. ¿Actualmente quiénes son los representantes de la comunidad en la CLAS de Miraflores Alto?
3. ¿Cómo es la relación de Uds. con estos miembros? ¿Les informan sobre el trabajo que vienen realizando en la CLAS ?
4. ¿Cómo participan Uds. en la elección de representantes de la comunidad para que les representen en la CLAS ?
5. ¿Cómo se enteran Uds. de la convocatoria para elegir a los representantes de la comunidad para la CLAS ?
6. ¿Tienen Uds. algunos criterios para proponer a determinadas personas como representantes de la comunidad en la CLAS ?
7. ¿Qué trabajo realizan Uds. como miembros de la comunidad con la CLAS ? Expliquen por favor?
8. ¿Cómo es la participación de Uds. en la rendición de cuentas que realiza la CLAS de Miraflores Alto? ¿Cómo son convocados a estas rendiciones? ¿Han asistido en alguna oportunidad a estas asambleas de rendición de cuentas? ¿Son tomados en cuenta las sugerencias que Uds. presentan?
9. ¿Cómo se podría mejorar la participación de Uds. en la CLAS de Miraflores Alto para hacer un mejor trabajo en salud?

Clausura (10 minutos)

Resuma los puntos de consenso o desacuerdo, cuídese de no emitir opinión.
Dé oportunidad para que los participantes ratifiquen u observen dicha conclusiones, o quieran agregar algo.
Agradezca la valiosa participación de todos.

ANEXO 7

**ENTREVISTA GRUPAL A REPRESENTANTES Y EX REPRESENTANTES DE LA
ASAMBLEA GENERAL DE LA CLAS MIRAFLORES ALTO**

Tema:**Promoción de ciudadanía en salud en la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote.****GUIA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL****Entrevistador:****Entrevistado:**
.....**Fecha de entrevista:**

Presentación: Buenos Días, mi Nombre es XXX. ..gracias por aceptar la entrevista.

Pida su nombre de la su nombre de la persona entrevistada y de qué sector o localidad es.

Finalidad de la Entrevista

Esta conversación es para conocer sus opiniones acerca de la participación ciudadana y el respeto de los derechos en salud.

Usted tiene una experiencia muy valiosa al respecto, que quisiéramos que comparta con nosotros.

Esta conversación es confidencial y no se preocupe que, lo que se converse aquí es sólo para uso del estudio.

Entrevista a Profundidad

1. ¿Qué acciones realizan para el control de la calidad de atención de salud?
2. ¿Qué acciones realizan para mejorar el trato en la atención de salud al usuario(ria)?
3. ¿Considera que la participación de Uds. como representantes de la comunidad, ha contribuido en la mejora en el trato al usuario(ria)? ¿Por qué?
4. ¿Qué comentarios reciben de los usuarios(rias) en relación al trato en la atención, ahora que el P.S. de Miraflores es una CLAS?

Miembros de la Asamblea como Usuarios del Servicio:

5. ¿Qué derechos y deberes tienen los usuarios(as) en salud?
6. ¿Cómo participan Uds. En las campañas de salud que realiza la CLAS? y En el control del cuidado de su salud y/o de sus hijos?
7. ¿El haber participado como dirigente de la CLAS, considera que ha contribuido a que Ud. exija el respeto a sus derechos en salud? Explique por favor. ¿Y también ha mejorado en relación a su responsabilidad en el cuidado de la salud (De Ud., su familia y comunidad)? Explique por favor.

8. ¿Considera que el personal de la posta le brinda un mejor trato en la atención de salud a Ud. por ser integrante de la Asamblea de la CLAS (en comparación con un ciudadano que no lo es)? ¿En qué aspectos ha mejorado el trato? (Acceso a la información, consentimiento informado)

9. ¿Qué otros cambios o mejoras se han dado en su relación con el personal de salud, ahora en su condición de miembro de la Asamblea de la CLAS?

¡ Gracias por su colaboración !



ANEXO 8
ENCUESTA A LOS USUARIOS(AS) SOBRE DERECHOS EN SALUD:
CALIDAD DE ATENCION EN LA CLAS DE MIRAFLORES ALTO

Fecha:/..../..../

Encuestador(a):

.....

Encuestada: - Masculino () - Femenino (); Edad ;

I. ASPECTOS GENERALES

1. ¿Conoce que el P.S. de Miraflores Alto viene funcionando bajo la modalidad de CLAS?

- a) SI
- b) NO

2. ¿Ha recibido capacitación (charla) sobre que es una CLAS?

- a) SI
- b) NO

3. ¿Qué entiende por CLAS?

- a) Es una forma de atención al paciente con calidad.
- b) Es una forma de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud.
- c) Es una forma de cogestión (Estado-Comunidad) de la posta de Salud.
- d) Es un mecanismo del Seguro Integral en Salud (SIS).

4. ¿Ha asistido en la elección de los representantes de la comunidad a la Asamblea de la CLAS?

- a) Si, Siempre
- c) Si, Regularmente
- d) Algunas veces
- e) No. Nunca

5. De no haber asistido nunca o algunas veces. ¿Por qué no participó en las elecciones?

- a) Falta de tiempo
- b) Desconocimiento de las fechas de elección
- c) Desinterés
- d) otra:.....

6. ¿Ha asistido la rendición de cuentas de la Asamblea de la CLAS?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No. Nunca

7. De no haber asistido nunca o algunas veces. ¿Por qué no asistió en las rendiciones de cuentas?

- a) Falta de tiempo
- b) Desconocimiento de las fechas de la Asamblea de rendición de cuentas.

- c) Desinterés
- d) otra:.....

II. TRATO EN LA ATENCION:

8. ¿El médico le explica e informa acerca de su enfermedad y su tratamiento que debe seguir?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) No. Nunca

9. El profesional de salud (Médico, dentista o enfermera) le brinda en términos comprensibles información completa sobre la atención de salud?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No, Nunca

10. ¿El profesional de salud le brindó a Ud. la oportunidad de preguntar sobre sus dudas durante la atención de salud?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No. Nunca

11. ¿El profesional de salud le aclaró todas estas dudas

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No. Nunca

12. Se le comunica todo lo necesario antes de cualquier procedimiento o tratamiento, para que pueda dar su consentimiento ó negarse al mismo:

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No, Nunca

13. ¿Cree que el médico le otorga el tiempo adecuado cuando le atiende?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No. Nunca

14. ¿Cómo es el trato del personal de salud cuando va a la posta?

- a) Muy buena (Excelente)
- b) Buena

- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

15. ¿Asiste Ud. oportunamente al puesto de salud para su control y/o de sus hijos (Vacunación, Crecimiento y desarrollo, Embarazo, Parto, Hipertensión arterial y otros)?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No, Nunca

16. De no asistir nunca o algunas veces. ¿Por qué no asiste al P.S. para su control?

- a) Falta de tiempo
- b) No tengo dinero
- c) No he tenido la necesidad de control
- d) Me atiende en otro lugar
- e) No me gusta ir a la posta
- f) otra:.....

17. ¿Participa Ud. como voluntaria(o) en las campañas de salud que realiza el puesto de salud?

- a) Si, Siempre
- b) Si, Regularmente
- c) Algunas veces
- d) No, Nunca

18. De no haber participado nunca o algunas veces. ¿Por qué no participó como voluntario en las campañas de salud?

- a) Falta de tiempo
- b) Desconocimiento de las fechas de la actividad.
- c) No me interesa las campañas de salud
- d) No soy promotor(a) de salud, eso le corresponde a ellos
- e) otra:.....

19. ¿Cómo considera la atención de salud en la posta de salud de Miraflores Alto?

- a) Muy buena (Excelente)
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

¡ Gracias por su colaboración !

ANEXO 9

RESULTADOS DE ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCION AL USUARIO

Total de Encuestados: 200 Fecha de Aplicación de Encuesta:

..... A

1. Conoce que el P.S. de Miraflores Alto viene funcionando bajo la modalidad de CLAS

Respuestas	Total
1 SI 31	16%
2 NO 169	85%
Total 200	

2. Ha recibido capacitación sobre CLAS

Respuestas	Total
1 SI 7	4%
2 NO 193	97%
Total 200	

3. Una CLAS es:

Respuestas	Total
1 atención al paciente con calidad.	26 13%
2 trabajo de los ACS	10 5%
3 administración de P.S. entre la comunidad y personal de salud	25 13%
4 mecanismo del SIS	13 7%
5 No sabe	126 63%
Total 200	

4. Ha asistido en la elección de los representantes de la comunidad a la Asamblea de la CLAS:

Respuestas	Total
1 Si, Siempre 0	0%
2 Si, Regularmente 0	0%
3 Algunas veces 5	3%
4 No. Nunca 195	98%
Total 200	

5. De no haber asistido nunca o algunas veces. ¿Por qué no participó en las elecciones:

Respuestas	Total
1 Falta de tiempo 25	13%
2 Desconocimiento de las fechas de elección 89	45%
3 Desinterés 28	14%
4 Otra 58	29%
Total 200	

6. Ha asustado de la rendición de cuentas de la Asamblea de la CLAS:

Respuestas	Total
1 Si, Siempre 0	0%
2 Si, Regularmente 0	0%
3 Algunas veces 8	4%
4 No. Nunca 192	96%
Total 200	

7. De no haber asistido nunca o algunas veces. ¿Por qué no asistió en las rendiciones de cuentas:

Respuestas	Total
1 Falta de tiempo 31	16%
2 Desconocimiento de las fechas de rendición 79	40%
3 Desinterés 25	13%

4	Otra	65	33%
Total	200		

8. El médico le explica e informa acerca de su enfermedad y su tratamiento:

Respuestas	Total		
1 Si, siempre	48	24%	
2 Si, frecuentemente	125	63%	
3 Algunas veces	27	14%	
4 No. Nunca	0	0%	
Total	200		

9. El profesional de salud brinda en términos comprensibles información completa:

Respuestas	Total		
1 Si, siempre	37	19%	
2 Si, frecuentemente	133	67%	
3 Algunas veces	30	15%	
4 No. Nunca	0	0%	
Total	200		

10. El Profesional de salud le brindó la oportunidad de preguntar sobre sus dudas:

Respuestas	Total		
1 Si, siempre	53	27%	
2 Si, frecuentemente	120	60%	
3 Algunas veces	26	13%	
4 No. Nunca	1	1%	
Total	200		

11. El profesional de salud le aclaró todas estas dudas :

Respuestas	Total		
1 Si, siempre	65	33%	
2 Si, frecuentemente	89	45%	
3 Algunas veces	43	22%	
4 No. Nunca	3	2%	
Total	200		

12. Se le comunica antes de cualquier procedimiento para dar su consentimiento ó negarse al mismo :

Respuestas	Total		
1 Si, siempre	58	29%	
2 Si, frecuentemente	107	54%	
3 Algunas veces	32	16%	
4 No. Nunca	3	2%	
Total	200		

13. El médico le otorga el tiempo adecuado cuando le atiende :

Respuestas	Total		
1 Si, siempre	45	23%	
2 Si, frecuentemente	103	52%	
3 Algunas veces	51	26%	
4 No. Nunca	1	1%	
Total	200		

14. Cómo es el trato del personal de salud cuando va a la posta :

Respuestas	Total		
1 Excelente	6	3%	
2 Buena	91	46%	
3 Regular	94	47%	
4 Mala	9	5%	
5 Pésima		0%	

Total 200

15. Asiste Ud. oportunamente al puesto de salud para su control o de sus hijos:

Respuestas	Total	
1 Si, siempre	25	13%
2 Si, frecuentemente	98	49%
3 Algunas veces	70	35%
4 No. Nunca	7	4%
Total	200	

16. De no asistir nunca o algunas veces. ¿Por qué no asiste al P.S. para su control?

Respuestas	Total	
1 Falta de tiempo	73	37%
2 No tengo dinero	55	28%
3 No he tenido la necesidad de control	51	26%
4 Me atiendo en otro lugar	14	7%
5 No me gusta ir a la posta	7	4%
6 otra		
Total	200	

17. Participa como voluntaria(o) en las campañas de salud:

Respuestas	Total	
1 Si, siempre	0	0%
2 Si, frecuentemente	12	6%
3 Algunas veces	21	11%
4 No. Nunca	167	84%
Total	200	

18. De no haber participado nunca o algunas veces. ¿Por qué no participó?:

Respuestas	Total
1 Falta de tiempo	52
2 Desconocimiento de las fechas de la actividad	104
3 No me interesa las campañas de salud	28
4 No soy promotor(a) de salud	15
5 otra	1
Total	200

19. La atención de salud en la posta de salud de Miraflores Alto es:

Respuestas	Total
1 Excelente	3
2 Buena	86
3 Regular	110
4 Mala	1
5 Pésima	
Total	200