



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**“NIVEL DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN
LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER
NIVEL EN LAMBAYEQUE AL 2011”**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTOR

Mg. SEGUNDO ALEJANDRO CABRERA GASTELO

ASESOR

Dr. VICTOR SOTO CÁCERES

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**“NIVEL DE ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN
LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER
NIVEL EN LAMBAYEQUE AL 2011”**

PRESENTADO POR:

Mg. SEGUNDO ALEJANDRO CABRERA GASTELO
AUTOR

Dr. VICTOR SOTO CÁCERES
ASESOR

APROBADO POR:

Dr. SAÚL ESPINOZA ZAPATA
PRESIDENTE

Dr. NÉSTOR RODRÍGUEZ ALAYO
SECRETARIO

Dr. HUGO URBINA RAMÍREZ
VOCAL

DEDICO ESTA TESIS

A la memoria de mis padres, Alejandro Oscar y Lucinda, por darme la vida y por sus orientaciones, para saber conducirme por el camino del progreso.

A mi esposa, María Luisa, por su afecto, apoyo constante y paciencia.

A mis hijos, José Alejandro, Luis Mesías, Cristian Joe y Sandro Alonso porque han sido y son mi motivación.

A mis engréidas nietas Mariana Alejandra, Luciana, Mía y Gianella Belén, por su ternura, alegría y porque representan un futuro promisor.

A todos mis hermanos, especialmente a mi hermano mayor, Francisco Melaneo, por su afecto, solidaridad y apoyo invaluable en el logro de mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. VÍCTOR SOTO CÁCERES

Prof. Principal de la Facultad de Medicina Humana de La Universidad Nacional
“Pedro Ruiz Gallo”.

Por su asistencia técnica y metodológica en la elaboración de la presente tesis.

ÍNDICE

	Págs.
I. RESUMEN	6
II. ABSTRACT	7
III. INTRODUCCIÓN	8
IV. METODOLOGÍA (Material y método)	24
V. RESULTADOS	26
VI. DISCUSIÓN	46
VII. CONCLUSIONES	52
VIII. RECOMENDACIONES	53
IX. BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	61

I. RESUMEN

El objetivo fue determinar Nivel de Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimientos de Salud de Primer Nivel en Lambayeque al 2011”.

Es una investigación observacional, descriptiva, transversal y que usa la técnica de la entrevista y la encuesta, como instrumento para el recojo de datos de 76 dirigentes de 16 CLAS de Lambayeque.

Los resultados que encontramos son los siguientes: La acreditación de sus representantes por sus bases se hace en forma democrática en el 93.42% y es una buena práctica gubernamental, desarrollan vida institucional ordinaria con registro de sus reuniones en un 94.74%, poseen reglamento interno aprobado en el 80.26%, el sistema de información integral sobre el CLAS es deficiente en el 60.53%, tienen una participación y contribución en la formulación del Plan de Salud Local (PSL) deficiente 42.11%, satisfactoria 39.47% y mala en 18.42%, la presentación de un informe de la gestión con rendición de cuentas al usuario es reportada como deficiente en el 55.26%, la promoción y aceptación de iniciativas ciudadanas es deficiente en el 42.11% y buena en el 35.53%, reportan una capacitación para la gestión deficiente en el 50% y mala en el 34.21%, niegan la existencia del incentivo económico para el desarrollo de funciones en el 69.74%.

Conclusiones: El nivel de organización ciudadana en los Comités Locales de Administración de Salud es satisfactoria a medianamente insatisfactoria y la participación es medianamente insatisfactoria a insatisfactoria.

Palabras clave: Administración Compartida, Participación ciudadana, Organización Social, Participación en salud, Legislación en Salud.

II. ABSTRACT

To determine the Level of Organization and Citizen Participation in the Management of First Level Health Establishments in Lambayeque to 2011

It is an investigation observacional, descriptive, transverse and that uses the technology of the interview and the survey, since instrument for I gather of information of 76 leaders of 16 Lambayeque's CLAS.

The results that we find are the following ones: The accreditation of his representatives by his bases is done in democratic form in 93.42 % and is a good governmental practice, they develop institutional ordinary life with record of his meetings in 94.74 %, possess internal regulation approved in 80.26 %, the integral information system on the CLAS is deficient in 60.53 %, 42.11 % has a participation and contribution in the formulation of the Plan of Local Health deficient (PSL), satisfactory 39.47 % and bad in 18.42 %, the presentation of a report of the management with account surrender to the user is brought like deficiently in 55.26 %, the promotion and acceptance of civil initiatives is deficient in 42.11 % and good at 35.53 %, they bring a training For the deficient management in 50 % and bad in 34.21 %, they deny the existence of the economic incentive for the development of functions in 69.74 %.

The conclusions: The level of citizen organization in the Local Committees of Health Administration is satisfactory to moderately unsatisfactory and the participation is moderately unsatisfactory to unsatisfactory.

Keywords: Shared Administration, Citizen participation, Organización Social, Social organization, Legislation in Health.

III. INTRODUCCION

Descripción del Problema

El programa de Administración compartida, es un modelo de gestión en la cual el Estado cede la administración de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención a la comunidad organizada en torno a la comunidad local de Administración de Salud – Clas, sumando esfuerzos con el fin de hacer más eficiente el gasto, mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población del ámbito asignado: (1).

Los CLAS, constituyen un modelo Sui Géneris, pues no existe una experiencia similar en América Latina, la de gestión pública – privada en el primer nivel de atención, con relativo éxito. Sin embargo, los cuestionamientos a los CLAS, provienen de varios frentes, de la sociedad misma, de las asociaciones de profesionales de salud y de gremios relacionados, de las instancias de los gobiernos locales y también regionales.

La oposición señala un potencial privatizador de la administración financiera de los centros y puestos de Salud, el efecto que la descentralización produciría en la unidad y viabilidad de estas asociaciones, y los cambios que significan el paso de los nuevos trabajadores de un régimen público a privado.

Se crítica en los CLAS, las debilidades de la organización de la participación ciudadana sobre todo en las comunidades más alejadas, la falta de representatividad de los miembros de la comunidad por procesos electorales imprecisos o irregulares, una desventaja de los representantes comunales del CLAS para el manejo administrativo, financiero y transparencia en la gestión, que les permita ejercer sus derechos. La población tiene escasa información sobre los CLAS y no existe un proceso de retroalimentación en la toma de decisiones hacia la comunidad. Así mismo, aparece una tendencia de alguno de ellos a crear mini hospitales con servicios clínicos y de laboratorio avanzados con una menor atención a asegurar la prevención y promoción de la salud (1).

Antecedentes del Problema

En 1996, en el contexto de la reforma del sistema de salud de Nicaragua, se definieron dos tipos de participación: social y comunitaria.

La participación social se entendió como el incremento del papel de los diversos agentes sociales en la mejora de la salud de la población.

Para ello se crearon comisiones multisectoriales con la participación de Alcaldías, Ministerio de Acción Social y Ministerio de Salud; y los Consejos de Salud (Municipal y Nacional) en el que participan Empresarios, Movimiento Comunal, Sindicatos, ONG , Sociedades Jurídicas, la Iglesia, personas notables del lugar.

En una evaluación realizada en 1996 se observó que estos organismos se habían convertido en espacio de lucha política de los poderes del Estado, asimismo, de que permitieron un acercamiento de los servicios de la comunidad.

La participación comunitaria es la forma más común de participación en Latinoamérica como estrategia para compensar la insuficiente y crítica desfinanciación de los servicios de salud.

Se espera un fomento de la participación social en salud que contribuye a la movilización de recursos humanos, materiales y financieros adicionales, que permitan la extensión de la cobertura de los servicios de salud. En este sentido es muy común la existencia de promotores de salud y parteras empíricas.

En la reforma del sistema de salud de Nicaragua, la participación comunitaria se entendió como la presentación de recursos de la comunidad en forma de trabajo voluntario brigadistas (brigadistas, colaboradores voluntarios y parteras empíricas). Los Consejos de salud asumían el rol de promotor de financiamiento a través de la sensibilidad de ciertas notables y/o implantación de tarifas por los servicios, también han devenido en instrumento de manipulaciones políticas (1).

La Participación Social en el sistema de salud en Brasil.

Después de un periodo de 24 años de dictadura, en 1985, se dio inicio a un proceso de reformas políticas y administrativas.

En 1988 se promulga la Constitución en la que se establece la redistribución del poder en tres niveles: Federal o Nacional, Estatal y Municipal. A la salud se le reconoce como un derecho de todos los ciudadanos y responsabilidad del Estado. Se crea el sistema único de salud.

En 1990, mediante Ley 8142, se autoriza la transferencia de fondos de salud hacia los Municipios y se promueve la participación y control social en la gestión de los servicios de salud. Es más la constitución establece que es el derecho y el deber de todo ciudadano participar en todos los niveles de gobierno: priorizando las política y programas, el control de calidad y la fiscalización de uso de recursos públicos.

Para ese fin se crean mecanismos de participación colectiva e individual en los 3 niveles de gobierno: conferencias, consejos de salud, Disque Saude y Buzones de Quejas y sugerencias.

Las conferencias, son órganos consultivos, evalúan y proponen políticas de salud a cada nivel de gobierno.

Los consejos de salud, son órganos permanentes, deliberativos, aprueban directivas y control de políticas, tienen composición paritaria: 50% representante de la comunidad, 50% de representantes de salud, gobierno, de proveedores públicos y proveedores de los servicios de salud.

También promueven la participación indirecta del Ministerio Público, Órgano defensa del consumidor y de los medios de comunicación.

La redistribución del poder entre las distintas fuerzas es aun limitada. Las decisiones de los consejos de salud deben ser ratificadas por el gobierno a su nivel.

Asimismo, el nivel de organización de las comunidades es muy variable, el nivel de información sobre el sistema de salud es limitado, el conocimiento sobre las diversas formas de participación no esté bien extendido entre el personal de salud y la población y el grado de comunicación de los consejos de salud con la población es muy variable (1).

Experiencia de participación social de salud en Colombia.

El proceso se inicia con la promulgación de la constitución de 1991 en la que se reconoce a la salud como un derecho inalienable y a la seguridad como un servicio público, que deben ser brindados por el Estado en observancia de los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

Es oportuno indicar que en 1990 se había dado el decreto 1416 que establecía el reglamento de participación comunitaria en la prestación de servicio de salud.

En 1993 se promulga la ley 100 que crea el sistema de seguridad social integral así como la participación social organización y control de las funciones del sistema.

En 1994 ley 757, establece las formas de participación social en la presentación del servicio.

En 1997 el Ministerio de Salud público a los políticos de participación para impulsar el desarrollo de los mecanismos legales. Estas normas definen las formas de participación: colectiva o comunitaria o institucional e individual o ciudadana.

En la modalidad de participación comunitario se crearon el comité de participación comunitario (COPACO), y el comité de usuarios. El Copaco está conformado por representantes de agentes sociales, el Estado y su función es contribuir a planificar la gestión en salud.

El comité de usuarios, representa a los afiliados al sistema de seguridad social integral, desempeña funciones para orientar a sus miembros, vigilancia de calidad, defensa del usuario y participa en juntas directivas de aseguradoras, proveedores públicos de salud y Copaco.

Los comités de ética hospitalaria están conformados por personal de salud, representante usuarios, representantes de instituciones comunitarias conformantes del copaco. Tiene la función de promoción de la salud, divulga derechos y deberes en salud, y contribuye la calidad de los servicios.

Como participación individual o ciudadana se crea el servicio de atención al usuario en las aseguradoras y proveedores públicos, con un sistema de información, atención al usuario (Vía Telefónica) para realizar quejas, sugerencia o pedir información.

Las reformas del sector salud de Colombia a través del Ministerio de salud, desde 1997 realiza la difusión de información al personal de salud y población para implementar al mecanismo de participación individual o colectiva.

Sin embargo, el conocimiento de la población de los mecanismos de participación y bastante limitado, pero existe disposición positiva hacia la participación (1).

Legislación Peruana sobre Participación Ciudadana

La Constitución vigente en el Art. 31, reconoce el derecho ciudadano de participar en los asuntos públicos mediante referéndum, iniciativa legislativa, remoción o renovación de autoridades y demanda de rendición de cuentas. Tienen también el derecho de ser elegidos y de elegir libremente a sus representantes.

Ley de modernización de la gestión del estado, Ley 27658 del 17 de Enero del 2002, en el Art. 4° inc. b, indica que el objetivo es alcanzar un Estado con canales efectivos de participación ciudadana. En el art. 9° establece que el ciudadano tiene el derecho de participar en los procesos de formulación presupuestal, fiscalización, ejecución y control de la gestión del Estado, mediante los mecanismos que la normatividad establezca (2).

Ley de Bases de la descentralización, Ley 27783, 26 de Junio del 2002, en su art. 6°, inc. c establece como un objetivo a nivel político es la participación y fiscalización de los ciudadanos en la gestión de los asuntos públicos de cada región y localidad. En su art. 17° inc. 17.1 establece que los gobiernos regionales y locales están obligados a promover la participación ciudadana en la formulación, debate y concertación de sus planes de desarrollo y presupuestos, y en la gestión pública. Para esto deberán garantizar el acceso de todos los ciudadanos a la información pública, así mismo la conformación y funcionamiento de espacios y mecanismo de consulta, concertación, control, evaluación y rendición de cuentas (3).

El art. 20°, inc. 20.1 señala que los gobiernos regionales y locales se sustentan y rigen por presupuestos participativos anuales como instrumentos

de administración y gestión, los mismos que se formulan y ejecutan conforme a ley, y en concordancia con los planes de desarrollo concertados (3).

El art. 20 inc. 20.2 indica que los presupuestos de inversión se elaboran y ejecutan en función a los planes de desarrollo y programas de inversiones debidamente concertados conforme a lo previsto en esta Ley, sujetándose a las Normas técnicas de Sistema Nacional de Inversión Pública (3).

Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27867, del 8 de noviembre del 2002 en su art. 8°, establece que la gestión de los gobiernos regionales se rige por los siguientes principios:

Participación; la gestión regional desarrollará y hará uso de instancias y estrategias concretas de participación ciudadana en las fases de formulación, seguimiento, fiscalización y evaluación de la gestión de gobiernos y de la ejecución de los planes, presupuestos y proyectos regionales (4).

Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867, modificada por la Ley 27902, del 20 de diciembre 2002, desarrolla en su art. 11°, 11-A° y 11-B° el Concejo de Coordinación Regional, que cuenta con participación de la Sociedad Civil (5).

Ley de Demarcación y Organización territorial, N° 27795, establece en su arts. 7°, 9°, 10° y 11°, la participación ciudadana en las iniciativas de demarcación territorial y la creación de regiones (6).

Ley Orgánica de Municipalidades, Ley N° 27972, en su art. 53° establece que las Municipalidades se rigen por presupuestos participativos anuales como instrumento de administración y gestión, los cuales se formulan a prueba y ejecutan conforme a la ley de la materia, y en concordancia con los planes de desarrollo concertados de su jurisdicción. El presupuesto participativo forma parte del sistema de planificación. Así mismo, entre los arts. 112° a 122° se establece diversos mecanismos de participación y control vecinales en el ámbito local (7).

Participación Ciudadana en Salud

En el Perú, se declaró de interés nacional y de necesidad pública la ejecución del Programa de Administración Compartida de los Establecimientos de Salud del Nivel Básico de Atención, que contribuya a ampliar la cobertura y el mejoramiento de los servicios en los centros y puestos de salud, prioritariamente de las zonas con pobreza crítica, potenciando los recursos del Estado y de la Comunidad organizada, el cual se viene ejecutando desde el año 1994, y que mediante el Decreto Supremo N° 002-2000-S-A. (16) señala que el Ministerio de Salud en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones Subregionales de Salud, promueve la conformación de asociaciones civiles sin fines de lucro denominadas “Comunidad Local de Administración de Salud” - CLAS integradas por personas naturales o jurídicas, o de ambas, vinculadas a actividades de desarrollo y de prestación de servicios de salud. (8)

Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y las Regiones, del 12 de Octubre del 2007 en su art. 1° precisa como objetivo de contribuir ampliar la cobertura mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con 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. (9)

Entiéndase por cogestión en salud, a las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido y que implique 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 esta 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 acuerdan.

En el Art. 4° establece que los órganos de cogestión son formas organizativas, participativas cuya finalidad es la gestión de la salud en un ámbito territorial específico, en el cual se toman decisiones relativas al

manejo de recursos públicos, expresadas en un acuerdo de gestión y sujetas a la vigilancia social. (9)

Las comunidades locales de administración de salud - 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. Los aspectos de organización interna de la asociación no pueden ser modificados por normas administrativas.

En el art. 5° , establece la conformación de la Asamblea General la misma que está integrada por un representante del Gobierno Regional o un representante del gobierno local, un representante de los trabajadores de los establecimientos de los CLAS, un representante de la Red de Servicio de Salud, el Gerente - Jefe de los establecimientos de salud y representante de las organizaciones comunales y agentes comunales de salud, vinculados al desarrollo local, procedente de la jurisdicción territorial asignada a los establecimientos de salud bajo administración de los CLAS. En el caso que se trate de una CLAS con más de un establecimiento, la Asamblea designa un coordinador comunal en la jurisdicción de cada establecimiento de salud. Estos representantes deberán acreditar trabajo y experiencia en temas relacionados directamente con la salud, ante la autoridad correspondiente.

En el Art. 5° se establece la conformación y elección del Consejo Directivo.

El consejo Directivo está conformado por un número impar de miembros con un máximo de 7 integrantes, debiendo tener como mínimo un Presidente, un Secretario y un Tesorero. Está integrada por: Un representante del Gobierno Local, un representante de los trabajadores de las CLAS, un representante de la Red y Microred, según donde esté ubicado una CLAS, y un miembro de la Sociedad Civil. (8)

La elección del Consejo Directivo se hace entre los miembros de la Asamblea General con un plazo de vigencia de 2 años, no existiendo reelección inmediata. En el art. 7°, sobre la designación y renovación del gerente y jefe de los establecimientos de salud, se establece que el gerente de una CLAS es el encargado de ejecutar el plan de salud local, asumiendo la jefatura del establecimiento de salud. Será seleccionado y/o contrato de una terna precalificada por los miembros del Consejo Directivo de la CLAS

según los criterios técnicos y procedimiento que para estos efectos establece el Reglamento. Es evaluado, anualmente, para su ratificación por la misma instancia que lo designó. Participa sin derecho a voto en el Concejo Directivo (8). Asimismo, mediante R.M. N° 1009-2005-MINSA del 30 de Diciembre del 2005 se transfirió Programa de Administración Compartida que estuvo bajo el control del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) a la Dirección General de Seguro de las personas (DGSP). En términos generales la gestión de los establecimientos de salud del 1er Nivel dependió mucho de los Gobiernos Regionales, habiendo extendido su conducción a los Gobiernos Locales mediante Ley N° 29124.

Desde la creación del Ex programa de Administración compartida hasta la actualidad, existen a nivel nacional 763 Asociaciones CLAS que administran 2152 centros y/o puestos de salud. Esta cantidad representa aproximadamente el 33% del total de establecimientos de primer nivel de atención. En su ambiente. En su ámbito atiende una población de aproximadamente de 8.5 millones de habitantes, de estrato de pobreza que viven en zonas rurales y urbano marginales. En los departamentos de Arequipa, Tacna y Moquegua estas modalidades de gestión se encuentran implementadas en el 100% de sus establecimientos de salud, resaltando en esas regiones las mejoras de la situación de salud y de su población.

En Lambayeque son 30 CLAS que comprenden al 70% de establecimientos MINSA.

FUNDAMENTOS

Marco Referencial

Muchos países en el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Estas reformas comparten muchas de sus políticas y una de estas es la participación social en salud. Del modo que no es una iniciativa nueva.

(1)

A lo largo del último siglo la colaboración individual o colectiva de la población con los servicios de salud ha sido fomentada a partir de diversas filosofías y conceptos, y persigue objetivos diversos: desde la búsqueda de

la colaboración de la población para la extensión de la cobertura de los servicios de salud al fomento de la creación de mecanismos que permiten a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios.

Los marcos teóricos que han sustentado la participación social a lo largo del desarrollo de los sistemas de salud, han evidenciado diferencias considerables; pero en su puesta en práctica han compartido muchos elementos comunes en todas las épocas desde la participación social como medio para obtener objetivos, a ser un fin en si mismo, como proceso democrático. (1)

Los elementos comunes que comparten las diversas reformas de salud en América son:

La descentralización, la promoción de la participación social, estrategias de mercado para mejorar los servicios, la orientación al cliente como usuario o consumidor de los servicios .Gonzales Block et al, analizó 21 sistemas de reforma de Salud en latinoamérica y encontró que la participación social es parte de sus políticas en la mayoría de países. (1)

En la evolución de la participación social en los sistemas de salud constatamos que están íntimamente ligados al contexto político y social.

Por la década de los 50 y 60, los servicios de salud crecieron con un rápido aumento de personal e infraestructura paralelo a la expansión de la urbanización e industrialización. Aparecen las primeras experiencias de implicar a la población con los programas de salud. En Panamá introdujo esta política en su programa Nacional con el objetivo de transformar el modelo de salud centrado en los hospitales y la atención curativa, en un modelo basado en la prevención y participación comunitario, que permitiera la extensión de la cobertura del sistema de salud. (1)

En Cuba, el gobierno revolucionario, incorporó la participación social en todos los niveles del sistema de salud. En suma, percibimos que la participación social busque el cambio en la orientación de salud y lograr una extensión en la cobertura de los servicios de salud.

Durante la década del 70, se reconoce la incapacidad de los sistemas de salud centrados en los hospitales y basados en la medicina Occidental, para responder a la población más necesitada. Cabe señalar que el contexto de la

época, muestra un aumento de las tensiones en la guerra fría, crisis del petróleo, dictaduras militares y fuertes movimientos sociales por justicia social. De manera que, surge la necesidad de cambios en las políticas de salud en forma radical.

Por esa misma época se tiene conocimiento de la experiencia China que demuestra a la atención primaria de la salud como una alternativa a los sistemas de salud en crisis y en su filosofía aparecen la descentralización y la participación comunitaria como principios fundamentales para construir un sistema de salud, como elemento que aproxima los servicios a la población, aumentando la eficiencia del sistema y respondiendo a las necesidades percibidas y adaptarse a la situación local.

En el periodo de la década del ochenta y principios de los noventa, ocurren muchos hechos en el mundo, como el término de la guerra fría, globalización de la economía capitalista, crisis de la deuda externa, implementación del modelo económico neo liberal, disminución de la autonomía de los Estados por su dependencia de los organismos financieros Internacionales ante la internalización de la economía que condujo a realizar programas de reajuste estructural.

Estos cambios producen un fuerte impacto en el rol del Estado, la sociedad civil y la formulación de políticas públicas. El Estado reduce gasto público en la provisión de servicios públicos, incluye la salud, de modo que la financiación de los sistemas de salud de los países Latinoamericanos que siempre habían sido insuficientes, se deterioran aún, más en la década de los 80. (1)

El problema complico por el incremento de los costos de salud, aumento de la demanda por el crecimiento demográfico, los cambios epidemiológicos y el nuevo desafío del sida.

En este contexto, se impulsan políticas de promoción de la salud centrado en la participación, reducción del papel del Estado y un modelo de mercado.

Queda claro además de los cambios impuestos por el orden económico y político mundial en la última década, los países Latinoamericanos han realizado también amplias transformaciones políticas y administrativas.

Estas transformaciones incluyen la descentralización a niveles regionales o locales como una forma de democracia de los sistemas, en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema.

Además, se busca de esta manera una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de las instituciones públicas frente a la población a la que sirven (1)(9).

Participación en salud

En la década del 70, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo; así como el estímulo a iniciativa locales a la contribución voluntaria de la comunidad a un programa público, sin que ejerza ningún control sobre este. Posteriormente se detecta el papel de la comunidad en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud.

Al final de la década de los 80, Oakley, luego de un análisis de la atención primaria de la salud, adopta como definición operativa la propuesta de Foranoff: “participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de la salud”.

En la práctica, la participación colectiva en salud puede tener lugar de forma más o menos continua, a través de los mecanismos establecidos o de forma esporádica.

Los mecanismos que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno, comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales a través de organizaciones comunitarias. Finalmente, algunos autores han tratado de elaborar una definición de participación que englobe todas las posibilidades de interacción con los servicios de salud. Bronfman y Gleizer consideran como participación la incorporación de la población o

sectores de ellas en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud (1) (9).

Cómo llevar a la práctica la participación social en salud

En general, las políticas de participación social son promovidas por las mismas instituciones y no necesariamente como respuesta a una demanda popular. En el contexto de la reforma del sistema de salud se deben prever los mecanismos que aseguren el fortalecimiento de las estructuras de nivel local que permitan a los ciudadanos expresar sus opiniones sobre los servicios de salud.

En los Concejos Regionales, en los Concejos provinciales y distritales (donde participan los representantes de las autoridades locales, de los servicios de salud y la población) deben considerarse la introducción de representantes de la comunidad en Juntas Directivas de Hospitales, Centro de Salud o Comités de calidad.

Otros mecanismos, como los sistemas de quejas y sugerencias, favorecen la participación individual.

Otro elemento clave de participación en el contexto de las reformas de salud es el acceso a la información. La población debe conocer lo suficiente sobre la actuación de los servicios, como, la oferta, precios, calidad, derechos, etc. Las Instituciones deben garantizar una capacidad de respuestas de los servicios a estas acciones. Porque la participación conlleva redistribución del poder y recursos entre los distintos actores implicados en la toma de decisiones en salud.

Es decir, si se abren espacios para la participación social, instituciones y el personal de salud pierden su absoluto monopolio en la toma de decisiones, que habrá de ser consensuados en los diferentes agentes sociales.

Esto significa, un cambio de actitud en el personal que no siempre es fácil de conseguir.

De manera que, los procesos reales de participación social en salud deben acompañarse de un desarrollo institucional, incluye cambios en su estructura y metodología de trabajo que la permitan responder a las necesidades cambiantes de la población.

Es suma, para una participación social efectiva en salud, deben concurrir los elementos políticos que aseguren la creación de espacios y redistribución del poder y de los recursos; elementos organizativos que garanticen la creación de mecanismos institucionales y capacidad de respuesta; y, elementos poblacionales como la organización y la disposición a participar (1) (9).

Implementación

Observamos dos formas de aplicación: participación como un medio para alcanzar unos objetivos; y, participación como un fin en sí misma, como un espacio democrático para el control social de las instituciones. Sobre ambos existen ejemplos en Latinoamérica.

La participación como un medio, es una estrategia para contribuir a la reorientación de los servicios de salud, mediante una mejor detección de necesidades y posterior adaptación. Esto es, cuando los servicios poseen la capacidad de responder a las demandas (9).

Formulación del Problema

¿Cuál es el Nivel de Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimientos de Salud de Primer Nivel en Lambayeque al 2011?

Hipótesis

Implícita

Objetivos

General

Determinar el Nivel de Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimientos de Salud de Primer Nivel en Lambayeque al 2011.

Específicos

1. Establecer acreditación de sus representantes por sus organizaciones.
2. Señalar si desarrollan vida institucional ordinaria con registro de reuniones.
3. Indicar si tienen reglamento interno.
4. Conocer el nivel de información que recibe la comunidad sobre los CLAS.

5. Conocer si participan y contribuyen en la formulación del plan local de salud.
6. Establecer los mecanismos de información a la población sobre la gestión de los CLAS.
7. Conocer mecanismos de retroalimentación.
8. Mencionar si formulan y/o cumplen un Plan de Desarrollo Institucional.
9. Precisar si cuentan con capacitación de gestión.
10. Indicar si respetan el proceso previsto en la renovación de sus integrantes.
11. Señalar si tienen establecido algún tipo de incentivo económico para el desarrollo de sus funciones.
12. Mencionar si participan en la formulación del presupuesto institucional.
13. Indicar si el ingreso de nuevo personal responde a lo planificado.
14. Establecer si la toma de decisiones es por consenso.
15. Indicar si se percibe signos de corrupción.
16. Definir si hay participación del gobierno local.
17. Identificar los mecanismos de control de la comunidad sobre sus representantes y el modelo de gestión CLAS.

Justificación

Las CLAS, son la única experiencia de cogestión participativa de los servicios de salud entre la sociedad y el Estado que en el lapso de 18 años de implementación, ha evidenciado un mejoramiento de los procesos de planificación, programación y ejecución de actividades para el logro de objetivos.

Evidentemente, el Modelo CLAS, ha contribuido al desarrollo de recursos humanos, al mejoramiento de trabajo en equipo, desarrollo de una cultura organizacional aceptable y sobre todo una atención de la salud con calidad y equidad.

El estudio que realizamos centra su atención en las características de la organización de la comunidad, como componente del modelo de administración compartida, con la finalidad de identificar sus debilidades y superarlas, posibilitando una participación más orgánica y más legitimada, que

genere un espacio democrático que permite el control social sobre el gasto, los recursos y la atención, asegurando el fortalecimiento del modelo de gestión y la participación ciudadana en beneficio de mejoramiento de la salud comunitaria y el desarrollo local.

Las conclusiones del estudio facilitaran el conocimiento de la realidad sociosanitaria de la localidad y un referente a considerar por los políticos, tomadores de decisión de los gobiernos de nivel local regional y central, institución formadores de recursos humanos en salud y la sociedad.

IV. METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Observacional, Descriptivo y Transversal

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Para obtener la información se utilizó la técnica de la entrevista estructurada a los Directivos seleccionados pertenecientes a las comunidades locales de administración de los Establecimientos de Salud del primer nivel de Lambayeque.

El instrumento utilizado es un formato con una encuesta que fue aplicada en la evaluación de los CLAS en el Perú por Taylor en 1996, es identificada como:

- **Anexo 01**, orientado a señalar la acreditación de los representantes por sus Bases y el ente electoral del Sector, desarrollo de vida Institucional ordinaria, reglamento interno aprobado, existencia de un sistema de información integral sobre CLAS para usuarios, participación y contribución en la formulación del PSL (Plan de Salud Local), contribución con propuestas de organización y desarrollo comunal, experiencia de gestión, entre otros.

Población y Muestra

En Lambayeque se han constituido 30 CLAS que comprenden el 70% de establecimientos MINSA. Cada CLAS tiene 6 directivos, dando lugar a que el universo de directivos sea 180.

Tamaño de la muestra

$$n = n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

p: 0.5 (probabilidad de éxito)

q: 0.5 (probabilidad de fracaso)

d: 0.05 (margen de error)

z: 1.96

α = 95%

n = 122

Ajuste de tamaño de muestra

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{127}{1 + \frac{127}{180}} = \frac{127}{1 + 0.68} = \frac{127}{1.68} = 76$$

$$n = 73$$

Se seleccionó la muestra en forma equitativa de 16 CLAS elegidos al azar. De provincias Chiclayo 6 CLAS; de la Provincia Lambayeque 5 CLAS y de la Provincia de Ferreñafe 5 CLAS.

a. Variable

Organización Ciudadana.

Participación Ciudadana.

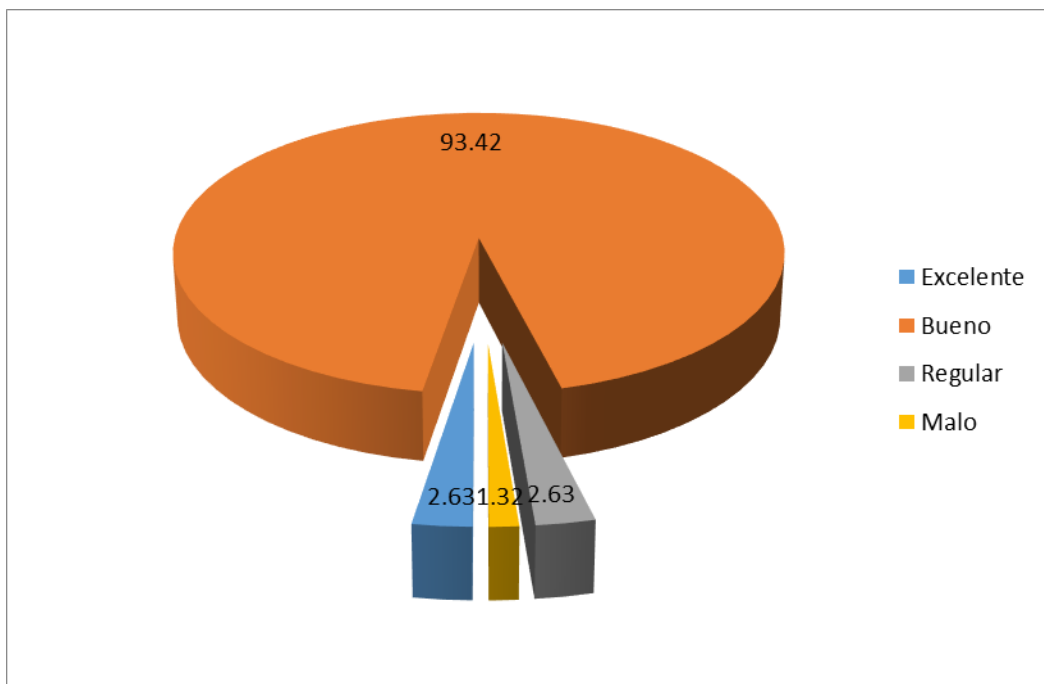
Procesamiento de los Datos

Para el análisis estadístico se utilizó el Programa Excel, SPSS con los cuales se realizará la base de datos sobre la participación ciudadana en los CLAS, para obtención de las frecuencias, principales estadísticas descriptivas como son: la media, varianza, desviación estándar, etc.

V. RESULTADOS

CUADRO N° 01

ACREDITACIÓN DE REPRESENTANTES POR SUS ORGANIZACIONES



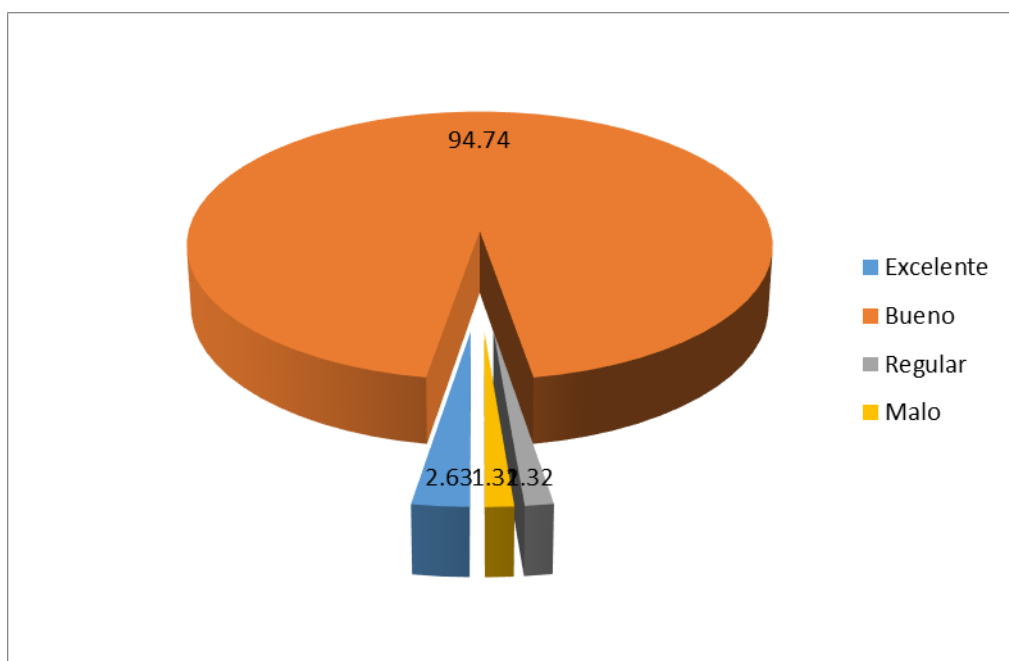
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Acreditación de sus representantes por sus bases

Es una condición favorable o buena práctica en un 93.42% (71 casos), seguida por excelente y regular con el 2.63% (2 casos) y mala en un 1.32% (1 caso).

CUADRO N° 02

DESARROLLAN VIDA INSTITUCIONAL ORDINARIA CON REGISTRO DE SUS REUNIONES



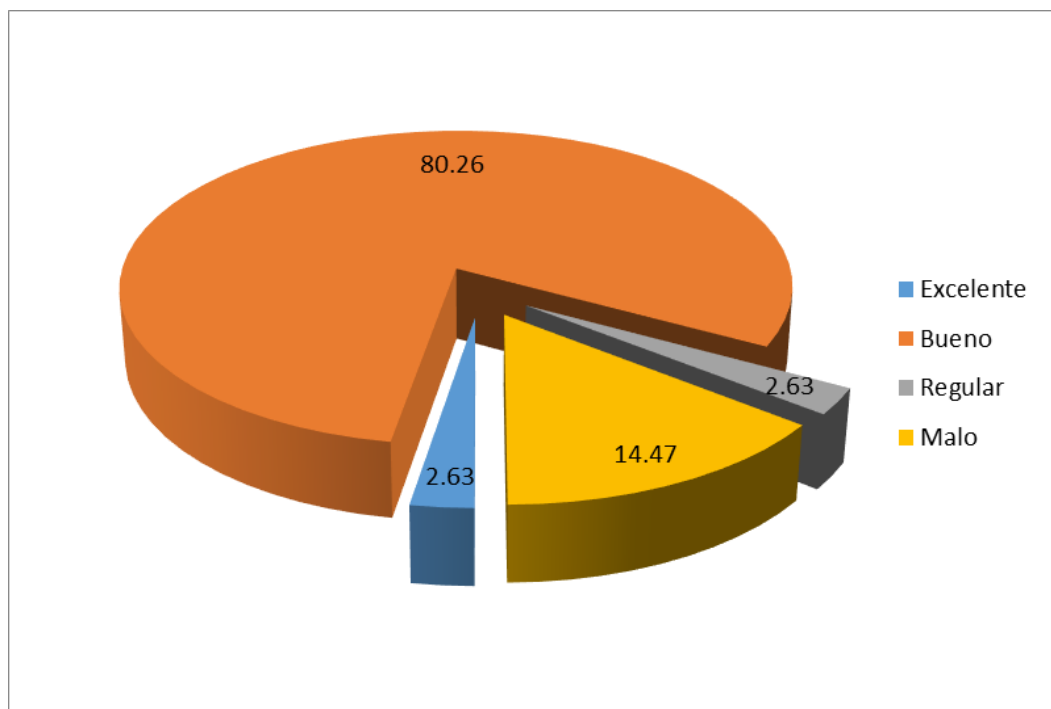
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Desarrollan vida institucional ordinaria

Percibimos como positiva o buena en un 94.74% (72 casos), seguido de excelente un 2.63% (2 casos), regular y malo en un 1.32% (01 caso) respectivamente.

CUADRO N° 03

POSEEN REGLAMENTO INTERNO APROBADO



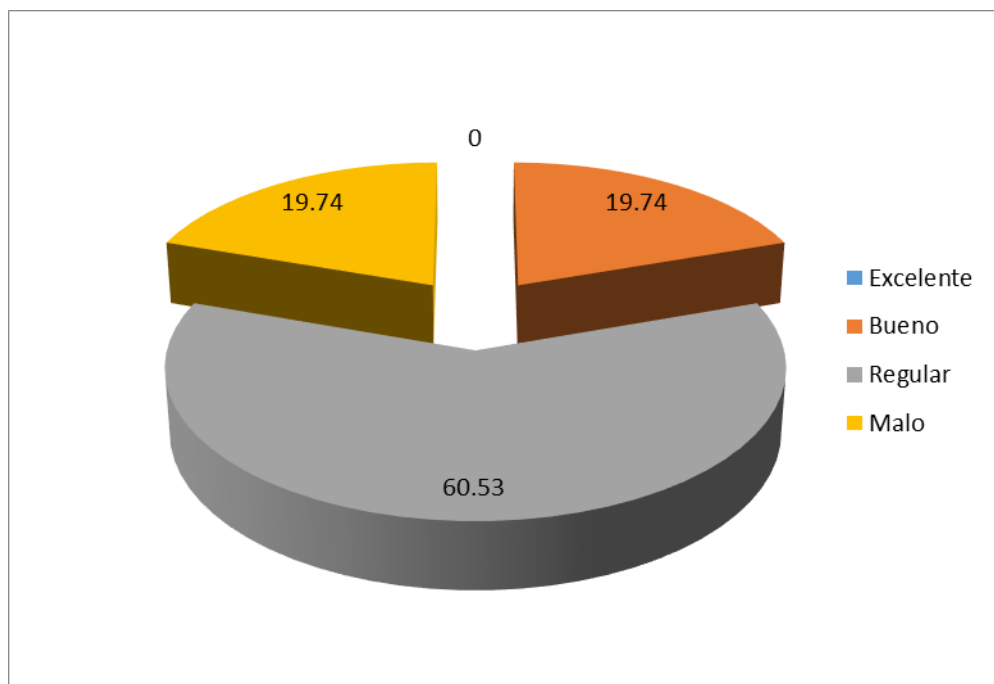
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Poseen reglamento interno aprobado.

Esta exigencia es buena práctica en un 80.26% (61 casos), malo en 14.47% (11 casos), excelente y regular en 2.63% (02 casos).

CUADRO N° 04

CUENTAN CON UN SISTEMA DE INFORMACION INTEGRAL SOBRE LOS CLAS PARA LOS USUARIOS



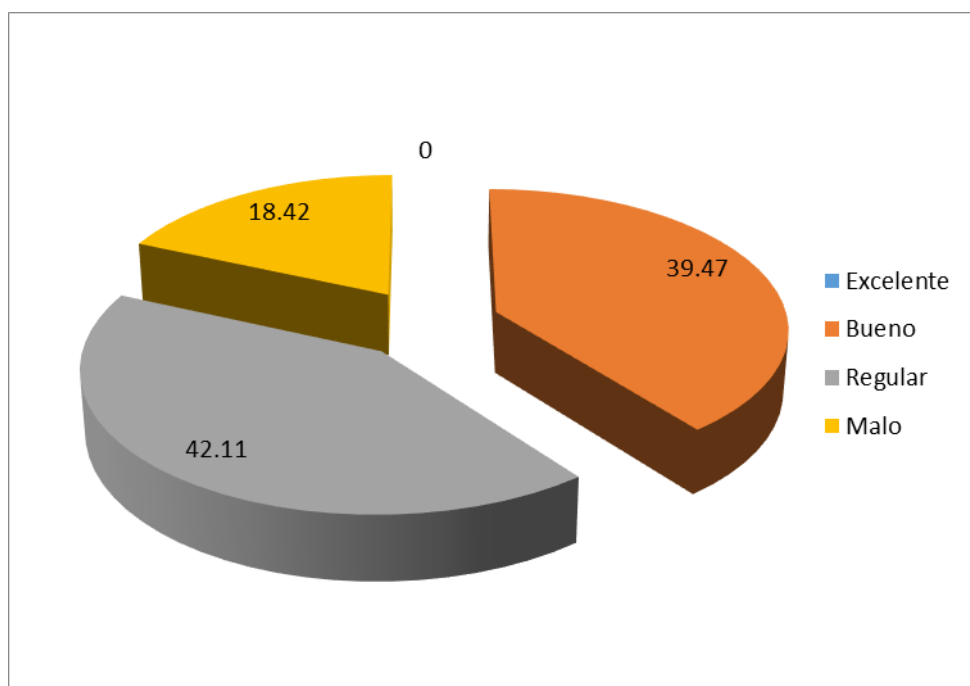
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Sistema de información integral sobre CLAS.

Es una condición que se muestra como regular, critica o deficiente en un 60.53% (46 casos), seguido de bueno y malo en va 19.74% (15 casos) respectivamente.

CUADRO N° 05

PARTICIPAN Y CONTRIBUYEN LA FORMULACIÓN DEL PSL (PLAN DE SALUD LOCAL)



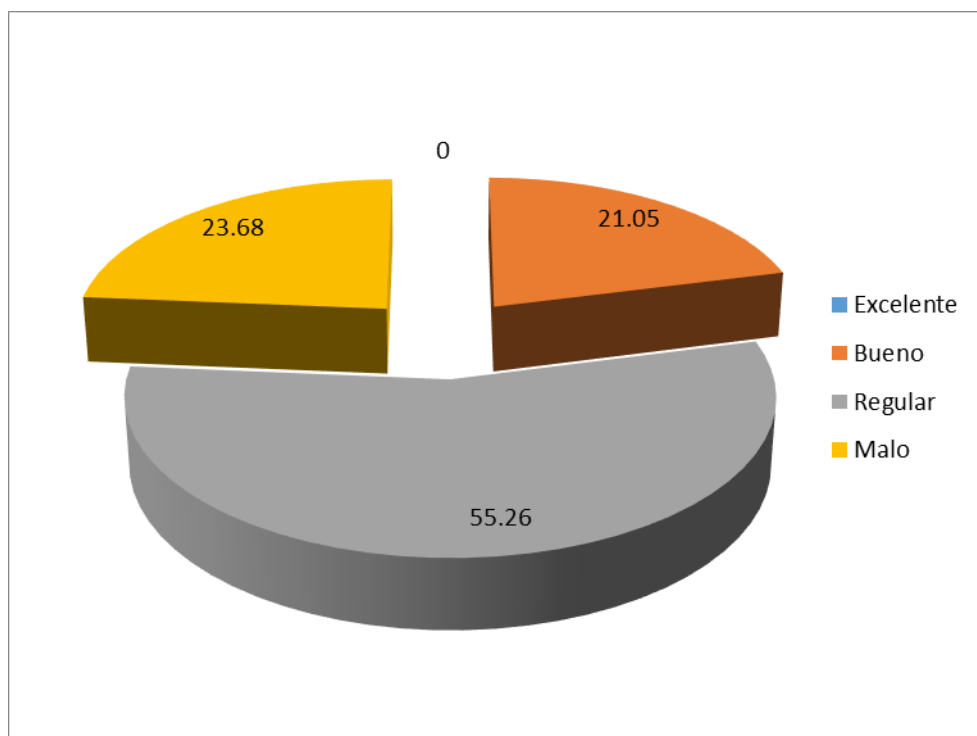
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Participan y contribuyen en la formulación del Plan de Salud local (PSL)

Esta condición resulta no satisfactoria, regular o deficiente en un 42.11% (32 casos), seguido por satisfactoria o buena en un 39.47% (30 casos) y mala en 18.42% (14 casos).

CUADRO N° 06

PRESENTAN INFORME DE GESTIÓN CON RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS USUARIOS



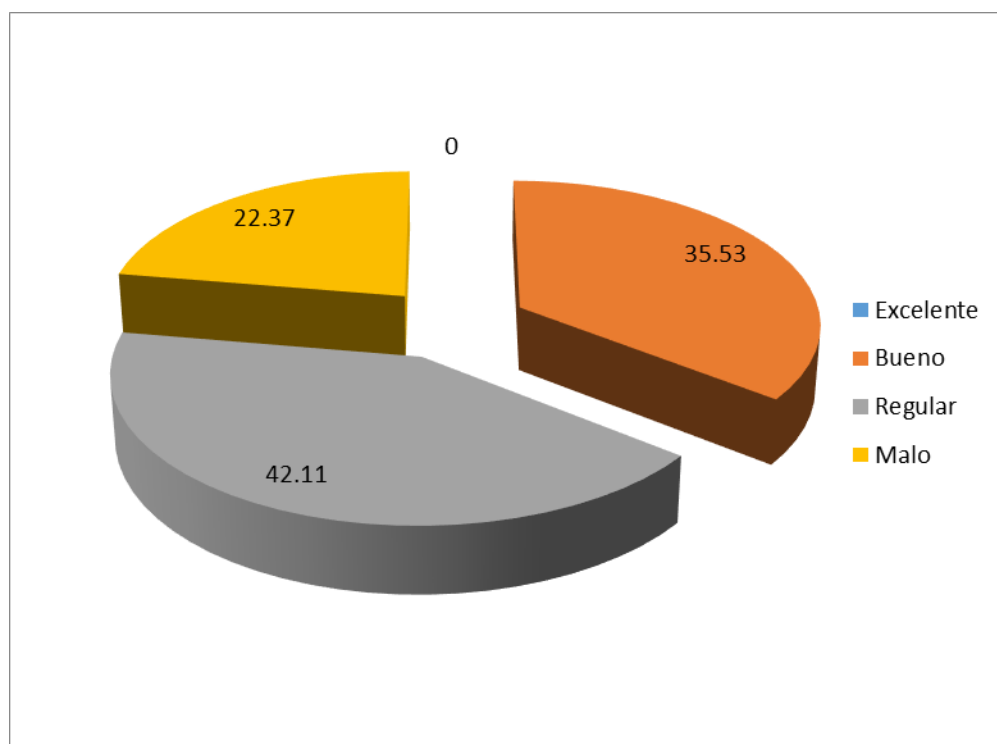
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Presentan informe de gestión con rendición de cuentas a usuarios.

Esta exigencia institucional no es satisfactoria, deficiente o regular en 55.26% (42 casos), mala con 23.68% (18 casos) y bueno 21.05% (16 casos).

CUADRO N° 07

PROMUEVEN Y ACEPTAN INICIATIVAS CIUDADANAS PARA MEJORAR LA ORGANIZACION DEL CLASS



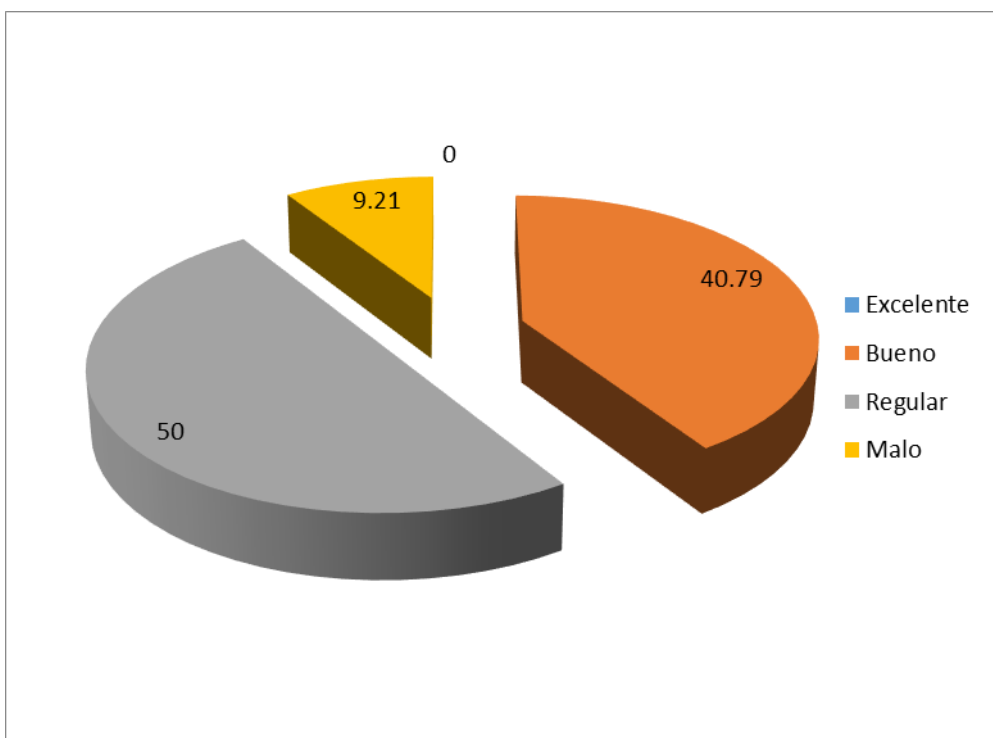
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Promueven y aceptan iniciativas ciudadanas.

El estudio revela una respuesta inadecuada, deficiente o regular en el 42.11% (32 casos), buena con una 35.53% (27 casos) y malo 22.37 (17 casos).

CUADRO N° 08

FORMULAN Y/O CUMPLEN UN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



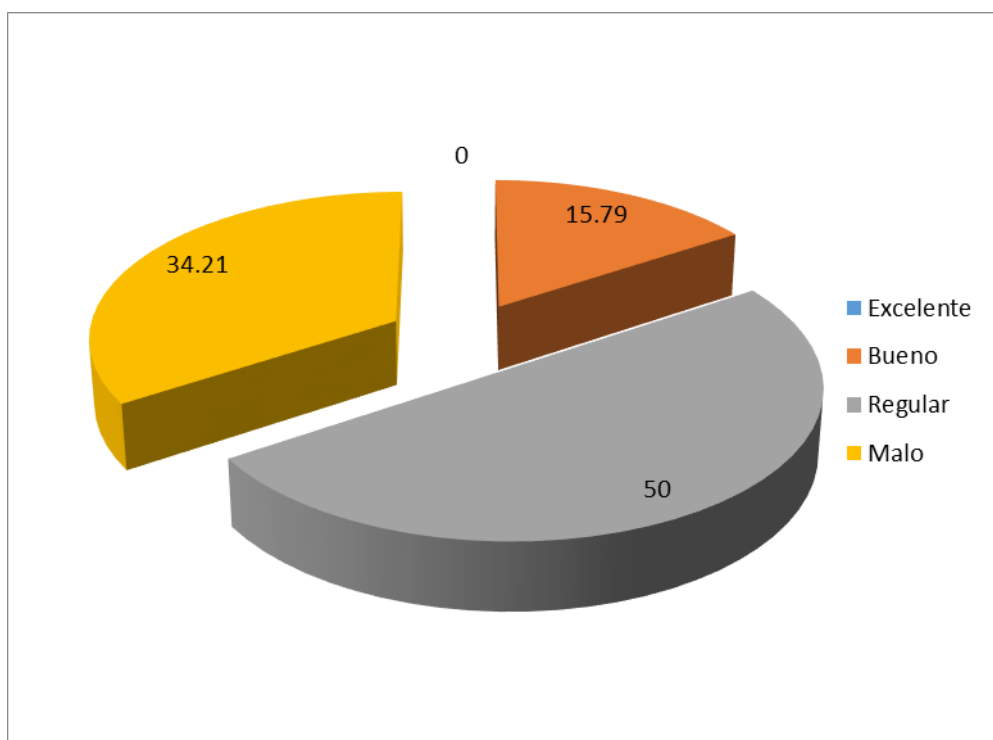
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Formulan y/o cumplen un plan de desarrollo institucional

La respuesta no es satisfactoria, deficiente o regular en va 50% (38 casos), satisfactoria o buena en un 40.7% (31 casos) y malo en 9.21% (7 casos).

CUADRO N° 09

CUENTAN CON CAPACITACION DE GESTION



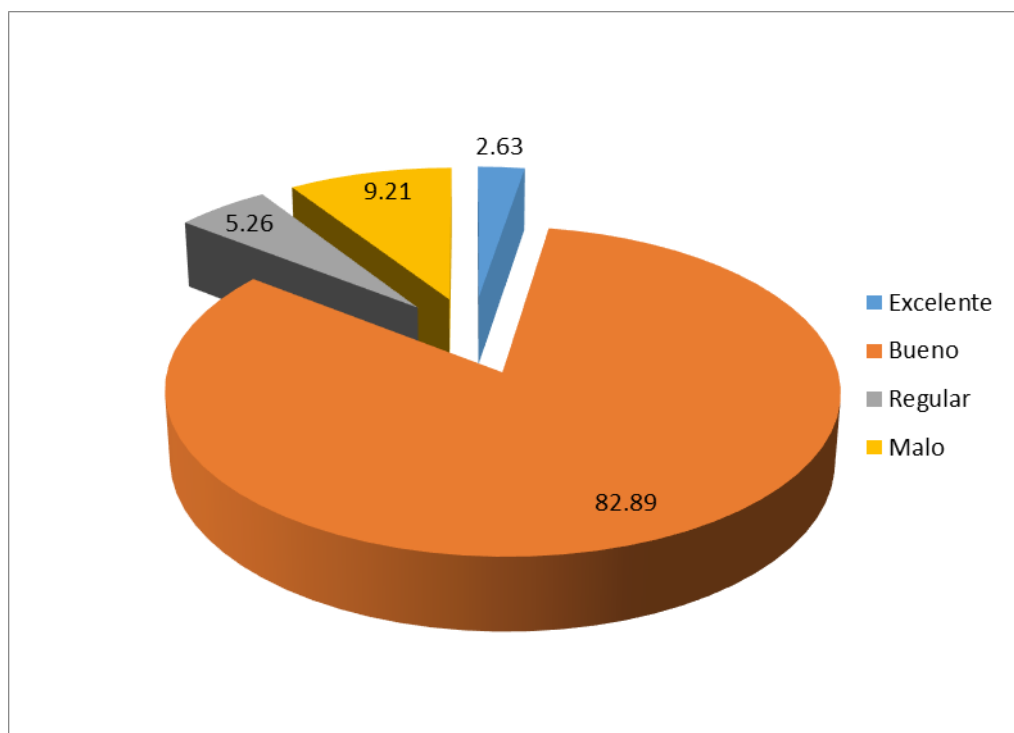
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Capacitación en gestión

Los directivos la refieren como regular o insatisfactoria en 50% (38 casos) mala en 34.21% (26 casos), y bueno solamente en 15.75% (12 casos).

CUADRO N° 10

RESPETAN EL PROCESO PREVISTO EN LA RENOVACION DE SUS INTEGRANTES



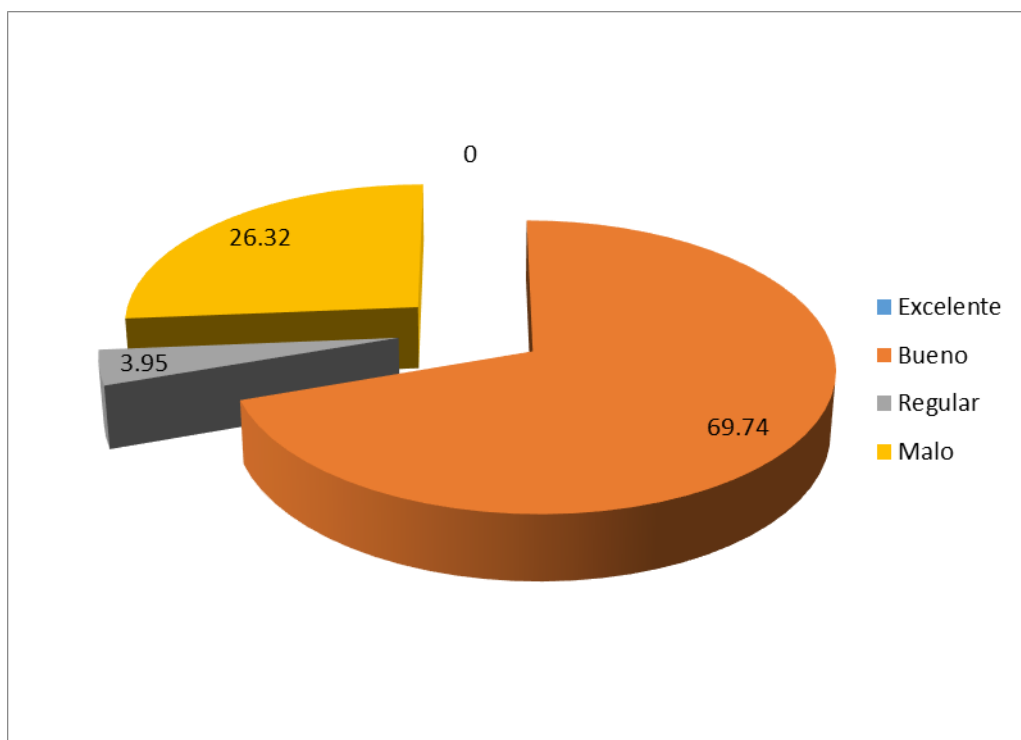
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Respetan proceso previsto de renovación.

El estudio revela como bueno o satisfactorio en un 82.89% (63 casos), malo 9.21% (7 casos), regular 5.26% (04 casos) y excelente 2.63% (2 casos).

CUADRO N° 11

TIENEN ESTABLECIDO ALGUN TIPO DE INCENTIVO ECONOMICO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES



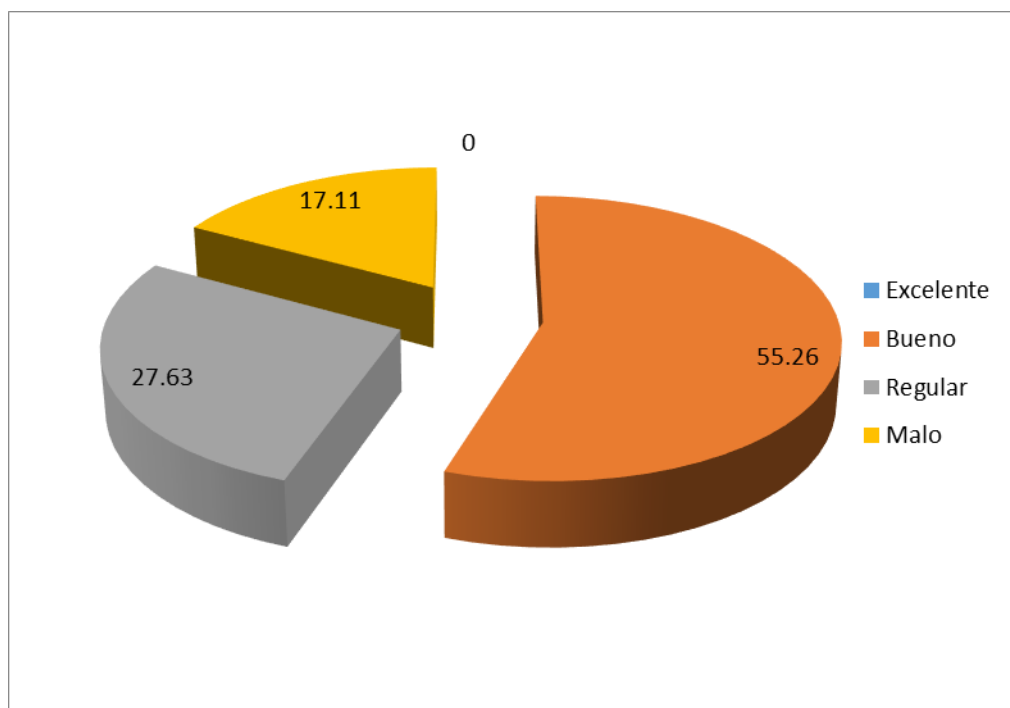
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Incentivo económico para desarrollar funciones

El estudio revela como bueno porque no la reciben en un 69.74% (53 casos), malo 26.32% (20 casos) y regular o deficiente 3.95% (03 casos).

CUADRO N° 12

PARTICIPAN EN LA FORMULACION DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL



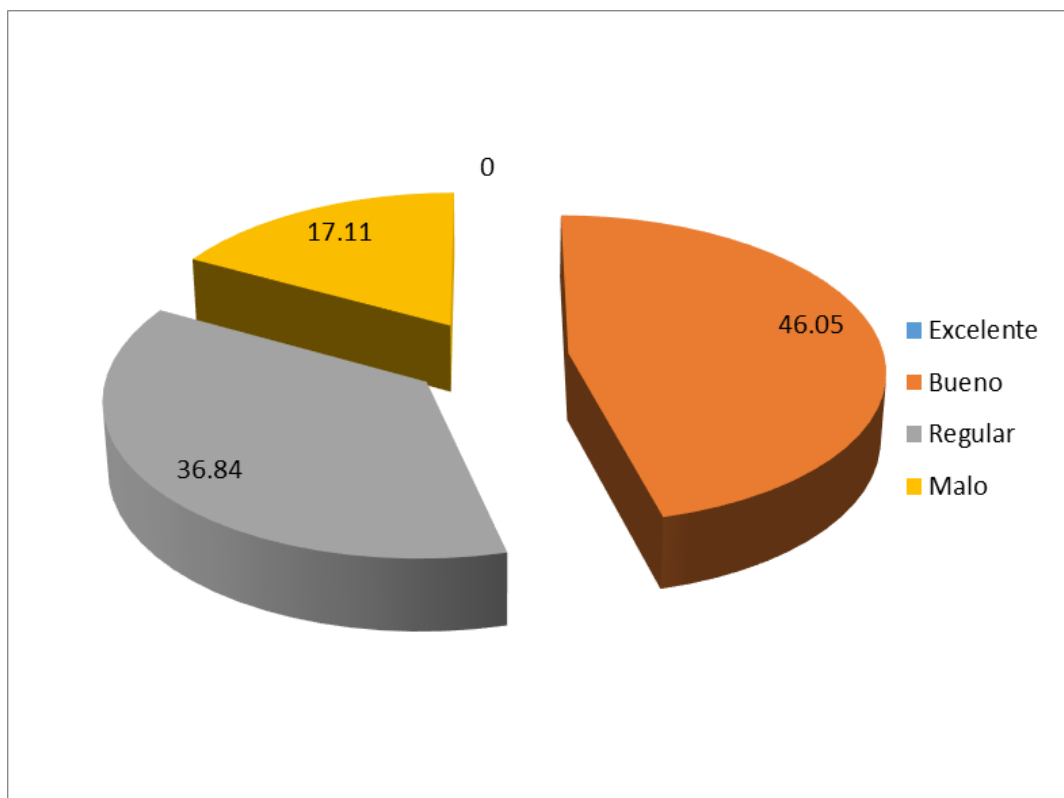
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Participación en la formulación del presupuesto institucional.

Lo señalan como satisfactorio o bueno 55.26% (42 casos), regular 27.63% (21 casos) y mala en el 17.11% (13 casos).

CUADRO N° 13

EL INGRESO DEL NUEVO PERSONAL RESPONDE A LO PLANIFICADO



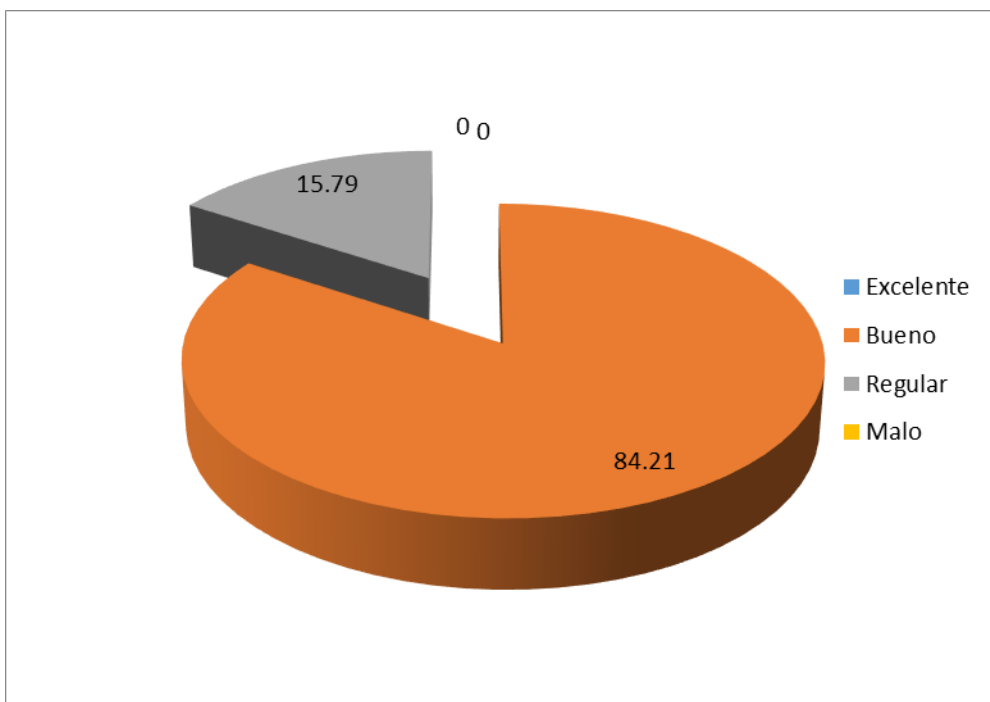
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Ingreso de personal responde a lo planificado.

El estudio lo revela como bueno en un 46.05% (35 casos), regular 36.84% (28 casos) y malo 17.11% (13 casos).

CUADRO N° 14

LA TOMA DE DECISIONES ES POR CONSENSO



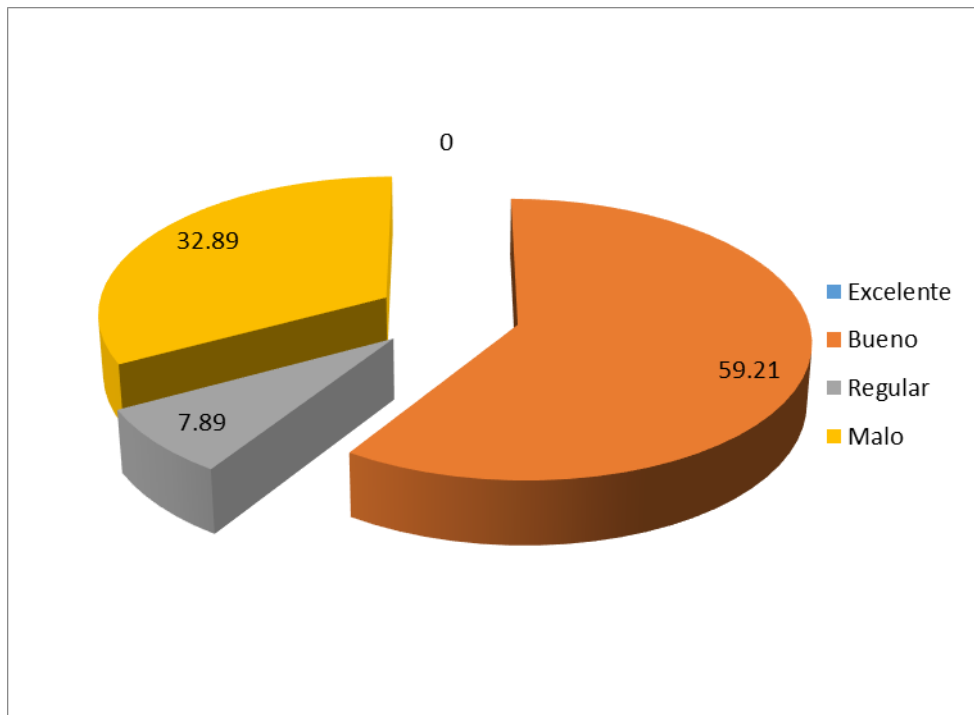
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Toma de decisiones por consenso:

El estudio muestra una condición favorable o buena en el 84.21% (64 casos), y deficiente o regular 15.79% (12 casos).

CUADRO N° 15

PERCIBE USTED SIGNOS DE CORRUPCION



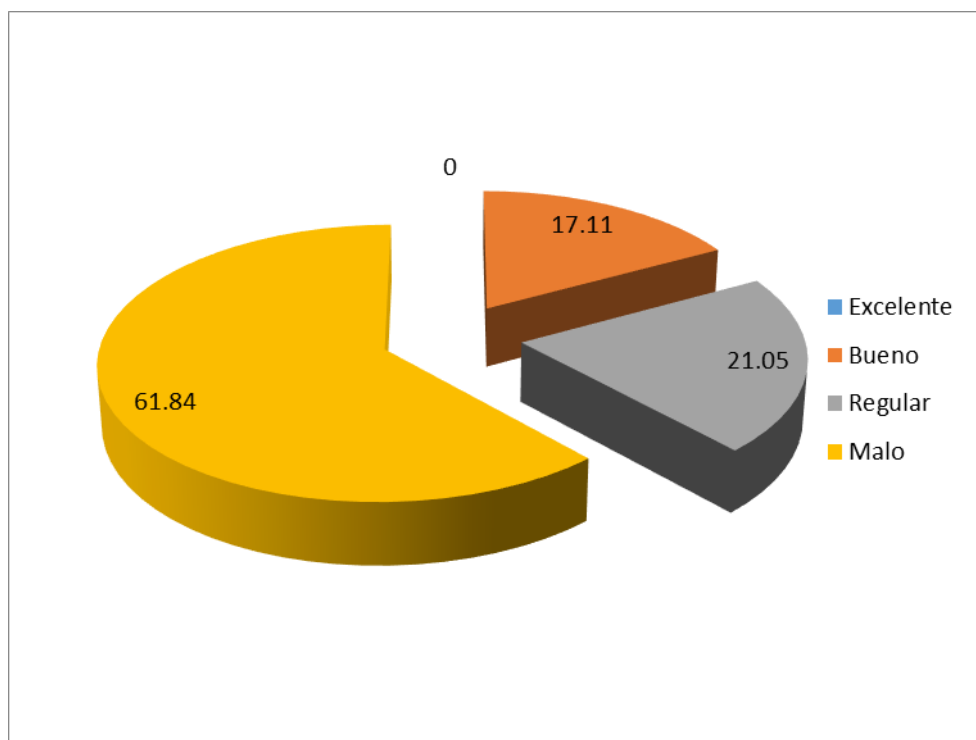
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Signos de corrupción

Esta condición es percibido como una gestión buena, favorable y sin corrupción en un 59.21% (45 casos), mala con 32.89% (25 casos) y regular 7.89% (6 casos).

CUADRO N° 16

EL GOBIERNO LOCAL PARTICIPA ACTIVAMENTE



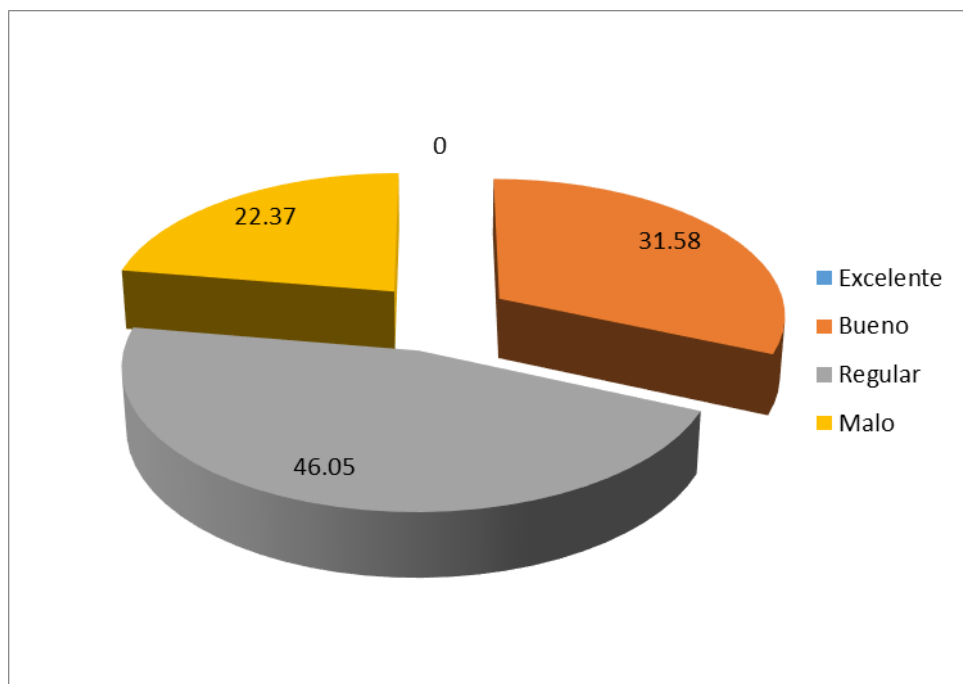
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Gobierno local participa

El 61.84% (47 casos) lo percibe como malo, es decir, no hay participación activa, seguido de regular con 21.05% (16 casos) y bueno solamente 17.11% (13 casos).

CUADRO N° 17

LA REPRESENTACION COMUNAL LLEVA PROPUESTAS DE ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO



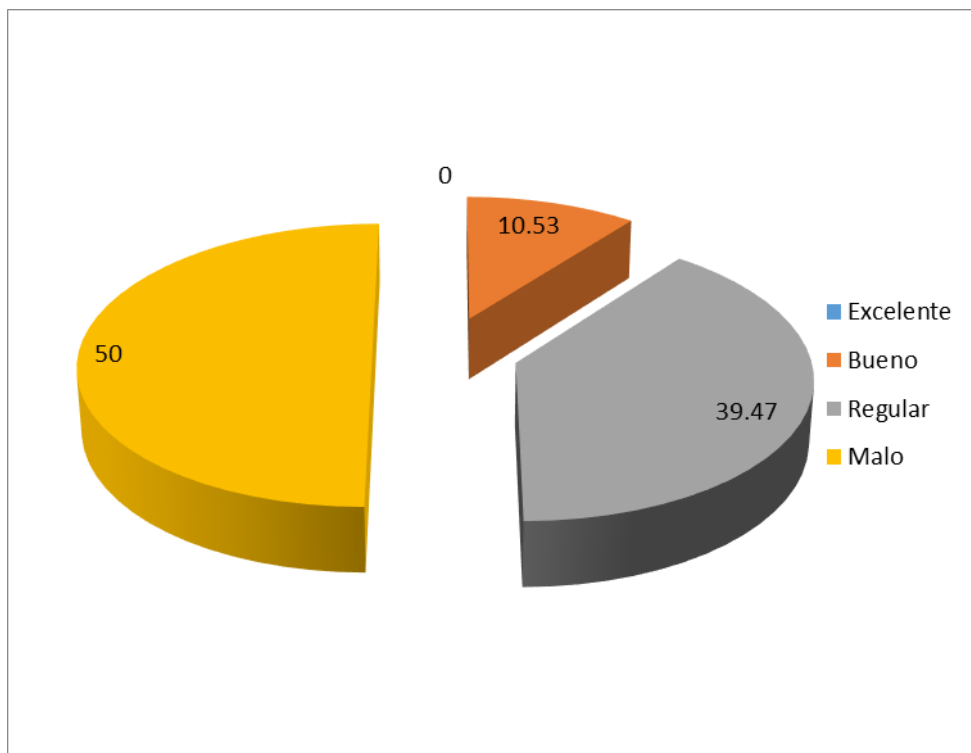
Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Representantes comunales llevan propuestas

La percepción es como deficiente o regular, es decir, escasa participación 46.05% (35 casos), bueno en 31.58% (24 casos) y mala 22.37% (17 casos).

CUADRO N° 18

EXISTEN MECANISMOS DE CONTROL SOBRE LA GESTION DE LOS CLASS



Fuente: Encuesta elaborada y aplicado a los Directivos CLAS por el autor.

Mecanismo de Control sobre gestión CLAS

El 50% (38 casos) señala ausencia de control de la comunidad sobre los class lo cual ha entendido como malo, seguido de regular 39.47% (30 casos) y solo 10.53% (8 casos) como buena.

ORGANIZACIÓN CIUDADANA EN LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD

	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Medianamente Insatisfactorio	Insatisfactorio
	Excelente	Bueno	Regular	Malo
1. Acreditación de representantes por bases.	2.63	93.42	2.63	1.32
2. Desarrollo vida institucional ordinaria con registro de reuniones.	2.63	94.74	1.32	1.32
3. Poseen reglamento interno aprobado.	2.63	80.26	2.63	14.74
4. Cuentan con un sistema de información integral sobre clas a usuarios.		19.74	60.53	19.74
5. Presentan informe de gestión de rendición de cuentas a los usuarios.		21.05	55.26	23.68
6. Promueven y aceptan iniciativas ciudadanas para mejorar organización CLAS.		35.53	42.11	22.37
7. Cuentan con capacitación de gestión.		15.75	50	34.21
8. Respetan proceso previsto de renovación de integrantes.	2.63	5.26	82.89	9.21
9. Tienen incentivo económico para desarrollo de funciones.		69.74	3.95	26.32
10. Ingreso nuevo personal responde a lo planificado.		46.05	36.84	17.11
11. Toma de decisiones es por consenso		84.21	15.79	
12. Percibe signos de corrupción		59.21	7.89	32.89
NIVEL SATISFACTORIO A MEDIANAMENTE INSATISFACTORIO				

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD

	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Medianamente Insatisfactorio	Insatisfactorio
	Excelente	Bueno	Regular	Malo
1. Participación en formulación del Plan de Salud Local (PSL)		39.47	42.11	18.42
2. Formulan y cumplen un Plan de Desarrollo institucional		40.7%	50%	9.21
3. Participan en formulación presupuestal institucional		55.26	27.63	17.1
4. Llevan propuesta de organización y desarrollo de clas		31.58	46.05	22.37
5. Existen mecanismos de control sobre gestión		10.39	39.47	50%
6. Gobierno local participa activamente		17.11%	21.05	61.84
NIVEL MEDIANAMENTE INSATISFACTORIO A INSATISFACTORIO				

VI. DISCUSIÓN

El Contexto sanitario de los últimos 25 años ha cambiado significativamente en el mundo y en nuestro país, producto de la influencia de una serie de factores como las megatendencias identificadas por la Escuela del Conocimiento de Frankfort: insensibilidad, indiferencia e incertidumbre que caracteriza a parte de la humanidad asociado a un énfasis en el culto al yo (10).

Existen cambios demográficos, en los perfiles epidemiológicos y la morbilidad, un incremento de las inequidades en el mundo como resultado de la crisis políticas y económicas, un aumento incesante de las tecnologías informativas y comunicaciones, y las crecientes exigencias del usuario haciéndolo cada vez más protagonista en el proceso de la reforma en el sector (11) (12) (13).

En este marco, un análisis del MINSA, sobre el estado situacional de la organización y gestión del sector salud en el primer nivel de servicios, encuentra una serie de irregularidades como crisis en la atención primaria en salud, ausencia de metas y programación central, falta de compromiso del personal nombrado por los bajos sueldos – uno de los más bajos de Latinoamérica – formas irregulares de promoción, etc. Además, problemas en el abastecimiento de medicamentos, presupuestos escasos y centralizados, entre otros (14)(15).

Ante esta situación el estado a través del MINSA diseña y pone en ejecución un novedoso modelo de atención de la salud en el primer nivel, donde el elemento esencial es la participación organizada de la comunidad. Esta es una experiencia piloto en América Latina y concentra la atención del mundo sanitario a partir del año 1994, y que involucra progresivamente a aproximadamente 600 establecimientos de salud, que corresponde al 13% del total, a 3'000.00 de habitantes que genera una transferencia de 30'000.00 de nuevos soles a 453 CLAS (Comunidades Locales de Administración de Salud).

En Lambayeque, esta experiencia corresponde a 30 CLAS de las cuales se analiza a 15 que vienen funcionando desde el año 1994. El estudio se orienta a establecer la organización y participación ciudadana.

Es así que constatamos la existencia de un reconocimiento y acreditación de las bases a sus directivos, reflejado en su designación democrática y consecuentemente hay legitimidad en el 93.42%. O'Briene al evaluar el programa de focalización del gasto social básico del programa de administración compartida y los clas en Amazonas, Ayacucho y Tacna en lo relacionado a la participación de la comunidad, señala que esta solo se da al elegir a los representantes clas y luego existe un desconocimiento sobre la labor de éstos. (17).

Poseen un reglamento interno con el que se regula su vida institucional y lo perciben lo dicho como una buena práctica institucional o buen desempeño en gestión en un 80.26%. Sin embargo, reconocen como deficiente, no contar con un sistema de información integral a los usuarios, en un 60.53%, lo que significa una gran debilidad para lograr los objetivos políticos y sanitarios en la gestión.

Al evaluar el nivel de participación y contribución en la formulación del plan de salud local (PSL) la respuesta no es satisfactoria, reflejándose en un 18.42% y 42.11% que lo tipifican como mala y regular, respectivamente, dicha práctica. O'Briene, efectivamente indica como una nueva experiencia contar con un plan de salud local, pero al no participar directamente en su formulación, influye negativamente en la población y no permite su involucramiento en el tema, al considerarlo como un tema médico y en lo mejor de los casos se les informa.

Otro hecho llamativo y relevante es la no existencia de una cultura de rendición de cuentas a los usuarios, reflejándose en un solo 21.05% como una buena acción institucional. Obviamente, esta actitud del colectivo muestra la ausencia de respeto, transparencia y solidaridad con la comunidad que debió preverse.

Evidentemente no percibimos sintonía ni compromiso importante entre dicho colectivo CLAS y la comunidad, al observar que la promoción y aceptación de iniciativas ciudadanas para mejorar la organización del

establecimiento CLAS, es respondido como positivo o bueno en un 35.53%. Es interpretada como una consecuencia de la falta de información ciudadana y desconocimiento de la participación social.

De otro lado, afirman que su participación en la formulación y/o cumplimiento de un plan de desarrollo institucional se da en un 40.79%, actividad considerada como buena. Esta revelación en el marco de un país con falta de institucionalidad, es rescatable, pero insuficiente para un servicio social dado por el Estado, que nos obliga a señalarlo para mejorarlo, enfatizando el concepto de que la participación social en las instituciones hay que modularlas de acuerdo a las intenciones y objetivos institucionales.

En el aspecto de la capacitación en gestión advertimos la crudeza de la realidad, por la muy escasa preparación y entrenamiento para esta delicada función, llegando solo al 15.79% y visto como buena práctica. Sin duda esta situación revela la falta de previsión por el Estado para contar con programas de capacitación sistemáticas y sostenibles antes y durante el proceso de gestión en resguardo de la eficiencia y gobernabilidad. O' Briene, enfatiza que contribuye a la escasa capacidad de gestión, al bajo nivel educativo de la población como en Amazonas y Chachapoyas y a la diversidad geográfica del país. (17)

En tanto, la renovación de los directivos CLAS se ejecutan según lo previsto en la norma correspondiente y es considerada una buena práctica en el 82.89%. Sin embargo reiteramos, la participación social es indirecta aunque la selección es democrática entre los representantes.

El estudio revela que la gestión no requiere de algún incentivo económico y esta práctica es reconocida como una buena acción en el 69.74% de los directivos CLAS. O Briene señala en su momento un buen manejo económico y financiero de los CLAS y Taylor añade que hay un incremento en la recaudación. (17)

En cuanto a la participación en la formulación del presupuesto institucional es señalarlo como una buena práctica en el 55.26% por los representantes de la comunidad, puesto que al formar parte del establecimiento y conocer de cerca sus necesidades están en condiciones de formular sus requerimientos con mayor propiedad y objetividad, como es el caso relativo a equipos, insumos, medicamentos, etc.

El ingreso de nuevo personal si responde a lo previsto y es una buena práctica para los directivos CLAS en un 46.05% y está orientado para asegurar la ampliación de horarios, no descartándose alguna irregularidad en este tema.

La toma de decisiones es por consenso y es una buena práctica en un 84.21% según los representantes de la comunidad. Lo cual es relevante en esta experiencia piloto de la administración compartida de los establecimientos de salud del primer nivel entre la comunidad organizada y el estado, lo que constituye la observación y el cumplimiento de la idea central de la gestión de velar por la adecuada ejecución del programa de salud local.

Un aspecto sensible de la gestión en los CLAS de Lambayeque lo constituye la percepción de signos de corrupción en el 40% de la opinión de los directivos CLAS; lo que es lamentable, y para el 59.11%, no la hubo, siendo considerado este dato como buena práctica. En un país como el nuestro donde la ineficiencia, y corrupción van de la mano, el hallazgo descrito lo interpretamos como la tendencia de una debilidad nacional que limita el avance de las instituciones y del país. O'Briene, señala un retraso de los reembolsos hasta por varios meses lo que dio lugar a incumplimiento de obligaciones y falta de apoyo logístico para el traslado de los directivos para cumplir sus funciones, es decir, se generan riesgos para irregularidades. (17)

Otro hecho relevante es la medición del nivel de participación del gobierno local en la gestión de un servicio a la comunidad, como el cuidado a la

salud, responsabilidad que debe ser compartida por los gobiernos locales con el gobierno central y la sociedad; sin embargo su participación es reducida, calificándola de mala práctica por el 61.84% regular el 21.05% y buena solo el 17.11% de la opinión de las representantes de la comunidad. Este hallazgo sí que es preocupante y revela la falta de información oportuna desde el nivel central y regional.

Esta evidencia es un aporte del estudio de Lambayeque. O'Briene no lo ha explorado.

También observamos que la representación comunal que asume la gestión CLAS tiene una capacidad limitada para llevar propuestas de organización y desarrollo del establecimiento. Se evidencia esta práctica como buena en solo un 31.58% y regular en el 46.05%, lo que revela niveles importantes de improvisación, desorganización y falta de previsión en la comunidad.

Las iniciativas de mejora que se registran, se ve reflejado en la modernización de la infraestructura, equipamiento y ampliación de horario con buen impacto en la comunidad como el C.S. El Bosque (Chiclayo) Toribio Castro y Salas (Lambayeque), entre otros.

Finalmente, afirman una precaria existencia de mecanismos de control sobre la gestión CLAS de parte de la comunidad equivalente a un calificativo de buena práctica en un 10.53% y deficiente en el 46.05% de las directivas CLAS, como ya se mencionó la comunidad no ejerce supervisión ni control, su participación se centra en designar a sus representantes, siendo esta una característica del modelo a nivel nacional. La situación plantea una refundación del modelo para hacerlo más eficiente hacia una reforma de salud como un derecho legítimo de la población.

En suma, se puede concluir que el Nivel de Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimientos de Salud de Primer Nivel en Lambayeque al 2011, es satisfactoria a medianamente insatisfactoria y la participación es medianamente insatisfactoria a insatisfactoria.

VII. CONCLUSIONES

1. El Nivel de Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimientos de Salud de Primer Nivel en Lambayeque al 2011, es satisfactoria a medianamente insatisfactoria.
2. La participación es medianamente insatisfactoria a insatisfactoria

VIII. RECOMENDACIONES

Promover un sistema adecuado de información y comunicación sobre los clas, así como un programa de capacitación y supervisión a los dirigentes a efecto de una mejora en la calidad de la gestión y un mayor impacto en la comunidad.

PLAN DE TRABAJO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL EN LAMBAYEQUE AL 2011.

I. INTRODUCCIÓN

La Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), llamadas inicialmente Comité Local de Administración en Salud, tienen su origen en abril de 1994 con la conformación del Programa de Administración Compartida (PAC) mediante el Decreto Supremo N° 01-94-SA y la Resolución Ministerial N° 451-94-SA/DM.

Según el artículo primero del mencionado Decreto Supremo, se busca que “contribuya a ampliar la cobertura y el mejoramiento de los servicios en los centros y puestos de salud, prioritariamente de las zonas con pobreza crítica, potenciando los recursos del Estado de la comunidad organizada”.

Su composición es de siete miembros, seis de los cuales pertenecen a las comunidades donde interviene el establecimiento o establecimientos de salud; y el séptimo lugar le corresponde al médico jefe del establecimiento de salud de mayor complejidad, quien es nombrado por la Dirección de Salud.

Esta asociación firma convenio con la Dirección de Salud para el cumplimiento del Plan de Salud Local (PSL), convenio que es aprobado a través de una Resolución Ministerial. Según el artículo 7° del D. S. N°01-94-SA.

El tema legal constituye uno de cuatro aspectos de la gestión además del administrativo-contable, técnico-sanitario y participación comunitaria y están habilitadas para operar formalmente en el sistema bancario, tributario, administrativo debido a su personería jurídica.

Los cuatro componentes de alguna u otra forma se han visto afectados por el descuido de los que tienen la obligación del normal funcionamiento llegando incluso a peligrar su viabilidad, ya que desde hace 8 años no funciona como tales regresando a la administración habitual; por lo que es necesario proponer acciones que contribuyan al funcionamiento sostenido y

con resultados que se vean reflejados en la comunidad donde funcionan los CLAS.

II. JUSTIFICACIÓN

Todos los proyectos que generan fortalecimiento en las actividades en favor del cuidado de la salud de la población, deben considerarse como herramientas de desarrollo de una población, mucho más si estas necesitan el abordaje total de las necesidades de salud. Ese es el caso de las comunidades locales de salud que con la participación ciudadana y con el aporte organizado de sus miembros coadyuvan al mejoramiento de la salud de las personas de su jurisdicción.

Es notable el esfuerzo gubernamental de impulsar los CLAS como aliado estratégico en gran parte del Perú desde el año 1994 , pero estos se ha ido diluyendo por el poco acompañamiento técnico y el escaso control de la vida institucional de los establecimiento de salud convertidos en administración compartida por lo que es menester proponer desde mi punto de vista algunas acciones administrativas, técnico asistencial, de capacitación y de control institucional para que las comunidades se vean favorecidas y mejorar sus condiciones de salud personal y familiar como también de su entorno.

III. OBJETIVOS

Promover el Fortalecimiento en los Componentes Constitutivos de la Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimiento de Salud del Primer Nivel en Lambayeque al 2019.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Promover la participación activa y organizada de la comunidad como integrantes de los órganos de gobierno de los CLAS.
- B. Implementar acciones de control permanente al componente administrativo contable por parte de los responsables de la GERESA.
- C. Hacer cumplir la normatividad legal vigente relacionada al normal funcionamiento de los CLAS.
- D. Mejorar los procesos técnico- sanitarios sustentados en el PSL

PLAN DE TRABAJO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS ASPECTOS CONSTITUTIVOS DE LOS CLAS DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE 2019

Objetivo General	Objetivos específicos	Actividades	Unidad de medida	Metas	Indicador	Cronograma												Responsable	Presupuesto	Fuente de verificación
						E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Promover el Fortalecimiento los Componentes de la Organización CLAS en el Ámbito de la Jurisdicción región Lambayeque en el año 2019	A.- Promover la Participación Activa y organizada de la comunidad como Integrantes de los Órganos de Gobierno de los CLAS.	Elecciones de integrantes de los órganos de Gobierno de los Clas previa convocatoria masiva de los pobladores.	Elección realizada	1	N° de elecciones realizadas / N° de elecciones programadas	1												Gerente Regional de salud. Coordinador de los Clas Geresa	Recursos ordinarios Geresa	Actas Resoluciones
		Capacitación a todos los integrantes electos del Consejo Directivo en Temáticas de Legislación en Salud, Gestión Legal, Contable y Administrativo	Capacitación realizada	4	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas	1			1		1				1			Equipo de asesores de la Geresa	Presupuesto de los CLAS	Informes Constancias
		Capacitación a los Miembros de la Asamblea General en Temáticas Administrativas y de Gestión	Capacitación realizada	2	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas	1					1							Equipo de asesores de la Geresa	Presupuesto de los CLAS	Informes Constancias
		Participación en la Audiencia Pública presentado por el Gerente de Clas a la Comunidad.	Reunión	2	Reuniones realizadas / reuniones programadas						1						1	Gerente del Clas consejo directivo	Presupuesto de los CLAS	Actas

	Participación de la comunidad a través de sus representantes ante el CLAS	Reunión	4	Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones programadas		1			1			1			1	Presidente del CLAS. Representantes de la comunidad	Presupuesto de los CLAS	Actas
B.- Implementar acciones de intervención permanente al componente administrativo contable por parte de los responsables de la GERESA	Contrato de contadores públicos colegiados para el manejo contable	contrato	5	Nº de contratos efectuados / Nº de contratos programados	5											Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Contratos firmados
	Cumplimiento estricto de las acciones administrativas en cada uno de los clas	Supervisión	6	Nº de supervisiones realizadas/ Nº de supervisores programados		1		1		1		1		1	1	Equipo supervisor de la Geresa	Presupuesto de los CLAS	Informes actas
	Acciones de supervisión al personal de salud sobre asuntos contable	Supervisión	6	Nº de supervisiones realizadas/ Nº de supervisores programados		1		1		1		1		1	1	Equipo supervisor de la Geresa	Presupuesto de los CLAS	Informes actas
	Implementación de un sistema informático	Sistema informático	1	Nº de sistemas informáticos funcionado / Nº de sistema informático programado		1										Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Informe
C.- Cumplir la normatividad legal vigente relacionada al normal funcionamiento de los CLAS	Revisión y actualización de los contratos del personal de salud de acuerdo a D.L 728	Contratos actualizados	80	Nº de contratos actualizados/ Nº de contratos existentes	40	40										Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Contratos firmados
	Solucion de los problemas contractuales del personal de salud como de los bancos comerciales al servicio de los CLAS	Problemas contractuales resueltos	20	Nº de problemas resueltos / Nº problemas presentados	5	5	5	5								Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Informes

	Reuniones de asesoramiento en temas legal a todos los directivos.	Reunión	4	reuniones realizadas/ reuniones programadas	1				1				1			1		Equipo de asesores de la Geresa	Presupuesto de los CLAS	Informes
D.- Mejorar los procesos técnico-sanitarios sustentados en el PSL	Elaboración del PSL con la participación de la comunidad	PSL elaborado	1	PSL elaborado/ PSL programado														Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Informes
	Supervisiones mensuales de las actividades prestacionales al personal de salud	Supervisión realizada	12	Supervisiones realizadas/ supervisiones programadas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Informes
	Evaluación semestral del PSL	Evaluación realizada	1	Evaluación realizada / evaluación programada													1	Coordinador de los Clas Geresa, presidentes de los CLAS	Presupuesto de los CLAS	Informes

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez M.L, Siqueira E, Kruze, Dasilva, Leite I.C.: Los Procesos de Reforma y la participación social en Salud en América Latina. Gaceta Sanitaria. 2002; 16 (1): 30-37.
2. Ley de Modernización de la Gestión de Estado. Ley 27658 del 17 de Enero del 2002.
3. Ley de Bases de la Descentralización, Ley 27783 del 26 de Junio del 2002.
4. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley 27867 del 8 de Noviembre de 2002
5. Ley Orgánica de Gobierno Regionales, Ley 27867, modificada por la Ley 27902 del 20 de Diciembre 2002.
6. Ley de Demarcación Territorial nº 27795
7. Ley Orgánica de Municipalidades, Ley 27972 de 27 de Mayo 2003.
8. Ley Nº 29124, Ley de Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención, del 12 de Octubre del 2007.
9. Gamonal Guevara MV: Conocimientos, actitudes y prácticas de las autoridades del Distrito de Salas sobre el proceso de descentralización en salud a Gobiernos Locales. Tesis de Maestría en Medicina. Escuela de Post Grado – Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo” de Lambayeque – 2010.
10. Arroyo J. Corrientes filosóficas de la actualidad. Conferencia. Pre Congreso de Educación Médica – Trujillo 2007.
11. MINSA: Boletín epidemiológico del Perú. Dirección Ejecutiva de Epidemiología 2010. Lima – Perú.
Volumen 26 – SE 40 (Del 01 al 07 de octubre del 2010)
12. Mendo R: Epidemiología y Salud Pública. Ediciones laborales SRL. Primera edición 2004. Edición Aumentada 2007. Lima – Perú.
13. Organización Mundial de la Salud – OMS: Determinantes sociales en Salud: Resultados de la Conferencia Mundial sobre determinantes sociales en Salud (Río de Janeiro, Brasil – Octubre 2011).
14. Federación Médica Peruana: Comunicado al Gremio Médico. Asamblea Nacional Delegados – Octubre 2010. Lima.

15. Portocarrero F.: Políticas sociales en el Perú: Nuevos aportes, IEP Instituto de Estudios Peruanos. Universidad del Pacífico. 1era edición. 2000. Lima – Perú.
16. Arroyo J: La Salud Peruana en el Siglo XXI. Retos y propuestas de política. 1era Edición. Corporación de Investigación Económica y Social. 2010. Lima – Perú. Pág. 115-118
17. O'Briene E: Evaluación del Programa de Administración de Salud, un nuevo componente de la Reforma de Salud en el Perú. 2009.

ANEXO Nº 01
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Encuesta a Directivos de las CLAS para medir el Nivel de Organización y Participación Ciudadana en la Gestión de Establecimientos de Salud de Primer Nivel en Lambayeque al 2011.

Instrucciones:

Marque Ud. una de las siguientes opciones, según escala adjunta:

3	2	1	0
MUY SATISFACTORIO	SATISFACTORIO	MEDIANAMENTE SATISFACTORIO	INSATISFACTORIO
Excelente	Bueno	Regular	Malo

Y enumere las afirmaciones según su importancia (primera columna de la izquierda).

Ahora, evalúe Ud. cada uno de los siguientes aspectos relacionados con el nivel de organización de este CLAS frente a sus usuarios:

(*) Instrumento de encuesta aplicado por TAYLOR. Evaluación CLAS en Perú, 1996.

Nº de Orden (*)

• Los representantes son acreditados por sus organizaciones de base	3	2	1	0
• Desarrollan vida institucional ordinaria con registro de sus reuniones	3	2	1	0
• Poseen reglamento interno aprobado	3	2	1	0
• Cuentan con un sistema de información integral sobre los CLAS para los usuarios.	3	2	1	0
• Participan y contribuyen en la formación del PSL (Plan de Salud Local)	3	2	1	0
• Presentan Informe de Gestión con rendición de cuentas a los usuarios	3	2	1	0
• Promueven y aceptan iniciativas ciudadanas para mejorar la organización CLAS	3	2	1	0
• Formulan y/o cumplen un Plan de Desarrollo Institucional	3	2	1	0
• Cuentan con capacitación en gestión	3	2	1	0
• Respetan el proceso previsto en la renovación de sus integrantes	3	2	1	0
• Tienen establecido algún tipo de incentivo económico para desarrollo de sus funciones.	3	2	1	0
• Participan en la formulación del Presupuesto Institucional	3	2	1	0
• El ingreso de nuevo personal responde a lo planificado	3	2	1	0
• La toma de decisiones es por consenso	3	2	1	0
• Percibe Ud. signo de corrupción	3	2	1	0
• El Gobierno local participa activamente	3	2	1	0
• La representación comunal lleva propuestas de organización y desarrollo.	3	2	1	0
• Existen mecanismos de control sobre la gestión de los CLAS.	3	2	1	0

(*) Numerar los cinco aspectos en la organización de los CLAS que les parece más importantes. Asígnele 1 al más importante de todos, 2 al segundo en importancia, y así sucesivamente hasta el número.