

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES Y PERCEPCIONES DE LOS
REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD EN LAS ASOCIACIONES DE
COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (ACLAS)
SOBRE COGESTIÓN DE LAS MICROREDES DE LA PROVINCIA DE
AREQUIPA, 2016**

Tesis presentada por el Maestro
Fernando Alcides Figueroa Calachahui
Para optar el Grado Académico de
Doctor en Ciencias de la Salud

AREQUIPA – PERÚ

2017



Con todo mi amor y cariño a mi amada esposa por brindarme su comprensión, cariño y amor.

A mí amada hija por ser mi fuente de motivación e inspiración.

A mis padres y hermana por el apoyo incondicional que siempre me brindan.



*“El pesimista se queja del viento, el optimista
espera que cambie y el realista ajusta las velas”*

Lucio Severa

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO ÚNICO.....	3
RESULTADOS	3
1.1 Primera Variable: Características Socio-Culturales	4
1.2 Segunda Variable: Percepción sobre Cogestión de CLAS	11
1.3 Visión Compartida	20
1.4 Relación Estadística.....	23
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	25
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS	43
Anexo 1: Proyecto de Investigación	44
Anexo 2: Matrices de Sistematización	49
Anexo 3: Instrumento de toma de datos.....	53

RESUMEN

El trabajo de investigación se realizó para analizar la percepción de los representantes de las Comunidades en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) sobre la cogestión de las Microredes en la Provincia de Arequipa.

Se entrevistaron a sesenta y seis miembros de las ACLAS a nivel provincial; de acuerdo a las variables de estudio se elaboró un instrumento para recolección de información a través del método cualitativo (encuestas) y (entrevistas), se utilizó estadística descriptiva para el análisis de tablas y gráficas, y técnicas de inferencia que permitió sistematizar la información disponible.

Los principales resultados expresan que, los entrevistados perciben que la principal fortaleza en la cogestión del servicio está en la mejora de la atención en el servicio de salud, mejor infraestructura y equipamiento, poder contratar personal especializado con mayor facilidad; consideran que el sistema también involucra a la población en la toma de decisiones económicas y el acceso a la rendición de cuentas.

Las principales debilidades percibidas están orientadas en tres grandes grupos: el primero concibe que la población desconoce a sus representantes, no participa en su elección y se tiene escasa comunicación entre sus integrantes y la comunidad, a lo cual contribuye la escasa participación de los miembros de las ACLAS.

Las principales oportunidades expresan que, se tiene el acceso a recursos y apoyo por parte del Estado para la mejora de la atención de los centros de salud, superando la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos.

Las amenazas están dadas por la disminución del número de miembros que representan a la comunidad, la cual fue modificada el año 2008, inicialmente se tenía a 6 representantes de la comunidad y en la modificación se redujo a la participación de 04 miembros.

Los representantes perciben que los ingresos en los servicios cogestionados por las ACLAS han disminuido a causa del SIS; viene replanteando estrategia para captar mayores recursos que les permitan seguir fortaleciendo sus servicios; el estado apoya a las ACLAS y también la universalidad del sistema integrado de Salud, lo cual es bueno para la población; pero no analiza los impactos en otros programas que dependen en parte del ingreso de la población para mantenerse funcionamiento. Se tendrían que analizar el impacto de sus políticas públicas en forma integral.

Las visiones optimistas visibilizan el fortalecimiento de las ACLAS a través del respaldo de la comunidad, es decir conciben que las organizaciones son el espacio ideal para dar cabida a una auténtica participación ciudadana, que mejore la calidad de vida de la población a través de la oferta de servicios de salud:

Las visiones pesimistas de los miembros se enfocaron en recrear el escenario poco propicio para el desenvolvimiento de las ACLAS, poniendo énfasis en el control que ejercen el ministerio de salud, la poca participación de la población, escasa injerencia en la toma de decisiones y la autonomía de los gerentes que buscan evitar el control de la comunidad a toda costa.

PALABRAS CLAVE: ACLAS, Cogestión de Salud, Participación Ciudadana

ABSTRACT

The investigation work was carried out to analyze the perception of the representatives of the Communities in the Associations of Local Communities of Administration of Health (ACLAS) on the cogestión of the Microredes in the County of Arequipa.

They interviewed to sixty six members from the ACLAS to provincial level; according to the study variables an instrument was elaborated for gathering of information through the qualitative method (you interview) and qualitative (you interview), descriptive statistic was used for the analysis of charts and graphic, and technical of inference that allowed to systematize the available information.

The main results express that, the interviewees perceive that the main strength in the cogestion of the service is in the improvement of the attention in the service of health, better infrastructure and equipment, to be able to hire specialized personnel with more easiness; they consider that the system also involves the population in the taking of economic decisions and the access to the rendition of bills.

The main perceived weaknesses are guided in three big groups: the first one conceives that the population ignores her representatives, you/he/she doesn't participate in her election and one has scarce communication between her members and the community, to that which contributes the scarce participation of the members of the ACLAS.

The main opportunity expresses that, one has the access to resources and support on the part of the State for the improvement of the attention of the centers of health, overcoming the rigidity and bureaucratization in the resource management publics.

The threats are given initially by the decrease of the number of members that you/they represent to the community, which was modified the year 2008, one had 6 representatives of the community and in the modification he/she decreased to the participation of 04 members.

The representatives perceive that the revenues in the services cogestionados for the ACLAS have diminished because of the SIS; he/she comes restating strategy to capture bigger resources that allow them to continue strengthening their services; the state supports the ACLAS and also the universality of the integrated system of Health, that which is good for the population; but it doesn't analyze the impacts in other programs that depend partly on the population's entrance to stay operation. They would be had to analyze the impact of their policies of the law in integral form.

The visions optimistic visibilizan the invigoration of the ACLAS through the back of the community, that is to say they conceive that the organizations are the ideal space to give space to one it authenticates civic participation that improves the quality of the population's life through the offer of services of health:

The pessimistic visions of the members were focused in recreating the not very favorable scenario for the development of the ACLAS, putting emphasis in the control that you/they exercise the ministry of health, the population's little participation, scarce injerencia in the taking of decisions and the autonomy of the managers that look for to avoid the control from the community to all coast.

Keywords: ACLAS, Cogestión of Health, Civic Participation

INTRODUCCIÓN

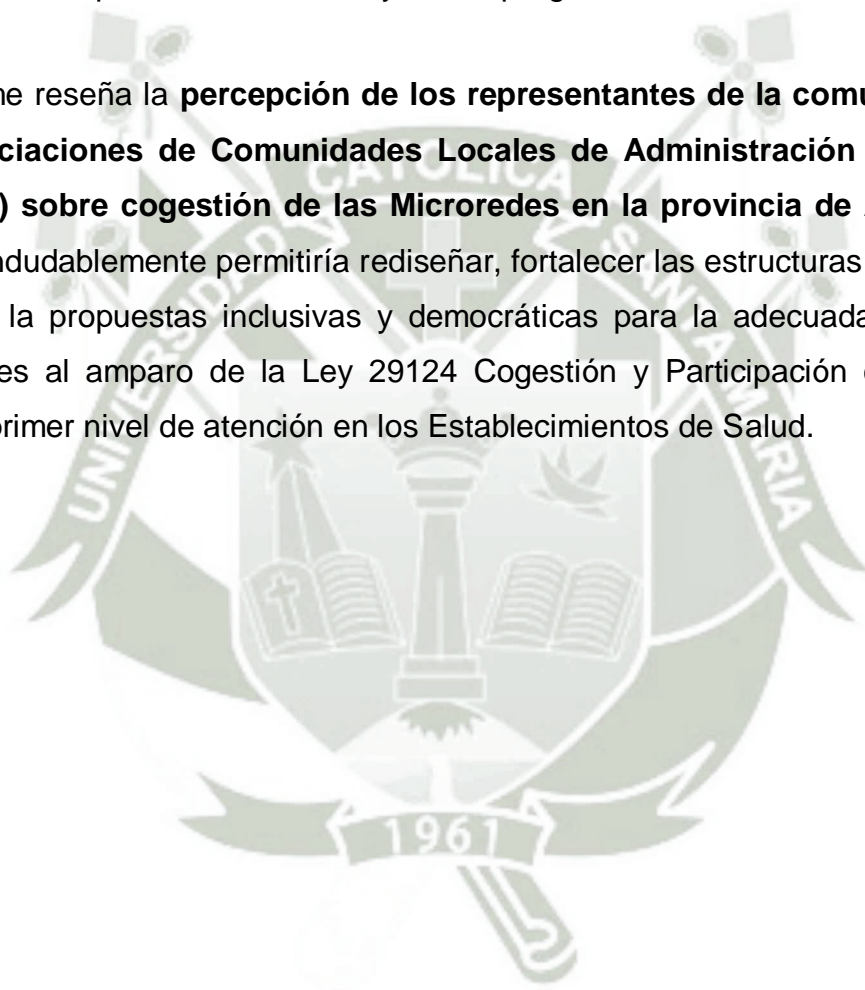
A mediados de 1994, el Ministerio de Salud dio inicio a un programa piloto denominado Programa de Administración Compartida (PAC). La meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos con los objetivos de hacer más eficiente el gasto, mejorar la calidad y la equidad de la asistencia y dar cabida a la participación local que iba a ser atendida. Esta estructura de funcionamiento tiene como principal instrumento a las Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud –CLAS, instituciones legales, privadas y no lucrativas. Los principales logros en los últimos 19 años corresponden a mejoras en la calidad de la atención, menor tiempo de espera, mayor satisfacción del cliente, equidad en el cobro por servicio, aumento de la cobertura de atención mayor al 25% que aquellos establecimientos sin CLAS.

El departamento de Arequipa es uno de los pocos departamentos del país donde todo el sistema de salud está organizado bajo la modalidad de CLAS; a partir del año 2002 se ha creado una nueva estructura basada en las “Redes de Salud”. Actualmente son 04 “Redes de Salud” las que operan a nivel departamental: la Red Arequipa –Caylloma, Las Red Camaná – Caravelí, La Red Castilla – Condesuyos - La Unión, la Red Islay.

Los representantes desconocen mayoritariamente sus atribuciones y limitaciones, unido a una falta de representatividad por procesos de elección imprecisos, poco difundidos y dirigidos a determinados personajes con algún interés político, a lo cual se unen las escasas capacidades del representante elegido frente a la figura de Gerente, que generalmente es asumido por un médico con algún conocimiento de administración pública, y es el verdadero responsable de la eficiencia del CLAS.

El panorama actual donde existe oposición política y afán por mermar el accionar de los CLAS viene de varias asociaciones de profesionales de salud y gremios relacionados. Se menciona como base para esta oposición el potencial de privatizar la administración financiera de los centros y puestos de salud, lo cual repercute directamente en contra del personal con larga permanencia, dado que los CLAS pueden contratar personal adicional bajo la Ley privada, con nuevos esquemas de atención y metas programadas.

El informe reseña la **percepción de los representantes de la comunidad en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) sobre cogestión de las Microredes en la provincia de Arequipa**, lo cual indudablemente permitiría rediseñar, fortalecer las estructuras sociales y plantear la propuestas inclusivas y democráticas para la adecuada toma de decisiones al amparo de la Ley 29124 Cogestión y Participación ciudadana para el primer nivel de atención en los Establecimientos de Salud.





CAPITULO ÚNICO

RESULTADOS

1.1 Primera Variable: Características Socio-Culturales

Tabla 01

Representantes de las ACLAS según grupos de edad

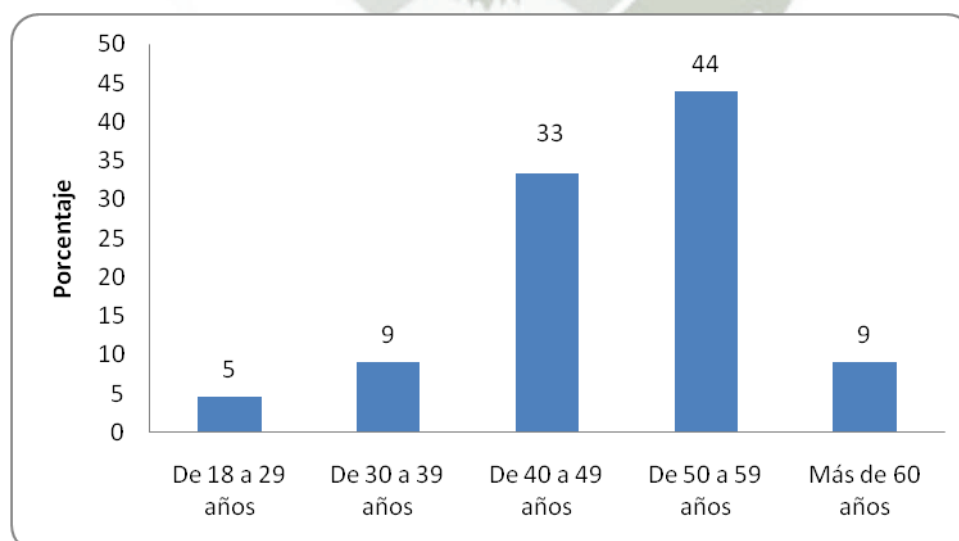
Edad	N°	%
De 18 a 29 años	3	5
De 30 a 39 años	6	9
De 40 a 49 años	22	33
De 50 a 59 años	29	44
Más de 60 años	6	9
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de los representantes de la comunidad en las ACLAS de la provincia de Arequipa tuvieron edades entre los 40 y 59 años (77%), con edad promedio de 40 años mes, con edad mínima de 28 y máxima de 73 años. Considerando que las encuestas estuvieron dirigidas a los presidentes y secretarios, nuestros datos difieren con lo reportado por Pino (2014) posiblemente por tener un mayor universo a nivel departamental.

Gráfico 01

Representantes de las ACLAS según grupos de edad



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 02

Representantes de las ACLAS según sexo

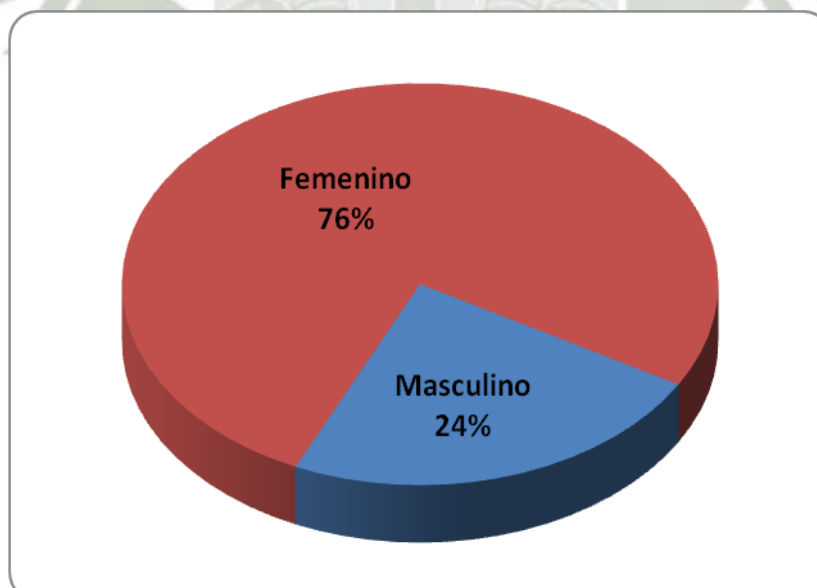
Sexo	N°	%
Masculino	16	24
Femenino	50	76
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

Los representantes de las ACLAS en la provincia de Arequipa, son mayoritariamente de sexo femenino (76%) en comparación con el sexo masculino que representa el 24%; similares porcentajes fueron encontrados por Pino 2014.

Gráfico 02

Representantes de las ACLAS según sexo



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 03

Representantes de las ACLAS según estado civil

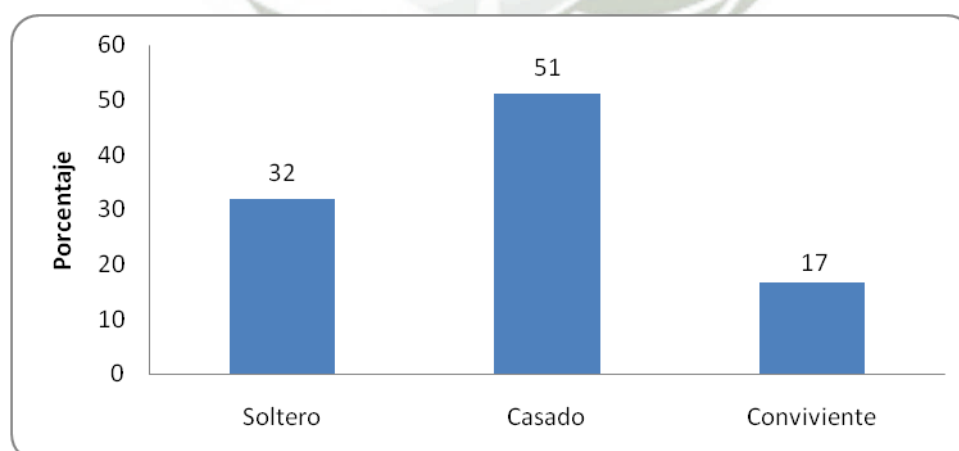
	N°	%
Soltero	21	32
Casado	34	51
Conviviente	11	17
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

La mayoría de representantes de las ACLAS tienen condición de casados (51%), seguido por aquellos que se encuentran como solteros (32%) y al menos, dos de cada diez tienen la condición de conviviente. La condición de casado brinda seguridad a los miembros de la familia, en comparación con las otras condiciones en especial la convivencia; lo cual representa relaciones familiares inestables donde la mujer aporta la mayoría de los ingresos para el hogar y suele cargar con mayores responsabilidades y deberes hacia los niños y la casa, recordemos que la mayoría de representantes son mujeres que poseen múltiples deberes.

Gráfico 03

Representantes de las ACLAS según estado civil



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 04

Representantes de las ACLAS según instrucción

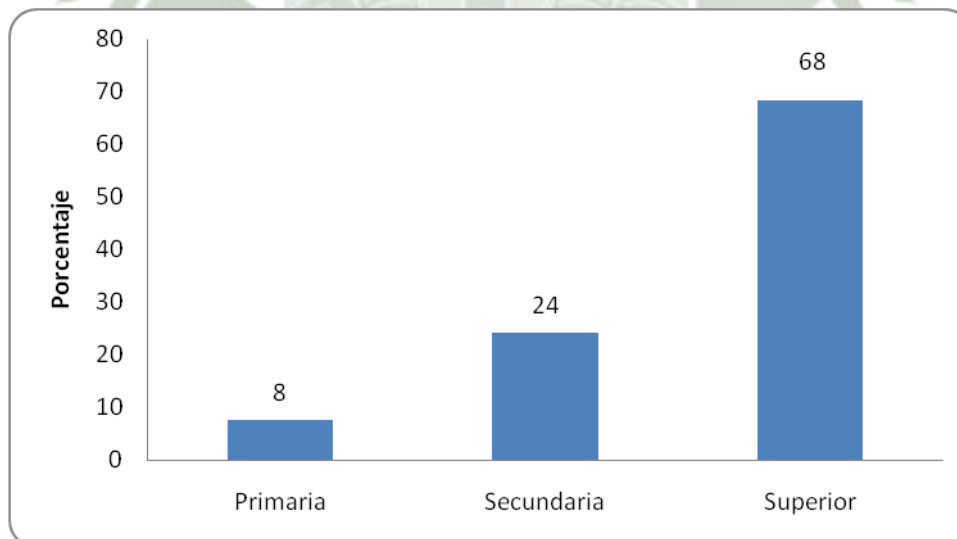
Instrucción	N°	%
Primaria	5	8
Secundaria	16	24
Superior	45	68
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

Respecto al grado de instrucción, en ningún caso se encontró representantes de ACLAS sin instrucción, la mayoría de ellos tienen instrucción superior (68%) y secundaria (24%).

Gráfico 04

Representantes de las ACLAS según instrucción



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 05

Representantes de las ACLAS según situación laboral

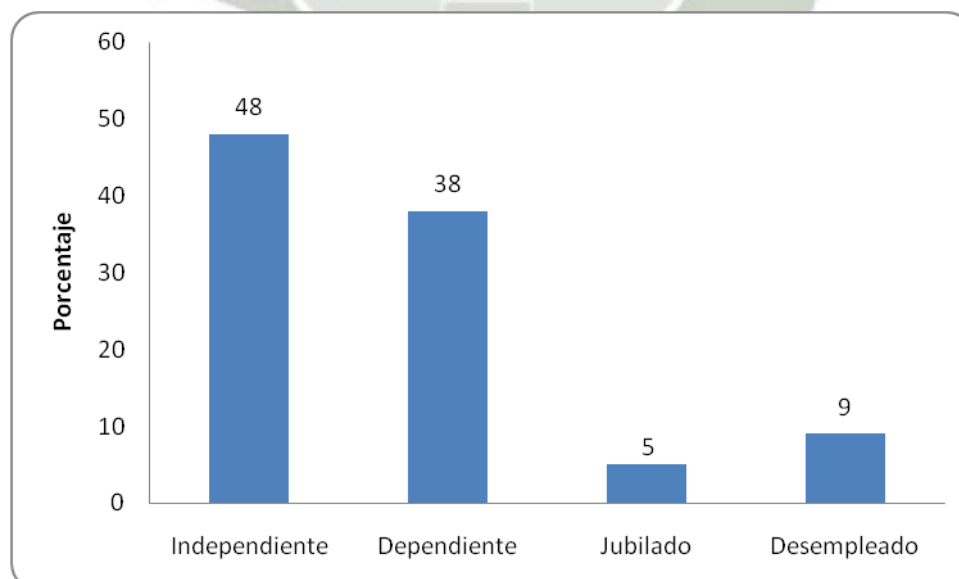
Situación Laboral	N°	%
Independiente	32	48
Dependiente	25	38
Jubilado	3	5
Desempleado	6	9
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

Según la situación laboral, los representantes de las ACLAS tienen mayoritariamente la condición de independiente (48%) seguido por aquello que tiene condición de dependencia laboral (38%), los primeros deciden sobre su disponibilidad de tiempo y dedicación, que aportarán a las ACLAS en comparación con el grupo de dependencia; se observa que al menos uno de cada diez representantes se encuentra desempleado y/o jubilado.

Gráfico 05

Representantes de las ACLAS según situación laboral



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 06

Representantes de las ACLAS según ocupación

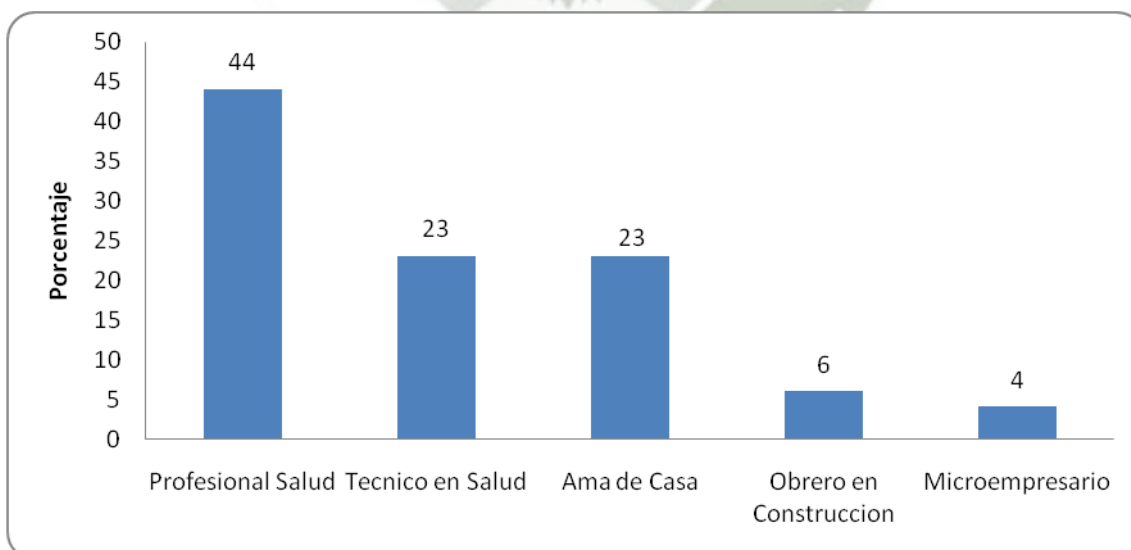
Ocupación	N°	%
Profesional Salud	29	44
Técnico en Salud	15	22
Ama de Casa	15	22
Obrero en Construcción	4	6
Microempresario	3	4
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

Según la ocupación que desempeñan, los representantes de las ACLAS en la provincia de Arequipa son mayoritariamente profesionales y/o técnicos de la salud (68%), seguido por la ocupación de amas de casa (22%) obreros y microempresarios.

Gráfico 06

Representantes de las ACLAS según ocupación



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 07

Representantes de las ACLAS según religión

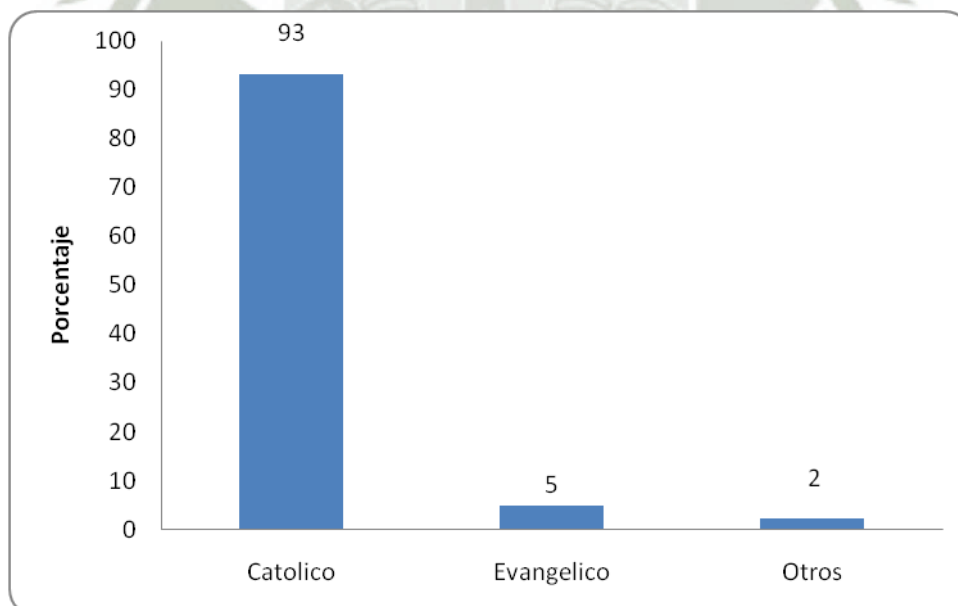
Religión	N°	%
Católico	62	93
Evangélico	3	5
Otros	1	2
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la religión que profesan, la mayoría de representantes de ACLAS son católicos (93%), y al menos cuatro miembros con cargos directivos son evangélicos o profesan otra religión.

Gráfico 07

Representantes de las ACLAS según religión



Fuente: Elaboración Propia

1.2 Segunda Variable: Percepción sobre Cogestión de CLAS

Tabla 08

Percepción de las principales fortalezas en la Cogestión del servicio de Salud

	N°	%	Acumulado %
Mejorar la Atención en el Servicio de Salud	9	14	34
Mejora la infraestructura y equipamiento del servicio de Salud	10	15	
Permite contratar personal de salud especializado con mayor facilidad	3	5	
Involucrar a la población en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos	9	14	31
Acceso a la rendición de cuentas de la Gestión	12	17	
Fomenta la participación de la Comunidad	10	15	15
Permite supervisar y evaluar el servicio de salud y al personal	7	11	11
Existe voluntad para la gestión de las ACLAS en miembros de la comunidad	4	6	6
El rendimiento del servicio de salud es influenciado por dotes de liderazgo del Gerente	2	3	3
Total	66	100	100

Fuente: Elaboración Propia

Se ha sistematizado las diferentes percepciones sobre la cogestión de ACLAS y su normatividad, considerando que los hallazgos de Pino (2014) indican que los miembros de las ACLAS saben algo (47%) o conocen bien el sistema de cogestión que les han encargado (41%) y considerando que el 51 % de sus miembros fueron capacitados en sus funciones en especial los directivos con cargos de mayor responsabilidad.

Los entrevistados perciben que la principal fortaleza en la cogestión del servicio está en la **mejora de la atención en el servicio de salud, mejor infraestructura y equipamiento, poder contratar personal especializado con mayor facilidad (34%); consideran que el sistema también involucra a la población en la toma de decisiones económicas y el acceso a la**

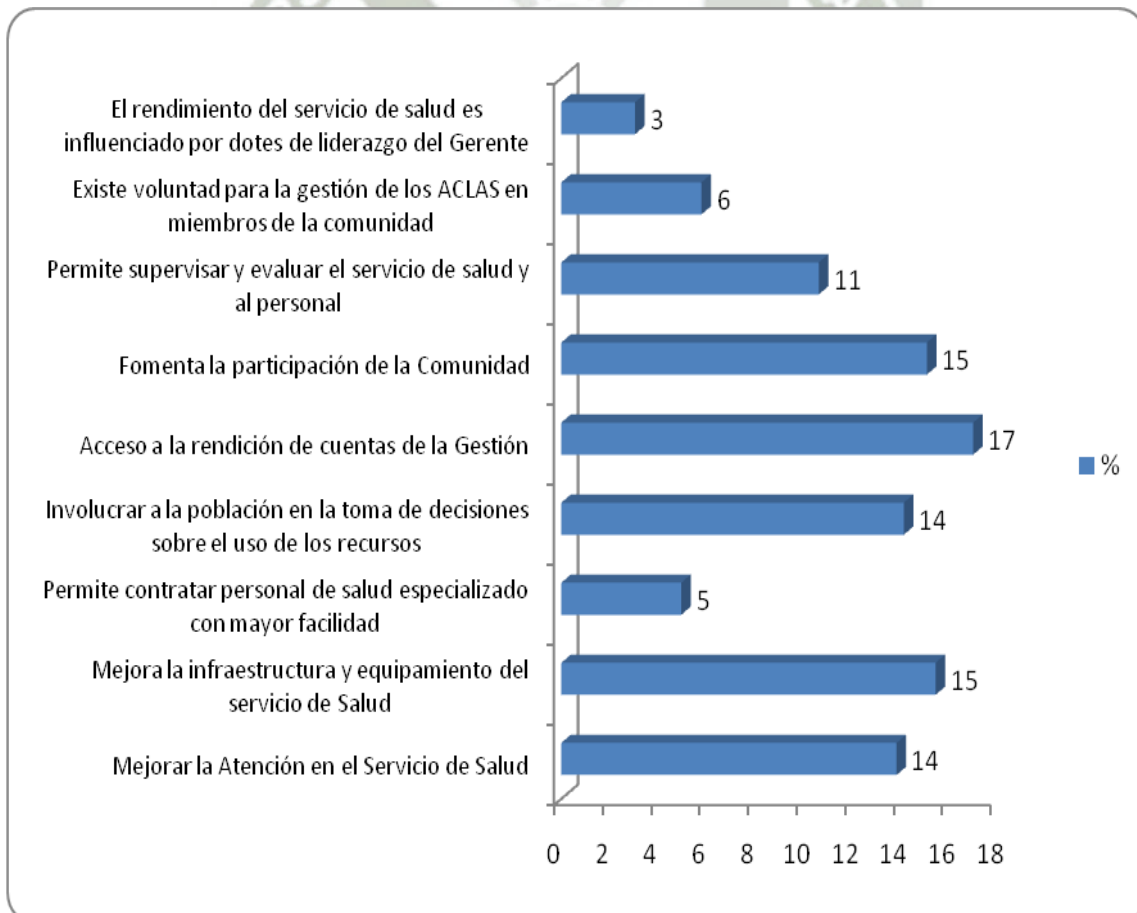
rendición de cuentas (31%), fomentar la participación de la comunidad (15%) y la supervisión – evaluación del servicio de salud.

La percepción de la mejora de la atención en salud, es un buen indicador de logro expresado por los representantes, especifican que lo concreto son mejoras en la infraestructura, y facilidad para contratar personal especializado. Podemos apreciar que los representantes están dando una valoración importante al manejo de los recursos económicos y la rendición de cuentas claras.

Como una tercera fortaleza percibe que el sistema fomenta la participación de la comunidad en actividades del sistema de salud.

Gráfico 08

Percepción de las principales fortalezas en la Cogestión del servicio de Salud



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 09

Percepción de las principales debilidades en la Cogestión del servicio de Salud

	N°	%	Acumulado%
La población desconoce a los miembros del CLAS y no participa en su elección	7	11	
Escasa comunicación entre los miembros del CLAS y hacia la comunidad	4	6	28%
Escasa participación de los miembros del CLAS	7	11	
El Gerente toma la mayor cantidad de decisiones importantes y obstaculiza el accionar del CLAS	6	9	15%
Gerente y personal de salud busca autonomía completa sobre sus decisiones, sin supervisión de los miembros del CLAS	4	6	
La planificación de las metas de salud son impuestas por los niveles superiores	10	15	15%
Escasa autonomía para modificar los estatutos	6	9	21%
Escaso conocimiento de normatividad de los CLAS	8	12	
EL CLAS se enfoca a comprar cosas, más no a mejorar la atención	6	9	9%
Los CLAS son conformados con visión de protagonismo político	6	9	9%
Las remuneraciones del personal contratado no son suficientes para satisfacer sus aspiraciones	2	3	3%
Total	66	100	100%

Fuente: Elaboración Propia

La percepción de las principales debilidades en la cogestión del servicio en las ACLAS están orientadas en tres grandes grupos: el primero concibe que la población desconoce a sus representantes, no participa en su elección y se tiene escasa comunicación entre sus integrantes y la comunidad, a lo cual contribuye la escasa participación de los miembros de las ACLAS (28%), estamos frente a una institución constituida en el aspecto formal, sin el respaldo auténtico de la población.

Se percibe, escaso conocimiento de la normatividad y autonomía para la modificación de estatutos (21%) lo cual origina que la toma de decisiones guiadas frente a las cuales el representante puede hacer muy poco; considerando que el que posee mayor conocimiento en este caso el Gerente busca tomar decisiones en forma unilateral o sin supervisión del ACLAS (15%). La planificación de metas, se considera son impuestas por los niveles superiores (15%).

El ACLAS al ser un sistema de cogestión impulsado por el sector Salud, es claro que proponga las metas que se deben cumplir en periodos de tiempo; sin embargo se desestima la capacidad propositiva de la población, participar no solo es tomar una decisión, según la OPS (1998) la participación se concibe como una intervención directa de los representantes desde el proceso de planeamiento y gestión de los programas de salud, de acuerdo a lo que perciben los representante se cumple a medio término, únicamente se espera que participen pero que no intervengan; a ello se agrega que no se buscan mecanismos para involucrar a todos los miembros y presentarlos a la comunidad con lo cual se podría fortalecer los lazos entre las comunidades y sus representantes, tenemos una participación formal.

Es necesario que los involucrados directamente desde el sector Salud, más concreto los Gerentes y la GERESA se sensibilicen sobre qué significa participación ciudadana; la cual se encuentra plasmada en la declaración de Alma Ata (1978): “Es el conjunto de procesos por los que los individuos y las hogares asumen responsabilidades para su propio bienestar y para los de la comunidad, aumentando la capacidad de contribuir al desarrollo propio y de la colectividad. Trabajar para promover la participación ciudadana, coordinar todos los recursos con los que cuenta la comunidad, representa uno de los elementos fundamentales de la atención primaria.”

Gráfico 09

Percepción de las principales debilidades en la Cogestión del servicio de Salud



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 10

Percepción de las principales Oportunidades en la Cogestión del servicio de Salud

	N°	%	Consolidado %
Facilita el acceso a financiamiento del Estado para mejorar la atención del Centro de Salud	16	24	45
Apoyo del estado orientada a la participación ciudadana en salud	14	21	
Permite superar la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos	13	20	20
Establece redes de coordinación entre ACLAS de la Región	12	18	18
Estabilidad socio-política del País puede mejorar la gestión de las ACLAS	11	17	17
Total	65	100	100

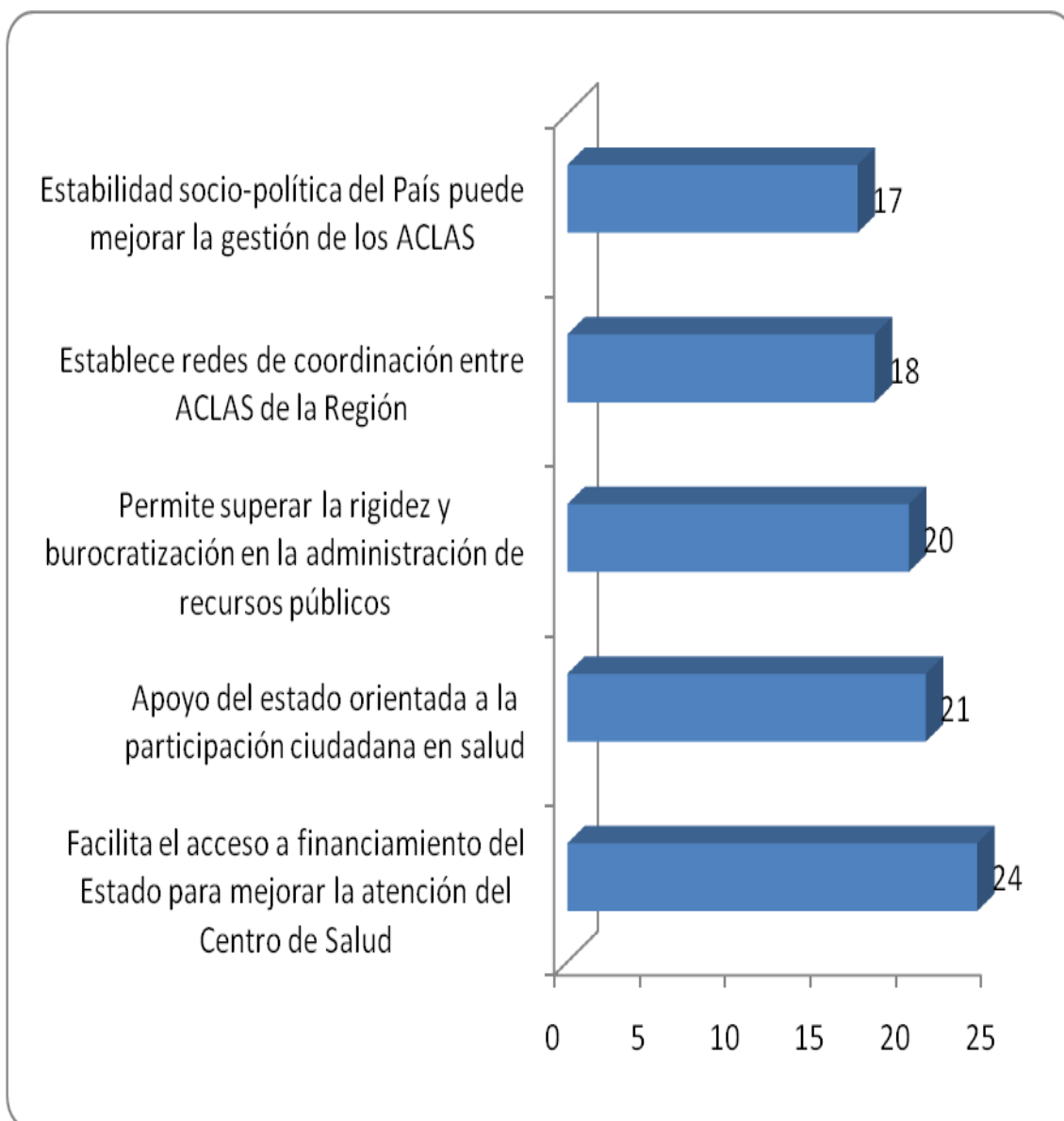
Fuente: Elaboración Propia

Desde los cambios en la normatividad de la ley de cogestión de salud en el año 2008, tanto las oportunidades como amenazas son percibidas por los representantes de ACLAS; entre las principales oportunidad se tiene el acceso a recursos y apoyo por parte del Estado para la mejora de la atención de los centros de salud (45%), superando la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos (20%); también se percibe que el sistema de cogestión puede establecer redes de coordinación entre diferentes ACLAS en la región, este último punto no se concreta en la actualidad.

El sistema de cogestión está cumpliendo objetivos operativos al proveer de recursos económicos para mejorar la salud, sin embargo no se analiza la eficiencia del uso de recursos de financiamiento. La oportunidad es claramente identificada por los representantes que consideran el acceso a los recursos como lo más importante, aún no aparecer clarificado el segundo modelo que se interrelaciona como es la prestación de servicios; parafraseando a Días Romero (2001) el modelo ACLAS reúne ambos modelos “no es estrictamente un modelo de financiamiento y no es estrictamente un modelo de prestación de servicios” ambos se sinergizan, por lo cual es considerado un modelo innovador.

Gráfico 10

Percepción de las principales Oportunidades en la Cogestión del servicio de Salud



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 11

Percepción de las principales amenazas en la Cogestión del servicio de Salud

	N°	%
La modificación de la Ley de Cogestión ha disminuido el número de miembros de la comunidad, que participan en los CLAS	15	23
Disminución de ingresos por implementación de políticas públicas como SIS	14	21
No existen sanciones claras para sancionar la apropiación ilícita de recursos	14	21
Aparición de conflictos entre los CLAS y los gremios de Salud	13	20
El nombramiento del personal de los establecimientos limita la capacidad de gestión del CLAS	10	15
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

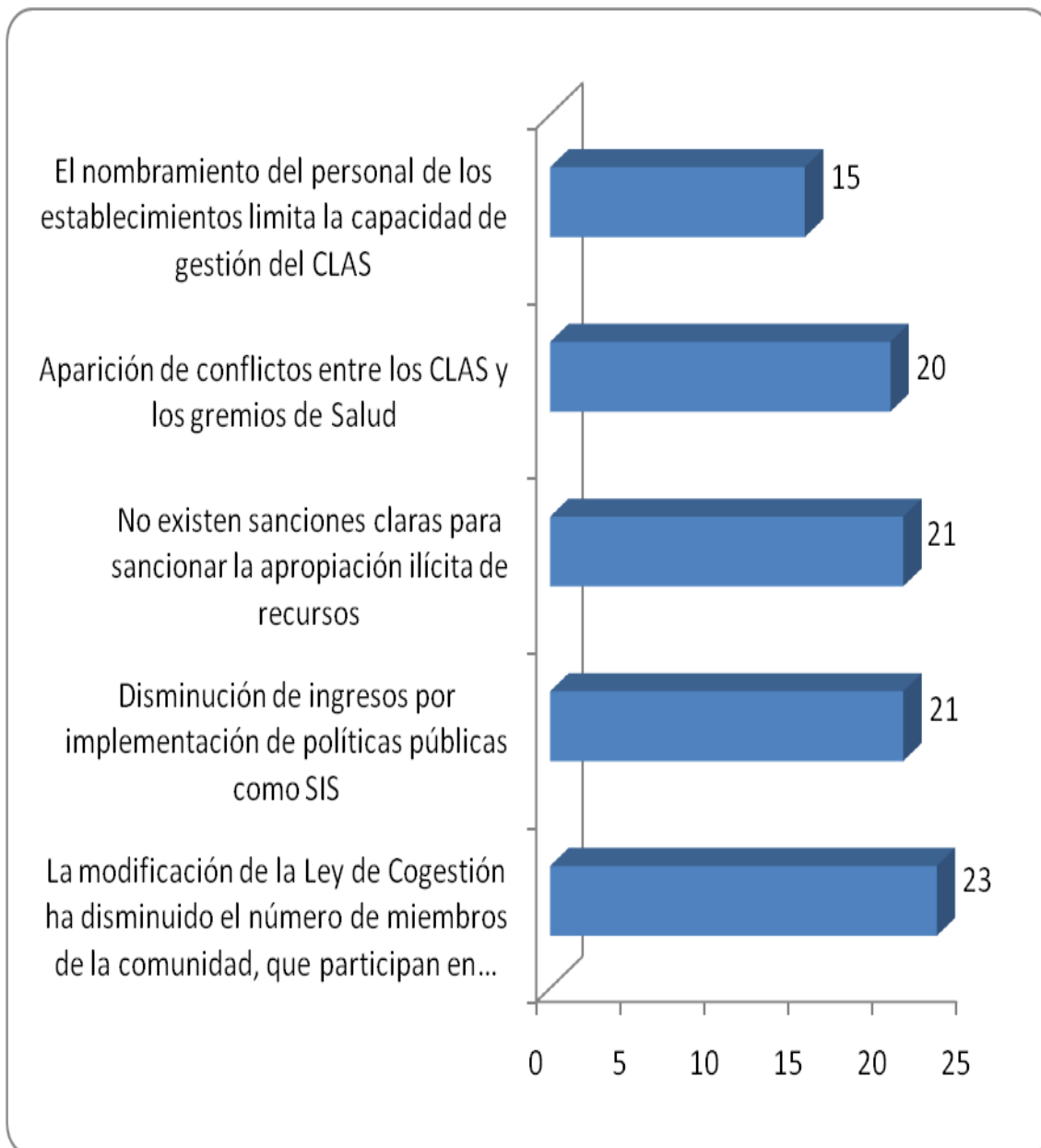
Respecto a las amenazas percibidas por los representantes de ACLAS, se observa interés por la disminución del número de miembros que representan a la comunidad, la cual fue modificada el año 2008, inicialmente se tenía a 6 representantes de la comunidad y en la modificación se redujo a la participación de 04 miembros.

Los representantes perciben que los ingresos en los servicios cogestionados por las ACLAS han disminuido a causa del SIS; viene replanteando estrategia para captar mayores recursos que les permitan seguir fortaleciendo sus servicios; el estado apoya a las ACLAS y también la universalidad del sistema integrado de Salud, lo cual es bueno para la población; pero no analiza los impactos en otros programas que dependen en parte del ingreso de la población para mantenerse funcionamiento. Se tendrían que analizar el impacto de sus políticas públicas en forma integral.

La norma no especifica sanciones claras ante la apropiación ilícita de recursos; y se percibe la consolidación de conflictos entre el gremio de salud especialmente el gremio médico y las Comunidades Locales de Administración de Salud, ante lo cual se tiene que buscar un consenso respetando la visión participativa de todos sus integrantes.

Gráfico 11

Percepción de las principales Amenazas en la Cogestión del servicio de Salud



Fuente: Elaboración Propia

1.3 Visión Compartida

Tabla 12

Visión de Futuro de los representantes de comunidad sobre las ACLAS

	N°	%
Optimista	31	47
Indiferente	20	31
Pesimista	15	22
Total	66	100

Fuente: Elaboración Propia

Las diferentes visiones sobre el quehacer de las ACLAS se han sistematizado y clasificado en tres niveles; el 47% de los entrevistados expresaron optimismo sobre el futuro de las ACLAS y como lo visibilizan en un horizonte de 10 años, un 31% se muestran indiferentes sobre el futuro de la organización y aquellos que expresan pesimismo corresponde al 22% de representantes.

Las visiones optimistas visibilizan el fortalecimiento de las ACLAS a través del respaldo de la comunidad, es decir conciben que las organizaciones son el espacio ideal para dar cabida a una autentica participación ciudadana, que mejore la calidad de vida de la población a través de la oferta de servicios de salud:

Algunas de sus expresiones son:

Entrevista 1: las ACLAS buscamos ser una organización fortalecida con nuevos equipos tecnológicos y con el respaldo de la comunidad.

Entrevista 2: Una Institución que mejora la calidad de vida de la población dando una oferta de servicios necesarios en todas las etapas de vida.

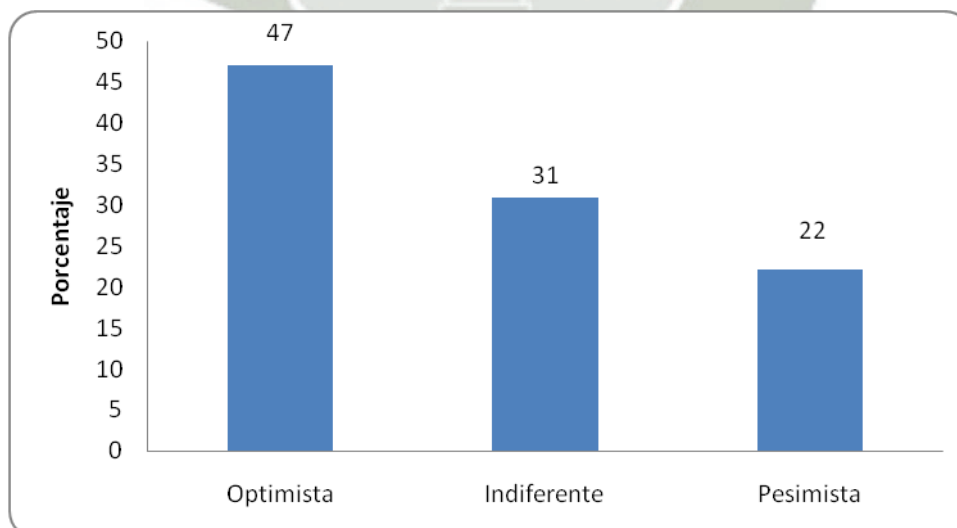
Entrevista 60: Los CLAS promueven la participación activa no solo de la directiva, sino de todos los asambleístas y ciudadanos en general, que permita identificar la problemática de todos los sectores de la jurisdicción que comprende a cada CLAS y en forma conjunta busca identificar las estrategias para solucionar dicha problemática, además busca mejorar la atención de salud.

Las visiones pesimistas de los miembros se enfocaron en recrear el escenario poco propicio para el desenvolvimiento de las ACLAS, poniendo énfasis en el control que ejercen el ministerio de salud, la poca participación de la población, escasa injerencia en la toma de decisiones y la autonomía de los gerentes que buscan evitar el control de la comunidad a toda costa.

Entrevista 31: Las ACLAS dependerán del control del MINSA, serán un espacio que busque validar la escasa participación ciudadana para la obtención de recursos económicos, en concreto pueda darse el caso que estos espacios desaparezcan promovidos por los gremios del mismo sector.

Gráfico 12

Visión de Futuro de los representantes de comunidad sobre las ACLAS



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 13

Enunciado de Visión de Futuro sobre las ACLAS

Las Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud, seremos una organización autónoma y representativa, que promueve la participación ciudadana para mejorar la oferta de servicios de salud, buscando contribuir a mejorar la calidad de vida de la población Arequipeña.

Fuente: Elaboración Propia

La visión describe:

¿Quiénes son?

Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud

¿Qué buscan?

Ser una Organización Autónoma y representativa

¿Para qué?

Para promover la participación ciudadana

¿Dónde?

En la oferta de servicios de salud

¿Cuál es fin?

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población Arequipeña

1.4 Relación Estadística

Tabla 14
Relación entre las características socio culturales y la visión de futuro de las
ACLAS

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson

		Visión de Futuro
Edad	Chi-cuadrado	15.166
	gl	6
	Sig.	.019(*)
Sexo	Chi-cuadrado	1.590
	gl	2
	Sig.	.452
Instrucción	Chi-cuadrado	2.301
	gl	4
	Sig.	.681
Estado Civil	Chi-cuadrado	12.904
	gl	4
	Sig.	.012(*)
Situación Laboral	Chi-cuadrado	21.356
	gl	6
	Sig.	.002(*)
Ocupación	Chi-cuadrado	21.453
	gl	8
	Sig.	.566
Religión	Chi-cuadrado	12.061
	gl	4
	Sig.	.057

* El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

Al aplicar la prueba del Chi² se encontró asociación estadística significativa entre la edad, estado civil, la situación laboral y la visión de futuro respecto a las ACLAS con $P < 0.05$, es decir visión de futuro de la organización está relacionada la edad, el estado civil y la situación laboral.

La edad de los representantes del ACLAS influye en la forma como se visibiliza el futuro de la organización, ello tiene que ver con la experiencia, sumado a ello se tiene la estabilidad de las personas que están en la categoría de casados, y tienen la condición de independientes en su situación laboral; la función de dirigir un ACLAS conlleva dedicar tiempo a las actividades, los trabajadores independientes pueden organizar su agenda para dedicarla a las organizaciones, son personas que trabajan en constante búsqueda de superación para alcanzar metas, su imaginario del mundo influye en la toma de decisiones en la organización se orientan a la meta por lograr.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La mayoría de los representantes de la comunidad en las ACLAS de la provincia de Arequipa tuvieron edades entre los 40 y 59 años (77%), con edad promedio de 40 años mes. Considerando que las encuestas estuvieron dirigidas a los presidentes y secretarios, nuestros datos difieren con lo reportado por Pino (2014) posiblemente por tener un mayor universo a nivel departamental.

Los representantes de las ACLAS en la provincia de Arequipa, son mayoritariamente de sexo femenino (76%) en comparación con el sexo masculino que representa el 24%; similares porcentajes fueron encontrados por Pino 2014.

La mayoría de representantes de las ACLAS tienen condición de casados (51%), seguido por aquello que se encuentran como solteros (32%) y al menos, dos de cada diez tienen la condición de conviviente. La condición de casado brinda seguridad a los miembros de la familia, en comparación con las otras condiciones en especial la convivencia; lo cual representa relaciones familiares inestables donde la mujer aporta la mayoría de los ingresos para el hogar y suele cargar con mayores responsabilidades y deberes hacia los niños y la casa, recordemos que la mayoría de representantes son mujeres que poseen múltiples deberes.

Respecto al grado de instrucción, en ningún caso se encontró representantes de ACLAS sin instrucción, la mayoría de ellos tienen instrucción superior (68%) y secundaria (24%).

Según la situación laboral, los representantes de las ACLAS tienen mayoritariamente la condición de independiente (48%) seguido por aquello que tiene condición de dependencia laboral (38%), los primeros deciden sobre su

disponibilidad de tiempo y dedicación, que aportarán a las ACLAS en comparación con el grupo de dependencia; se observa que al menos uno de cada diez representantes se encuentra desempleado y/o jubilado.

Según la ocupación que desempeñan, los representantes de las ACLAS en la provincia de Arequipa son mayoritariamente profesionales y/o técnicos de la salud (68%), seguido por la ocupación de amas de casa (22%) obreros y microempresarios

De acuerdo a la religión que profesan, la mayoría de representantes de ACLAS son católicos (93%), y al menos cuatro miembros con cargos directivos son evangélicos o profesan otra religión.

Se ha sistematizado las diferentes percepciones sobre la cogestión de ACLAS y su normatividad, considerando que los hallazgos de Pino (2014) indican que los miembros de las ACLAS saben algo (47%) o conocen bien el sistema de cogestión que les han encargado (41%) y considerando que el 51 % de sus miembros fueron capacitados en sus funciones en especial los directivos con cargos de mayor responsabilidad.

Los entrevistados perciben que la principal fortaleza en la cogestión del servicio está en la **mejora de la atención en el servicio de salud, mejor infraestructura y equipamiento, poder contratar personal especializado con mayor facilidad (34%); consideran que el sistema también involucra a la población en la toma de decisiones económicas y el acceso a la rendición de cuentas (31%), fomentar la participación de la comunidad (15%) y la supervisión – evaluación del servicio de salud.**

La percepción de la mejora de la atención en salud, es un buen indicador de logro expresado por los representantes, especifican que lo concreto son mejoras en la infraestructura, y facilidad para contratar personal especializado.

Podemos apreciar que los representantes están dando una valoración importante al manejo de los recursos económicos y la rendición de cuentas claras.

Como una tercera fortaleza percibe que el sistema fomenta la participación de la comunidad en actividades del sistema de salud.

La percepción de las principales debilidades en la cogestión del servicio en las ACLAS están orientadas en tres grandes grupos: el primero concibe que la población desconoce a sus representantes, no participa en su elección y se tiene escasa comunicación entre sus integrantes y la comunidad, a lo cual contribuye la escasa participación de los miembros de las ACLAS (29%), estamos frente a una institución constituida en el aspecto formal, sin el respaldo auténtico de la población.

Se percibe, escaso conocimiento de la normatividad y autonomía para la modificación de estatutos (21%) lo cual origina que la toma de decisiones guiadas frente a las cuales el representante puede hacer muy poco; considerando que el que posee mayor conocimiento en este caso el Gerente busca tomar decisiones en forma unilateral o sin supervisión del ACLAS (15%). La planificación de metas, se considera son impuestas por los niveles superiores (15%).

El ACLAS al ser un sistema de cogestión impulsado por el sector Salud, es claro que proponga las metas que se deben cumplir en periodos de tiempo; sin embargo se desestima la capacidad propositiva de la población, participar no solo es tomar una decisión, según la OPS (1998) la participación se concibe como una intervención directa de los representantes desde el proceso de planeamiento y gestión de los programas de salud, de acuerdo a lo que perciben los representante se cumple a medio término, únicamente se espera que participen pero que no intervengan; a ello se agrega que no se buscan

mecanismos para involucrar a todos los miembros y presentarlos a la comunidad con lo cual se podría fortalecer los lazos entre las comunidades y sus representantes, tenemos una participación formal.

Es necesario que los involucrados directamente desde el sector Salud, más concreto los Gerentes y la GERESA se sensibilicen sobre qué significa participación ciudadana; la cual se encuentra plasmada en la declaración de Alma Ata (1978): “Es el conjunto de procesos por los que los individuos y las hogares asumen responsabilidades para su propio bienestar y para los de la comunidad, aumentando la capacidad de contribuir al desarrollo propio y de la colectividad. Trabajar para promover la participación ciudadana, coordinar todos los recursos con los que cuenta la comunidad, representa uno de los elementos fundamentales de la atención primaria.”

Desde los cambios en la normatividad de la ley de cogestión de salud en el año 2008, tanto las oportunidades como amenazas son percibidas por los representantes de ACLAS; entre las principales oportunidad se tiene el acceso a recursos y apoyo por parte del Estado para la mejora de la atención de los centros de salud (45%), superando la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos (20%); también se percibe que el sistema de cogestión puede establecer redes de coordinación entre diferentes ACLAS en la región, este último punto no se concreta en la actualidad.

El sistema de cogestión está cumpliendo objetivos operativos al proveer de recursos económicos para mejorar la salud, sin embargo no se analiza la eficiencia del uso de recursos de financiamiento. La oportunidad es claramente identificada por los representantes que consideran el acceso a los recursos como lo más importante, aún no aparecer clarificado el segundo modelo que se interrelaciona como es la prestación de servicios; parafraseando a Días Romero (2001) el modelo ACLAS reúne ambos modelos “no es estrictamente un modelo de financiamiento y no es estrictamente un modelo de prestación de

servicios” ambos se sinergizan, por lo cual es considerado un modelo innovador.

Respecto a las amenazas percibidas por los representantes de ACLAS, se observa interés por la disminución del número de miembros que representan a la comunidad, la cual fue modificada el año 2008, inicialmente se tenía a 6 representantes de la comunidad y en la modificación se redujo a la participación de 04 miembros.

Los representantes perciben que los ingresos en los servicios cogestionados por las ACLAS han disminuido a causa del SIS; viene replanteando estrategia para captar mayores recursos que les permitan seguir fortaleciendo sus servicios; el estado apoya a las ACLAS y también la universalidad del sistema integrado de Salud, lo cual es bueno para la población; pero no analiza los impactos en otros programas que dependen en parte del ingreso de la población para mantenerse funcionamiento. Se tendrían que analizar el impacto de sus políticas públicas en forma integral.

La norma no especifica sanciones claras ante la apropiación ilícita de recursos; y se percibe la consolidación de conflictos entre el gremio de salud especialmente el gremio médico y las Comunidades Locales de Administración de Salud, ante lo cual se tiene que buscar un consenso respetando la visión participativa de todos sus integrantes.

Las diferentes visiones sobre el quehacer de las ACLAS se han sistematizado y clasificado en tres niveles; el 47% de los entrevistados expresaron optimismo sobre el futuro de las ACLAS y como lo visibilizan en un horizonte de 10 años, un 31% se muestran indiferentes sobre el futuro de la organización y aquellos que expresan pesimismo corresponde al 22% de representantes.

Las visiones optimistas visibilizan el fortalecimiento de las ACLAS a través del respaldo de la comunidad, es decir conciben que las organizaciones son el espacio ideal para dar cabida a una auténtica participación ciudadana, que mejore la calidad de vida de la población a través de la oferta de servicios de salud:

Las visiones pesimistas de los miembros se enfocaron en recrear el escenario poco propicio para el desenvolvimiento de las ACLAS, poniendo énfasis en el control que ejercen el ministerio de salud, la poca participación de la población, escasa injerencia en la toma de decisiones y la autonomía de los gerentes que buscan evitar el control de la comunidad a toda costa.

Al aplicar la prueba del Chi² se encontró asociación estadística significativa entre la edad, estado civil, la situación laboral y la visión de futuro respecto a las ACLAS con $P < 0.05$, es decir visión de futuro de la organización está relacionada la edad, el estado civil y la situación laboral.

La edad de los representantes del ACLAS influye en la forma como se visibiliza el futuro de la organización, ello tiene que ver con la experiencia, sumado a ello se tiene la estabilidad de las personas que están en la categoría de casados, y tienen la condición de independientes en su situación laboral; la función de dirigir un ACLAS conlleva dedicar tiempo a las actividades, los trabajadores independientes pueden organizar su agenda para dedicarla a las organizaciones, son personas que trabajan en contante búsqueda de superación para alcanzar metas, su imaginario del mundo influye en la toma de decisiones en la organización se orientan a la meta por lograr.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La mayoría de representantes de las Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud –ACLAS, son adultos católicos casados, del sexo femenino, con instrucción superior, en condición laboral de independientes dedicados mayoritariamente a actividades relacionadas con la salud.

SEGUNDA: Las principales fortalezas en la cogestión del servicio está en la mejora de la atención en el servicio de salud, mejor infraestructura y equipamiento, poder contratar personal especializado con mayor facilidad; consideran que el sistema también involucra a la población en la toma de decisiones económicas y el acceso a la rendición de cuentas.

Las principales debilidades conciben que la población desconoce sus representantes, no participan en su elección y se tiene escasa comunicación entre sus integrantes y la comunidad, a lo cual contribuye la escasa participación de los miembros de las ACLAS.

Las principales oportunidad son el acceso a recursos y apoyo por parte del Estado para la mejora de la atención de los centros de salud, superar la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos.

Las amenazas para el funcionamiento de las ACLAS corresponden a la disminución del número de miembros que representan a la comunidad según normas planteadas por el gobierno, así como la disminución de ingresos ocasionados por políticas del SIS y la ausencia de normas sancionadoras específica ante la apropiación ilícita de recursos.

TERCERA: La visión de futuro de las ACLAS enuncia que las “Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud, serán una organización autónoma y representativa, que promueve la participación ciudadana para mejorar la oferta de servicios de salud, buscando contribuir a mejorar la calidad de vida de la población Arequipeña”.

La mayoría de representantes de las ACLAS en la provincia de Arequipa expresan optimismo sobre el futuro de las organizaciones que participan en la cogestión del sistema de salud, consideran que las organizaciones son el espacio ideal para dar cabida a una auténtica participación ciudadana, que mejore la calidad de vida de la población a través de la oferta de servicios de salud; encontrándose que la edad, estado civil, la situación laboral influye significativamente en la visión de futuro.



RECOMENDACIONES

PRIMERA.- El Estado, El Gobierno de turno, La Universidad Católica de Santa María, La Gerencia Regional de Salud y el Colegio Médico de Arequipa, deben apoyar decididamente el funcionamiento y fortalecimiento de las Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud –ACLAS como un modelo innovador de cogestión de la salud que debe permanecer y mejorar continuamente, de acuerdo a las exigencias del contexto social y de salud, brindando el marco normativo para mejorando la participación en el número de miembros de la comunidad democráticamente elegidos, dando el sustento académico y operativo que efectivice el accionar de dichas organizaciones.

SEGUNDA.- La Gerencia Regional de Salud -GERESA y los Gremios Médicos debe fortalecer la relación con las ACLAS, evitando la búsqueda de control sobre las asociaciones, respetando el pleno ejercicio de sus derechos y de sus representados, visibilizados como fin y no como el medio.

TERCERA.- La GERESA debe desarrollar un proceso sostenido de capacitación permanente para fortalecer las capacidades de los miembros integrantes de las ACLAS, formando cuadros que mejoren la gestión estratégica y operativa de las organizaciones.

CUARTA.-La GERESA debe considerar el presente estudio para diseñar un Plan Estratégico de la ACLAS a nivel Departamental, buscando consolidar una visión y misión desde las asociaciones, quienes son parte esencial en la cogestión del Sistema de Salud.

QUINTA.- Las Microredes y la ACLAS deben generar esfuerzos conjuntos que permitan fortalecer las capacidades propositivas de la población, a través de jornadas semestrales donde la población se exprese, comprendiendo que “participar no es solo tomar decisiones” sino intervenir e involucrarse en la cogestión del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrantes-Pego, Raquel. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. Encuentro Latinoamericano de Municipalización de la Atención Primaria a la Salud. Instituto de Filosofía y Ciencias Sociales de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, 1992. Rev. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Salud pública de México / vol.41, no.6, noviembre-diciembre de 1999. pg. 466-474.
2. Abusada Salah, R. Cusato Novelli, A. Pastor Vargas, C. Eficiencia del Gasto en el Perú. Instituto Peruano de Economía. Lima 2008.
3. Alcalde Rabanal, Jacqueline. Lazo-González, Oswaldo. Nigenda, Gustavo. Sistema de Salud de Perú. Salud Pública México 2011; 53 supl 2: 243-254
4. Alcázar, Lorena; Torero, Máximo; Valdivia, Martín y Valdivia, Néstor. Sistematización de algunas experiencias nacionales de gestión Local de funciones públicas: lecciones aprendidas. Grupo de Análisis para el Desarrollo. PRODES: Pro Descentralización. Documento Técnico N° 3, Perú. Julio, 2003
5. Aliaga H, Elizabeth. Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Foro Salud, Consorcio de Investigación Económico y Social – CIES. Septiembre del 2003.
6. Altobelli, Laura. “Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en Perú”. 2000.
7. Altobelli, Laura. C, Sovero U., Díaz, A., Estudio de Costo-Eficiencia de las Asociaciones CLAS. Futuras Generaciones Perú, Fundación Milagro y USAID. Septiembre del 2004.

8. Altobelli, Laura. "Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS". En "La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política". Juan Arroyo, editor. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, Proyecto POLICY. Lima, Perú, julio de 2002
9. Altobelli, Laura. "Case study of CLAS in Peru: opportunity and empowerment for health equity". Future Generations-Peru. Lima. 2008
10. Altobelli, Laura. "Comparative analysis of primary health care facilities with participation of civil society in Venezuela and Peru". Documento presentado en la conferencia "Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana". Cartagena, Colombia: Banco Interamericano de Desarrollo, División de Estado y Sociedad Civil. 1998
11. Alvarado, Betty. "Focalización de los recursos públicos en salud". En La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Juan Arroyo, editor, Lima: Consorcio Investigación Económica y Social, 2002
12. Anistein Carlos. Gestión Participativa y Salud: Evaluación del Municipio de General Rodríguez. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. 2008
13. Arjun Suri. ¿El Derecho de qué? La calidad de Servicio en Salud de los CLAS en la RED Huamanga. 2008 Exposición Harvard University
14. Arroyo, Juan. Irigoyen, Marina. Beneficios y Costos de la Democracia Participativa. CARE Perú, OXFAM. Lima, Perú, octubre de 2008.
15. Arroyo, Juan. La Salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de política. CIES. Lima, Perú. 2002
16. Arroyo, Juan. Memoria de una experiencia de construcción de Sociedad Civil 2000 - 2004 ForoSalud. Lima 2006

17. Baltazar, F. Aportes al dictamen de la Ley de Cogestión – CLAS. Presentación de la Mesa Temática de Organización de Servicios y Participación Social. 2008.
18. Bardález del Águila C. Modelo de Gestión Local de Servicios de Salud. Perú: PRAES; 2007.
19. Briceño León. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Laboratorio de Ciencias Sociales, Universidad Central de Venezuela. 1998
20. Briceño León. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Laboratorio de Ciencias Sociales, Universidad Central de Venezuela. 1996
21. Cabrera, Henry. “Los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), ¿buenos o malos para la salud? SITUA Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC, Cusco, Perú, 2004. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe
22. Campana, Juana Pilar. Informe técnico final de Diagnóstico de Base Participativo de Derechos en Salud. Lima, CARE Perú. 2005
23. CARE Perú. MINSA – PAAG. “Proyecto de Mejora de la Participación Comunitaria en las Asociaciones CLAS” (PMP-CLAS). Lima, 2002.
24. Casavallente, Óscar y Danilo Fernández. El derecho a la salud en establecimientos de salud con administración compartida. Defensoría del Pueblo / DFID. Lima: 2005.
25. Castañeda M, Chayán I, Toro M, Alvitres V. Participación de los representantes líderes de la comunidad en los CLAS de la Provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, Setiembre – Diciembre del 2007. Flumen [revista en Internet]. 2008 [acceso 10 de junio de 2012]; 4

- (1). Disponible en:
<http://issuu.com/flumen.usat/docs/art3.4?viewMode=magazine>
26. Castellanos, Themis. Análisis de Experiencias de Participación Ciudadana en Lima Norte. ALTERNATIVA, Centro de Investigación Social y Educación Popular. Serie: Ciudadanía y Democracia N° 2, Lima, Perú. Julio, 2003.
27. Castillo, Alcira. Torrez Raúl. López Antonieta. La participación Social un Derecho en Salud. San José. Costa Rica. 2003
28. CIES. La investigación económica y social en el Perú. Capítulo Salud. 2004
29. Conterno, Elena. "Evaluación de la Participación Social en el Modelo CLAS". Dirección General de Salud de las Personas, MINSA. 2002.
30. Cortez, Rafael; Phumpiu, Paul. La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El Caso del Perú. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID) y por el Banco Interamericano de Desarrollo (IDB/BID). Lima, 1998
31. Cortez, Rafael. "Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS". Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Perú 1998. Documento de trabajo 33, setiembre.
32. Cotlear, Daniel. "Peru: Reforming Health Care for the Poor". The World Bank, Latin American and the Caribbean Regional Office. LCSHD Paper Series N° 57. 2000. Marzo.
33. Cruz Labrín, Miguel. Producción de los servicios de salud en los noventa. UNMSM. 2009
34. Cuba, Braulio. Promoviendo el derecho a la salud de los más pobres. Calidad de la atención pública de salud en Arequipa. Consorcio de Investigación Económica y Social de la Salud. 2012.

35. Delmar Alejandro. Cava Juan. Detalles e impactos de las innovaciones democráticas en el empoderamiento ciudadano. Pontificia Universidad Católica del Perú PUCP. Lima 2009
36. Díaz, Palacios J. Participación ciudadana en los procesos de Descentralización en el Perú. Programa CAPACIDES. 2010
37. Díaz, Romero R. CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de salud. Perú: Sociedad Civil en Salud; 2001 Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf
38. Escobar, Riffo D. La Participación ciudadana en los programas de promoción de la Salud. Universidad de Chile. 2001
39. Ferrer Herrera, I. La participación de la comunidad en Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana-Cuba. 2001.
40. Francke, Pedro. CLAS deben ser readecuados y fortalecidos. FOROSALUD. Lima. julio 2006. Boletín N°05.
41. Francke, Pedro. Políticas Públicas y Pobreza en el Perú de los noventa. PUCP. Lima. 2002
42. Fernández Guerrero JC. Experiencias de las enfermeras en la implantación del Modelo de Atención Integral de Salud, CLAS San Pedro – Lambayeque 2010 [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo; 2011.
43. Frisancho Arroyo, Ariel. La viabilidad de los programas de participación ciudadana en la cogestión local de Salud. El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999). Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). 2005
44. Gerencia Regional de Salud de Arequipa. Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención, Guía para la evaluación Técnica Regional de las CLAS. Arequipa. 2012

45. Grompone, Romeo. Posibilidades y Límites de experiencias de promoción de la participación ciudadana en el Perú. Documentos de trabajo 132. Instituto de Estudios Peruanos. 2005
46. Harding, April. "CLAS and Primary Health Care in Peru". Concept Note. Washington DC 2005
47. Ley 29124 y reglamento. 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 2007. Diario Oficial El Peruano, N° 356256
48. Medicus Mundi. Salud Sin Límites. Aportes para la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Unión Europea. 2011
49. Medina Verástegui, J. Alcántara Valdivia, P. Salud Comunitaria. UNMSM. 2000
50. Mera Rodas, A. Modelo de intervención social sostenible de organización que genere liderazgo en la gestión del Centro poblado Pacherez Lambayeque. 2008-2009. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2011
51. Ministerio de Salud MINSA. CLAS: Una oportunidad para ejercer derechos y responsabilidades en Salud. Perú: MINSA; 2002.
52. Ministerio de Salud MINSA - Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG): "Situación del modelo de Administración Compartida". Material de Exposición, Lima, Perú, 2005.
53. Ministerio de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS): organización y modelo de gestión, el programa de salud local, MINSA, Perú, 1996.

54. Molina Marín, G. Cabrera Arana, Gustavo. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en Gestión y Políticas en salud. Universidad de Antioquia. 2008
55. Ortiz de Zevallos, G. La Económica política de las reformas institucionales en el Perú: casis de educación, salud y pensiones. 2009
56. Pardo, Karim. Andia, Marcelino. Rodríguez Amado. Remuneraciones, Beneficios e Incentivos Laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: Análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, Revista Médica de Salud Pública. 2009.
57. Pedraza Arias. Andrea. Modelo de Gestión de Redes y Microredes de Salud. 2011
58. Pino Chávez. Wilfredo. “La Participación Comunitaria en la Gestión de las Asociaciones Comunitarias Locales de Administración en Salud (ACLAS) en la Región Arequipa, 2007-2013” Universidad Nacional de San Agustín. Tesis para optar el título de Doctor en Salud Colectiva.
59. Pino Chávez. Wilfredo. La Municipalización de los servicios de Salud del primer nivel de atención, Región Arequipa. 2009
60. Portocarrero, Felipe. Capital Social y Democracia. La Comunidad Local de Administración de Salud. 2002
61. Portocarrero Grados, Augusto. Financiamiento de los establecimientos CLAS. Observatorio del Derecho a la salud CIES, Lima, Perú. Agosto, 2006. Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/clas_financiamiento_portocarrero.pdf
62. Reyes Acuña. Héctor. Participación de la Comunidad en el Desarrollo de los Servicios Primarios de Salud. ONU. 2002

63. Reyes, Iliana, Sanabria, Gisela, Medina, Zoila et al. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana Salud Pública, Vol.22, N° 1, ene.-jun.1996.
64. Rodríguez Allen, Ana. La doble cara de la reforma del sector salud en Costa Rica. Revista Realidad 2009
65. Sojo, Ana. Reformas de Gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. CEPAL. Chile 2000.
66. Spinelli, Graciela Hilda. La Descentralización y la participación ciudadana en la gestión local. Universidad Nacional de Argentina. 2007
67. Tanaka, Martín, Participación popular en las políticas sociales ¿Cómo y cuándo es democrática y eficiente, y por qué puede también ser lo contrario? Instituto de Estudios Peruanos (IEP). Consorcio de Investigación Económico y Social (CIES). 2005
68. Tanaka, Martín; Meléndez, Carlos. ¿De qué depende el éxito de las experiencias de participación ciudadana? En: Participación, ciudadanía y democracia. Perspectivas críticas y análisis de experiencias locales. Editora, Patricia Zárate Ardelá. Instituto de Experiencias Peruanas -IEP. Lima. 2005.
69. Taylor Carl, Una evaluación de los Comités Locales de Salud bajo Administración Compartida, un nuevo componente de la reforma del sector salud en Perú. Reporte para el Señor Ministro de Salud del Perú, Lima, 1996.
70. Tejada Pardo D. Derechos humanos y Derechos a la Salud: Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos. Perú: OPS/OMS/ MINSA; 2005.

71. Vásquez Huamán, E. Programas sociales ¿de lucha contra la pobreza? Casos emblemáticos. CIES. Universidad del Pacífico. 2006
72. Vásquez, M.L. Siqueira, E. Silva, A. Leite, I.C. Los procesos de reforma y participación social en salud en América Latina. Consorcio Hospitalario de Cataluña. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Brasil. 2000
73. Vega, Romero R. Acosta Ramírez, N. Moquera Méndez, P. Atención Primaria Integral de Salud: Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá-Colombia. 2009
74. Velarde, Nicolás, et al. Revisión y propuesta de ajustes para el Modelo de Cogestión de Servicios del Ministerio de Salud: Informe final. Ministerio de Salud del Perú, DGSP. Lima. 2002.
75. Vidal, Córdova E. La participación Comunitaria en Salud: Experiencia en el distrito de San Martín de Porres. Investigaciones Sociales 1999.
76. Vicuña, Marisol; Sonia Ampuero y Juan Pablo Murillo 2000 Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Serie de publicaciones PAAG-SBPT-AC, volumen 2. Lima: Ministerio de Salud.
77. Yamin, Alicia. Derechos Humanos y Salud Pública. Universidad de Columbia. APRODEH

ANEXOS



Anexo 1: Proyecto de Investigación

PLANTEAMIENTO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del Problema

CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES Y PERCEPCIONES DE LOS REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD EN LAS ASOCIACIONES DE COMUNIDADES LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (ACLAS) SOBRE COGESTIÓN DE LAS MICROREDES DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA, 2017

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

El problema a investigar se encuentra ubicado en:

CAMPO : Ciencias de la Salud
 ÁREA : Gerencia Social
 LÍNEA : Participación Ciudadana y Cogestión de Microredes de Salud

1.2.2. Análisis de Variables

Variable independiente: Características sociales y culturales

Variable dependiente: Percepciones y visión compartida

Variable	Indicador	Valor	Categoría
Características Socio Culturales	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • De 18 - 29 años • De 30-39 años • De 40 – 59 años Más de 60 años 	Categórica ordinal
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino Femenino	Categórica nominal
	Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria Superior	Categórica nominal

	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 		Categoría nominal
	Ocupación	Tipo de actividad		Categoría nominal
	Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católico • Evangélico • Otra • Ateo 		Categoría nominal
	Situación laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Dependiente • Jubilado • Desempleado 		Categoría nominal
Percepción Cogestión de CLAS	Fortaleza	<ul style="list-style-type: none"> • Involucramiento de la población en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos económicos. • Fomenta la participación de la comunidad. • Acceso a la rendición de cuentas de la gestión • Mejora de la atención en el servicio de salud • Mejora la infraestructura y equipamiento del servicio de salud • Permite contratar personal de salud especializado con mayor facilidad. • La Ley permite supervisar el servicio de salud y al personal • Permite evaluar al personal • El rendimiento del servicio de salud es influenciado por dotes de liderazgo del Gerente. • Existe voluntad para gestión de los CLAS en pocos miembros de la comunidad • Otro 	<p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p>	Categoría nominal
	Debilidad	<ul style="list-style-type: none"> • CLAS es conformado con visión de protagonismo político • Escaso conocimiento de normatividad de los CLAS • Escasa participación de los miembros del CLAS • La población desconoce a los integrantes CLAS y no participa en su elección • Escasa comunicación entre los miembros del CLAS y hacia la comunidad • El CLAS se enfoca a comprar cosas, más no a mejorar la atención. • Escasa autonomía para modificar los estatutos. • El Gerente toma la mayor cantidad de 	<p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p>	Categoría nominal

		<p>decisiones importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Gerente y personal de salud busca autonomía completa sobre sus decisiones, sin supervisión de los miembros del CLAS • Planificación de las metas de salud son impuestas por los niveles superiores • Las remuneraciones del personal contratado no son suficientes para satisfacer sus aspiraciones • Los CLAS no pueden ser fiscalizados por la comunidad y que está sea capaz de revocar los cargos. • Otro 	<p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p>	
	Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita el Acceso a financiamiento del Estado para mejorar la atención del Centro de Salud • Permite superar la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos • Establecer redes de coordinación entre CLAS de la región. • Estabilidad socio-política del País puede mejorar la gestión de los CLAS • Apoyo del estado orientado a la participación ciudadana • Otro 	<p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si/No</p>	Categoría nominal
	Amenaza	<ul style="list-style-type: none"> • La modificación de la Ley de Cogestión el año 2007 ha disminuido el número de miembros de la comunidad que participan en los CLAS. • Disminución de ingresos por implementación de políticas públicas como el SIS. • El nombramiento del personal de los establecimientos limita la capacidad de gestión del CLAS • No existen sanciones claras para castigar la apropiación ilícita de recursos. • Aparición de conflictos entre los CLAS y los gremios de Salud. • Otro 	<p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p>	Categoría nominal
	Visión Futuro	<ul style="list-style-type: none"> • enunciado 		Categoría nominal

1.2.3. Interrogantes Básicas

1.- ¿Cuáles son las características sociales y culturales de los representantes de la comunidad en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) de la Provincia de Arequipa?

2.- ¿Cuál es la percepción sobre las fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas las experiencias de cogestión en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) de la Provincia de Arequipa?

3.- ¿Cuál es Visión compartida por las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) respecto a la Cogestión del Sistema de Salud en la Provincia de Arequipa?

1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

Por su Finalidad : Aplicada

Por el Nivel : Descriptivo de relación

Por el Ámbito : De campo

1.3. Justificación

La investigación es considerada:

Importante y original, porque las relaciones de los conceptos de cogestión, participación ciudadana y visión de futuro de los CLAS han sido poco estudiadas en el ámbito local; la participación de la población en el ejercicio de sus derechos, busca dinamizar el encuentro sinérgico de estos dos conceptos, potenciando la dinámica social; en este marco estudiar la participación y la visión de futuro de los CLAS, tiene un carácter original.

Si bien, Pino (2014) realizó investigación sobre los CLAS con el objetivo de determinar la situación de la participación en la gestión de los servicios de salud de primer nivel de atención en la Región Arequipa, desde un enfoque descriptivo y genérico sobre el ¿Cómo se encuentran los CLAS?, en la sexta conclusión del estudio indica que no se identifica claramente las debilidades, ni las fortalezas, estas variables no se clarifican; ahora bien, la tesis propuesta busca interaccionar las percepciones de los representantes y sus características socioculturales con la visión de desarrollo de las Asociaciones Locales de Administración de Salud (ACLAS), tiene carácter participativo, concertado, de planificación de futuro, si aquello por lo que fueron creados desde una óptica profesional se visualiza en el imaginario de la comunidad.

Útil, porque esta investigación permitiría rediseñar, fortalecer las estructural social y plantear la propuestas inclusivas y democráticas para la adecuada toma de decisiones al amparo de la Ley 29124 La Cogestión y Participación ciudadana para el primer nivel de atención en los Establecimientos de Salud.

Actual, porque la participación ciudadana es un tema transversal a todas las decisiones públicas de las instituciones brindadoras de servicios de salud.

Relevancia científica, se puede comprobar en los espacios de concertación y participación ciudadana, y a través de los procesos metodológicos que se van a utilizar en el desarrollo de la investigación cualquier profesional puede llegar a las mismas conclusiones.

Anexo 2: Matrices de Sistematización

#	Edad	Edad_1	Sexo	Instruccion	Estado_civil	Situación_lab	Ocupación_e	Religion	Primera_F	Segunda_F	Tercera_F	Cuarta_F	Quinta_F
1	28	De 18 a 29 añ	Femenino	Superior	Conviviente	Dependiente	Tecnico en S.	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	La Ley perm	Involucrami
2	62	Más de 60 añ	Masculino	Superior	Casado	Independier	Profesional	Otros	Involucrami	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Existe volunt
3	47	De 40 a 59 añ	Masculino	Secundaria	Casado	Dependiente	Tecnico en S.	Catolico	Involucrami	Mejora la inf	Permite con	El rendimien	Existe volunt
4	57	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite con	Permite eval
5	37	De 30 a 39 añ	Masculino	Superior	Soltero	Independier	Tecnico en S.	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la inf	La Ley perm	Involucrami
6	50	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Independier	Profesional	Catolico	La Ley perm	Acceso a la r	Mejora la At	Fomenta la p	Involucrami
7	43	De 30 a 39 añ	Femenino	Superior	Conviviente	Independier	Tecnico en S.	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
8	51	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Acceso a la r	Mejora la inf	Permite eval	Existe volunt	Fomenta la p
9	48	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Independier	Microempre	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	La Ley perm	El rendimien
10	53	De 40 a 59 añ	Masculino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Permite con
11	48	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Existe volunt	Involucrami	Mejora la inf	Mejora la At	Acceso a la r
12	55	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Casado	Independier	Obrero en C	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Permite eval	El rendimien
13	41	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Catolico	Fomenta la p	Mejora la At	Involucrami	Mejora la inf	Permite con
14	60	Más de 60 añ	Masculino	Superior	Casado	Desemplead	Obrero en C	Catolico	Permite eval	El rendimien	Existe volunt	Involucrami	Mejora la At
15	73	Más de 60 añ	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	Profesional	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la inf	Involucrami	La Ley perm
16	50	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Mejora la inf	Existe volunt	La Ley perm
17	51	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	La Ley perm
18	47	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Soltero	Dependiente	Tecnico en S.	Catolico	Fomenta la p	Mejora la inf	Existe volunt	La Ley perm	
19	40	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Evangelico	El rendimien	Involucrami	Acceso a la r	Mejora la inf	Existe volunt
20	42	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
21	51	De 40 a 59 añ	Masculino	Superior	Conviviente	Independier	Tecnico en S.	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
22	50	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Desemplead	Tecnico en S.	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	La Ley perm
23	59	De 40 a 59 añ	Femenino	Primaria	Soltero	Desemplead	Ama de Casa	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite con
24	51	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Independier	Tecnico en S.	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite con
25	56	De 40 a 59 añ	Femenino	Primaria	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucrami	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Mejora la inf
26	34	De 30 a 39 añ	Femenino	Secundaria	Conviviente	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucrami	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la inf	Mejora la At
27	58	De 40 a 59 añ	Masculino	Superior	Casado	Independier	Microempre	Catolico	Involucrami	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Mejora la inf
28	43	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Independier	Profesional	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
29	42	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Fomenta la p	La Ley perm	Acceso a la r	La Ley perm	Mejora la At
30	46	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
31	49	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Conviviente	Independier	Ama de Casa	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite eval	Existe volunt
32	28	De 18 a 29 añ	Femenino	Superior	Conviviente	Dependiente	Tecnico en S.	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	La Ley perm	Involucrami
33	62	Más de 60 añ	Masculino	Superior	Casado	Independier	Profesional	Otros	Involucrami	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Existe volunt
34	47	De 40 a 59 añ	Masculino	Secundaria	Casado	Dependiente	Tecnico en S.	Catolico	Involucrami	Mejora la inf	Permite con	El rendimien	Existe volunt
35	57	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite con	Permite eval
36	37	De 30 a 39 añ	Masculino	Superior	Soltero	Independier	Tecnico en S.	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la inf	La Ley perm	Involucrami
37	50	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Independier	Profesional	Catolico	La Ley perm	Acceso a la r	Mejora la At	Fomenta la p	Involucrami
38	43	De 30 a 39 añ	Femenino	Superior	Conviviente	Independier	Tecnico en S.	Catolico	Involucrami	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf

#	Primera_D	Segunda_D	Tercera_D	Cuarta_D	Quinta_D	Primera_O	Segunda_O	Tercera_O	Primera_A	Segunda_A	Tercera_A	Visión_Futuro
1	Las remuner	Escaso conoc	La poblacion	EL CLAS se er	La planificaci	Apoyo del es	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	No existen s	Optimista
2	Escasa auton	Escaso conoc	Escasa comu	El Gerente tc	La planificaci	Permite sup	Establece re	Apoyo del es	Disminución	El nombrami	Aparición de	Optimista
3	Los CLAS son	La poblacion	El Gerente tc	La planificaci	Los CLAS no	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	El nombrami	No existen s	Aparición de	Indiferente
4	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Escasa auton	El Gerente tc	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	Disminución	No existen s	Aparición de	Indiferente
5	Las remuner	La planificaci	Escaso conoc	La poblacion	EL CLAS se er	Apoyo del es	Establece re	Permite sup	Disminución	No existen s	Aparición de	Indiferente
6	EL CLAS se er	El Gerente tc	Escasa auton	Escasa partic	Los CLAS son	Apoyo del es	Facilita el ac	Establece re	Aparición de	La modificac	El nombrami	Pesimista
7	Los CLAS son	Escaso conoc	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	La modificac	Disminución	Aparición de	Indiferente
8	Los CLAS son	Escasa partic	Escasa comu	Las remuner	La planificaci	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	Aparición de	La modificac	La modificac	Indiferente
9	El Gerente tc	Gerente y pe	La planificaci	EL CLAS se er	Las remuner	Ninguna	Ninguna	Ninguna	La modificac	Disminución	El nombrami	Pesimista
10	Escaso conoc	Escasa auton	Gerente y pe	La planificaci	La poblacion	Permite sup	Estabilidad s	Facilita el ac	Aparición de	La modificac	Disminución	Indiferente
11	Escasa comu	Los CLAS son	Escasa auton	Escasa partic	Los CLAS son	Permite sup	Apoyo del es	Establece re	Aparición de	No existen s	Disminución	Indiferente
12	Los CLAS son	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Escasa auton	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	La modificac	Disminución	No existen s	Optimista
13	Los CLAS son	Escaso conoc	Escasa auton	Escasa partic	El Gerente tc	Apoyo del es	Estabilidad s	Facilita el ac	No existen s	Aparición de	La modificac	Optimista
14	Escasa auton	Escasa comu	Escaso conoc	Escasa partic	Los CLAS son	Establece re	Estabilidad s	Facilita el ac	El nombrami	La modificac	Aparición de	Pesimista
15	El Gerente tc	Escasa comu	Escaso conoc	Escasa partic	Los CLAS son	Facilita el ac	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	Aparición de	Pesimista
16	La poblacion	Escasa partic	Escasa auton	Escaso conoc	La planificaci	Facilita el ac	Establece re	Apoyo del es	La modificac	No existen s	Aparición de	Pesimista
17	La planificaci	Las remuner	Escaso conoc	Escasa comu	El Gerente tc	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	Disminución	El nombrami	La modificac	Optimista
18	La poblacion	Escasa partic	Escaso conoc	Escasa auton	La planificaci	Facilita el ac	Establece re	Apoyo del es	La modificac	No existen s	Aparición de	Optimista
19	Escaso conoc	Escasa partic	La poblacion	EL CLAS se er	Gerente y pe	Permite sup	Establece re	Apoyo del es	Disminución	No existen s	La modificac	Pesimista
20	Gerente y pe	El Gerente tc	EL CLAS se er	Los CLAS son	La planificaci	Facilita el ac	Permite sup	Establece re	La modificac	Disminución	El nombrami	Optimista
21	Escaso conoc	La poblacion	Escasa auton	La planificaci	Las remuner	Permite sup	Estabilidad s	Apoyo del es	Disminución	El nombrami	No existen s	Optimista
22	Gerente y pe	Las remuner	Los CLAS son	Escaso conoc	Escasa partic	Permite sup	Estabilidad s	Apoyo del es	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
23	La planificaci	Las remuner	Los CLAS no	El Gerente tc	El Gerente tc	Facilita el ac	Permite sup	Establece re	La modificac	Disminución	El nombrami	Indiferente
24	Escaso conoc	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	EL CLAS se er	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	El nombrami	No existen s	Disminución	Optimista
25	El Gerente tc	Gerente y pe	La planificaci	Las remuner	EL CLAS se er	Permite sup	Apoyo del es	Facilita el ac	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
26	El Gerente tc	Gerente y pe	La planificaci	Las remuner	EL CLAS se er	Establece re	Permite sup	Facilita el ac	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
27	El Gerente tc	Gerente y pe	La planificaci	Las remuner	EL CLAS se er	Establece re	Permite sup	Facilita el ac	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
28	Los CLAS son	Escasa partic	La poblacion	EL CLAS se er	Escasa auton	Establece re	Estabilidad s	Apoyo del es	No existen s	La modificac	Disminución	Optimista
29	La poblacion	Las remuner	Gerente y pe	El Gerente tc	La planificaci	Establece re	Estabilidad s	Apoyo del es	La modificac	No existen s	Aparición de	Indiferente
30	La poblacion	Escasa auton	La planificaci	Las remuner	Escaso conoc	Facilita el ac	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	Aparición de	Optimista
31	La poblacion	Escasa auton	La planificaci	Las remuner	Escaso conoc	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	Disminución	El nombrami	No existen s	Optimista
32	Las remuner	Escaso conoc	La poblacion	EL CLAS se er	La planificaci	Apoyo del es	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	No existen s	Optimista
33	Escasa auton	Escaso conoc	Escasa comu	El Gerente tc	La planificaci	Permite sup	Establece re	Apoyo del es	Disminución	El nombrami	Aparición de	Optimista
34	Los CLAS son	La poblacion	El Gerente tc	La planificaci	Los CLAS no	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	El nombrami	No existen s	Aparición de	Indiferente
35	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Escasa auton	El Gerente tc	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	Disminución	No existen s	Aparición de	Indiferente
36	Las remuner	La planificaci	Escaso conoc	La poblacion	EL CLAS se er	Apoyo del es	Establece re	Permite sup	Disminución	No existen s	Aparición de	Indiferente
37	EL CLAS se er	El Gerente tc	Escasa auton	Escasa partic	Los CLAS son	Apoyo del es	Facilita el ac	Establece re	Aparición de	La modificac	El nombrami	Pesimista
38	Los CLAS son	Escaso conoc	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	La modificac	Disminución	Aparición de	Indiferente

#	Edad	Edad_1	Sexo	Instruccion	Estado_civil	Situación_lab	Ocupación_e	Religion	Primera_F	Segunda_F	Tercera_F	Cuarta_F	Quinta_F
39	51	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Acceso a la r	Mejora la inf	Permite eval	Existe volunt	Fomenta la p
40	48	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Independier	Microempre	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	La Ley perm	El rendimien
41	53	De 40 a 59 añ	Masculino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Permite cont
42	48	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Existe volunt	Involucramie	Mejora la inf	Mejora la At	Acceso a la r
43	55	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Casado	Independier	Obrero en C	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Permite eval	El rendimien
44	41	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Catolico	Fomenta la p	Mejora la At	Involucramie	Mejora la inf	Permite cont
45	60	Más de 60 añ	Masculino	Superior	Casado	Desemplead	Obrero en C	Catolico	Permite eval	El rendimien	Existe volunt	Involucramie	Mejora la At
46	73	Más de 60 añ	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	Profesional	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la inf	Involucramie	La Ley perm
47	50	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Mejora la inf	Existe volunt	La Ley perm
48	51	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	La Ley perm
49	47	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Soltero	Dependiente	Tecnico en S	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Mejora la inf	Existe volunt	La Ley perm
50	40	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Dependiente	Profesional	Evangelico	El rendimien	Involucramie	Acceso a la r	Mejora la inf	Existe volunt
51	42	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
52	51	De 40 a 59 añ	Masculino	Superior	Conviviente	Independier	Tecnico en S	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
53	50	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Desemplead	Tecnico en S	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	La Ley perm
54	59	De 40 a 59 añ	Femenino	Primaria	Soltero	Desemplead	Ama de Casa	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite cont
55	51	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Independier	Tecnico en S	Catolico	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite cont
56	56	De 40 a 59 añ	Femenino	Primaria	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucramie	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Mejora la inf
57	34	De 30 a 39 añ	Femenino	Secundaria	Conviviente	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucramie	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la inf	Mejora la At
58	58	De 40 a 59 añ	Masculino	Superior	Casado	Independier	Microempre	Catolico	Involucramie	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Mejora la inf
59	43	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Independier	Profesional	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
60	42	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Fomenta la p	La Ley perm	Acceso a la r	La Ley perm	Mejora la At
61	46	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Casado	Independier	Ama de Casa	Catolico	Involucramie	Fomenta la p	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf
62	49	De 40 a 59 añ	Femenino	Secundaria	Conviviente	Independier	Ama de Casa	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite eval	Existe volunt
63	28	De 18 a 29 añ	Femenino	Superior	Conviviente	Dependiente	Tecnico en S	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	La Ley perm	Involucramie
64	62	Más de 60 añ	Masculino	Superior	Casado	Independier	Profesional	Otros	Involucramie	Acceso a la r	Fomenta la p	Mejora la At	Existe volunt
65	47	De 40 a 59 añ	Masculino	Secundaria	Casado	Dependiente	Tecnico en S	Catolico	Involucramie	Mejora la inf	Permite cont	El rendimien	Existe volunt
66	57	De 40 a 59 añ	Femenino	Superior	Soltero	Dependiente	Profesional	Catolico	Acceso a la r	Mejora la At	Mejora la inf	Permite cont	Permite eval

#	Primera_D	Segunda_D	Tercera_D	Cuarta_D	Quinta_D	Primera_O	Segunda_O	Tercera_O	Primera_A	Segunda_A	Tercera_A	Visión_Futur
39	Los CLAS son	Escasa partic	Escasa comu	Las remuner	La planificaci	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	Aparición de	La modificac	La modificac	Indiferente
40	El Gerente t	Gerente y pe	La planificaci	EL CLAS se er	Las remuner	Ninguna	Ninguna	Ninguna	La modificac	Disminución	El nombrami	Pesimista
41	Escaso conoc	Escasa auton	Gerente y pe	La planificaci	La poblacion	Permite sup	Estabilidad s	Facilita el ac	Aparición de	La modificac	Disminución	Indiferente
42	Escasa comu	Los CLAS son	Escasa auton	Escasa partic	Los CLAS son	Permite sup	Apoyo del es	Establece re	Aparición de	No existen s	Disminución	Indiferente
43	Los CLAS son	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Escasa auton	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	La modificac	Disminución	No existen s	Optimista
44	Los CLAS son	Escaso conoc	Escasa auton	Escasa partic	El Gerente t	Apoyo del es	Estabilidad s	Facilita el ac	No existen s	Aparición de	La modificac	Optimista
45	Escasa auton	Escasa comu	Escaso conoc	Escasa partic	Los CLAS son	Establece re	Estabilidad s	Facilita el ac	El nombrami	La modificac	Aparición de	Pesimista
46	El Gerente t	Escasa comu	Escaso conoc	Escasa partic	Los CLAS son	Facilita el ac	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	Aparición de	Pesimista
47	La poblacion	Escasa partic	Escasa auton	Escaso conoc	La planificaci	Facilita el ac	Establece re	Apoyo del es	La modificac	No existen s	Aparición de	Pesimista
48	La planificaci	Las remuner	Escaso conoc	Escasa comu	El Gerente t	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	Disminución	El nombrami	La modificac	Optimista
49	La poblacion	Escasa partic	Escaso conoc	Escasa auton	La planificaci	Facilita el ac	Establece re	Apoyo del es	La modificac	No existen s	Aparición de	Optimista
50	Escaso conoc	Escasa partic	La poblacion	EL CLAS se er	Gerente y pe	Permite sup	Establece re	Apoyo del es	Disminución	No existen s	La modificac	Pesimista
51	Gerente y pe	El Gerente t	EL CLAS se er	Los CLAS son	La planificaci	Facilita el ac	Permite sup	Establece re	La modificac	Disminución	El nombrami	Optimista
52	Escaso conoc	La poblacion	Escasa auton	La planificaci	Las remuner	Permite sup	Estabilidad s	Apoyo del es	Disminución	El nombrami	No existen s	Optimista
53	Gerente y pe	Las remuner	Los CLAS son	Escaso conoc	Escasa partic	Permite sup	Estabilidad s	Apoyo del es	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
54	La planificaci	Las remuner	Los CLAS no	El Gerente t	El Gerente t	Facilita el ac	Permite sup	Establece re	La modificac	Disminución	El nombrami	Indiferente
55	Escaso conoc	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	EL CLAS se er	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	El nombrami	No existen s	Disminución	Optimista
56	El Gerente t	Gerente y pe	La planificaci	Las remuner	EL CLAS se er	Permite sup	Apoyo del es	Facilita el ac	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
57	El Gerente t	Gerente y pe	La planificaci	Las remuner	EL CLAS se er	Establece re	Permite sup	Facilita el ac	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
58	El Gerente t	Gerente y pe	La planificaci	Las remuner	EL CLAS se er	Establece re	Permite sup	Facilita el ac	Aparición de	El nombrami	La modificac	Optimista
59	Los CLAS son	Escasa partic	La poblacion	EL CLAS se er	Escasa auton	Establece re	Estabilidad s	Apoyo del es	No existen s	La modificac	Disminución	Optimista
60	La poblacion	Las remuner	Gerente y pe	El Gerente t	La planificaci	Establece re	Estabilidad s	Apoyo del es	La modificac	No existen s	Aparición de	Indiferente
61	La poblacion	Escasa auton	La planificaci	Las remuner	Escaso conoc	Facilita el ac	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	Aparición de	Optimista
62	La poblacion	Escasa auton	La planificaci	Las remuner	Escaso conoc	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	Disminución	El nombrami	No existen s	Optimista
63	Las remuner	Escaso conoc	La poblacion	EL CLAS se er	La planificaci	Apoyo del es	Permite sup	Apoyo del es	Disminución	No existen s	No existen s	Optimista
64	Escasa auton	Escaso conoc	Escasa comu	El Gerente t	La planificaci	Permite sup	Establece re	Apoyo del es	Disminución	El nombrami	Aparición de	Optimista
65	Los CLAS son	La poblacion	El Gerente t	La planificaci	Los CLAS no	Facilita el ac	Permite sup	Estabilidad s	El nombrami	No existen s	Aparición de	Indiferente
66	Escasa partic	La poblacion	Escasa comu	Escasa auton	El Gerente t	Facilita el ac	Establece re	Estabilidad s	Disminución	No existen s	Aparición de	Indiferente

Anexo 3: Instrumento de toma de datos

ENCUESTA A REPRESENTANTES DE LOS CLAS N° _____

La encuesta se ha elaborado para conocer la percepción de los miembros en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud - CLAS sobre la cogestión de los servicios de salud en la provincia de Arequipa, la información es confidencial, anónima y servirá para diseñar, fortalecer y plantear propuestas de mejora en la participación ciudadana al interior de los CLAS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES

1. Edad..... Sexo: M () F ()
2. Nivel de Instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria ()
Superior ()
3. Estado Civil: Soltero () Casado () Convivientes ()
4. Ocupación:
.....
5. Religión: Católico () Evangélico () Ateo ()
Otra:.....
6. Lugar de Procedencia Región.....
Distrito.....
7. Lugar de Residencia: Distrito.....
8. Cargo que ocupa en el CLAS: Presidente (), Tesorero (),
Secretario (), Otro ().....

II. FORTALEZA DEL CLAS

Marque las cinco principales fortalezas del CLAS colocándolas por puntajes, considerando 05 como la principal fortaleza y 01 como la menor fortaleza.

- () Involucramiento de la población en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos económicos.
- () Fomenta la participación de la comunidad.
- () Acceso a la rendición de cuentas de la gestión
- () Mejora de la atención en el servicio de salud
- () Mejora la infraestructura y equipamiento del servicio de salud
- () Permite contratar personal de salud especializado con mayor facilidad.
- () La Ley permite supervisar el servicio de salud y al personal
- () Permite evaluar al personal
- () El rendimiento del servicio de salud es influenciado por dotes de liderazgo del Gerente.
- () Existe voluntad para gestión de los CLAS en pocos miembros de la comunidad
- () Otro:

III. DEBILIDADES DEL CLAS

Marque las cinco principales debilidades del CLAS colocándolas por puntajes, considerando 05 como la principal debilidad y 01 como la menor debilidad.

- () CLAS es conformado con visión de protagonismo político
- () Escaso conocimiento de normatividad de los CLAS
- () Escasa participación de los miembros del CLAS
- () La población desconoce a los integrantes CLAS y no participa en su elección

- Escasa comunicación entre los miembros del CLAS y hacia la comunidad
- El CLAS se enfoca a comprar cosas, más no a mejorar la atención.
- Escasa autonomía para modificar los estatutos.
- El Gerente toma la mayor cantidad de decisiones importantes
- El Gerente y personal de salud busca autonomía completa sobre sus decisiones, sin supervisión de los miembros del CLAS
- Planificación de las metas de salud son impuestas por los niveles superiores
- Las remuneraciones del personal contratado no son suficientes para satisfacer sus aspiraciones
- Los CLAS no pueden ser fiscalizados por la comunidad y que está sea capaz de revocar los cargos.
- Otro:

IV. OPORTUNIDADES DEL CLAS ANTE LA LEY DE COGESTION

Marque las tres principales oportunidades del CLAS colocándolas por puntajes, considerando 03 como la principal oportunidad y 01 como la menor oportunidad.

- Facilita el Acceso a financiamiento del Estado para mejorar la atención del Centro de Salud
- Permite superar la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos
- Establecer redes de coordinación entre CLAS de la región.
- Estabilidad socio-política del País puede mejorar la gestión de los CLAS
- Apoyo del estado orientado a la participación ciudadana
- Otro:
- Otro:

V. AMENAZAS DEL CLAS ANTE LA LEY DE COGESTION

Marque las tres principales amenazas del CLAS colocándolas por puntajes, considerando 03 como la principal amenaza y 01 como la menor amenaza.

- La modificación de la Ley de Cogestión el año 2007 ha disminución del número de miembros de la comunidad que participan en los CLAS.
- Disminución de ingresos por implementación de políticas públicas como el SIS.
- El nombramiento del personal de los establecimientos limita la capacidad de gestión del CLAS
- No existen sanciones claras para castigar la apropiación ilícita de recursos.
- Aparición de conflictos entre los CLAS y los gremios de Salud.
- Otro:

VI. ¿Cuál cree que es la visión de futuro de los CLAS? ¿Cómo debería ser?

.....
.....
.....

Fuente; Elaboración Propia

2. Marco conceptual

2.1. Glosario de Términos

- **ASOCIACIÓN COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD (ACLAS):** Son órganos de cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, de acuerdo a lo señalado por el Código Civil.¹
- **EFFECTIVO:** Es el atributo que se refiere al logro del resultado o efecto posible.
- **EFFECTIVIDAD:** Grado en el que los servicios recibidos, o que se espera recibir, mejoran la condición de salud, considerando el estado del paciente y el estado de la ciencia y la tecnología.
- **GESTIÓN:** Es la disciplina de organizar y administrar recursos, para una oportuna toma de decisiones de tal manera que se cumplan los objetivos establecidos dentro del alcance, tiempo y costo definidos.
- **MODELO:** Es el marco conceptual de referencia que brinda la imagen ideal de la forma de trabajo y de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que lo componen.
- **MODELO DE GESTIÓN:** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente establecen la forma de conducir, dirigir, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos, dentro de los nuevos escenarios cambiantes.
- **PROCESO:** Un proceso consiste en transformar insumos “entradas” en bienes o servicios “salidas” mediante el uso de recursos físicos, humanos, tecnológicos, etc.
- **SUBPROCESOS:** Un subproceso es parte de un proceso mayor nivel que tiene su propia transformación, entradas y salidas.

¹ Ley 29124: La Cogestión y Participación ciudadana para el primer nivel de atención en los Establecimientos de Salud

- **PROCEDIMIENTOS:** Es el modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos que permiten realizar un trabajo.
- **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD:** El concepto de Participación Comunitaria en Salud está referida a la relación entre la comunidad y los organismos que brindan atención en salud. Esta participación se ha interpretado de manera diversa, en una primera etapa, se entendía como la intervención de la población en proyectos de comunicación social para difundir conceptos de salud y enfermedad, o también como una toma de conciencia para el autocuidado de la salud. Es sólo en años recientes en que el término “participación comunitaria” incide en la intervención directa de los representantes de la comunidad en el planeamiento y la gestión de los programas de salud que operan a nivel local, y por tanto incluye la noción de descentralización de la gestión de los servicios y el “empowerment” (“delegabilidad”) de manera simultánea; esto es, la transferencia de la autoridad administrativa y la toma de decisiones a un nivel regional y/o local con desconcentración efectiva, entendida como el traslado de responsabilidades a niveles locales (Organización Panamericana de la Salud 1998).
- **PARTICIPACIÓN CIUDADANA²:** Es el conjunto de procesos por los que los individuos y las hogares asumen responsabilidades para su propio bienestar y para los de la comunidad, aumentando la capacidad de contribuir al desarrollo propio y de la colectividad. Trabajar para promover la participación ciudadana, coordinar todos los recursos con los que cuenta la comunidad, representa uno de los elementos fundamentales de la atención primaria.
- **PROMOCIÓN DE PARTICIPACIÓN:** Es el proceso de concertación involucrando a todos los actores sociales asignándoles tareas y

² Así lo confirma en su artículo VII la declaración realizada en 1978 por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata.

capacitándolos para promover mejores condiciones de concertación, y cogestión de los servicios públicos.

- **RED DE SALUD** “La Red de Salud es el órgano desconcentrado de la DIRES constituido por un conjunto de establecimientos y servicios de salud, interrelacionados por corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, responsable de: la provisión de servicios de salud de su competencia, asegurando las atenciones prioritarias de salud en función a las necesidades de la población; proponer e implementar políticas, normas y procesos relacionados a la salud. Está encargada de organizar, gestionar y proveer servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, las familias y las comunidades; así como de intervenciones colectivas orientadas al control de los riesgos de la salud, para lo cual se constituye en una institución centrada en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos.
- **MICRORRED DE SALUD:** “La Microrred de Salud es el órgano técnico operativo desconcentrado de la Red de Salud responsable de la organización y gestión de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Está encargada de planificar, organizar, coordinar, dirigir, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar las acciones de salud de su ámbito de responsabilidad, para lo cual dirige los establecimientos de salud de su responsabilidad y gestiona los recursos sanitarios asignados por la red de salud a la cual pertenece; para lo cual se constituye en una institución centrada en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades, priorizando los más vulnerables y excluidos.
- **TRANSPARENCIA:** En el sector público, es el resultado del acceso y del proceso de difusión de información relacionada con el desempeño, objetivos, metas y de impacto de los procesos y de los

mecanismos de la participación ciudadana, para ser conocidos por toda la población.

- VALIDEZ: Término estadístico que se refiere al grado en que el instrumento de medición mide realmente la o las variables que pretende medir.

2.2. LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Hasta hace pocos años la participación comunitaria en el desarrollo económico y social era un tema altamente polémico, objeto de fuertes controversias, fácilmente susceptible de rápidos etiquetamientos ideológicos. Una de sus descalificaciones más frecuentes era considerarla integrante del reino de las «utopías» sin sentido de realidad.

Actualmente se está transformando en un nuevo consenso. Gran parte de los organismos internacionales de mayor peso están adoptando la participación como estrategia de acción en sus declaraciones, proyectos, e incluso en diversos casos están institucionalizándola como política oficial.

Entre ellos, el Banco Mundial publicó en 1996 un libro «maestro» sobre participación. Señala que presenta «la nueva dirección que el Banco está tomando en apoyo de la participación», y resalta que «la gente afectada por intervenciones para el desarrollo debe ser incluida en los procesos de decisión»³.

Ya desde años anteriores el sistema de las Naciones Unidas había integrado la promoción de la participación como un eje de sus programas de cooperación técnica en el campo económico y social. Los informes sobre Desarrollo Humano que viene publicando desde 1990 y que examinan problemas sociales fundamentales del planeta, indican

³ Abusada Salah, R. Cusato Novelli, A. Pastor Vargas, C. Eficiencia del Gasto en el Perú. Instituto Peruano de Economía. Lima 2008.

en todos los casos a la participación como una estrategia imprescindible en el abordaje de los mismos⁴.

Una participación social amplia implica los siguientes aspectos:

- la incorporación de la población en la discusión, decisión, sostenimiento, realización y control de los proyectos para el desarrollo local, especialmente en aquellos en los que, como segmento específico, se encuentren más directamente implicados.
- la incorporación de los pobladores locales en la definición de sus gobiernos locales y en su fiscalización; y
- la realización de estos procesos de manera organizada, o crecientemente organizada, sin implicar desgastes organizacionales ni disipación de capital social.

Pero asimismo, esta participación debe sujetarse a principios democráticos que incluyan a las minorías, es decir, a procedimientos de participación que garanticen que las opiniones mayoritarias no "sometan" a las minorías ni se impongan sobre ellas.

La tolerancia es un concepto que quedaría corto en esta perspectiva, en la medida en que no se trataría de ser tolerante con las opiniones minoritarias sino de incluirlas en un procedimiento que las integre de manera sistemática en los proyectos, como mecanismos sinérgicos de mejoramiento semejante a la retroalimentación.

Participar es un concepto complejo y dinámico que remite más a un proceso que a un estado o a una meta. Por lo que podría hablarse de niveles de participación. Pero también la participación puede ser un medio para una meta, lo cual incluye la formación de líderes en un proceso participativo más complejo que la propia decisión de participar, es decir, se habla en este caso de la autogestión del gobierno, pues la participación puede o es un medio para mejorar y agilizar la eficacia de

⁴ Altobelli, Laura. C, Sovero U., Díaz, A., Estudio de Costo-Eficiencia de las Asociaciones CLAS. Futuras Generaciones Perú, Fundación Milagro y USAID. Septiembre del 2004.

un proyecto, y es un fin en sí mismo en cuanto fortalece la autoestima de la población, al proporcionarles un control sobre los eventos del contexto donde se desenvuelve.

Este tema ligado a la formación de líderes y la autogestión del gobierno ocupa un lugar relevante en las ciencias sociales actualmente, buscando una relación estado – sociedad diferente, donde el individuo deje de ser objeto para trocarse en sujeto, imprimiendo nuevos horizontes sobre cómo construir sociedades democráticas.

En momentos de crisis, cuando se decreta la muerte de las ideologías, el fin de la historia y solo las leyes del mercado se ofrecen como la única opción para alcanzar el desarrollo, el tema que nos toca ha venido a convertirse en una propuesta que posibilita el desarrollo endógeno, en tanto proceso de transformación y apropiación autónoma del entorno y la sociedad que se deriva como resultado de enfrentar y resolver sus contradicciones y conflictos, a través de la intervención consciente de los líderes y el resto de la población en el proceso de autogestión del gobierno.

Según Rayza Portal Moreno y Milena Recio Silva, la génesis de estos procesos son por lo general problemas sociales que afectan directamente a un grupo de personas quienes deciden resolverlos bajo su cuenta y riesgo. Son la expresión de grupos y movimientos surgidos por la inminencia de la necesidad sin el lastre y la inercia de la burocracia.

Existe la opinión que la participación es esencial para un Estado democrático y para el desarrollo sostenible de un país pobre. Según el Nóbel en Economía, Amartya Sen, la libertad de participar y tomar decisiones en forma democrática es esencial para el desarrollo,

necesitando que la gente tenga la libertad de participar y tomar decisiones (Sen, 1999).⁵

Usualmente las organizaciones públicas, cualquiera sea el rubro al que pertenece- y los líderes de las organizaciones sociales promueven el cumplimiento de la obligación del Estado para la generación de mecanismos legales que revaloricen el reconocimiento, ejercicio y promoción del derecho a la salud (17).⁶ El establecimiento de pautas claras y la definición específica de sus derechos permite a la sociedad civil organizada y a la población en general, especialmente los más pobres, reclamar sus derechos y participar en la elaboración de las normas, como en el control y evaluación del cumplimiento gubernamental.⁷

2.2.1. DEFINICIÓN

La definición propuesta de participación es, siguiendo a Martín Tanaka, “todo involucramiento de los ciudadanos en asuntos públicos”. La ventaja que nos ofrece esta definición es tener una actitud flexible para aceptar una diversidad de experiencias ya que encontramos diferentes niveles de lo que se puede entender por asuntos públicos⁸ (68).

Qué es lo que se considera un “asunto público” nos remite a replantearnos conceptos como lo “público” y lo “social”. Siguiendo a

⁵ Tomado de la cita que hace Altobelli, Laura en Participación comunitaria en la salud: La experiencia peruana en los CLAS. En: La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de política. Arroyo, Juan, editor. CIES. Lima.

⁶ Baltazar, F. Aportes al dictamen de la Ley de Cogestión – CLAS. Presentación de la Mesa Temática de Organización de Servicios y Participación Social. 2008.

⁷ Tomado de Campana, Juana Pilar, *et al.* 2005. Informe técnico final de Diagnóstico de Base Participativo de Derechos en Salud. Lima, CARE Perú.

⁸ Tanaka, Martín; Meléndez, Carlos. ¿De qué depende el éxito de las experiencias de participación ciudadana? En: Participación, ciudadanía y democracia. Perspectivas críticas y análisis de experiencias locales. Editora, Patricia Zárate Ardela. Instituto de Experiencias Peruanas -IEP. Lima. 2005.

Hannah Arendt, Pepi Patrón señala que los espacios públicos son espacios comunes instaurados por los seres humanos que “son la condición de posibilidad de la acción y el discurso, de los disensos argumentados y de los consensos”.

Hay que recalcar que la existencia de estos espacios comunes se da en la medida en que existen ciudadanos actuando y que el hecho de que los ciudadanos pueden actuar se da porque hay espacios públicos de acción. La acción política está relacionada en este enfoque, con una idea de libertad, de ciudadanos comprometidos y activos. Por otro lado, la misma autora rescata la definición de “espacio público” de Jürgen Habermas como (26):

“(…) instancias que permiten la participación ciudadana en términos discursivos, como ámbitos que hacen posible un debate racional sobre cuestiones de interés general y que permitan la transformación de opiniones personales – a través de la deliberación – en una genuina opinión pública, capaz de influir en la agenda política del Estado. Una democracia deliberativa así concebida es, entonces, una democracia participativa” (Patrón, 2000: 49).⁹

2.2.2. LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Según la OPS/OMS la participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, tendiente a mejorar la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario¹⁰. (48)

⁹ Castellanos, Themis. Análisis de Experiencias de Participación Ciudadana en Lima Norte. Alternativa, Centro de Investigación Social y Educación Popular. Serie: Ciudadanía y Democracia N° 2, Lima, Perú. Julio, 2003.

¹⁰ Medicus Mundi. Salud Sin Límites. Aportes para la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Unión Europea. 2011

Estas características implican una situación en la que las personas conocen bien el proceso del que están siendo parte (consciente); buscan el logro de resultados concretos (efectiva); constituyen novedad y son creativas en las acciones que realizan (activa); tales acciones tienen un propósito claro y conocido por todos (deliberada); buscan su continuidad y su permanencia (sostenida); se realiza según un plan de trabajo que define las condiciones del quehacer (organizada); su propósito busca el bien común y el cambio en ciertas condiciones específicas (responsable)¹¹. (66)

En el proceso que implica la participación comunitaria es muy importante la organización social que la facilite. Esta debe acompañarse de acciones que promuevan la movilización de las personas y grupos en la comunidad y la educación de las personas que participan para facilitar la toma de conciencia respecto de las condiciones de la realidad que se desea cambiar. La comunidad debe ser sujeto de su propio desarrollo¹² (27).

La participación comunitaria es un proceso colectivo de acción social que surge en diferentes comunidades con diferentes objetivos. Es una experiencia que asume sus propias particularidades según personas, instituciones y países.

Es importante reflexionar que la necesidad de participación, es un acto inherente al ser humano como ser social y, por tanto, es una necesidad que debe ser satisfecha en todos los escenarios sociales en que se

¹¹ Spinelli, Graciela Hilda. La Descentralización y la participación ciudadana en la gestión local. Universidad Nacional de Argentina. 2007

¹² Castillo, Alcira. Torrez Raúl. López Antonieta. La participación Social un Derecho en Salud. San José. Costa Rica. 2003

desenvuelve. La posibilidad de ejercer la participación hace que el ambiente y el quehacer humano sea sano, justo, equitativo, y democrático.

La participación es un ejercicio que brinde a los medios de intervenir en el desarrollo y permite ir creando espacios, para influir en las decisiones que afectan la vida. La base orgánica para lograrla son las agrupaciones humanas que incluyen formas con diferentes niveles de estructuración, ellas suponen una necesidad y una voluntad común formalizada para alcanzar un propósito, conducirse así mismas, y sobre todo, relacionarse con los de afuera y lograr los beneficios. Allí se despliegan de manera orgánica, tácticas y estrategias que conducen a la solución. Se toman decisiones y se generan actividades. Se establecen normas y se conjugan intereses y las personas se ubican frente a frente relacionándose mutuamente.

2.2.3. INICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

El concepto de la participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida cotidiana, una parte esencial de todas las sociedades humanas. Históricamente la participación comunitaria ha pasado por diferentes etapas o enfoques, en dependencia del contexto donde se ha desarrollado¹³. (63)

En la década del 50, estas ideas y conceptos se aplicaron y adoptaron bajo la denominación de animación rural o desarrollo de la comunidad. El enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de la población.² La participación de la gente estaba

¹³ Reyes, Iliana, Sanabria, Gisela, Medina, Zoila *et al.* Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana Salud Pública, Vol.22, Nº 1, ene.-jun.1996.

representada por su capacidad de organizarse y movilizarse en torno a programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional, bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas, innovaciones y las prioridades establecidas por los profesionales de la salud. Muy pronto la operacionalización de este enfoque se encontró con resistencia y dificultades¹⁴.

Según estudios reportados por la OMS, en el 1960, había unos 60 países con programas comunitarios; para 1965 la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer o a ser drásticamente reducidos.

En la década del 70 se afirmó la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad. Muchos proyectos de desarrollo que reconocían la necesidad de colaboración entre el gobierno, sus instituciones y la población reaparecen en el escenario.

En el 1977 los Ministros de Salud de las Américas declararon que la atención primaria constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000". En esa oportunidad se recomendó la participación de la comunidad como uno de los métodos más importantes para extender las coberturas de los servicios de salud a la población; este concepto fue incorporado por la Organización Panamericana de la Salud.

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma-Atá, URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: "el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.

¹⁴ Conterno, Elena. "Evaluación de la Participación Social en el Modelo CLAS". Dirección General de Salud de las Personas, MINSA. 2002.

Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos".³

En el año 1983 se llevó a cabo un estudio de casos que contribuyó a la formulación de los conceptos de la participación comunitaria y sistemas locales de salud. Posteriormente en el 1988, otra serie más extensa de estudios de casos se llevó a cabo bajo los auspicios de la OPS, que fueron diseñados como estudios de factibilidad para evaluar las posibles estrategias para la participación comunitaria.

Durante los años 1988 y 1989, también fueron auspiciados por la OPS una serie de talleres, con el propósito de intercambiar experiencias sobre el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Uno de los elementos fundamentales debatidos en estos talleres fueron los factores que favorecen y los principales obstáculos para introducir la participación comunitaria en salud¹⁵.

Dentro de los principales obstáculos se mencionan: las políticas de salud desfavorables, la centralización excesiva tanto por los gobiernos como por los sistemas de salud, exceso de profesionales de la salud, poco espacio dentro del sistema para el desarrollo de una participación

¹⁵ Frisancho Arroyo, Ariel. La viabilidad de los programas de participación ciudadana en la cogestión local de Salud. El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999). Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). 2005

efectiva, carencia de un concepto claro de participación comunitaria, falta de niveles mínimos de desarrollo y organización de la población, falta de mecanismos apropiados para la participación y falta de voluntad política¹⁶.

No obstante, las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en la salud. La participación se mantiene como un hecho coyuntural, y si bien la gente participa algo más en las acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades, los programas y los servicios de atención.

Al analizar estos factores en el contexto nacional, conocemos que la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos como parte de la propuesta revolucionaria a partir de 1959.

Desde su inicio, el sistema de salud pública ha incluido la participación de la comunidad, y en su evolución histórica se introdujeron modificaciones para fomentar esta participación.

En 1964 se creó el primer policlínico integral, primero de este tipo en el país, que contribuyó al perfeccionamiento de la participación comunitaria, la que continuó perfeccionándose en el 1975 con el comienzo de la medicina comunitaria y la creación de los llamados "consejos de salud del pueblo".

Estos consejos facilitaron la participación conjugada entre el sector salud y los miembros de la comunidad como modalidad participativa.

Este tipo de actividad fue desplazada paulatinamente por el modelo del médico y la enfermera de la familia, introducido en Cuba en 1984,

¹⁶ Ministerio de Salud MINSa - Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG): "Situación del modelo de Administración Compartida". Material de Exposición, Lima, Perú, 2005.

extendido actualmente a todo el país, que tiene como característica peculiar que el equipo de salud reside en el área de atención, para facilitar la identificación de prioridades y la interrelación con la comunidad, teniendo como principio básico la participación activa de la comunidad en acciones de salud¹⁷.

A pesar de estos cambios producidos, hay autores que señalan que las modalidades de participación comunitaria que han prevalecido son la autogestión y la colaborativa.

Por otra parte, cabe señalar que el Ministerio de Salud ha trazado una estrategia de acción que contiene las bases de un nuevo momento de desarrollo sectorial para dar respuestas a los problemas actuales y necesidades acumuladas y emergentes. En la estrategia de acción trazada por el MINSAP, se destaca el fortalecimiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud; todo ello en el marco del fortalecimiento de la atención primaria, otorgando un importante papel a los consejos de salud, instancias intersectoriales de coordinación a nivel nacional, provincial y municipal de reciente creación, así como al movimiento de municipios por la salud.

No siempre hubo claridad sobre los conceptos ni sobre las formas de participación social en los sistemas de salud. Una reseña de sus orígenes en América Latina esclarece algunas de las razones por las cuales hay imprecisiones sobre este concepto por parte de muchas personas hoy en día. Se pueden identificar tres grandes períodos históricos de la “participación social” y su subcomponente de “participación social en la salud” en América Latina. Los dos primeros han sido analizados por Ugalde (1985) en un artículo clásico en el que documentó cómo se llegaron a tener conceptos distorsionados sobre lo

¹⁷ Ministerio de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS): organización y modelo de gestión, el programa de salud local, MINSA, Perú, 1996.

que era la participación social en los programas de desarrollo rural y periurbano en América Latina. El tercer y más reciente período, en contraste, se distingue por el desarrollo y la clarificación de las variaciones en la conceptualización de la participación social, así como por un creciente banco de “lecciones aprendidas” de las diferentes experiencias e iniciativas en participación comunitaria en la salud en América Latina y el mundo.

A) Primer período: la participación como instrumento de cambio cultural y económico de los campesinos en América Latina¹⁸

El primer período a que nos referimos es el de las décadas previas a 1970, durante las cuales se continuó la larga tradición de acción colectiva en mingas, ayllus y otras formas autóctonas de participación, que permitían a la población enfrentar la dura vida agrícola en zonas rurales. Hacia las décadas de 1950 y 1960 se iniciaron los gremios de campesinos en América, con la historia mostrando que los gobiernos no apoyaban estas organizaciones (Ugalde 1985).

En esa época, después de la II Guerra Mundial, los programas con financiamiento externo para estimular el desarrollo socioeconómico en los países del tercer mundo fueron diseñados pensando en los éxitos de la recuperación postguerra en Europa y Japón, que se beneficiaron enormemente del apoyo para la rápida industrialización (o reindustrialización) de sus países. Los esfuerzos para industrializar América Latina no tuvieron el mismo resultado, y se consideró que los valores tradicionales de los campesinos eran uno de los factores principales del fracaso de los programas. “Las décadas de 1950 y 1960

¹⁸ Grompone, Romeo. Posibilidades y Límites de experiencias de promoción de la participación ciudadana en el Perú. Documentos de trabajo 132. Instituto de Estudios Peruanos. 2005

fueron dominadas [...] por retratos del campesino como envuelto en una ‘cultura de pobreza’ ” (Landsberger 1979). Se concluyó que se requería una “modernización” de valores culturales para cambiar las sociedades tradicionales.

Se inició el diseño de la reforma agraria y del desarrollo rural integral, pero pronto se hizo evidente que su costo iba a ser demasiado alto: se tenía que diseñar estrategias más simplificadas y de menor costo para las reformas, incluyendo estrategias de “participación comunitaria”. Es decir, el costo fue menor para el gobierno cuando los beneficiarios de los programas contribuyeron con una parte de la inversión, a través de mano de obra gratuita y de otros tipos de ayuda.

Al final, una evaluación de los programas de desarrollo rural con “participación comunitaria” proveyó evidencias con respecto a que la participación creaba una mayor explotación de los pobres al extraer la mano de obra gratuita, y contribuía a la privación cultural de los pobres y a la violencia política por la remoción de líderes naturales y de las organizaciones de base autóctonas (Ugalde 1985).

B) Segundo período: inicios de la participación comunitaria en la salud

Las experiencias con la participación comunitaria en la salud empezaron en la década de los años sesenta. Entre ellas, son bien conocidas las del Proyecto de Salud Comunitaria de la Universidad del Valle en Cali, Colombia, el Proyecto Chimaltenango en Guatemala, y el Proyecto país de la medicina social comunitaria en Cuba. Panamá tuvo el primer Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud en 1969, con la formación de un comité de salud en cada comunidad, que estableció prioridades y soluciones a problemas. Hubo mucho entusiasmo al

comienzo, pero las demandas de las comunidades, al ser multisectoriales, no podían ser respondidas por el sector salud. Al final los comités de salud volvieron a cumplir funciones administrativas en los establecimientos de salud, olvidando su función como nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad.

Según evaluaciones de programas de salud con participación social en la década de los años setenta, en Colombia (Bruges 1975), México (López-Acuña 1980), Brasil (Somarriba 1980), Honduras (Martin 1981), Bolivia (Crandon 1983), República Dominicana (LeBow et al. 1983), Costa Rica (Jaramillo 1983), Guatemala (Paul y Demarest 1984), Panamá (Tuñón sf) y Perú (Muller 1979) ningún país tuvo éxito en el área de la participación comunitaria. La excepción fue Cuba, que la tuvo legalizada y reglamentada (Ugalde 1985).

Las razones de los fracasos variaron según cada situación, pero mayormente estuvieron relacionadas con la falta de capacidad de respuesta de las autoridades a las necesidades identificadas por la comunidad o con la continuación de las actitudes del personal de salud que impedía una participación verdadera en la toma de decisiones, en la programación de actividades y en la evaluación. Otras razones incluían el reemplazo de los sistemas sociales tradicionales por la introducción de nuevas formas externas de organización comunal como los comités de salud. En fin, se concluyó que los expertos en salud pública y antropología médica mantuvieron algunas presunciones falsas con respecto a la promoción de la participación comunitaria en salud. El primer supuesto erróneo fue que los valores tradicionales de los pobres eran el principal impedimento al mejoramiento de la salud; y el segundo, la idea de que las poblaciones tradicionales no podían organizarse (Ugalde 1985).

David Werner sobre la base de visitas a casi cuarenta programas de salud en América Latina, escribió: “Se ha dicho a menudo, en el trabajo comunitario de salud, que las modificaciones que requieren cambios de actitud o en la forma tradicional de hacer las cosas son aquéllas que son logradas más lentamente y que requieren más tiempo y paciencia. Usualmente, tales aseveraciones son hechas en referencia a los campesinos o aquéllos con menor nivel educativo; pero, como pueden atestar muchos pioneros de las alternativas de la atención de la salud, frecuentemente las actitudes y métodos tradicionales más difíciles de cambiar no son los de los campesinos, sino los de los profesionales. (Werner 1980)”

C) Alma Ata

Mientras varios países experimentaron con la participación comunitaria en salud, la Organización Mundial de la Salud, bajo el liderazgo del Dr. Halfden Mahler y con el apoyo de los Drs. Carl E. Taylor y David Tejada de Rivero, formalizó a nivel internacional la Atención Primaria de Salud (APS), a través de la famosa Declaración de Alma Ata, consensuada en una conferencia internacional en la ciudad del mismo nombre en Kazakhstan, Rusia (OMS 1978)¹⁹. (15)

La participación de la comunidad fue uno de los tres principios básicos o pilares de la estrategia de la APS, siendo los otros dos la infraestructura de servicios periféricos cercana a la población y la cooperación intersectorial.

¹⁹ Arroyo, Juan. La Salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de política. CIES. Lima, Perú. 2002

2.2.4. RAZONES PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN

La participación ciudadana según la CEPAL refuerza la toma de conciencia de los beneficiarios sobre sus derechos, exigiendo éstos al Estado el cumplimiento de sus obligaciones y supone una mayor interlocución de los beneficiarios. La participación ciudadana resulta siendo un importante aprendizaje social para los grupos más pobres, que permite ir revirtiendo el círculo vicioso -creado por la falta de poder y la falta de recursos – hacia un círculo virtuoso que relaciona positivamente un mayor empoderamiento con una mayor capacidad para exigir bienes y servicios y mayor transparencia en la rendición de cuentas de la actividad pública, limitando las deficiencias en la gestión en las organizaciones gubernamentales y comunales²⁰. (17)

Existen muchas razones para fomentar la participación ciudadana. Razones como la pobreza y la exclusión social. La primera impide a los ciudadanos participar debidamente de los beneficios del desarrollo, vale decir, gozar de un estándar y una calidad de vida que debieran garantizarse de acuerdo al nivel de progreso y bienestar medios de una sociedad. La carencia de ciudadanía, asociada a la pobreza, 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.

Si tanto la pobreza como las carencias en lo que respecta a la titularidad de derechos se relacionan con el acceso limitado a los recursos productivos y con la escasa participación en las instituciones sociales y

²⁰ Baltazar, F. Aportes al dictamen de la Ley de Cogestión – CLAS. Presentación de la Mesa Temática de Organización de Servicios y Participación Social. 2008.

políticas, las demandas en el campo de la ciudadanía son también demandas de recursos que permitan superar la pobreza. Como reconocimiento de derechos exigibles, la asignación de los recursos es responsabilidad del Estado y de la sociedad.

Por otro lado, la exclusión en salud es la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan (Leivcovitz, 2003). Se caracteriza por la falta de membresía o pertenencia a una red social, a un grupo o a una institución., asociada a la inequidad, - existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades- (Whitehead, 1992).

Es relevante el conocimiento de las causas de exclusión en salud en el diseño de mejores formas de participación y por ende de mejores niveles de representación, representatividad y representabilidad, como características claves de una conformación más participativa. Según Leivcovitz y Acuña (2003) las causas de la exclusión en salud se puede agrupar en siete ejes: (1) barreras económicas; (2) barreras geográficas; (3) barreras culturales; (4) déficit de infraestructura de los servicios de salud; (5) deficiente calidad de prestación de los servicios de salud; (6) insuficiente información y reconocimiento de los derechos en salud y la vida; (7) fragmentación y segmentación del sistema de salud.

Para intervenir en la reversión de la pobreza y la exclusión en salud, no sólo es importante la acción social, sino la capacidad de respuesta del sistema de salud, de tal manera que se atiendan las necesidades – percibidas y no percibidas– de salud de las personas.

La participación es una idea polisémica en el mundo contemporáneo. Se habla de participación política, económica, empresarial, gremial y muchas más (Iturraspe, 1986). Pero participación no significaba lo mismo al inicio de los años sesenta o durante los años de las dictaduras que en la actualidad. En esta polisemia de la participación se cuelan diversos y, en momentos, opuestos intereses políticos. Pero sus múltiples significados tienen una fuerza que se impone cada vez más en el mundo como parte de un movimiento renovador y, quizá, democratizador de los programas de salud. (19)

En el caso de las endemias la participación ha tenido una importancia cada vez mayor, pues las endemias son fenómenos colectivos que afectan a gran cantidad de la población, por lo tanto cualquier política de control requiere de la cooperación de las personas en riesgo (Service, 1993). Esta cooperación era menos necesaria cuando los programas funcionaban de una manera vertical, se trataba de poblaciones rurales dispersas, y los grupos en riesgo estaban integrados en su mayoría por personas analfabetas y con muy poca consciencia de sus derechos políticos (Dias, 1986)²¹.

Pero esa situación cambió. Por una parte el proceso de transformación de la producción agraria y la migración rural-urbana modificaron el patrón de las endemias. Por la otra, la educación y los movimientos democráticos transformaron a la población que padecía dichas enfermedades (Gabaldón, 1969). Ambos procesos han obligado a pensar el control de una manera distinta. En parte por una consciencia democrática diferente, en parte por un reconocimiento de la incapacidad que existe de ejecutar los programas como antes se hacía, y donde la

²¹ Briceño León. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Laboratorio de Ciencias Sociales, Universidad Central de Venezuela. 1998

participación de las personas era un adorno, más o menos importante, pero adorno en fin (Briceño-León, 1993).

La idea de participación ha sufrido muchos cambios en los últimos cuarenta años, y estas mutaciones dan cuenta de las transformaciones que se han dado a lo interno del Estado y en sus relaciones con la sociedad civil. Las endemias siempre fueron un asunto público y del cual debía ocuparse el Estado; no sucedía lo mismo con la atención médica personal. Esta situación se modificó en el continente a partir de la idea del Estado benefactor, y la atención médica pasó a formar parte de las responsabilidades del Estado, restándole importancia a las endemias y otros aspectos preventivos de la salud pública (Maingon, 1990). Este proceso, que se inicia entre las guerras mundiales, adquiere su gran fuerza con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, y forma parte del impacto político que tuvieron el pensamiento socialista europeo y la revolución rusa con su idea de la planificación centralizada y del amplio poder del Estado. Es ese el contexto en el cual creemos que es posible ubicar las raíces de la idea de participación en el sentido contemporáneo.

Durante la primera mitad del siglo, uno encontraba múltiples formas de participación de las personas, desde los distribuidores voluntarios de quinina hasta la construcción de las viviendas por las personas o la atención comunitaria de pacientes, pero eso era entendido como la acción normal de las personas ante el riesgo y la enfermedad, y no como participación, pues esta idea, tal y como en la actualidad la entendemos, sólo surge como una reacción ante la fuerte presencia del Estado en el área de salud.

Cuatro momentos o tendencias podemos establecer para el concepto de participación comunitaria en la segunda mitad del siglo. Estas

modalidades corresponden a distintos momentos políticos cuyo contexto intentaremos brevemente formular, para poder entender lo que hacemos o hemos hecho y para iniciar un debate que considero fundamental para el futuro de la idea y de las acciones de salud en el continente.

La participación ciudadana, entendida como un mecanismo central para fomentar mejores niveles de ciudadanía y democracia en una sociedad moderna, debe garantizar el cumplimiento de tres características mínimas: representación, representatividad y representabilidad.

a. Representación

Se vincula con la idea de responsabilidad: quien ha sido elegido tiene que dar cuentas de su gestión, tanto respecto del cumplimiento de las propuestas y del programa por los que fue elegido, como para explicar las razones por las que tuvo que tomar un conjunto de decisiones que se distanciaron de lo que eran sus finalidades e intenciones proclamadas en el momento en que ingresaba en una situación de competencia política.

b. Representatividad

Noción que postula que el elegido sea, de alguna manera, una suerte de símil existencial de aquel que le confirió su cargo político, que representante y representado se parezcan, que compartan –hasta donde puedan- las mismas características (Grompone, 2005) (45) o intereses agregados, implica la existencia de actores sociales de los que los agentes políticos sean los instrumentos, los representantes (Touraine, 2003).

Para que haya representatividad, es preciso que exista una fuerte agregación de las demandas provenientes de individuos y de sectores de la vida social muy diversos (Touraine, 2003), y que las categorías

sociales sean capaces de organización autónoma en el nivel mismo de la vida social. La representatividad supone también que las mismas demandas sociales se pretendan representables.

c. Representabilidad

Nivel en que se aceptan las reglas de juego político y la decisión de la mayoría (Touraine, 2003).

2.2.5. PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD

Hay un consenso bastante avanzado y creciente en la literatura internacional con respecto a que es esencial la participación de la ciudadanía en el tema de la salud. Sin embargo, esto se manifiesta desde por lo menos dos puntos de vista muy distintos. En primer lugar, existe la opinión de que la participación es esencial para un Estado democrático y para el desarrollo sostenible de un país pobre. En cuanto a esta conceptualización, el ganador del Nobel en Economía, Amartya Sen, asevera que la libertad para participar y tomar decisiones en forma democrática es esencial para el desarrollo. Como contraparte necesaria, el premiado afirma que es necesario avanzar en el desarrollo (y en el crecimiento de las capacidades de las personas) para que la gente tenga la libertad de participar y tomar decisiones (Sen 1999).

Durante los veinticinco años posteriores a la Conferencia de Alma Ata en 1978, en la que se formalizó el concepto de participación social en salud, ha habido un nutrido debate sobre la definición de “participación” y la mejor forma de promoverla. Dicho debate dio como resultado, recientemente, una aceptación generalizada de su importancia y de su inclusión en el discurso general de la salud pública. Aunque la mayoría de peruanos no lo sabe, el Perú es uno de los pocos países en el mundo

que tiene un programa gubernamental de salud con participación comunitaria legalizada, regulada e institucionalizada.²²

La Declaración de Alma Ata como uno de los hitos mayores para la salud pública en el siglo XX. Hasta ese momento, la tendencia de los países pobres había sido replicar el sistema de salud de los países industrializados con sus grandes hospitales, tecnología avanzada y médicos especializados.

A partir de Alma Ata, hubo un nuevo enfoque sobre las necesidades básicas de salud y sobre la prevención de enfermedades en lugar de la atención recuperativa centrada en hospitales. Fue una estrategia nueva de desarrollo integral de las comunidades para fines de salud y desarrollo, que contemplaba, además, los principios de equidad, inclusión de los pobres, prevención, promoción y, sobre todo, participación social. Para entender las causas de los principales riesgos de salud se requiere que el concepto de la APS se extienda más allá del sector salud para incorporar a “todos los sectores y aspectos de desarrollo nacional y comunitario”, “exigiendo los esfuerzos coordinados de todos esos factores”.

La importancia de la APS descansa en el hecho de que el 80% de los problemas de salud se pueden prevenir y/o resolver en el primer nivel de atención.

El éxito de la propuesta para la estrategia APS fue evidenciado por la firma de la Declaración por parte de cien países en el lapso de un año. Los componentes mínimos de la APS están listados en el cuadro 01:

²² Castillo, Alcira. Torrez Raúl. López Antonieta. La participación Social un Derecho en Salud. San José. Costa Rica. 2003

CUADRO 01
COMPONENTES MÍNIMOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN
LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA 1978

- Educación sobre los problemas de salud y su prevención y control.
- Seguridad Alimentara y adecuada nutrición
- Agua y Saneamiento básico
- Salud materno-infantil incluyendo la planificación familiar
- Inmunización
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales
- Tratamiento adecuado de enfermedades comunes y accidentes.
- Provisión de medicinas esenciales.
- Medicina Tradicional.

Fuente: Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria de Salud, 1978

Un año después de la Declaración de Alma Ata, algunos grupos de académicos y expertos empezaron a analizar a la APS comprensiva con todos sus componentes y la vieron como una estrategia muy cara para muchos países, considerando las inversiones necesarias para implementar todos los componentes en zonas donde se había realizado poca inversión hasta el momento. En 1979 se publicó un artículo que criticaba a la APS en ese sentido y se ofreció una contrapropuesta para aplicar cuatro intervenciones específicas con el fin de reducir la mortalidad infantil (Walsh y Warren 1979).

Los autores argumentaron que las cuatro intervenciones escogidas, incluyendo el monitoreo de crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones, fueron las más costo/efectivas y que los países deberían enfocar sus escasos recursos en estos programas para lograr las metas vinculadas con la reducción de la mortalidad infantil.

Esta propuesta desató una polémica internacional entre aquellas personas a favor de la APS comprensiva con enfoque de “salud integral”,

en su sentido de desarrollo comunal, y aquéllas a favor de la contrapropuesta de la APS “selectiva”. Llamando a un encuentro entre los dos campos de batalla, Taylor y Jolly (1988) explicaron que el documento original de Alma Ata no requería explícitamente que todos los componentes estuvieran incluidos en la APS, sino que, refiriéndose a la Declaración original: “El programa nacional [...] podría empezar sólo con un número limitado de componentes de atención primaria de salud, con el proviso de que los otros componentes sean agregados con el tiempo. El aspecto esencial es que debería extenderse progresivamente, tanto en cobertura geográfica como en contenido, hasta que cubra a toda la población y a todos sus componentes esenciales.” (OMS 1978: 74).

Al final, muchos países optaron por la estrategia acortada de APS selectiva, debido a las siguientes razones:

Primero, la capacidad gerencial y operativa de los sistemas de salud de ese entonces (décadas de 1970 y 1980) era muy débil y la APS selectiva se presentó como una estrategia más factible de ejecutar. La atención primaria de salud era nueva y no existían los suficientes recursos humanos ni la infraestructura física instalada para atender a las comunidades con un programa integral.

Segundo, los presupuestos nacionales en salud estaban muy ligados a los servicios hospitalarios y hubo poca posibilidad de desviar los escasos recursos al primer nivel de atención, para costear una estrategia integral.

Tercero, la APS selectiva fue apoyada por las agencias internacionales de apoyo técnico-financiero, en especial la UNICEF y las bilaterales. La APS selectiva claramente fue la estrategia utilizada por el Perú a través del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y del Programa Nacional de Inmunizaciones, implementados desde 1979.

Cada programa tuvo sistemas centralizados de planificación, adquisiciones, información, capacitación, supervisión y evaluación. Si bien cada programa vertical tuvo su partida presupuestal para “participación comunitaria”, en la realidad no era posible un rol integral de la comunidad. Por ende, esta partida fue implementada en forma fragmentada y vertical, lejos del concepto de Alma Ata sobre la participación comunitaria en el desarrollo integral de salud de la comunidad.

2.2.6. LO QUE SE ESPERA DE LA PARTICIPACIÓN

Una síntesis de lo que pretenden los promotores de la participación se refleja en el siguiente enunciado: “a través de todo este montaje de mecanismos de participación, se esperan mucho beneficios para la democracia: mejorar la calidad de las decisiones públicas y de los servicios, superar las carencias y debilidades del sistema de partidos políticos que porta la sospecha, evitar la politización de las decisiones públicas, colaborar a reducir el tamaño del Estado, incrementar su eficacia, reducir sus costos y vigilar la adecuada utilización de los fondos públicos ante la sospecha de corrupción o perpetuación en el poder; se espera que la participación ciudadana produzca nuevos vínculos entre la sociedad y el Estado, insuficientemente producidos por la representación política”. Lógicamente, entre estas expectativas y la práctica concreta de la participación ciudadana aún existe mucho trecho, punto que retomaremos posteriormente²³.

²³ Díaz, Palacios J. Participación ciudadana en los procesos de Descentralización en el Perú. Programa CAPACIDES. 2010

2.2.7. GRADO DE PARTICIPACIÓN

Ferrer Herrera (2001) han establecido 3 grados de participación (39):

1. Utilización: Uso de los servicios institucionales de salud por parte de la comunidad, sin que sus miembros proporcionen un insumo directo o realimenten su diseño o aplicación. No entraña participación auténtica, pero es requisito esencial para que se produzca la participación.
2. Cooperación: Cooperación de la comunidad con iniciativas de salud planteadas por algún organismo o institución "externa". La cooperación comunitaria puede incluir no sólo trabajo, fondos o materiales aprobados, sino también asistencia para llevar a cabo planes y programas que hayan sido desarrollados por dicho organismo o institución.
3. Intervención en la adopción de decisiones: Participación comunitaria en la planificación, administración y ejecución de actividades y programas de salud. Aparece cierto grado de compromiso de la comunidad en cuanto a la aceptación de su responsabilidad en la determinación de problemas vinculados con la salud y en el desarrollo y aplicación de soluciones.

2.2.8. NIVELES DE PARTICIPACIÓN (35)

- EN LA INFORMACION

“Es la disposición de información oportuna sobre el tejido público social de la comunidad local, regional o nacional, y por supuesto también supranacional “, Se refiere al conocimiento que la población tiene acerca de su realidad, la forma como gobierna y las gestiones realizadas.

- **EN LA CONSULTA**

“Es el Conjunto de posibilidades y oportunidades institucionales o de naturaleza intencional-voluntaria con que cuenta la ciudadanía, para que sea vitalizadas sus opiniones sobre todas aquellas decisiones que afecten directa o indirectamente en su destino social.” ()

Este nivel, si bien es cierto no obliga legalmente a las autoridades a actuar según la opinión de la gente, pero si puede convertirse en un potencial fuente de legitimación social de la gestión pública, en la medida en que las decisiones sean producidas en atención a la búsqueda del bien público, y no en función exclusiva de los intereses particulares. ()

- **EN LA DECISION**

Es el conjunto de posibilidades y oportunidades para participar en la formación final de la voluntad que terminará un curso reacción específico. Generalmente, y en condiciones idóneas de funcionamiento del sistema de representación, ese nivel de profundidad lo debería ejercer la autoridad, previa información y consulta a los ciudadanos afectados.

- **EN EL CONTROL**

“Es el conjunto de posibilidades y oportunidades de la población para ejercer acciones de fiscalización social sobre la gestión pública”

- **EN LA EJECUCION**

“Es el ámbito de profanidad que merece un delicado análisis ya que si proviene de un proceso de formación de voluntad concertado, mediante los niveles anteriores, es entonces, un salto cualitativo importante en la plenitud de la participación”

2.3. LAS REFORMAS EN EL SISTEMA DE SALUD Y LOS CLAS

2.3.1. LAS REFORMAS DE SALUD ORIENTADAS A PARTICIPACIÓN

Actualmente, muchos países en todo el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Estas reformas, si bien difieren de acuerdo con las características del país, comparten muchas de sus políticas, y una de éstas es la promoción de la participación social en salud. Con todo, esta política no es una iniciativa nueva en lo que a organización de los servicios de salud se refiere. 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 permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios. No obstante, para que exista algún tipo de implicación de la población con los servicios, deben confluír diversos factores, tanto relativos a los servicios como a la población. A pesar de que los marcos teóricos que han sustentado la participación social a lo largo del desarrollo de los sistemas de salud difieren considerablemente, su puesta en práctica ha compartido muchos elementos comunes en todas las épocas, desde la participación como medio para obtener unos objetivos, a ser un fin en sí misma, como proceso democrático. Esto es también aplicable a la promoción actual de las políticas de participación social en el contexto de las reformas, que se analizan fundamentalmente a partir de los ejemplos de Colombia y Brasil.²⁴

La reforma del sector Salud en el Perú empezó en el año 1991 con la implementación de reformas liberales, aunque sin el impulso encontrado en otros sectores. En un principio, las políticas implementadas fueron

²⁴ Vásquez, M.L. Siqueira, E. Silva, A. Leite, I.C. Los procesos de reforma y participación social en salud en América Latina. Consorcio Hospitalario de Cataluña. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Brasil. 2000

aisladas, pues no resultaron del consenso con la sociedad civil (Ewig, 2000) y no se aplicaron sobre la base de un diseño de mediano o largo plazo.²⁵

Durante la segunda mitad de esa década se puso en marcha una iniciativa de desconcentración que constituye la base de la actual Dirección de Salud (DISA) descentralizada (también conocida ahora como DIRESA en las regiones). En el decenio de 1990, las DISA de Lima y el Callao se volvieron a centralizar en el MINSA ²⁶

Una vez estabilizada la economía en 1993 se introdujeron una serie de reformas:

- Fortalecimiento de la atención primaria mediante el desarrollo de un paquete básico de servicios prestado por el Programa Salud Básica para Todos (PSBT) (1994).
- Formación de establecimientos de atención primaria con administración compartida con la comunidad (Comités Locales de Administración de la Salud, CLAS) (1994).
- Establecimiento de un sistema de rondas rurales (es decir, visitas externas de equipos locales itinerantes de trabajo extramural de salud, ELITES) (1998).
- Reorganización de EsSalud, principalmente mediante la incorporación de entidades prestadoras de salud (EPS) privadas para gestionar parte de su capa simple o plan básico (1997). Además, se creó una Superintendencia de EPS (SEPS) para supervisar a las empresas privadas bajo el esquema de EPS.

²⁵ Vidal, Córdova E. La participación Comunitaria en Salud: Experiencia en el distrito de San Martín de Porres. Investigaciones Sociales 1999.

²⁶ Alvarado, Betty. "Focalización de los recursos públicos en salud". En La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Juan Arroyo, editor, Lima: Consorcio Investigación Económica y Social, 2002

- Creación de un Seguro Escolar Gratuito (1997) y un Seguro Materno Infantil (1998).

A partir de 2002 el proceso de descentralización recibió un nuevo impulso, pero el MINSA todavía tiene que reorganizarse para acompañarlo. Una de las medidas más importantes ha sido el intento por unificar los programas verticales. La anterior administración hizo bien en concentrar sus iniciativas en la mejora de la cobertura materna-perinatal reduciendo las barreras económicas al acceso mediante: ²⁷

- La creación de un Seguro Integral de Salud (SIS), resultado de la fusión del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, que proporciona un incentivo adicional para ampliar la cobertura de los partos en establecimientos de salud.
- La incorporación de los acuerdos de gestión como herramientas de supervisión de la gestión de entidades regionales de salud desde el MINSA.

Una de las reformas con claro enfoque de participación fue la creación de los Comité Local de Administración de Salud (CLAS). Estas entidades, en las que se incorpora la comunidad representada por sus líderes, se encargan del manejo administrativo y financiero de los establecimientos de salud del nivel básico, reservándose al Ministerio de Salud la función normativa y de supervisión del programa, así como el financiamiento del mismo.

²⁷ Ortiz de Zevallos, G. La Económica política de las reformas institucionales en el Perú: casos de educación, salud y pensiones.2009

Este caso comprueba una de las hipótesis de trabajo: una reforma tiene más probabilidades de éxito cuando durante su proceso de implementación se modifica el balance de poder mediante la creación de nuevos grupos de interés favorables a la reforma (*stakeholders*).

Como se demostrará, los usuarios de los CLAS, así como sus líderes y la comunidad donde se encuentran, se han constituido durante el proceso de ejecución de la reforma en un conjunto claro de ganadores que tienen un interés concreto en que la reforma se continúe ejecutando y no sea revertida.

Sin embargo, estas políticas aplicadas no han logrado los resultados esperados. En efecto, se logró incrementar la oferta de los servicios de salud (principalmente de atención primaria mediante la creación de los centros y puestos de salud), se mejoraron muchos indicadores habituales (como la reducción de la tasa de mortalidad infantil y la tasa de desnutrición crónica o el incremento de la esperanza de vida de la población peruana); pero, en contraste, no se logró un sistema eficiente, equitativo y de calidad (Alcázar et al., 2000; Arroyo, 2000a; Cruz, 2000; Francke, 2001; Pollarolo, 2000).²⁸

De esta manera, para mayor detalle, las principales limitaciones (eficiencia y equidad) se analizan en las siguientes secciones. La eficiencia se analiza desde el punto de vista del financiamiento, ya que mucha de la literatura peruana se ha concentrado en ello. Otra política implementada, y complementaria al sector Salud, es la liberalización del mercado de medicamentos (Pollarolo, 2000). En Vargas (2002) se encuentra un análisis detallado del marco regulatorio adaptado a

²⁸ CIES. La investigación económica y social en el Perú. Capítulo Salud. 2004

principios de los años noventa y las características actuales de dicho sector en el Perú.

Finalmente, Francke (2002) compila diversas publicaciones que analizan ciertos problemas específicos con el objetivo de generar propuestas de política para el sector. Así, Arroyo (2001) y Johnson (2001) proponen una reforma técnico-gerencial del sistema de salud, la cual sería complementada con la descentralización del sector, tema abordado por Ugarte (2001), para lograr que el sistema llegue a las poblaciones locales. (41)

Otros autores, como Guzmán (2003), proponen un nuevo modelo de seguridad social a través de una reforma integral del sistema de salud; en tanto que Aliaga (2003) analiza y propone políticas para un tema apenas estudiado, como la promoción de la salud, incorporando un nuevo modelo que no sólo implica la información y educación desde un paradigma biomédico sino que se complementa con un enfoque de derechos humanos, otorgándole poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud.

Sin embargo, para lograr el éxito de la reforma no basta con la generación de grupos de interés, pues los reformadores tienen que optar por estrategias que aprovechen o neutralicen el contexto en el que se ejecuta la reforma. En este caso, es también pertinente utilizar la hipótesis de vinculación en su forma negativa: los grupos opositores asocian la reforma con otras reformas o hechos políticos que son percibidos como negativos para la opinión pública en general o para grupos específicos.

2.3.2. EL MODELO CLAS ²⁹

Efectivamente, CLAS tiene componentes de un modelo de financiamiento y también de un modelo de prestación de servicios. Al decir, “no es estrictamente” un modelo de financiamiento ni es “estrictamente un modelo de prestación de servicios” no excluye, mecanismos de operación financiera ni procesos propios de la administración de unidades prestadoras de servicios (Puestos y Centros de Salud).

Pero el ámbito de CLAS es la gestión de la prestación de servicios a escala local. Siendo CLAS un modelo innovador, una de las razones de su innovación es la articulación simultánea de nuevos mecanismos de financiamiento, nuevas formas de gestionar servicios en el ámbito local y nuevas formas de atender la salud; y no solamente el aporte de nuevos mecanismos separados entre sí.

Las características del modelo de gestión CLAS son:

1. Descentralización. Capacidad de decisión en el nivel local. Relación entre dos personas jurídicas de distinta naturaleza jurídica. Relación contractual Estado-CLAS.
2. Participación Comunitaria, en la administración, rendición de cuentas, monitoreo social de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios.
3. Manejo de recursos públicos bajo normatividad aplicable al campo privado.

Supera la rigidez y la burocratización en la administración de recursos públicos otorgándole tanto oportunidad y fluidez cuanto seguridad jurídica al uso de los mismos.

²⁹ Díaz, Romero R. CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de salud. Perú: Sociedad Civil en Salud; 2001 Disponible en:
http://www.forosalud.org.pe/clas_descentralizar_servicios_de_salud.pdf

4. Planificación local concertada, que supera la planificación vertical o simplemente la asignación de metas de salud desde el nivel superior, nacional o regional. Responde a un diagnóstico de salud más certero hecho en el nivel local con los agentes locales de salud.

En mayo de 1994 el gobierno creó el Programa de Administración Compartida (PAC), que dio vida a los Comités Locales de Administración de Salud - CLAS. Más adelante, en 1997, con el fin de armonizar las actividades con relación a la ejecución del Programa de Administración Compartida, se promulgó una Resolución Ministerial, a través de la cual se creó el Comité Permanente de Coordinación y Apoyo al Programa de Administración Compartida (COPAC). Estas son todas las normas que existen sobre este programa. Como puede observarse, estas normas requieren únicamente de la aprobación del Presidente de la República y del Ministro de Salud. El tema no pasó ni por el Consejo de Ministros ni por el Congreso.³⁰

El objetivo de los CLAS era ampliar la cobertura y mejorar la eficiencia de los servicios que brindan los centros y puestos de salud de nivel básico de atención, priorizando las zonas de pobreza crítica, a través de la participación comunal. Asimismo, el programa buscaba: reactivar los establecimientos, desarrollando la infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios; adecuar los servicios de salud a las reales necesidades de la población; y descentralizar capacidades de decisión.

³⁰ Alvarado, Betty. "Focalización de los recursos públicos en salud". En La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Juan Arroyo, editor, Lima: Consorcio Investigación Económica y Social, 2002

El Ministerio de Salud, en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud, promueve la conformación de los CLAS. El CLAS se constituye como una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado, responsable de la administración de uno (o más) establecimientos de salud del nivel básico de atención. Está constituido por un número impar de miembros, con un máximo de siete, incluyendo al jefe del establecimiento quien es miembro nato. Los demás son nominados en igual número por la comunidad y por la autoridad de salud correspondiente. El jefe del establecimiento, apoyado por el equipo del Ministerio y del Director Regional o Subregional, convoca a la población a participar en la administración del establecimiento, para que se inscriban candidatos. La población en asamblea pública elige a sus líderes, los que pasarán a formar parte de la directiva. Los otros miembros son propuestos por el jefe del establecimiento a la Dirección Regional o Subregional de salud.

El Ministerio de Salud, a través del Director Regional o Subregional de salud, según corresponda, suscribe contratos de administración compartida con los CLAS, los que contienen el Programa de Salud Local. Los contratos establecen derechos y obligaciones recíprocas y rigen por tres años, siendo renovables por un período similar. Los contratos pueden dejarse sin efecto durante su vigencia por incumplimiento de las obligaciones contractuales.

Dentro de ese programa, el Ministerio de Salud asume las siguientes responsabilidades: proporciona infraestructura física, mobiliario, equipos, medicamentos, insumos y cobertura de plazas necesarias; formula con la comunidad el Programa de Salud Local; supervisa y evalúa el cumplimiento de las actividades de salud programadas; y controla el uso de los recursos proporcionados, así como los que se obtengan por acción comunitaria.

El CLAS se responsabiliza de administrar los recursos humanos, financieros, bienes materiales, equipos y otros asignados; establecer las condiciones de gratuidad para la provisión del servicio y la escala de tarifas aplicables a la prestación de los servicios en función de las características socioeconómicas del ámbito y de los individuos; velar por la adecuada ejecución del Programa de Salud Local y rendir cuentas de sus avances; disponer de los ingresos provenientes de la prestación de los servicios, así como los originados por acciones complementarias efectuadas y por donaciones y legados, para el funcionamiento del establecimiento, el incremento de remuneraciones, la contratación de personal adicional, la mejora y mantenimiento de la infraestructura física, equipo y mobiliario, y otros gastos que permitan la utilización del Programa de Salud Local, y dar mantenimiento adecuado a la infraestructura y equipo. Asimismo, el CLAS es responsable de llevar a cabo el Censo Comunal de Salud, el que tiene por objetivo obtener información sobre el estado de salud de la comunidad y sus condiciones socioeconómicas para la aplicación de tarifas.³¹

Se estableció que el CLAS se financiaría a través del Programa de Salud Básica para Todos (antes Programa de Focalización), que asume el pago del personal y los gastos por bienes y servicios. Estos fondos se transfieren directamente de la sede central a cada uno de los CLAS, lo cual permite manejar información presupuestal desde este nivel.

De otro lado, el Fondo de Compensación y Desarrollo (FONCODES) asumió el financiamiento de la mejora de la infraestructura y equipamiento. Bajo este mecanismo, el CLAS se presenta a

³¹A Ivarado, Betty. "Focalización de los recursos públicos en salud". En La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Juan Arroyo, editor, Lima: Consorcio Investigación Económica y Social, 2002

FONCODES solicitando se financie su proyecto, el cual debe cumplir con todos los requisitos establecidos por esta entidad. Asimismo, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud (Digemid) se encargan de la provisión de medicinas. Finalmente, el CLAS dispone de recursos generados por el establecimiento y donaciones.

El Programa de Administración Compartida intentaba cambiar la forma como el Gobierno se relacionaba con la comunidad mediante la gestión de establecimientos de atención primaria a través del modelo CLAS. Este modelo desarrolla la posibilidad de financiar centros de asistencia primaria organizados bajo un esquema de gestión cuasi privado en el que participa la comunidad. El número de centros y puestos de salud que operan según el modelo CLAS se incrementó de 432 en 1994 (8 por ciento de los centros y puestos de salud del MINSA) a 1.927 en 2002 (23 por ciento de los centros y puestos de salud del MINSA). La tasa de crecimiento se redujo: pasó de 45 por ciento en 1998 y 2000 a solo 3 por ciento en 2004. Los CLAS tienen una distribución geográfica similar a la de los establecimientos tradicionales: cubren distritos pobres y menos pobres y están ubicados en zonas urbanas y rurales. El modelo tiene tres características básicas que lo diferencian de un establecimiento tradicional³²:

- Combina la supervisión por la Asociación formada por seis representantes de la comunidad con la del gerente del establecimiento.
- Su estatus de organización privada sin fines de lucro dirigida por comunidades le permitía gestionar libremente y mantener sus fondos en el establecimiento, lo que atraía a los pacientes. La elección del

³² Bardález del Águila C. Modelo de Gestión Local de Servicios de Salud. Perú: PRAES; 2007.

consumidor actúa como otro mecanismo de rendición de cuentas que influye en el comportamiento de los CLAS.

- La Asociación aprueba un Plan de Salud Local anual junto con la comunidad. La Asociación y los miembros del Consejo a cargo de la supervisión suelen estar mejor informados sobre lo que ocurre en el establecimiento que los supervisores de las redes o las DISA, y por lo general estaban más motivados para supervisar el establecimiento. Los CLAS firman dos acuerdos o contratos: uno por tres años para gestionar los insumos, incluyendo los recursos humanos y la infraestructura, y otro por un año para gestionar los servicios que ofrece de acuerdo con el Plan Local de Salud.
- El Gerente es supervisado directamente por el Consejo de Administración y la Asociación, a los que tiene que rendir cuentas por su desempeño. El Consejo se reúne con frecuencia (por lo general semanalmente) y sus miembros pasan parte de su tiempo diario en los establecimientos. Como tal, el Consejo se encarga de la supervisión directa para garantizar que el desempeño refleje las necesidades de las comunidades, que aparecen en el Plan de Salud Local.
- La Asociación «observa el establecimiento» indirectamente junto con los miembros de la comunidad, que son usuarios, y ambos pueden, por ejemplo, comentar sobre la calidad de los servicios cuando se juntan en reuniones comunitarias como el programa de Vaso de Leche, los comedores populares y las asociaciones vecinales.

Los miembros de la Asociación tendrían que representar a una de estas entidades.

- Los ingresos y recursos disponibles para operar los CLAS se ven directamente influenciados por el volumen de pacientes (y vinculados con las tarifas y reembolsos del SIS). En este sentido, los centros CLAS están más influidos por la elección de centros por los

pacientes que los centros tradicionales y, en consecuencia, los niveles de calidad son más elevados.

- El Gerente, junto con la Asociación y el Consejo, puede lidiar adecuadamente con la disciplina y desempeño del personal (como la contratación, la determinación del salario, las actividades, los horarios de trabajo y la atención al público).
- Un análisis rápido de la productividad de los recursos humanos de los CLAS en comparación con los que trabajan en centros que no pertenecen a los CLAS reveló que los primeros eran más productivos (Harding y Alvarado 2005).
- El proceso de rendición de cuentas a la población se vio fortalecido por otros mecanismos gubernamentales, de los cuales el más importante era el contrato de gestión entre la Asociación de los CLAS y la DISA. Además, los procesos de contabilidad y adquisición de los CLAS se consideraron actividades gubernamentales y se regularon y supervisaron como tales.

2.3.3. EXPERIENCIAS DE PARTICIPACION SOCIAL EN LOS CLAS ³³

Por otro lado, paralelamente, se produce el despegue de la producción del primer nivel de atención, especialmente en aquellos puntos donde se crearon los Comités de Administración Compartida (CLAS), que son organizaciones sin fines de lucro, con participación de representantes de la comunidad organizada en la administración de los servicios de salud para el año 1997 ya existían 548 CLAS.

Según Rafael Cortez (31): "Los CLAS involucran la participación comunitaria, la cual cuenta con diversos elementos a su favor: en primer lugar, es un derecho básico de la población; en segundo lugar, facilita la

³³ Cruz Labrín, Miguel. Producción de los servicios de salud en los noventa. UNMSM. 2009

generación de mayores recursos, a través de un mejor aprovechamiento de los conocimientos y de los recursos existentes; asimismo, puede hacer que los servicios de cuidado de salud sean costos efectivos al expandir cobertura y disminuir el costo total; en cuarto lugar, la comunidad asegura que los servicios sean aceptables y respondan a las prioridades de la comunidad, y, finalmente, demuestra a los participantes que pueden ser activos en el desarrollo general de la localidad".

Una serie de estudios indican que los usuarios de los CLAS disfrutaban de mejor cobertura y servicios en establecimientos más eficientes en comparación con los de los establecimientos de atención primaria tradicionales (15). Entre los resultados más significativos se cuentan: mayor cobertura de la población en establecimientos CLAS, mayor acceso a la atención de la población bajo el programa de los CLAS que bajo el sistema de asistencia tradicional (75 por ciento), y una mayor proporción de servicios intramurales en los CLAS (1,7) en comparación con los otros establecimientos (1,5) (Altobelli 1998, 2004).

Asimismo, en lo que respecta a la calidad de los servicios ofrecidos, 86 por ciento de los usuarios de los CLAS calificaron la asistencia médica recibida de satisfactoria, frente a 77 por ciento que calificaron de la misma manera la atención en los otros centros y puestos del MINSA (31 Cortez 1998).

Lamentablemente, la expansión del modelo de los CLAS en el MINSA ha perdido impulso a pesar del amplio apoyo académico e intelectual para su fortalecimiento. Una de las principales limitaciones es el cambio en la situación laboral de los médicos contratados a nombrados, que se hizo efectivo a partir de diciembre de 2004. El nombramiento de 3 mil médicos afectó el sistema de tres formas: disminuyendo las horas de trabajo al día y los días al mes, reduciendo la producción sin ajuste

salarial y disminuyendo la efectividad de la Gerencia. Además, los CLAS se verán presionados si los sindicatos que representan a otros profesionales de la salud reciben un tratamiento similar al que se otorga a los médicos.

En el Perú, la participación gira alrededor de una serie de disposiciones legales y requerimientos surgidos a partir de un contrato formal, firmado entre la entidad comunal, llamada la Asociación CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud), y la Dirección Regional de Salud. El contrato entre la Sociedad Civil y el Estado se basa en un programa de Salud Local (PSL), cuyo cumplimiento y administración deberá ser vigilado por la asociación Civil CLAS; mientras que el gobierno (a través del sector salud) ha asumido su financiamiento (dentro de sus límites presupuestales). No obstante este gran avance en términos tanto de la participación social como en un nuevo modelo más eficiente de la gestión y financiamiento de la atención primaria de salud (APS), todavía existe polémica al respecto.

Una de las razones principales de la polémica sobre las Asociaciones CLAS es que existe una gran expectativa entre algunas autoridades de salud a nivel central y regional con respecto a que este modelo de organización de los servicios de salud automáticamente resultará en una “participación comunitaria” efectiva.

No hay evidencia previa que pudiera justificar tal expectativa. Podríamos decir que el grado de participación real depende de la generación de capacidades de los representantes de la comunidad en el CLAS, la cual es responsabilidad del Estado. El grado de participación real depende también de la tradición comunitaria y de la organización propia de cada comunidad.

El sector salud todavía no se ha comprometido a una política clara y coherente sobre la organización, gestión y financiamiento de la atención primaria de salud, a pesar de que el Programa de Administración Compartida nos presenta un modelo para ello que hasta ahora ha mostrado ser exitoso. Por otra parte, falta definir una política de salud comunitaria que señale la forma en que el sector salud, con el apoyo de los CLAS, debe hacer llegar información y servicios de salud preventiva y promocional a nivel individual y colectivo fuera de los establecimientos de salud, especialmente en zonas de difícil acceso aunque no limitado a éstas. La formulación de esta política de salud comunitaria es urgente para asignar funciones, responsabilidades y presupuestos que fortalezcan el desarrollo sanitario sectorial y multisectorial fuera de, pero en coordinación con, los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

Por otra parte Roberto Abusada (02) explica en relación con el éxito del programa, que se encontró una asignación más equitativa de los subsidios (menores tarifas y mejor identificación de usuarios), resultado que estaría ligado a una participación de la comunidad; en especial, en el caso de poder identificar de manera precisa quiénes son aquellos que requieren en mayor medida de tarifas subsidiadas. Sin embargo, distintos estudios realizados por el MINSA señalan que no necesariamente existe una estrecha relación entre la participación de la comunidad en la planificación de los servicios y el modelo de gestión del establecimiento de salud; es decir, sea un establecimiento del MINSA o uno administrado por una Asociación CLAS (Arroyo 2001).

En el mismo sentido, Cortez (1998) señala que se trata de una “participación fría”, que básicamente involucraba a los líderes de la comunidad y no a los miembros de la misma. Por ejemplo, estudios realizados sobre los CLAS muestran que más del 90 por ciento de los

pobladores de las comunidades con CLAS no sabían quiénes eran los representantes de la comunidad en los CLAS.

Considerando estos aspectos, es lógico pensar que existen distintos niveles de participación efectiva de la comunidad, los cuales dependen de la representatividad de los líderes comunales, de la capacidad gerencial de los miembros del CLAS, del compromiso de estos con la comunidad, entre otros.

Considerando estas diferencias entre lo que es la participación, otros factores que sí son comunes a los CLAS, como la autonomía en la gestión, tendrían especial relevancia en el éxito de los mismos para brindar servicios de mayor calidad (por ejemplo, menores tiempo para acceder a consulta).

Lamentablemente, durante los últimos años el modelo CLAS ha ido perdiendo relevancia, debido a la política de “nombramientos” del Ministerio de Salud. Mientras que, con el modelo CLAS era el gerente el que tenía completo control sobre los recursos humanos de su centro de salud, con el nombramiento del personal de los establecimientos, lo que ocurrió es que estos pasaron a depender exclusivamente de las instancias regionales de administración (DIRESA por ejemplo) y en la práctica el gerente perdió su capacidad de gestionar al personal (contratación, reubicación, salarios, horarios, entre otros). Peor aún, en muchos casos los propios gerentes fueron nombrados, implicando una mayor pérdida de atribuciones (tipo de medicamentos usados, servicios ofrecidos, equipo, etc.). De esta forma, mientras en promedio en el año 2004 un establecimiento de salud CLAS realizaba 8.65 consultas al día (médicos, enfermeros y obstétricas) y un establecimiento no CLAS solo registraba 6.65 consultas al día; con los nombramientos del personal, los establecimientos CLAS con personal no nombrado registraron 9.81

consultas al día, mientras los que sí tenían personal nombrado solo alcanzaron a realizar 6.47 consultas diarias.

2.3.4. LA NORMATIVIDAD Y PARTICIPACION COMUNITARIA

Panorama antes del 2007. Dentro del marco regulatorio del CLAS, la normatividad que favorece la participación incluye (15):

- (i) La autonomía de gestión para que la gente decida sobre el uso de los recursos.
- (ii) La seguridad jurídica que otorgaría una ley del Congreso con el fin de superar la incertidumbre sobre su continuidad.

La normatividad de los CLAS que no favorece o restringe la participación contempla los siguientes aspectos:

- (i) El cambio en la norma a partir del año 2007, que establece que los tres miembros del CLAS sean elegidos en asamblea de la comunidad, evitando una mayor participación de la población, cuando antes del 2007 se elegían a seis miembros, los otros tres corresponde: 01 a la MicroRed, 01 representante de trabajadores y 01 representante de la municipalidad; disminuyendo claramente la participación comunitaria.
- (ii) En la formación de los CLAS está permitida la agrupación de varios establecimientos de salud. Con la restricción de que sólo deben ser cuatro los representantes de la comunidad, no hay una real representación de la totalidad de las comunidades que lo componen. Para asegurar la representatividad cada comunidad en el ámbito de influencia de un CLAS debería estar representada. Para ello se debe disminuir el número de establecimientos de salud que integran un CLAS o aumentar el número de miembros.
- (iii) El estatuto del CLAS determina que el Consejo Directivo debe formarse con tres de los seis miembros del CLAS, desperdiciando el trabajo ad honorem de tres personas que podrían desempeñar otras funciones.

Deben flexibilizarse los estatutos para dar responsabilidades a cada uno de los miembros del CLAS, como integrantes del Consejo Directivo, para dividir las tareas y responsabilidades.

(iv) La norma actual es lo suficientemente ambigua como para que la comunidad decida sobre los recursos generados por el CLAS en el marco del Seguro Integral de Salud y otros proyectos del MINSA.

(v) El estatuto restringe a un año el ejercicio del cargo de presidente y de los demás cargos elegidos entre los miembros del Consejo Directivo. La duración de los cargos debería ampliarse a un período adicional, sin que exista la posibilidad de reelección inmediata por lo que se tendrá que esperar a que transcurra un período para poder ser nuevamente candidato. Ello permitirá que exista cierta continuidad y que puedan aprovecharse la experiencia y el aprendizaje ganados en el cargo.

(vi) Existe un vacío que impide que la Asamblea del CLAS pueda ser fiscalizada por la comunidad y que ésta sea capaz de revocar los cargos.

(vii) No existen sanciones claras para castigar la apropiación ilícita de recursos.

2.3.5. LIMITACIONES Y CONFLICTOS

Las experiencias más innovadoras han sido los CLAS y FONCODES. Ambas se desarrollan a un nivel de comunidad muy pequeño, sin relacionarse con las instancias de gobierno local y regional existentes. En el caso de los CLAS, se trata de un sistema mediante el cual los centros y puestos de salud son administrados por un Comité conformado por el médico jefe, tres representantes de la comunidad nombrados por el gobierno y otros tres representantes de la comunidad elegidos por ésta. El Ministerio de Salud les transfiere fondos de acuerdo a un convenio que incluye el compromiso de cumplir un Plan Local de Salud, y el CLAS tiene autonomía en el uso de esos fondos, incluyendo la contratación de personal. (41)

A pesar de las limitaciones en la representación comunal, diversas evaluaciones (Cortez, 1998; Altobelli, 1998) muestran un efecto positivo de los CLAS sobre la eficiencia, equidad y calidad. Sin embargo, luego de más de cinco años de experiencia, los CLAS cubren a menos de una décima parte de los establecimientos de primer nivel de atención en salud, y no ha existido un sistema de seguimiento y apoyo a ellos, lo que revela las resistencias a ampliar este esquema en el Ministerio de Salud (Banco Mundial, 1999). (41)

Los principales problemas de este esquema de los CLAS son: i) se pierden economías de escala que existen naturalmente en los servicios de salud, incluso a nivel de atención primaria, así como en la administración de los recursos; ii) se pierden posibilidades de mayor coordinación con otros sectores sociales, como educación, iii) se limitan las posibilidades de una atención más integral que refiera a los pacientes hacia y desde establecimientos que pueden prestar servicios de mayor complejidad. (41)

Se ha criticado a las CLAS, por las dificultades en la verdadera organización de la participación de la comunidad, por la falta de "representatividad" de los miembros de la comunidad por procesos de elección imprecisos, poco difundidos, representantes comunitarios de la CLAS poco preparados y en clara desventaja para el manejo administrativo, financiero y transparente de la gestión, frente al Gerente o Jefe del establecimiento; por ende no habría un efectivo ejercicio de los derechos ciudadanos en salud. Además la población tendría aun poca información sobre las CLAS y no existiría un adecuado proceso de retroalimentación en salud, necesario para la toma de decisiones. Esta participación, ha sido cuestionada en el entendido que la comunidad en general en nuestro país, no se halla preparada en muchos aspectos

para gestionar los servicios de salud, delegando estas competencias a ciudadanos sin mayor capacitación. (58)

Con respecto a la eficiencia de los CLAS, Laura Altobelli nos dice: "...se observa que los CLAS presentan una concentración más alta de servicios dentro del local que las dependencias no CLAS (1,69 frente a 1,5). El PSBPT tenía un índice más alto de servicios extramuros (0,23 frente a 0,11), y ambos programas tenían tasas similares per cápita en actividades preventivas y de promoción. Las dependencias CLAS tenían una población media mayor en su jurisdicción que las de PSBPT y, al mismo tiempo, el CLAS tenía una cobertura de servicios un 25% mayor. (33)

Estos datos demostraban que la productividad de las dependencias CLAS era significativamente más grande que las no CLAS. Un análisis de los datos por estratos, según la clasificación de Pobreza Departamental, dio resultados similares en todos los estratos, incluidos los más bajos" (06, 07, 08, 09, 10)

En ese sentido se puede observar que 549 Centros producen el 80% de las atenciones y el 50% restante contribuye con sólo el 20% de las atenciones, con un nivel de producción con menos de 29 atenciones diarias. Al respecto, surgen algunas interrogantes: ¿qué explica la baja productividad de más del 50% de centros de salud?, ¿es efectiva una política de inversiones agresivas en el primer nivel de atención? (06)

Con respecto a la producción de atenciones ambulatorias en los hospitales del Minsa, se observa que 59 hospitales, de 135, cubren el 80% del total de las atenciones ambulatorias del Minsa; es decir existe un 56% de hospitales que sólo contribuye con el 20% de las atenciones ambulatorias. Nuevamente planteamos las interrogantes: ¿qué explica la

baja productividad del 50% de los hospitales del Minsa?, ¿se justifica una mayor expansión de la oferta de salud? (08)

Existen diferentes explicaciones. En primer lugar, los establecimientos urbanos son más productivos que los rurales, debido a que existen grandes problemas de dispersión de la población que acude a los establecimientos en áreas rurales. Sin embargo, también existe un problema de eficiencia de los factores productivos en la producción de servicios. El Ministerio de Salud a través del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud realizó un estudio sobre la Oferta de Servicios de Salud en el cual se manifiesta: "El índice ocupacional de consultorios aparece especialmente bajo para el promedio del país (16,7%). (08)

En los hospitales la utilización es mejor que en los centros de Salud, sin embargo en esos establecimientos el índice ocupacional no alcanza el 50%. ESSALUD es la institución que mejor uso hace de este recurso (77%), seguido de las fuerzas armadas (34%). El Minsa utiliza sólo el 11% de su capacidad instalada y los privados el 14%." Asimismo, dicho estudio nos muestra que el índice de ocupación de camas sólo alcanza el 38,4%.

En conclusión, los recursos físicos actuales nos podrían permitir incrementar la capacidad productiva del sector sin necesidad de un mayor crecimiento de la oferta sanitaria.

Con respecto al conflicto con el gremio médico: Es ciertamente deplorable la situación de los médicos contratados por SNP (servicios no personales) y CAS (contratos administrativos por servicios) en los servicios de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINSA). Según el artículo en La República del día domingo 20 de

septiembre, titulado “Sueldos de Infarto”, los médicos contratados en algunos sitios trabajan “con salarios promedios de S/. 290 y S/. 340 al mes.” (Altobelli 2009)

Esto es menos del sueldo mínimo y muy debajo de lo justo para un trabajo profesional tan importante de servicio al público.

Hay una propuesta de ley en el Congreso para asegurar que esto ocurra este año. ¿Es esto la mejor solución para los médicos? ¿Para el sub-sector público de salud (MINSA)? ¿Para la población que depende de este sector para sus servicios de salud? ¿Porque los médicos anhelan pasar a la condición de nombrados? La Federación Médica afirma que esto es necesario para asegurar la calidad, continuidad y equidad de los servicios de salud MINSA.

Al pasar los médicos a nombramiento en el sub-sector público de salud, reducen su horario de diez o doce a seis horas laborales y deben cumplir con los requisitos de productividad en número de consultas por hora: la mayoría pierden interés en las actividades preventivo-promocionales porque estas no contribuyen a su cuota de productividad. Asimismo, una vez nombrados hay dos vías de salida que se les abre.

En primer lugar los nombrados ya son aptos para su destaque a un hospital o centro de salud urbano. Además, para muchos médicos nombrados ya es hora para postular a la residencia para su especialización médica, financiada por el mismo MINSA. En los dos casos, los servicios de salud periféricos y rurales del MINSA pierdan el puesto del médico nombrado, porque llevan su sueldo del nombramiento consigo a otro lugar, dejando el cargo del nombrado vacío, sin personal y sin presupuesto para atender la demanda. Así fue en el año 2004; el nombramiento masivo de médicos ese año resultó en la masiva

migración de médicos desde la zona rural hacia la zona urbana. Para llenar este vacío en abandono con fines de cumplir con el nuevo Aseguramiento Universal de Salud, el MINSA contrató aproximadamente 400 médicos SERUMS (Servicio rural y urbano marginal), recién graduados, para una experiencia de un año en los servicios periféricos y rurales. Uno tiene que preguntarse si el nombramiento de médicos realmente contribuyó a mejorar la calidad, continuidad y equidad de los servicios de salud prestados por el MINSA.

Se puede decir que, conjuntamente con el Seguro Integral de Salud (SIS), los CLAS son la cara de la reforma de salud que ha demostrado a través de estudios comparativos su valor agregado en la mejora de la calidad, del costo-eficiencia, de la mayor satisfacción del usuario y de la equidad de servicios de salud MINSA. Con la participación legalizada de la comunidad organizada, los CLAS representan la modernización del estado porque combina la administración pública con la ley privada en una configuración pública-privada.

Los CLAS, según la Ley N° 29124, contratan al personal de salud con el régimen laboral privado (DL 728) con todos los beneficios de ley. Este régimen asegura la calidad de vida laboral del médico y el contrato con el CLAS consta que el médico rinde cuentas a la comunidad lo que asegura que el dé una mejor calidad de atención. Los CLAS administran los reembolsos de SIS y los utilizan según las necesidades locales para contratar más personal de salud, comprar más equipos y medicinas, construir más infraestructura y proporcionar incentivos para que cumplan las actividades preventivo-promocionales.

El problema principal podría residir en la falta de liquidez en el SIS, lo que impide que el MINSA envíe los reembolsos de SIS a los establecimientos de salud, y que a su vez impide que los

establecimientos de salud paguen a los médicos contratados con un sueldo decente. ¿Qué pasaría si el MEF cumpliera con sus obligaciones de financiar el presupuesto de SIS? Los médicos contratados, incluyendo aquellos contratados con el DL 728 en los CLAS, podrían ganar igual que los médicos nombrados.

Otros problemas subyacen en la participación de la comunidad (13):

- La mayoría de la población, especialmente los pobres, no saben que es CLAS y no participan en las elecciones de miembros de CLAS
- Liderazgo en el nivel local puede afectar las actitudes de todos los trabajadores en la facilidad.
- Defensoría Comunitaria funciona como intermediarios entre pacientes y trabajadores, ayudan a resolver quejas, preguntas y conflictos.
- Factores estructurales y sociales contribuyen al bajo nivel de confianza en el sistema de salud.
- Percepciones negativas sobre el sistema de salud son barreras de acceso de salud
- Defensoría Comunitaria puede mejorar las relaciones entre pacientes y trabajadores

2.3.6. OBSTÁCULOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CLAS

Desde un escenario en donde se plantea la reforma de un programa de alcance nacional como el SIS, hasta la reforma de una propuesta local como las ACLAS intervienen motivaciones políticas. Las motivaciones políticas fueron las que otorgaron nombramientos en las vacantes de las ACLAS. Este aumento en los recursos destinados a los pagos de los profesionales nombrados mermó la capacidad de pago de horas extras trabajadas por el personal de las ACLAS. (71)

Un segundo obstáculo para la implementación de un modelo CLAS se presenta en el estado de heterogeneidad de desarrollo en que se encuentra cada comunidad. No es desconocida la falta de capacidades de las comunidades quienes carecen de herramientas necesarias para implementar tal modelo. Con el apoyo de las ONG se busca la capacitación de la comunidad involucrada para la autosostenibilidad del modelo.

2.3.7. EVALUACIÓN TÉCNICA DE LOS CLAS (44)

A) RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de la Evaluación Técnica Regional, recae en el Gobierno Regional a través de la GRSA/RED según el inciso c) del artículo 79° del D.S. 017-2008-SA, del art. 81° y el art. 83° (Responsabilidades del Gobierno Regional, Responsabilidades de las CLAS, Resolución del Convenio de Cogestión) sobre las causales de Resolución de los Convenios de Cogestión, se especifica la importancia del cumplimiento del PSL como también en lo administrativo y/o contable, que se pueden evidenciar en la aprobación de acciones correspondientes a los resultados de la evaluación del desempeño de las CLAS. En el año 2012 la evaluación será anual, para el año 2013 serán semestrales.

B) SUSTENTO LEGAL

Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

Ley N° 29124 y su Reglamento el D.S. 017-2008-SA. Para la Evaluación de las Actividades del Cierre de Gestión y la Evaluación Técnica Regional, se han considerado estos documentos como parte de la Evaluación del Convenio de Cogestión (Art. 76°), descrito en el inciso b) como “Informe Técnico de Evaluación”, y concordante con lo

dispuesto sobre Rendición de Cuentas y Transparencia de la Gestión (Art. 104°) amparados en las competencias delegadas para realizar acciones de control administrativas, contables y técnicas a la DIRESA/GRSA (Art. 107°).

C) ASPECTOS METODOLÓGICOS

La GRSA/RED en forma oportuna y de manera oficial solicitará a las CLAS de su ámbito la Evaluación Técnica, alcanzándoles a su vez los documentos necesarios para su elaboración.

Se evaluarán las siguientes áreas:

- a) Técnica-Asistencial, incluyendo las tendencias de los 03 últimos años y el grado de atención a la demanda.
- b) Área de Vida institucional y Participación comunitaria.
- c) Área Financiera y Legal.

La Evaluación se realizará inicialmente en el nivel local (auto evaluación), sobre todo por la recopilación y el manejo de la información, la responsabilidad de la misma recae en el Gerente y el Consejo Directivo. Deberán participar: El Consejo Directivo de la CLAS, el Comité de Gestión de la Micro Red y otros actores que los responsables estimen conveniente.

En una etapa posterior se contará con la participación del Equipo Técnico de la Red. En aquellos casos en los cuales existan dificultades para cumplir esta etapa la Red solicitará a la GRSA, su participación.

Esta evaluación con la calificación y documentación que la sustenta será enviada al CLAS correspondiente.

En base a los resultados obtenidos, la RED, en cumplimiento de su rol asignado en la normatividad vigente, brindará la Asistencia Técnica y acciones de control, para lo cual elaborará en coordinación con la CLAS

el plan de asesoría e intervención correspondiente. La GRSA realizará el Monitoreo y Supervisión cuando las circunstancias lo ameriten.

Teniendo en cuenta los plazos establecidos y la normatividad vigente la RED hará llegar el informe con los resultados de la evaluación, los cuales serán elevados al nivel central.

Esta evaluación con la calificación y documentación que la sustenta será enviada al CLAS correspondiente.

D) SESIONES DE EVALUACIÓN

Se promueve la evaluación descentralizada y/o desconcentrada pues permite un mayor acercamiento a la realidad regional y local así como una aproximación más realista a la problemática de las CLAS. Los resultados a evaluar son aspectos mínimos a cumplirse.

3. Objetivos

- 1.- Conocer las características sociales y culturales de los representantes de la comunidad de las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) de la Provincia de Arequipa.
- 2.- Identificar las percepciones sobre las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de las experiencias de cogestión de las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) de la Provincia de Arequipa.
- 3.- Establecer una visión compartida de los representantes de la comunidad sobre el futuro de la cogestión de las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) de la Provincia de Arequipa.

4. Hipótesis

Dado que:

El ideal participativo en política ha de ser entendido en el sentido de que lo fundamental es la participación ciudadana en las cuestiones «públicas».

Las políticas pública, ya no son impuestas fácilmente desde arriba por los poderes ejecutivos fuertes de antaño.

Existen escasa participación y representatividad ciudadana en las Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud - ACLAS.

El Modelo ACLAS ha sido implementado en toda la Región Arequipa, es una de las pocas regiones del país con todo el primer nivel de atención gerenciado con este modelo.

Es probable, que las características sociales y culturales determinen la percepción y visión compartida de los representantes de la comunidad sobre el futuro de la cogestión en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) de la Provincia de Arequipa.

II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Variable	Indicador	Valor	Categoría	Técnica	Instrumento
Características Socio Culturales	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • De 18 - 29 años • De 30-39 años • De 40 – 59 años • Más de 60 años 	Catagórica a ordinal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Catagórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 	Catagórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Catagórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de actividad 	Catagórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católico 	Catagórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario

		<ul style="list-style-type: none"> • Evangélico • Otra • Ateo 			
	Lugar de Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Catégorica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Lugar de residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano / Rural 	Catégorica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
Percepción Cogestión de CLAS	Fortaleza	<ul style="list-style-type: none"> • Involucramiento de la población en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos económicos. (Si/No) • Fomenta la participación de la comunidad. (Si/No) • Acceso a la rendición de cuentas de la gestión (Si/No) • Mejora de la atención en el servicio de salud (Si/No) • Mejora la infraestructura y equipamiento del servicio de salud (Si/No) • Permite contratar personal de salud especializado con mayor facilidad. (Si/No) • La Ley permite supervisar el servicio de salud y al personal (Si/No) • Permite evaluar al personal (Si/No) • El rendimiento del servicio de salud es influenciado por dotes de liderazgo del Gerente. (Si/No) • Existe voluntad para gestión de los CLAS en pocos miembros de la comunidad (Si/No) • Otro 	Catégorica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
	Debilidad	<ul style="list-style-type: none"> • CLAS es conformado con visión de protagonismo político (Si/No) • Escaso conocimiento de normatividad de los CLAS (Si/No) • Escasa participación de los miembros del CLAS (Si/No) • La población desconoce a los integrantes CLAS y no 	Catégorica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario

	<ul style="list-style-type: none"> participa en su elección (Si/No) • Escasa comunicación entre los miembros del CLAS y hacia la comunidad (Si/No) • El CLAS se enfoca a comprar cosas, más no a mejorar la atención. (Si/No) • Escasa autonomía para modificar los estatutos. (Si/No) • El Gerente toma la mayor cantidad de decisiones importantes (Si/No) • El Gerente y personal de salud busca autonomía completa sobre sus decisiones, sin supervisión de los miembros del CLAS (Si/No) • Planificación de las metas de salud son impuestas por los niveles superiores (Si/No) • Las remuneraciones del personal contratado no son suficientes para satisfacer sus aspiraciones (Si/No) • Los CLAS no pueden ser fiscalizados por la comunidad y que está sea capaz de revocar los cargos. (Si/No) • Otro 			
Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita el Acceso a financiamiento del Estado para mejorar la atención del Centro de Salud (Si/No) • Permite superar la rigidez y burocratización en la administración de recursos públicos (Si/No) • Establecer redes de coordinación entre CLAS de la región. (Si/No) • Estabilidad socio-política del País puede mejorar la gestión de los CLAS (Si/No) • Apoyo del estado orientado a la participación ciudadana (Si/No) • Otro 	Categórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario
Amenaza	<ul style="list-style-type: none"> • La modificación de la Ley de Cogestión el año 2007 ha disminuido el número de miembros de la comunidad que participan en los CLAS. (Si/No) • Disminución de ingresos por implementación de políticas 	Categórica nominal	Encuesta	Encuesta Tipo Cuestionario

		<p>públicas como el SIS. (Si/No)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nombramiento del personal de los establecimientos limita la capacidad de gestión del CLAS (Si/No) • No existen sanciones claras para castigar la apropiación ilícita de recursos. (Si/No) • Aparición de conflictos entre los CLAS y los gremios de Salud. (Si/No) • Otro 			
	Visión Futuro	<ul style="list-style-type: none"> • enunciado 	Catégorica nominal	Encuestas Focus Grupp	Ficha de trabajo



1. Técnicas e Instrumentos

a. Técnicas:

- Encuestas.
- Focus Grupp

b. Instrumentos:

- Encuesta Tipo Cedula de preguntas
- Ficha de ideas.

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se realizará en la Provincia de Arequipa, ámbito de la Microred Arequipa. Se utilizará prioritariamente información del ámbito local y regional, pero el marco conceptual tendrá fundamentalmente como referente el ámbito latinoamericano.

2.2. Ubicación Temporal

Se pretende asegurar el registro adecuado de información relevante al estudio, el trabajo de campo se realizará en el primer semestre del 2016.

2.3. Universo, Unidades de Estudio y Muestra

El Universo de estudio está constituido por la totalidad de Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud y sus representantes instalados en la provincia de Arequipa que suman 22 de los cuales participaron 18 Asociaciones 66 representantes de la comunidad, exceptuando al Gerente, representante de trabajadores y representante de la Municipalidad, en el período de estudio y cumplan criterios de inclusión.

La unidad de estudio lo constituyen los representantes asociados en los CLAS.

Criterios de inclusión:

Representantes de comunidad en las Comunidades Locales de Administración de Salud –CLAS instalados en la provincia de Arequipa.

Criterios de exclusión:

Representantes de comunidad en las Comunidades Locales de Administración de Salud –CLAS que no deseen participar en los talleres de trabajo y/o entrevistas.

Representantes con cargos de Gerente, representante de los trabajadores y representante de la Municipalidad.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.1. MODO

EN RELACIÓN A ASPECTOS METODOLÓGICOS

- Se sensibilizó a los representantes y jefes de la Microredes de Salud Arequipa sobre la importancia de la investigación, se logró su compromiso y autorización para participar en la entrevista a profundidad.
- Se utilizó fundamentalmente fuentes secundarias, la revisión y análisis de diversos documentos formulados; asimismo se revisó acuerdos y desarrollo de las experiencias de participación ciudadana.
- Se trabajó con la información disponible en el marco conceptual hasta lograr adecuados niveles de sistematización, que faciliten la discusión de los resultados.

- Adicionalmente se accedió a información de fuente primaria a través de encuestas y sesiones de trabajo con los representantes de CLAS.
- Pretendemos desarrollar una aproximación interdisciplinaria para analizar los aspectos políticos, normativos, enfatizando el contexto sociocultural en el cual se producen las experiencias, logrando una mirada más integral.
- Para el procesamiento de los datos se elaboraron tablas y gráficas y se aplicó un software con pruebas estadísticas para identificar algunos niveles de asociación (χ^2).

EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS

- Establecer relaciones entre las características socioculturales y la percepción y visión compartida del futuro de los CLAS.
- Encontrar evidencias sobre las características y la magnitud en las que los CLAS incumple su obligación de promover la participación ciudadana, así como sobre la falta de mecanismos de supervisión y control social.
- Establecer mecanismos factibles y viables para que el sector público en la Gestión de los CLAS incluya programas de sensibilización, difusión, promoción y fortalecimiento de participación ciudadana, involucrando tanto a quienes son los actores sociales como a aquellos que son responsables de brindarlo.
- Analizar la visión compartida de los representantes de la comunidad sobre el futuro compartido de la cogestión en las Asociaciones de Comunidades locales y como la percepción sobre sus fortalezas y debilidades influye en su desarrollo.

3.2. MEDIO

a. RECURSOS HUMANOS

Denominación	Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Director del Proyecto	Días de trabajo	50	120	6,000.00
Entrevistas	Fichas	366	4	800.00
Estadístico	Servicio	01	150	150.00
Sub Total				6,950.00

b. RECURSOS MATERIALES, BIENES Y SERVICIOS

Denominación	Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Papel Bond	Millar	04	27	108.00
Tinta de impresora	Cartucho de recarga	03	18	54.00
Copias Fotostáticas	Unidad	3600	0.15	540.00
Movilidad Local	Unidad	100	3	300.00
Empastado	Unidad	06	25	150.00
Laptop	Unidad	01	--	--
Software estadístico	Unidad	01	--	--
Cámara fotográfica	Unidad	01	--	--
TOTAL				1,152.00

c. COSTO TOTAL DEL PROYECTO Y EJECUCIÓN

Denominación	Costo Total
Recursos humanos	6,950.00
Materiales, Bienes y Servicios	1,152.00
TOTAL S/.	8,102.00

3.3. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	Enero- Junio						Julio - Agosto						Enero 2017
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
Búsqueda de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración del proyecto	X	X											
Presentación del proyecto			X	X									
Recolección de datos					X	X							
Análisis e interpretación							X	X					
Estructuración de Resultados y Conclusiones									X	X			
Elaboración de informe final										X	X	X	
Sustentación													X