



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**PROMOVIENDO LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA  
DE LOS LÍDERES Y ORGANIZACIONES SOCIALES  
DE BASE EN LA COGESTIÓN DE LA COMUNIDAD  
LOCAL DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
MONTERREY - PALTAY, 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTOR:  
LIC. TRAB. SOC. LIZBETH MERLE SANCHEZ SAENZ**

**ASESORA:  
MGTR. ENF. ELSA PALACIOS CARRANZA**

**HUARAZ – PERÚ**

**2018**

## **JURADO EVALUADOR**

Mgtr. Susana Valentina Charcape Benites  
**Presidenta**

Mgtr. Molina Popayan Libertad Yovana  
**Miembro**

Mgtr. Cano Mejia Alejandro Alberto  
**Miembro**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por su infinita bondad y amor por haber permitido abrirme el camino por logro mis objetivos.

A mi madre por su apoyo incondicional y estímulo.

A mis hijos por su paciencia en comprensión

## **DEDICATORIA**

Al padre Celestial, mi madre e hijos por su paciencia y tolerancia han sido y siguen siendo, pieza fundamental que han permitido cumplir uno de mis objetivos, a todos ellos dedico este trabajo con cariño y profundo agradecimiento.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>I. PRESENTACION</b>	01
<b>II. HOJA RESUMEN</b>	04
2.1.Título del Proyecto	04
2.2.Localización	04
2.3.Población Beneficiaria	04
2.4.Institución que lo Presenta	04
2.5.Duración del Proyecto	04
2.6.Costo Total	04
2.7.Resumen	05
<b>III. JUSTIFICACION</b>	07
<b>IV. OBJETIVOS</b>	39
<b>V. METAS</b>	39
<b>VI. METODOLOGIA</b>	40
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	40
6.2.Sostenibilidad del proyecto	45
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION</b>	47
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b>	53
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES</b>	54
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	59
<b>XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES</b>	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	60
<b>ANEXOS</b>	64

## **I. PRESENTACIÓN:**

En el Perú, la experiencia de participación comunitaria en salud se remonta al año de 1994, donde el Ministerio de Salud incorpora una nueva iniciativa que busca implementar un nuevo modelo de gestión para los centros y puestos de salud del primer nivel con participación comunitaria a nivel nacional.

En 1994, mediante el Decreto Supremo N° 01-94-SA se crea el Programa de Administración Compartida (PAC), una nueva modalidad de administración del primer nivel de servicios, siendo uno de los propósitos, fortalecer el primer nivel de atención sustentada en la Declaración de Alma Ata.

Entre sus principales objetivos de creación fue incrementar la eficiencia social en el gasto de los recursos del Estado en Salud, ampliando el mayor acercamiento a los servicios de salud prioritariamente a la población de zonas de pobreza extrema fomentando la cogestión con la comunidad organizada. Teniendo desde su creación el propósito la modernización de la administración sectorial, la descentralización administrativa, la coparticipación en la sostenibilidad de los servicios, mejorar la prestación de los servicios y la participación comunitaria (1).

Para lograr los objetivos del PAC se crea los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), asociaciones sin fines de lucro con personería jurídica, que están integrada por representantes de la comunidad organizada, cuya labor es administrar conjuntamente con el representante de salud los servicios que brindan los establecimientos de salud en aras de mejorar la salud de las comunidades con participación activa de los mismo en

la resolución de los problemas, fomentando el empoderamiento ciudadano mediante conocimiento sobre sus derechos en salud y su responsabilidad.

El CLAS Monterrey-Paltay, perteneciente a la Micro Red Monterrey jurisdicción de Red de Salud Huaylas Sur, ubicado en el distrito de Independencia, desde su creación 1994, ha venido trabajando con representantes de la comunidad y que con el transcurso de los años se ha evidenciado la poca participación de los miembros de la comunidad entre líderes y organizaciones sociales de base en las reuniones de convocatoria que realiza los trabajadores de salud, para elegir a los delegados de la comunidad para la asamblea o consejo directivo; así como para la elaboración del Plan Local de Salud (PSL), que es la herramienta de gestión donde se plasma las actividades de salud a desarrollar de acuerdo a la necesidad de las comunidades.

Cabe mencionar, también que los representantes que asisten a las reuniones, no quieren asumir responsabilidades, debido al desconocimiento de la parte administrativa y financiera del CLAS a ello se agrega que asumen otros cargos dentro de su comunidad, y muchos desconocen la parte legal de las normas del CLAS y si asumen algún cargo esto lo realizan de acuerdo a su disponibilidad de tiempo.

Otras dificultades que afronta el CLAS es en relación al personal de salud, que en la actualidad con 94 personas entre médico, enfermera, obstetras, odontólogos, psicólogos, trabajadora social, técnico de enfermería entre otros, se evidencia el desconocimiento de los mismos de las normas del CLAS, y que

algunos ven a los representantes de la comunidad como fiscalizadores de su trabajo más que una fortaleza para el trabajo comunitario.

Por lo expuesto conlleva al gerente asumir gran parte de las responsabilidades que debe ser asumidos por los representantes de la comunidad: presidente, secretario y/o tesorero trabajando sólo con un grupo de profesionales; siendo entonces importante que se fortalezca el trabajo con los miembros de la comunidad y trabajadores de salud de la CLAS mediante acciones educativas sobre la cogestión del CLAS y su norma.

En tal sentido se hace necesario hacer un proceso de cambio a fin de promover la participación comunitaria de los líderes y “organizaciones de base” (OSB) en los procesos de co-gestión de la - CLAS -Monterrey-Paltay, al respecto planteamos el trabajo académico **PROMOVIENDO LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LOS LÍDERES Y ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE EN LA COGESTIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD MONTERREY - PALTAY, 2018** se localizará toda la sistemática de cómo abordamos el problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo, con gran satisfacción deseo que este proyecto sea un aporte para aquellos que buscan y están convencidos que la única manera de aportar a la mejora de salud de la población, es involucrando y haciendo participe a la comunidad en la solución de los problemas de su salud.



## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. TITULO DEL PROYECTO:

PROMOVIENDO LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LOS LÍDERES Y ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE EN LA COGESTIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD MONTERREY - PALTAY, 2018

### 2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Independencia  
Provincia : Huaraz  
Departamento : Ancash  
Región : Ancash

### 2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Líderes, OSB y personal de salud del ámbito de la CLAS Monterrey-Paltay, Micro red Monterrey, jurisdicción de la Red Huaylas Sur, Dirección Regional de Salud Ancash. – Ministerio de Salud.
- **Beneficiarios Indirectos:** Población de la jurisdicción del CLAS Monterrey-Paltay que optimizara la satisfacción de sus necesidades.

### 2.4. INSTITUCION QUE LO PRESENTA

CLAS Monterrey-Paltay – Ministerio de Salud.

### 2.5. DURACION DEL PROYECTO: 2 años.

Fecha Inicio : Enero 2019.  
Fecha Término : Enero 2020.

### 2.6. COSTO TOTAL: S/. 9,445.00

## **2.7. RESUMEN:**

Desde su creación e implementación, del CLAS Monterrey-Paltay en 1994, no se ha realizado un trabajo de evaluación de la experiencia con líderes, organizaciones sociales de base y personal de salud que nos señale seria y objetivamente las bondades y limitaciones del modelo.

La participación comunitaria a través de sus líderes y representantes de organizaciones sociales representa eje fundamental para la mejora la co-gestión de los servicios de salud de nuestros establecimientos de salud A-CLAS Monterrey-Paltay, promoviendo la participación ciudadana y empoderamiento comunitario.

Habiéndose percibido ciertas debilidades en los transcurso de los años, siendo este un modelo que tiene muchas ventajas una de las problemáticas que se evidencia en el A-CLAS Monterrey- Paltay es la poca a participación comunitaria en las diferentes actividades de salud, lo que conlleva a una débil co-gestión de los servicios de salud entre la comunidad, gerencia y personal de salud quienes representan al sector salud. Así mismo el limitado compromiso del personal de salud en capacitar a la comunidad e involucrarla en los temas de la administración y sobretodo las responsabilidades administrativas y legales que se contraigan para dar a conocer sobre las ventajas de ser un CLAS.

Por ello presente trabajo académico, tiene por objetivo Promover la participación comunitaria entre ellos líderes y representantes de OSB en la co-gestión de los servicios de salud del CLAS Monterrey\_ Paltay, a la vez el empoderamiento del personal de salud como facilitador de dichos procesos.

Por lo cual se establece toda una ruta de trabajo a través de las líneas de acción de gestión comunitaria, capacitación, información, educación, comunicación-IEC y sensibilización.

Como profesional de Trabajo Social y personal de salud, espero contribuir a promover la participación de la comunidad en los procesos de co-gestión de la CLAS Monterrey- Paltay con el fin de mejorar los servicios de salud que se le brinda a la población e indicadores de salud.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo académico de acuerdo a los objetivos del estudio tendrá una justificación práctica, porque existe la necesidad de promover la participación comunitaria de los líderes y OSB en la co-gestión de la comunidad local de administración de salud Monterrey-Paltay , ya que desde la creación del CLAS Monterrey-Paltay 1994, se ha observado que ha ido perdiendo poco a poco el interés y protagonismo de los miembros de la comunidad de ser los principales actores y/o cogestores de la solución de los problemas de salud que afectan a su comunidad y articularse a este modelo de cogestión de los servicios de salud.

Otras de las razones no hay estudios en el ámbito de la zona sierra de Ancash de la experiencias de este modelo en referencia a la participación de los líderes y organizaciones sociales, esperando que el presente trabajo académico pueda servir a las futuras investigaciones como iniciativa a seguir estudiando sobre este tema y problemática que seguro no es ajeno a los otras CLAS de la región, teniendo en cuenta que hablar de participación comunitaria no es un tema nuevo, sino que viene hablando largamente hace 40 años desde Alma Ata 1978 en el marco de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

Tomando referencia las dos últimas convocatorias realizadas por la Gerencia del CLAS en el año 2015 y 2018 a los miembros de la comunidad entre líderes y representantes de organizaciones sociales de base para elección de los nuevos miembros de la asamblea general sólo participaron el 30% entre líderes y OSB identificados por la institución , de los cuales el 20% son

representante de OSB como vasos de leche y 10% líderes de comunidades según registro de asistencia a reuniones, en tanto sólo el 20 % participaron de reuniones convocadas por el presidente de la CLAS, para la rendición de cuentas.

La información estadística más próxima en relación a las CLAS es referente al año 2009 según “base de datos de las RM de aprobación de la creación de las CLAS. MINSA, 2009 la distribución de los CLAS a nivel nacional desde 1994 hasta la actualidad, el país cuenta con 765 Asociaciones CLAS, que incluyen a un total de 2 152 establecimientos de salud, que representan el 33% del total de Establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA y las regiones” (1).

A nivel de Región Ancash hay un total de 29 CLAS, según información proporcionada Dirección Regional de Salud de Ancash, distribuidos en zona sierra y costa de la región a nivel de la red huaylas sur se encuentra 5 CLAS: Anta, Huanchac, Marcara, Catac y Monterrey.

“Con relación al número de establecimientos de salud que conforman las CLAS, a nivel global el 53% (406) de CLAS administra 1 establecimiento de salud, el 33% (251) entre 2 a 5 establecimientos y el 14% (105) administra más de 5 establecimientos” (1).

La Comunidad Local de Administración de Servicios de Salud Monterrey-Paltay a nivel de la región Ancash integra ese 14% actualmente administra 9 establecimientos salud, distribuidos en tres distritos el Distrito de Independencia con 3 establecimientos de salud el centro de salud de Monterrey que es la sede del A-CLAS, puesto de salud de Chavín y Chontayoc, Distrito

de Tarica con 4 establecimientos de salud Paltay, Tarica, Pashpa y Collón y Distrito de Jangas con 2 establecimientos de salud Mataquita y Huanja.

La transferencia de la atención primaria de salud a los Gobiernos Locales, de las 1 637 Municipalidades Distritales existentes en el país en el 36 % (590) de los distritos funciona la modalidad de cogestión CLAS, abarcando uno o más establecimientos de salud de la jurisdicción distrital (1).

En referencia A-CLAS Monterrey-Paltay como se mencionó territorialmente sus establecimientos de salud están distribuidos en tres distritos Independencia, Tarica y Jangas a nivel local se tiene dos convenios de cogestión firmados con el distrito Independencia y Tarica y a nivel Regional con Región Ancash. Dicho convenio incluye contratación de personal de salud, apoyo en actividades preventivas promocionales, que generalmente son promovidos sólo por la gerencia y un grupo reducido de personal de salud ya que en todo este proceso debería darse con participación conjunta entre los delegados comunidad y trabajadores de salud.

El Perú es uno de los pocos países en el mundo que tiene un programa gubernamental, legalizado, regulado e institucionalizado para la participación comunitaria. El programa de Administración Compartida (PAC) que fue formalizada en abril de 1994 por el Decreto Supremo 01-94-SA promulga la responsabilidad y poder en administración de recursos públicos que comprende el 31% del sistema de Atención Primaria del Ministerio de Salud, la participación comunitaria se ha establecido como una estrategia básica para el primer nivel de atención (2).

A través del presente trabajo académico, se busca promover la participación comunitaria de los líderes y OSB en la co-gestión de la CLAS- Monterrey - Paltay y promover el ejercicio ciudadano mediante el empoderamiento comunitario en temas de salud y como también del personal de salud como facilitador de dichos procesos.

De este modo, se contribuirá también a disminuir los índices de morbilidad con participación activa de la comunidad ya que experiencias con programas de desarrollo brindan evidencias a la capacidad de individuos en evaluar su situación y crear soluciones.

El trabajo académico está fundado a la participación comunitaria a través de líderes comunales y organizaciones sociales de base, participación ciudadana y cogestión en salud bajo el marco del modelo de co-gestión de los “Comunidad Local de Administración de servicios de Salud (CLAS)”.

Al hablar de Participación Comunitaria, debemos de partir primero de los preceptos de la “Atención Primaria de Salud” de “Alma Ata 1978”, habiendo se conceptualizado la participación comunitaria como un “Proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y por aquellos de la comunidad y mejoran la capacidad de contribuir al desarrollo de la comunidad”(3).

Así mismo hace referencia en el informe IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud y el ítem VII la atención primaria de salud (APS): Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la

organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (3).

Es importante también formular la siguiente pregunta ¿Qué es la comunidad y qué es la participación comunitaria? Se entiende por comunidad “un territorio concreto, con una población determinada, que dispone de determinados recursos y que tienen determinadas demandas”. Una comunidad siempre es el conjunto de estos cuatro factores (territorio, población, recursos y demandas) y sus mutuas, constantes y mutantes interrelaciones. Aislar el proceso en uno sólo de estos factores lleva al fracaso (4).

Desde las ciencias sociales y dice que comunidad es una agregación social o conjunto de personas que habitan en un espacio geográfico delimitado, donde operan redes de comunicación interna, pueden compartir servicios y desarrollan un sentido de pertenenciae en función de ello pueden desempeñar funciones sociales de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo, en el ámbito local. La autora define la participación comunitaria como el proceso social en virtud de los cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar dichos problemas, necesidades o intereses buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos (5).

Otra de definiciones en consideración es la participación comunitaria como proceso social, donde la población comparte intereses, problema o



necesidad sentida y viven en un mismo ámbito y/o comunidad, buscan activamente de identificar esas necesidades, intereses o problemas toman decisiones y crean mecanismos para atenderlos. Estas descripciones se plasman en acciones que la comunidad debe considerar cuando participa en asumir responsabilidades, conocer e identificar su situación, en tomar decisiones, buscar soluciones, controlar y evaluar, para que se efectivice estas acciones la población tiene que estar motivado y fomentar procesos de construcción de la ciudadanía (6).

Para Ruiz J y Giménez A. realizan una reflexión de la participación comunitaria en relación a los servicios de salud, una de sus conclusiones; que el sistema social engloba y condiciona al sistema sanitario, dicho en otras palabras, el grado de participación comunitaria en los servicios de salud será mayor cuando a la población se le dote de elementos necesarios para ejercer su poder de decisión y capacidad de control, lograr su autonomía y ser protagonista de su propio desarrollo, hace referencia de algunas características que se debe tener en cuenta en toda participación comunitaria en salud (7).

- **Activa:** La comunidad es parte todos procesos de diagnóstico, planificación, ejecución. control y evaluación. Cuando la población tiene más capacidad de intervenir en estas decisiones será más eficaz y democrática su participación.
- **Consciente:** Toma conciencia y conoce de los problemas de su comunidad y buscan solucionarlas.
- **Responsable:** Hay compromiso de acuerdo a sus responsabilidades y derechos.

- **Deliberada y libre:** su participación es voluntario, planificada mantiene su autonomía y cumple tareas propias.
- **Organizada:** Como la comunidad tiene una organización propia esta no debe depender de los servicios de salud, las actividades se propuestas se integran con objetivos comunes en busca del desarrollo comunitario.
- **Sostenible:** Busca que los procesos implementados se mantengan con el tiempo.

Teniendo, la conceptualización de lo que significa la participación comunitaria por algunos autores, no se quiere dejar de presentar lo planteado por Roger Hart (1993) sobre la escalera de la participación desde el estudio realizado de la Participación de los Niños, donde planteo distintos niveles de participación (8).



Fuente: Extraído del Blog Educando en la participación

Para el trabajo académico, relacionaremos participación comunitaria con la participación de líderes comunales entre ellos autoridades locales: alcaldes

de centros poblados, teniente gobernadores, representante de la junta vecinal, JASS, APAFA y para las Organizaciones Sociales de Base los representantes de los vasos de leche, comedores y club de madres, agentes comunitarios de salud del ámbito del A CLA Monterrey-Paltay

Los Líderes comunitarios son aquellas personas que pertenecen a una comunidad que saben compartir lo que tienen y están dispuestos a colaborar con los demás. Estas características producen en el resto de los residentes en su comunidad confianza y seguimiento de sus indicaciones (9).

El papel de un líder comunitario es representar y movilizar a su comunidad para resolver los problemas que la afectan, y así pueda ser autosuficiente y salir adelante frente a todas las tareas que esta se enfrente en su diario vivir. Un verdadero líder es aquel que informa a su comunidad sobre los diferentes problemas que aquejan al sector donde desempeña su trabajo comunal; es el que convoca a reuniones para discutir los problemas y buscarle solución en conjunto (9).

El líder comunitario Es aquella persona que sabe compartir lo que tiene y está dispuesto o dispuesta a colaborar con los demás, es la persona que tiene depositada la confianza del resto de personas que forman la comunidad, tiene una gran capacidad de trabajo y demuestra gran entusiasmo en aquellas obras de interés común, hace propios los intereses y las aspiraciones de la comunidad, debe velar por los intereses de la comunidad, como si fueran los propios, Debe actuar y representar a la comunidad ante cualquier organismo, El líder no puede

aprovechar el esfuerzo que realiza su comunidad en su propio beneficio, debe y puede encargar a otros miembros de la comunidad la realización de algunas tareas (10).

Un líder es aquella persona que destaca dentro de un grupo de individuos, con ciertos rasgos que lo vuelven mucho más influyente que otros sobre los demás, de modo que muchas veces ejerce también el papel de orientador o consejero de ellos. Esto, a su vez, conlleva a la atribución de responsabilidades orientadas al cumplimiento de los objetivos comunes del grupo, siendo la imagen representativa del mismo. El líder es capaz de influir en la toma de decisiones y posteriores acciones en pro de satisfacer las necesidades o intereses comunes de este grupo de personas, por supuesto, no de manera arbitraria, sino con el apoyo de estas (10).

Las Organizaciones de Base (OSB) son organizaciones autogestionarias constituidas por iniciativa de los pobladores que buscan contribuir al desarrollo integral de la localidad, resolver problemas de índole social, económica y cultural para mejorar las condiciones de vida de sus integrantes. Es importante tener en cuenta que tienen existencia legal y personería jurídica de derecho privado a partir de su inscripción en los Registros Públicos. En consecuencia, son personas jurídicas sin fines de lucro regidas por una normatividad especial. Entre las Organizaciones Sociales de Base podemos encontrar: Comedores populares Autogestionarios, Centro Materno Infantil, centros familiares, cocinas familiares, comités de vaso de leche, club de madres y otras organizaciones que brinden apoyo alimentario a la población de menos recursos (11).

La organización de base sirve para identificar a las organizaciones de carácter social o político más cercanas a la comunidad a la que sirven; son asistidas por organizaciones mayores, que pueden ser desde un partido político, una ONG, confederaciones de organizaciones o secciones de organizaciones nacionales o regionales. En teoría, la organización de base es la célula más pequeña y más relacionada con el pueblo. Las Organizaciones de Base son: Vaso de Leche, Club de Madres, Comedores Populares, Uro Comunal, Botiquín Comunal, Agentes Comunitarios de Salud (12).

Según “Ley 29124 y Reglamento D.S. 017 - 2008 - SA. Conceptualiza a las organizaciones sociales de base, como organizaciones autogestionarias formadas por iniciativa de personas de un determinado ámbito para propiciar un desarrollo humano integral y pleno, debidamente inscritos en el Gobierno Local” (1).

El concepto Participación Ciudadana es otro de componentes básicos de la participación comunitaria entendiéndolo con sus diferentes dimensiones desde hacer uso el ejercicio de su ciudadanía desde una dimensión cívica, ejercicio de democracia, de poder, de desarrollo personal y comunal.

Quizá la conceptualización más clásica de la participación ciudadana es aquella que la define con el conjunto de prácticas de intervención directa de los ciudadanos, de forma colectiva e individual ante el estado, con el fin de alcanzar la igualdad política y social que puede influir en forma permanente en decisiones públicas (13).

La participación ciudadana está relacionada con los múltiples roles que los ciudadanos desempeñan frente al estado de ser fiscalizador, elector, agente

de cambio y movilizadores de la comunidad. El principio participativo trae como consecuencia la activa intervención de los ciudadanos para que el estado tome en consideración los diseños de las políticas públicas, dejando de ser solo sujetos receptivos y pasivos. Bajo estos preceptos podemos decir que la participación ciudadana se cimienta en la democracia, también como la adhesión a los valores de una comunidad concebida en sus ámbitos Nacional, Regional o Local (13).

En el Perú, se entiende la participación ciudadana como el derecho y la oportunidad, individual o colectiva, que tienen los ciudadanos de manifestar sus intereses y demandas a través de actos, con la finalidad de influir en la formulación y toma de decisiones gubernamentales en los diferentes niveles: nacional, regional o local; contribuyendo de esa manera a mejorar la gestión pública y la calidad de vida de los ciudadanos (14).

Participación ciudadana significa también: ejercer en la práctica los deberes y derechos políticos, intervenir en los asuntos públicos y tomar decisiones. Participación ciudadana es “formar parte y tomar parte” de un grupo, de una comunidad o de un país de manera activa y responsable.

Tenemos así que Velásquez F, (1986) define la participación ciudadana como proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder que intervienen directamente o por medio de sus representantes, con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política. La participación se puede ser cuando se trata de obtener información sobre un

tema o discusión específica, emitir una opinión sobre una situación, participar significa tener iniciativas que contribuyan a la solución de un problema también puede tener un alcance mayor cuando se trata de procesos de concertación y negociación o de fiscalizar el cumplimiento de acuerdos y decisiones previas (15).

La participación ciudadana se entiende como el ejercicio o conjunto de acciones realizadas de manera voluntaria por las personas que portan sus propios intereses o que representan a colectivos, que tiene la intención de incidir directa o indirectamente en los asuntos públicos, desde una perspectiva de deliberación e interés público, en un marco de pluralidad y respeto a los derechos humanos. Según cuadro presentamos la tipología de la Participación Ciudadana (16).

Cuadro 4. Tipología de la participación ciudadana según la naturaleza del proceso

Tipos	Descripción	Ejemplos
<b>Consulta</b>	Los participantes opinan sobre temas o problemas a partir de preguntas formuladas por los funcionarios públicos; las respuestas no son vinculantes para la decisión de los funcionarios públicos.	Consejos Consultivos, Consultas públicas abiertas no vinculantes.
<b>Diálogo</b>	Los participantes y funcionarios públicos intercambian información respecto a temas o problemas, en una relación de doble vía.	Mesa de diálogo, Foros.
<b>Deliberación</b>	Los participantes toman decisiones junto con los funcionarios públicos para definir la gestión de la entidad gubernamental.	Asamblea, Consejos deliberativos, Comisión, Órgano de dictaminación.
<b>Cogestión</b>	Los participantes se involucran de manera conjunta en la implementación de las políticas, programas y proyectos públicos.	Sistema, Junta, Programas de Coinvertión.
<b>Vigilancia</b>	Los participantes realizan el seguimiento (supervisión, fiscalización) del cumplimiento de las decisiones tomadas en la entidad gubernamental.	Contraloría social, Testigo Social, Aval ciudadano.

Fuente: Elaboración propia a partir de Isurza (2015b)

El factor clave para el éxito de cualquier esquema de participación ciudadana en salud radica en promover prácticas que respeten las realidades locales de agregación de demandas sociales y que garanticen la representatividad de los actores que se agregan por intereses relacionados a bienes, servicios u oportunidades en salud. Estas prácticas deben estar orientadas a fomentar un mejor y necesario equilibrio de poderes en el nivel local, así como deben orientar la generación de mejores niveles de ciudadanía en un territorio hacia la búsqueda de un desarrollo sanitario armónico (17).

En relación al concepto de ciudadanía, la bibliografía se concentra, principalmente, en dos enfoques. En uno, la ciudadanía es concebida como la



titularidad de derechos (derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) y suele visualizarse en términos de exigibilidad y no de participación. En el otro, la ciudadanía es entendida como participación activa de los sujetos en una comunidad. Aparecen entonces los llamados derechos de segunda generación, aquellos que habilitan para participar en decisiones y proyectos que se asumen desde la vida política y el Estado (18).

Uno de los conceptos referidos la OPS/OMS en 1993, El modelo de cogestión para el desarrollo de la salud esboza mejorar los procesos participativos en los aspectos de fortalecer la capacidad de la población y de los actores sociales para la conducción y resolución de los conflictos que se presente frente una problemática, vía negociación y concertación (19).

La cogestión en salud según lo descrito en la Ley N° 29124, son las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, y que impliquen tanto su participación en los servicios públicos como su acción sobre los determinantes de la salud y en la toma de decisiones conjuntas respecto de las prioridades de políticas e intervenciones en salud vinculadas al cuidado de ésta y de los recursos; y la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las acciones, adoptando las formas convencionales que las partes acuerden (1).

Así mismo la cogestión en salud se establece en el Perú, como un mecanismo legal para la reducción de la pobreza; su funcionamiento eficiente en las instituciones del país garantizará su implementación y desarrollo, reafirmando que la democracia y el desarrollo sostenible se sustentan en

instituciones transparentes y eficientes, con profesionales competentes y responsables, con leyes y reglamentos, como es el caso del dispositivo referido (1).

Con esta contribución el Ministerio de Salud minimizará las brechas existentes en el tema de salud, mejorando fundamentalmente los niveles de calidad de vida de la población. Igualmente, empleando mecanismos de gobernabilidad a través del proceso de descentralización administrativa, económica y política.

El objeto es contribuir con la cobertura de atención, mejorar la calidad y el acceso equitativo de los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada, en el marco del ejercicio del derecho a la salud y en concordancia con el proceso de descentralización. Así mismo establece nuevas formas y mecanismos para el funcionamiento de las asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) en el país, formulando un nuevo marco normativo a cargo del MINSA (1).

La cogestión tiene un proceso que parte desde un escenario de consulta participativa para luego trasladarse a la gestión compartida del proceso de salud en busca del alivio de la enfermedad, dicho de otra manera, este proceso parte primero se debe identificar las necesidades propia población para luego ser trasladada a la búsqueda una a de solución compartida a los problemas de salud identificadas (20).

En los Niveles de la Participación Comunitaria, se presenta como debe de ser una cogestión significativa por que demos tener en cuenta las siguientes características:

- La comunidad organizada participa de todo el proceso desde la planificación, implementación y la gestión de las actividades de salud.
- Identifican los problemas de salud de su comunidad, analizan La comunidad reconocen los problemas de la comunidad en relación a la salud, la prevención y control de la malaria, analizan los problemas y gestiona proponen alternativas de solución conjuntas en consenso con autoridades.
- Cuando la población toma decisiones a favor del cuidado de la salud de su comunidad los hace suyos fomenta cambios e ella.
- Cuando la comunidad se empodera y platea actividades sin apoyo del personal de salud.
- Cuando los miembros de la comunidad han logrado articularse con otros actores sociales de su comunidad con un fin común.
- Cuando más personas estén implicadas en los procesos de participación en salud y hay número mayor de actividades planteadas.
- Hay presencia liderazgo con capacidades organizativas de la comunidad.
- Cuando la comunidad realiza gestiones ante el gobierno local e instituciones (21).

Se sustenta la teoría salud comunitaria de Jaime Gofin y Rosa Gofin a través de la aplicación metodología de Atención Primaria Orientada a la Comunidad- APOC que posibilita el desarrollo de los postulados OMS en relación a la atención primaria de salud (Alma Ata).

La dimensión comunitaria de la salud pública debe entender a la comunidad como: foco de atención, definiendo las necesidades de una comunidad específica, con intervenciones ajustadas a la comunidad, con participación comunitaria y considerando la sostenibilidad -salud pública integrada a los servicios comunitarios (22).

El enfoque de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) es la “integración de la medicina comunitaria con la atención primaria de la salud de individuos” (Instituto de Medicina, 1984, University of Nebraska Medical Center). Una definición actualizada plantea que es una práctica de la atención primaria con responsabilidad poblacional, orientada a mejorar la salud de una comunidad definida, cubierta por el servicio, con la progresiva participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en la salud de la comunidad y sus determinantes (22).



**Los principios de la APOC son:**

- Responsabilidad por la salud de una población definida.

- Atención basada en las necesidades de salud identificadas a nivel poblacional.
- Asignación de prioridades.
- Programa de intervención que cubre todas las etapas en el continuo salud y enfermedad.
- Participación comunitaria.

La efectividad de la APOC en diferentes sistemas y programas puede considerarse a través de la disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas y crónicas; la disminución de hospitalizaciones; los cambios en los factores de comportamiento y la promoción del crecimiento y desarrollo. También se considera que este método facilita el trabajo de equipo y sistematiza el trabajo médico. Esta por medirse su efectividad en el costo.

Aunque la APOC, implica otras actividades además de la práctica clínica individual, no debe suponer una sobre carga de la agenda de los profesionales, sino una reorientación de los servicios hacia los objetivos de la salud de la comunidad (23).

Gofin resaltó la efectividad de los talleres de APOC con estudiantes de salud pública de MPH Internacional, con médicos de familia y enfermeras de España, con profesionales de la Atención Primaria del Reino Unido y con profesionales del primer nivel de atención de Uruguay y su gran difusión en Turquía, Nebraska y en Estados Unidos de América a través de la George Washington University (22).

El rol del trabajador social en APOC incluye establecer los contactos con la comunidad, la identificación de líderes comunitarios, el inventario de recursos

propios de la comunidad y la captación de recursos externos; puede tener también un papel importante en la coordinación intersectorial. Sin subestimar nuestro trabajo individual, el trabajador social en APOC puede destacarse en el trabajo comunitario a través del establecimiento de los contactos con otros servicios comunitarios y con la propia comunidad.

Somos parte de un equipo de profesionales sanitarios que aportan una visión de otras disciplinas, lo que puede permitir ampliar la visión de otros profesionales de la salud hacia los aspectos psicosociales, con el que puede ayudar como parte de su función a que el equipo pueda abrirse a un trabajo interdisciplinario.

Este trabajo de intervención se encuentra dentro de los objetivos de desarrollo sostenible en su rubro de Salud y bienestar, además está sustentado por una base legal que lo justifica:

- Ley N° 29124 “Ley de Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones” 2007. La presente ley regula el marco general de la Cogestión y Participación Ciudadana para los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de las Regiones, con el objeto de contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación de la Comunidad Organizada, en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud, y en concordancia con el proceso de descentralización.

La ley, también constituye una herramienta eficaz para el desarrollo de una política de estado que permite mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos con participación de ellos a nivel nacional, regional y local. Coadyuva en el proceso de descentralización de la salud en el país, participando por primera vez en consenso, los Gobiernos Regionales, Locales y organizaciones sociales, a través de un convenio (24).

- **Reglamento:** Decreto Supremo 017-2008-SA. De la Ley 29124 El presente Reglamento constituye la guía normativa para la innovación y fortalecimiento de las Asociaciones CLAS en el país. Conlleva a la reestructuración de las CLAS como parte del proceso de descentralización de la salud regional y local, de modo que el acceso a los servicios de salud de calidad sea una realidad para las poblaciones más pobres y excluidas del país (1).

El presente reglamento establece de la participación ciudadana en salud, la intervención de los actores sociales en todo su proceso de planeamiento, organización, ejecución, evaluación y rendición de cuentas propiciando la participación de la comunidad organizada mediante la vigilancia ciudadana con en dichos procesos y sus determinantes en el ámbito correspondiente; como se mencionó en el marco teórico.

Los CLAS tienen toda una estructura estos órganos de gobierno son:

- **Asamblea General:** Órgano supremo del CLAS tiene función de planeamiento y evaluación es el encargo de elegir a los miembros del Consejo Directivo aprobar las cuentas y balances, resolver la modificación del Estatuto, la disolución de la CLAS y los demás asuntos

de su competencia, en el marco de lo establecido en el Código Civil y sus Estatutos. El ejercicio de sus funciones es un periodo de 4 años y es el que conduce el Plan de Salud Local (PSL), Participa en el diagnóstico de las necesidades y demandas en salud de la población de la jurisdicción de las CLAS (1).

- **Consejo Directivo:** Es el órgano responsable de dirigir y orientar el funcionamiento técnico y administrativo de la CLAS para el cumplimiento de sus fines e implementa los acuerdos de la Asamblea General. El Consejo Directivo es elegido entre los miembros de la Asamblea General. El plazo de ejercicio de los cargos en el Consejo Directivo es dos (2) años, no existiendo reelección inmediata de ninguno de los cargos. (1)
- **Gerencia:** Es el órgano de las CLAS, que gestiona y organiza la prestación de los servicios de salud, administrados por la CLAS y está a cargo de un Gerente. El Gerente de la CLAS es el responsable de ejecutar el PSL, asumiendo la jefatura del o los establecimientos de salud bajo la jurisdicción de la CLAS (1).
- **Plan de Salud Local-PSL:** Es un instrumento de gestión donde la comunidad participativa de manera activa y concertada allí se plasma todas las actividades de salud a trabajar conjuntamente con la población y/o comunidad.

Una de las labores de todo trabajador de salud en los establecimientos de salud del primer nivel como facilitador de los procesos debe ser el posicionamiento en el trabajo comunitario, promover y fortalecer la



organización comunitaria en aras del empoderamiento a favor de la salud de la población.

Navas R. Rojas M. Álvarez C. Fox M. (25), en Venezuela 2010 realizó la investigación “Participación comunitaria en los servicios de salud” es un estudio descriptivo transversal y de campo cuyo objetivo caracterizar la participación comunitaria en los servicios de salud de la parroquia Idelfonso Vásquez, Municipio Maracaibo, Zulia, Venezuela, se les aplicó un cuestionario estructurado.

El 75% de los encuestados dijo conocer la existencia de leyes que respaldan la participación comunitaria; 73% reconoció a los consejos comunales como las instancias de participación existentes en sus comunidades, 38,3% manifestó que la comunidad había intervenido en la planificación de los programas de salud mientras que el 19,9% refirió que la participación en la ejecución de los mismos era esporádica.

Con relación a la contraloría social de los servicios de salud, el 50,8% de los informantes expresó no saber quiénes la efectuaban. Se apreciaron importantes avances en cuanto al reconocimiento y utilización de los mecanismos existentes para la participación comunitaria, sin embargo, se requiere profundizar lo referente al ejercicio de la contraloría social, a fin de que las comunidades hagan uso de este instrumento de poder que les permitirá incidir en la reformulación de las políticas de salud y por ende en la gestión de los servicios (1).

Castrillo M. (26), en Argentina 2013, realizó un estudio “Participación Comunitaria en Salud. El caso de Berisso” la ciudad de Berisso cuenta con

nueve unidades sanitarias (en adelante, US) ubicadas en distintos barrios de la ciudad que cumplen con la tarea de llevar a cabo la atención primaria.

Realizó un estudio de caso recolección de datos y análisis cualitativos; el objetivo describir y analizar las prácticas y sentidos asociados a la participación comunitaria en salud (tanto la promovida por organismos estatales como la autogenerada desde la sociedad civil) a partir de un estudio de caso en el municipio de Berisso, las conclusiones que arribaron fueron:

- Si bien en las prácticas y desde sus discursos, dan cuenta de articulaciones con otros sujetos, organizaciones e instituciones del barrio y la comunidad, los actores entrevistados no se reconocen miembros de una red, sino sujetos aislados que participan en salud.
- La vía de llegada a la PCS es la militancia principalmente. Y en paralelo, en general, la participación en salud es una excusa para la búsqueda del cambio social (siempre se articula con). Si bien tal vez los aportes de los actores de la PCS no sean transformadores de las condiciones de vida de una comunidad, sí lo son de su propia vida, y encuentran en la salud el espacio desde el cual militar el cambio social.
- El concepto de salud que construyen es consonante con la concepción integral y amplia de salud (mencionada en el primer capítulo), y muchas veces esta definición abarcadora les permite englobar su actividad en el marco de actividades de salud.
- Se ratifica un gran peso de la hegemonía médica que actúa como condicionante implícito para la propia acción en salud: no ser profesionales es una carga negativa autoadjudicada por los actores que participan en

salud. A su vez, en la valoración de su propia actividad tiene mucho peso el no reconocimiento de la autoridad médica y política.

- El género se vuelve una dimensión analítica útil para dar cuenta de las experiencias participativas en salud de Berisso, tratándose de que los casos analizados fueron relatados por mujeres que valorizan la PCS en un doble sentido: como reproductora de los roles tradicionales de género y, al mismo tiempo, como posibilidad de empoderamiento femenino.
- En los casos que conforman este estudio de caso, se asiste a una participación simbólica, ficticia, acotada en espacios y en intervenciones (es consultiva y no decisional) pero se sostiene que, aunque desde las US se propia una participación puertas para afuera y sólo cuando es decidida por el equipo, las experiencias de PCS se están instalando y generan espacios de poder al interior del barrio.
- La diversidad de prácticas participativas en estas experiencias, contrasta visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica, que las trascienden, aunque no las excluyan. Consecuentemente se registran en asociación a estas experiencias, conceptualizaciones de los espacios participativos y la participación no ya acotadas sino cercanas a lo que inicialmente identificáramos como participación efectiva o emancipadora. “Se podría pensar entonces, que ciertos actores y en ciertos contextos, pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas y/o a mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades que mayormente se realizan”.

Sainz P. (27), en España 2017, realizó la investigación “Los Consejos de Salud como instrumento de Participación Comunitaria en La Rioja” es un estudio cualitativo que se realizó a los centros de salud de la comunidad de Rioja de España, cuenta con un área de salud compuesta por 20 zonas básicas de salud, 12 rurales y 8 urbana cuyo objetivo fue describir el funcionamiento y la normativa de los consejos de salud de la Rioja como órganos de participación ciudadana en la gestión de la salud.

En referencia a la Participación comunitaria hace referencia al proceso por el cual la comunidad asume responsabilidades sobre su salud y bienestar, contribuyendo al desarrollo de políticas saludables acordes con sus necesidades.

En cuanto al significado atribuido a la salud y a la Participación Comunitaria en Salud (PCS), las personas entrevistadas reconocen la ambigüedad de los significados de salud y PCS como posible causa del difícil proceder en los Centros de Salud, que muestran una orientación muy biomédica y tecnológica: «La salud y la participación comunitaria son conceptos escurridizos a la hora de detectar las ganancias o pérdidas que generan»

Esta orientación es observable cuando las personas entrevistadas refieren que la experiencia y el conocimiento sistemático del personal sanitario le conceden un papel más significativo en la dirección y toma de decisiones, y ello, añadido a la presencia mayoritaria de la Administración en los CS, condiciona la adecuada PCS.

Las personas entrevistadas indican que estos órganos sirven de «megáfonos para otros intereses» y se olvidan de las iniciativas de promoción

de la salud, que superan escasamente el 10% en los Consejos de Salud de Zona (CSZ) y que son inexistentes en el Consejo Riojano de Salud (CRS).

Las personas entrevistadas destacan distintas propuestas de mejora para un correcto desempeño de la PCS: necesidad de potenciar la representación ciudadana, clarificar competencias, incluir funciones decisorias, retroalimentar las iniciativas, mayor frecuencia de las reuniones, calidad de estas, y reconocimiento e incentivación de la PCS en la cartera de servicios del personal sanitario.

A pesar de identificarse normativamente la PCS como derecho ciudadano y recurso del EAP para la promoción de la salud, su falta de reconocimiento por parte de la Administración sanitaria como una de las labores profesionales desincentiva su desempeño. El carácter voluntarista condiciona la asiduidad; en los CSZ, la asistencia media es del 51%, siendo recurrente la ausencia de ciertos representantes (de centros escolares y de algún sindicato que no han asistido nunca) y destacable que al 83% de las reuniones no ha acudido algún representante del Equipo de Atención Primaria (EAP) y al 61% no ha asistido ninguno.

En el ámbito nacional una de las investigaciones más recientes es el trabajo académico Montes, D (28), En Huánuco 2017 realizó la investigación “Cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la unidad ejecutor Huánuco, 2017”. La metodología tipo aplicada por sus conocimientos adquiridos en el tema. El objetivo determinar de qué manera se relaciona la cogestión y la gestión de los

servicios de salud en los establecimientos primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017 las conclusiones a la que se abordó fueron:

- En referencia a determinar de qué manera se relaciona la Cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017; se puede afirmar que de acuerdo al procesamiento de datos se obtuvo los resultados de un valor relacional de 0.50, el cual manifiesta que hay una relación positiva media entre las variables de estudio: cogestión y gestión de servicios de salud; escenario concordante a lo descrito en la Ley n° 29124, (2007), donde se establece a la Cogestión en salud como las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud y que implican su acción sobre los determinantes de la salud y en la toma de decisiones conjuntas respecto a las prioridades sanitarias e intervenciones en salud vinculadas a los recursos y la implementación de mecanismos de gestión de los servicios.
- En lo referente a establecer la relación entre la participación ciudadana y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel, podemos señalar que se obtuvo un valor relacional de 0.135, el cual manifiesta que hay una relación positiva media entre las variables de estudio de la dimensión 1 Participación Ciudadana y Variable gestión de servicios de salud. En ese sentido, según lo señalado por CARE Perú (2007), en su propuesta técnica: Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de Enfoque Basado en derecho; consideró que la participación es entendida como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos

y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses sobre bienes diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder. Participar es un proceso dinámico, gradual, y continuo, que significa tener iniciativas que contribuyan a la solución de un problema; a partir de procesos de concertación y negociación o fiscalización del cumplimiento de acuerdos, objetivos y decisiones previas. Así mismo es una expresión,

- Respecto a analizar la relación entre los recursos humanos y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención gestión de servicios de salud. Lo que nos indicaría que la problemática de recursos humanos representa un problema de salud pública, ya que en su ausencia y/o deficiencia afectaría directamente en la prestación de los servicios de salud e incumplir con las actividades sanitarias de los establecimientos de salud. Según la definición de recursos humanos, considera a las personas con las que una organización cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse.
- Para explicar la relación del ejercicio de la función administrativa de las ACLAS y la gestión de los “servicios de salud” en los establecimientos del “primer nivel de atención”, ha comprobado coordinación y control. Las funciones administrativas en la cogestión son ejercidas por los miembros del Consejo Directivo y Gerente.

En el ámbito local la de Albuja, M (29), en Ancash 2016, realizó la investigación “El proceso de participación comunitaria de las CLAS como promotor de ciudadanía. Estudio de caso de la CLAS de Miraflores alto de

Chimbote” el método utilizado es cualitativo que le permitió profundizar en el análisis del proceso de participación de los actores directos de la cogestión de la CLAS de Miraflores Alto. Siendo el objetivo de la investigación identificar los factores que promueven ciudadanía, dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de dicho CLAS.

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

El marco normativo del programa de cogestión promueve la participación ciudadana mediante estamentos. Se designan representantes del gobierno local, concejo municipal y micro red de salud, y se elige democráticamente a los representantes de las organizaciones comunales y de los trabajadores del puesto de salud. Todos ellos conformarán la Asamblea General. Existe un cambio importante respecto al modelo inicial de participación comunitaria hacia una real cogestión de ciudadanos y de autoridades. Este cambio favorece el proceso de planeamiento, pues, al considerarse a profesionales con experiencia, ayudan y capacitan a los asambleístas en el proceso de elaboración del Plan de Salud Local en sus componentes de plan estratégico y plan operativo.

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



- Los resultados muestran muy limitado interés del Ministerio de Salud y del gobierno regional y local en fortalecer a la Comunidad Local de Administración de Salud de Miraflores Alto, tal como lo establece la Ley 29124. Es tarea pendiente convocar a elecciones en las que participen los representantes de los diversos estamentos: organizaciones de la sociedad civil, gobierno local, regional, trabajadores de la CLAS, lo cual promovería una participación ciudadana más estructurada y representativa. Actualmente los representantes de 103 la Asamblea General han sido electos de acuerdo al procedimiento de la legislación anterior.
- Por tanto, la participación ciudadana es de naturaleza individual; esto conlleva una posible concentración del poder por algunos representantes, y a una mayor capacidad de toma de decisiones por representantes que se eligen por cercanía al personal de salud.
- Es crítica la ausencia de participación ciudadana en los componentes operativos de planeación y ejecución. Las dos principales razones son: el nivel de complejidad de la estructura del Plan de Salud Local y la falta de capacitación o asesoría en temas de planeación y gerencia de los representantes de la Asamblea General. La asistencia a las asambleas de rendición de cuentas es limitada, sin embargo, existen pedidos de asambleas de rendición de cuentas de algunos pobladores quienes desean conocer los avances de la gestión de la Presidente y Gerente de la CLAS y exigen resultados acerca de los planes de salud o balances económicos del ejercicio.

- Respecto al proceso de vigilancia ciudadana, el control lo realizan los representantes de la comunidad quienes reciben directamente las quejas de los pacientes y personalmente realizan seguimiento a los problemas en la atención. Ellos vigilan que el personal de salud se comprometa a ofrecer un servicio de calidad con respeto y trato digno.
- Otro aspecto positivo es el surgimiento de nuevos líderes de la comunidad que vienen trabajando sostenidamente ante la ausencia de los representantes de los estamentos, lo que demostraría que los avances logrados son producto de un impulso individual.
- Finalmente, urge difundir el modelo de cogestión y sus beneficios entre las organizaciones sociales y la población usuaria. La encuesta aplicada demostró que el 87% de los usuarios no pueden definir que es una CLAS y el 85% desconocen que el puesto de salud es cogestionado.

El anterior estudio guarda mucha relación con lo que ocurre en el A-CLAS Monterrey-Paltay en baja participación comunitaria en la co-gestión lo que repercute que todas las decisiones en referencia a las intervenciones sanitarias del ámbito que son programadas en Plan de Salud Local sólo por la parte administrativa del CLAS Gerente, coordinadores de servicios sin la participación de la comunidad entre otros procesos del modelo. Será de gran aporte a la especialidad en salud familiar, porque el modelo se relaciona con el trabajo comunitario desde la experiencia de la co-gestión en salud de la comunidad local de administración de salud-CLAS.

El trabajo Académico **PROMOVIENDO LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LOS LÍDERES Y ORGANIZACIONES SOCIALES**

DE BASE EN LA COGESTIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD MONTERREY - PALTAY, 2018, se considera de suma importancia debido a que al igual que en diferentes aspectos se considera que los líderes y representantes OSB, ven limitada su participación en la co-gestión de los servicios de salud, debido a falta de información y capacitación, por parte del personal de salud y otros actores involucrados como Dirección Regional, Red de Salud, la actitud del personal también por falta de capacitación.

La capacitación que reciban será de gran ayuda para sensibilizar y concientizar a los líderes y representantes de las OSB de las comunidades, esta actividad es tan importante como contar con un adecuado Plan de Salud Local siendo una herramienta de gestión del modelo el cual no tendrá éxito sin la participación de la comunidad y esta manera disminuir la tasa de morbilidad en el ámbito del CLAS Monterrey-Paltay.

El trabajo académico será de importancia para la co-gestión del CLAS Monterrey-Paltay, por los problemas que presenta actualmente la escasa participación comunitaria que repercute que todas las decisiones en referencia a las intervenciones sanitarias del ámbito que son programadas en Plan de Salud Local sólo por la parte administrativa del CLAS Gerente, coordinadores de servicios sin la participación de la comunidad entre otros procesos del modelo, será de gran aporte a la especialidad en salud familiar por lo planteado en el trabajo académico.

#### **IV. OBJETIVOS:**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Promover la participación comunitaria de los líderes y organizaciones sociales de base en la Co-gestión de la Comunidad Local de Administración de Salud Monterrey - Paltay, 2018.

##### **OBJETIVO ESPECIFICO:**

1. Fortalecer competencias del personal de salud sobre las normas Cogestión y Participación Ciudadana Ley 29124.
2. Promover interés de los líderes y OSB en participar en los problemas de salud de su comunidad.
3. Propiciar ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS de los líderes y OSB mediante el fortalecimiento de sus capacidades.

#### **V. METAS:**

- Participación de 120 líderes y OSB en las reuniones convocadas por el personal de salud y asamblea de la CLAS.
- Capacitación 80 trabajadores de salud en la ley.
- Participación de 15 líderes y OBS en reuniones en sus comunidades y asambleas que convoque la CLAS.
- Capacitación de 120 líderes y OBS en los talleres de sobre las normas de la CLAS.
- Sensibilización de 120 líderes y OSB en tema ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS.

- Sensibilización 80 trabajadores del CLAS Monterrey-Platay sobre la importancia de la participación comunitaria en el primer año de intervención.
- Un equipo de participación comunitaria y promoción de la salud operativo
- Un Programa sensibilización operativo en importancia de la participación comunitaria en la co-gestoi3n de la CLAS y la ley 29124 con 120 a l3deres y representantes OSB participando.
- Un del Programa de capacitaci3n operativo en importancia de participaci3n comunitaria en la co-gesti3n de la CLAS con 120 l3deres y representantes de OSB participando.
- Un Programa IEC implementado y operativo en el primer a3o.
- 9 Comit3s de salud y desarrollo conformados en zonas de riesgo al primer a3o.

## **VI. METODOLOGIA:**

**6.1. LINEAS DE ACCI3N Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCI3N:** Las estrategias para el presente trabajo acad3mico son: gesti3n comunitaria, capacitaci3n y informaci3n, comunicaci3n educaci3n-IEC, sensibilizaci3n para comprender mejor las l3neas de acci3n, se describen a continuaci3n.

### **A. GESTI3N COMUNITARIA.**

Capacidad para la planificaci3n, toma de decisiones y manejo de una serie de recursos organizativos, tecnol3gicos, financieros y humanos por parte de las comunidades para la prestaci3n de servicios que permiten grantizar su eficiencia, efectividad y sostenibilidad (30).

Para poder impulsar estos procesos a través de la co- gestión en la CLAS es necesario que el personal de salud tenga conocimiento necesario de la normatividad que rige la comunidad local de administración de salud mediante el fortalecimiento de la gestión comunitaria, siendo el personal de salud el facilitador de estos procesos por lo que debe tener las competencias necesarias para el trabajo con los líderes y representantes de las organizaciones ya que los procesos de gestión en el CLAS Monterrey-Paltay ha recaído solo a un grupo de profesionales de salud.

**Acciones:**

❖ **Conformación del equipo de participación comunitaria y promoción de la salud.**

- Gestión ante gerencia para conformación del equipo.
- Designación de equipo de participación comunitaria y promoción.
- Reunión con el equipo para socializar el proyecto académico.
- Formulación del plan de trabajo del equipo.

❖ **Conformación de los comités de salud y desarrollo.**

- Gestión ante gerencia y asamblea para conformación de comités de salud y desarrollo a nivel comunitario
- Socialización con el personal de salud del plan de trabajo para conformación de los comités de salud y desarrollo.
- Reuniones con líderes y OSB para conformación de los comités de salud y desarrollo a nivel de su comunidad.
- Comités conformados.
- Capacitación a los miembros de comités.

## **B. CAPACITACIÓN.**

La capacitación es un proceso sistemático mediante el cual se prepara a la persona para que desempeñe con excelencia las tareas específicas del puesto que ocupa, es un medio que desarrolla las competencias de las personas para que puedan ser más productivas, creativas e innovadoras, a efecto de que contribuyan mejor a los objetivos organizacionales. (31)

Es claro que no hay posibilidad de éxito en el trabajo CLAS sin una adecuada capacitación. Esta actividad es tan sustantiva como la de contar con un adecuado Programa de Salud Local. Cuando se limita o, peor, elimina la importancia de la capacitación o la formulación adecuada de los PSL, se está descartando la posibilidad de éxito del modelo.

Es importante capacitar y fortalecer las capacidades de los líderes comunales, representantes de OSB y personal de salud porque ellos son las piezas fundamentales que contribuirán a mejorar al cumplimiento de los objetivos del CLAS y desarrollo sus comunidades mediante el empoderamiento comunitario, siendo una de debilidades no solo a nivel del CLAS Monterrey-Paltay la falta de capacitación sino que esta problemática se evidencia desde el nivel de la DIRES-Ancash y Red que no toman importancia al modelo evidenciándose en desconocimientos normas y leyes para una adecuada asistencia técnica.

### **Acciones:**

- ❖ **Programa de capacitación a líderes y OSB sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS.**

- Elaboración del plan de capacitación
- Aprobación del plan por parte del equipo
- Presentación del plan a la gerencia, asamblea y personal de salud.
- Planificación del apoyo logístico para la implementación del programa
- Ejecución de los talleres de capacitación
- Evaluación.

### **C. INFORMACION, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN.**

El concepto de IEC fue desarrollado y utilizado a partir de la década de los 60 por los planificadores de salud, en respuesta al modelo de atención primaria de salud: "prevenir más que curar". Se observó la necesidad de acompañar las intervenciones de salud destinadas a la comunidad, con actividades de información y educación orientadas a lograr cambios de comportamiento sostenibles a través la adquisición de conocimiento y actitudes favorables del público objetivo de programas o proyectos

Información, Comunicación y Educación (IEC): Es el proceso de elaboración, presentación y divulgación de mensajes adecuados para destinatarios concretos con el fin de mejorar los conocimientos, técnicas y motivación necesarios para adoptar decisiones (32).

La falta de información sobre la co-gestión CLAS Monterrey-Paltay es uno de los problemas que se afronta actualmente no sólo a nivel local sino también a nivel de todos los estamentos MINSA, DIRESA, Red Huaylas sur, ya que está probada la influencia que los medios IEC, ejercen en los conocimientos, actitudes y comportamientos de la sociedad en general.



## **Acciones:**

### **❖ Programa de Educación, Información y Comunicación –IEC-**

#### **Sobre la co-gestión la CLAS y su norma.**

- Elaboración del plan de I.E.C
- Presentación del plan de I.E.C. a la gerencia, asamblea y personal de salud.
- Aprobación del plan de IEC
- Planificación del apoyo logístico para la implementación del programa.
- Ejecución plan de IEC
- Informe de las actividades ejecutadas
- Seguimiento y monitoreo
- Evaluación

#### **D. SENSIBILIZACIÓN:**

Conjunto de acciones que pretenden influir sobre las ideas, percepciones, estereotipos, conceptos de las personas y de los grupos para provocar un cambio de actitudes en nuestras prácticas sociales, individuales y colectivas (33).

El presente trabajo académico se dará a los líderes, OSB y personal de salud la información sobre la importancia, de participar en los procesos de cogestión de los servicios de salud con el fin de provocar el cambio de actitudes hacia la mejora de salud de la población ya que es una de los problemas que nos afecta a nivel de la CLAS Monterrey-Paltay.

**Acciones:**

❖ **Programa de sensibilización al personal de salud sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124.**

- Diseño de un programa del taller de sensibilización.
- Desarrollo del material de capacitación y la metodología.
- Gestión con Gerencia y miembros de la asamblea.
- Ejecución del programa.
- Evaluación y seguimiento.

**Acciones:**

❖ **Programa de sensibilización a líderes y OSB sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124**

- Diseño de un programa del taller de sensibilización.
- Desarrollo del material de capacitación y la metodología.
- Gestión con Gerencia y miembros de la asamblea.
- Ejecución del programa.
- Evaluación y seguimiento

## **6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de gestión de la Micro Red, Miembros de la Asamblea del CLAS, Gerencia y Responsable de Promoción de Salud esta última es quien estará a cargo de coordinar con los mencionados y gestionar el cumplimiento de la ejecución los procesos

planteados, con la finalidad de promover y proteger este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

## VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

### MATRIZ DE EVALUACIÓN

<b>Jerarquía de Objetivos</b>	<b>Metas por cada nivel de jerarquía</b>	<b>Indicadores de impacto y efecto</b>	<b>Definición del indicador</b>	<b>Fuente de verificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Instrumento para recolección de la información</b>
Suficiente participación comunitaria de los líderes y OSB en la cogestión de la comunidad local de administración de salud Monterrey-Paltay	Participación de 120 líderes y OSB en las reuniones convocadas por el personal de salud y asamblea de la CLAS.	N° de Líderes y OSB participan de las reuniones a favor de su comunidad.	una reunión convoca a dos o más personas con el propósito de lograr un objetivo común a través de la interacción verbal, tales como el intercambio de información o la posibilidad de llegar a un acuerdo.	Registro de asistencia de líderes y OSB sensibilizados.	trimestral	Lista de chequeo
<b>A.</b> Adecuado conocimiento del personal de salud sobre las normas Cogestión y Participación Ciudadana. ley 29124	Capacitación 80 trabajadores de salud en la ley 29124	N° de personal de Salud capacitado en ley 29124/Total de personal programado x 100	Proceso educativo por medio del cual el personal de salud adquiere conocimientos, habilidades y competencias	Registro de asistencia-personal capacitado	trimestral	Lista de chequeo
<b>B.-</b> fortaleciendo el interés de los líderes y OSB en participar en	Participación de 15 líderes y OBS en reuniones en sus	N° de reuniones donde participan Líderes y OBS/N°	una reunión convoca a dos o más personas con el propósito de lograr un	Registro de asistencia de líderes y OSB	trimestral	Lista de chequeo

los problemas de salud de su comunidad.	comunidades y asambleas que convoque la CLAS	de reuniones programadas x100	objetivo común a través de la interacción verbal, tales como el intercambio de información o la posibilidad de llegar a un acuerdo.			
	Capacitación de 120 líderes y OBS en los talleres de sobre las norma de la CLAS	N° de líderes y OSB capacitados/ total de líderes y OSB programados x100	Proceso educativo por medio del cual el personal de salud adquiere conocimientos, habilidades y competencias	Acta y planilla de asistencia	Cada 2 meses.	Lista de chequeo
<b>C.-Adecuado</b> conocimiento del ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS de los líderes y OSB	Sensibilización de 120 líderes y OSB en tema ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS.	N° de líderes y OSB sensibilizados / total de líderes y OSB programados x100	Sensibilización viene a ser un acto de sensibilizar al público o a una persona sobre un proceso que involucra y/o busca cambio o involucramiento para su ejecución, esta puede ser física o conducta.	Registro de asistencia a reuniones	Cada 2 meses.	Lista de chequeo

### MATRIZ DE MONITOREO

<b>Resultados del marco lógico</b>	<b>Acciones o actividades</b>	<b>Metas por cada actividad</b>	<b>Indicadores de producto o monitoreo por meta</b>	<b>Definición del indicador</b>	<b>Fuente de verificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Instrumento que se utilizará para el recojo de la información</b>
A. Adecuado conocimiento del personal de salud sobre las normas Cogestión y Participación Ciudadana Ley 29124	1.1 Programa de sensibilización al personal de salud sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124	Sensibilización 80 trabajadores del CLAS Monterrey-Platay sobre la importancia de la participación comunitaria en el primer año de intervención	N° personal de salud participan del programa de sensibilización sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124/ total de personal programado x 100	Senbilización es todo acto de hacer que una persona tome conciencia sobre determinadas circunstancias, fenómenos y elementos de sus actitud o personalidad, para mejorar su calidad de vida.	Acta y planilla de asistencia del personal de salud	Cada 2 meses al año	Lista de chequeo
	1.2 Conformación del equipo de participación comunitaria y promoción de la salud	Un equipo de participación comunitaria y promoción de la salud operativo	N° de equipos operativos/ Total de equipos programado x 100	Un equipo de trabajo es un grupo de personas organizadas, que trabajan juntas para lograr una meta	Acta del equipo de gestión	Un equipo conformado	Lista de chequeo

<b>B.</b> fortaleciendo el interés de los líderes y OSB en participar en los problemas de salud de su comunidad.	2.1 Programa de sensibilización a líderes y OSB sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124	Un programa de sensibilización operativo en importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124 con 120 a líderes y representantes OSB participando	N° de líderes y OSB participan del programa de sensibilización/total de líderes y OSB programados x 100	Consiste en motivar la participación y el compromiso de las autoridades de la población en las acciones de salud a fin de contribuir a la mejora de su calidad de vida.	- Informe de programa.  -Registro de asistencia de participantes	Cada 2 meses al año	Lista de chequeo
	2.2 Programa de capacitación a líderes y OSB sobre la importancia de participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS	Un Programa de capacitación operativo en importancia de participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS con 120 líderes y representantes de OSB participando.	N° de líderes y OSB participan del programa de capacitación/total de personal de salud programado x 100	Es un proceso por el cual el personal adquiere habilidades que ayudan al logro de los objetivos de la organización.	-Informe de programa.  -Registro de asistencia de participantes	Cada 2 meses al año	Lista de chequeo
<b>C.</b> Adecuado conocimiento del ejercicio de la ciudadanía en la	3.1 Programa de Educación, Información y Comunicación –	Un Programa IEC implementado y operativo en el primer año.	N° de Programas de IEC implementado y operativo/Total de Programas de IEC programados	Conjunto de procedimientos y acciones y recursos que ponemos en	-Informes de programa.	Un programa IEC implementado	Lista de chequeo

cogestión de la CLAS de los líderes y OSB	IEC- sobre la co-gestión en la CLAS y su norma			función de alcanzar metas propuestas desde el punto de vista de la comunicación.	-Registro de asistencia de participantes		
	3.2 Conformación de los comités de salud y desarrollo.	9 Comités de salud y desarrollo conformados en zonas de riesgo al primer año.	N° comités de salud y desarrollo operativos/ Total de comités de salud y desarrollo programados x 100	Son representantes de la comunidad organizada, que se junta para temas de vigilancia en salud.	-Actas de conformación -Acta de reuniones	Al I trimestre comités de salud y desarrollo conformados.	Lista de chequeo



## **7.1. Beneficiarios**

### **❖ Beneficiarios con proyecto**

- Disminución de la tasa de morbilidad en la Jurisdicción del CLAS Monterrey-Paltay.
- Formulación del Plan de Salud Local con participación los representantes de la comunidad según necesidades de la población.
- Participación activa de la población en toma de decisiones en la solución de los problemas que aquejan a su comunidad.
- Personal de salud identificado con el trabajo comunitario
- Mayor control en el ejercicio de la ciudadanía de la comunidad en temas de salud.
- Mayor participación de los líderes y OSB en reuniones convocadas por Asamblea general.

### **❖ Beneficiarios sin proyecto**

- Persistencia de aumento de la tasa de morbilidad
- Seguirá formulándose el Plan de Salud Local solo desde la perspectiva de la Gerencia.
- La participación de la población seguirá siendo pasiva.
- El personal de salud seguirá trabajando sin conocer la importancia de trabajo con la comunidad y sin tener información de la Ley del CLAS.

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1. Materiales para sensibilización, capacitación, reuniones

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT UNID.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del C.S. Monterrey	00.00	10	0.00	<b>1000.00</b>
2	Fotocopias	0.10	1000	0.00	<b>100.00</b>
3	Impresiones	0.20	800	0.00	<b>160.00</b>
4	Laptop	2500	1	0.00	<b>2500.00</b>
5	Material de escritorio; folder, papel colores , lapicero	3.00	300	0.00	<b>900.00</b>
6	Papel bond	11.00	2000	0.00	<b>44.00</b>
7	Impresiones de folletos	0.30	2000	0.00	<b>600.00</b>
8	Fotocopia de norma	4.80	100	0.00	<b>480.00</b>
9	Refrigerio	5.00	398	0.00	<b>1990.00</b>
10	Movilidad local	5.00	40	0.00	<b>320.00</b>
11	Gasolina para perifoneo	7.80	45	0.00	<b>351.00</b>
<b>COSTO TOTAL</b>				<b>S/.</b>	<b>8445.00</b>

### 8.2.RESUMEN DEL PRESUPUESTO

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Materiales	8445.00	0.00	8445.000
Otros gastos de ejecución	1000.00	0.00	1000.00
<b>TOTAL</b>	<b>9,445.00</b>	<b>0.00</b>	<b>9,445.00</b>

**IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES**

**PLAN OPERATIVO**

**OBJETIVO GENERAL:** Promover la participación comunitaria de los líderes y organizaciones sociales de base en la Co-gestión de la Comunidad Local de Administración de Salud Monterrey - Paltay, 2018.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA					INDICADOR
			DESCRIPCION	COSTO	2018	2019		2020		
					II	I	II	I	II	
1	Elaboración del trabajo académico “Promoviendo la Participación Comunitaria de los líderes y Organizaciones Sociales de base en el CLAS Monterrey-Paltay 2019”	1	Informe	100.00	X					Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo académico a los miembros de la Asamblea y equipo de gestión y Gerencia del CLAS Monterrey- Paltay	1	Informe	20.00	X					Proyecto presentado
3	Reunión con la Gerencia y equipo de participación comunitaria y promoción para el apoyo en la ejecución del trabajo académico	2	Informe	20.00		x				Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	9,445.00			x			Proyecto Ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	20.00				x		Proyecto desarrollado
6	Presentación del Informe Final	1	Informe	100.00					x	Informe presentado

**OBJETIVO ESPECIFICO 1:** Fortalecer competencias del personal de salud sobre las normas Cogestión y Participación Ciudadana Ley 29124.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2020			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	I	II
1	Programa de sensibilización al personal de salud sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de un programa de talleres de sensibilización.</li> <li>• Desarrollo del material de capacitación y la metodología.</li> <li>• Gestión con Gerencia y miembros de la asamblea.</li> <li>• Ejecución del programa.</li> <li>• Evaluación y seguimiento.</li> </ul>	Plan		x			
			Materiales elaborados	S./ 600	x			
			Reunión Programa		x			
			Informe		x	x		
						x	x	x
2	Conformación del equipo de participación comunitaria y promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión ante gerencia para conformación del equipo.</li> <li>• Designación de equipo de participación comunitaria y promoción.</li> <li>• Reunión con el equipo para socializar el proyecto académico.</li> <li>• Formulación del plan de trabajo del equipo.</li> </ul>	Solicitud Documento		x			
			Reunión	S/200	x			
			Plan		x			

**OBJETIVO ESPECIFICO 2:** Promover interés de los líderes y OSB en participar en los problemas de salud de su comunidad.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2020				
			DESCRIPCION	COSTO	I	II	III	IV	
1	Programa de sensibilización a líderes y OSB sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de un programa de talleres de sensibilización.</li> <li>• Desarrollo del material de capacitación y la metodología.</li> <li>• Gestión con Gerencia y miembros de la asamblea.</li> <li>• Ejecución del programa.</li> <li>• Evaluación y seguimiento.</li> </ul>	Plan  Materiales elaborados Reunión Programa Informe	S./ 2,500	x  x  x	   x	   x	   x	   x
2.	Programa de capacitación a líderes y OSB sobre la importancia de participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de capacitación</li> <li>• Aprobación del plan por parte del equipo</li> <li>• Presentación del plan a la gerencia, asamblea y personal de salud.</li> <li>• Planificación del apoyo logístico para la implementación del programa</li> <li>• Ejecución de los talleres de capacitación</li> <li>• Evaluación.</li> </ul>	Plan Plan aprobado Reunión  Plan Implementado  Talleres capacitación  Informe	S/2,500	x x x     x	   x   x	   x   x	      x	      x

**OBJETIVO ESPECIFICO 3:** Propiciar ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS de los líderes y OSB mediante el fortalecimiento de sus capacidades.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019-2020			
			DESCRIPCION	COSTO	I	II	III	IV
1	Programa de Educación, Información y Comunicación –IEC- sobre la co-gestión en la CLAS y su norma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de I.E.C</li> <li>• Presentación del plan de I.E.C. a la gerencia, asamblea y personal de salud.</li> <li>• Aprobación del plan de IEC</li> <li>• Planificación del apoyo logístico para la implementación del programa.</li> <li>• Ejecución plan de IEC</li> <li>• Informe de las actividades ejecutadas</li> <li>• Seguimiento y monitoreo</li> <li>• Evaluación</li> </ul>	Plan Reunión  Plan aprobado Apoyo de logística  Difusión - mensajes informe informe informe	S/3,000	x  x x x x	    x  x x	    x  x x	    x  x x

.2	Conformación de los comités de salud y desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión ante gerencia y asamblea para conformación de comités de salud y desarrollo a nivel comunitario</li> <li>• Socialización con el personal de salud del plan de trabajo para conformación de los comités de salud y desarrollo.</li> <li>• Reuniones con líderes y OSB para conformación de los comités de salud y desarrollo a nivel de su comunidad.</li> <li>• Comités conformados.</li> <li>• Capacitación a los miembros de comités.</li> </ul>	Reunión  Plan  Reuniones  Reuniones Talleres	S/1,045	x   x  x x	   x   x	   x   x	
----	--	---	---	---------	------------------------------	----------------------------	----------------------------	--

## **X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y INSTITUCIONALES**

La propuesta del Trabajo de Intervención PROMOVIENDO LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE LOS LÍDERES Y ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE EN LA COGESTIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD MONTERREY - PALTAY, 2018, estará a cargo de la autora en coordinación con los miembros de la Asamblea del CLAS, la gerencia y equipo de gestión de la Micro red, calificados para organizar, dirigir y ejecutar el proyecto y realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del presente.

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

- Coordinación con las Municipalidades de Independencia, Tarica, Jangas y Red de Salud Huaylas Sur.



## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Ministerio de Salud. Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones. Perú: GDS; 2008.
2. Altobelli L. Historia y lecciones del programa de administración compartida y las CLAS en el Perú: Oportunidad y empoderamiento para la equidad en salud. Perú: Future Generations; 2010.
3. OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 1978”.
4. Marchoni M. Organización y desarrollo de la comunidad. España: La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales; 2007
5. Aguilar I. Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. Comunidad. 2006; (9):
6. Aguilar I. La participación comunitaria en salud. Mito ó realidad. Madrid: Díaz de Santos, S.A.; 2001
7. Ruiz J, Aguilar G. Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el sistema nacional de salud del estado español. Documento 2005; (8): Páginas 62-72
8. Hart R. La participación de los niños. De la participación simbólica la participación autentica. Ensayos Innocenti N°4. Unicef .1993
9. Abreu D. Que hacen los líderes comunitarios. El diario, Uruguay: 2013, mayo 6. Opinión.<https://eldiariony.com/2013/05/06/que-hacen-los-lideres-comunitarios/>

10. Salud comunitaria: Liderazgo [base de datos en línea]. España: Fundación para el conocimiento Madrid; 2008. [Fecha de acceso 4 de diciembre de 2018].URL disponible en:  
[http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2008/11/06/105974](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/11/06/105974)
11. Sunarp, Qué es una organización de base y como registrarla. RPP, Perú: 2016, Junio 8 Economía  
<https://rpp.pe/economia/estilo-de-vida/que-es-una-organizacion-social-de-base-y-como-registrarla-noticia-969354>
12. Instituto Cultural Peruano Norte Americano [base de datos en línea].Perú: Departamento de medicina; 2015 [fecha de acceso 4 de diciembre de 2018].URL disponible en: <https://icpna.academia.edu/LuisFernandoAyastaIba%C3%B1ez>
13. Wilmer Rickly. Enfoque teórico sobre la participación ciudadana [Diapositiva] Aragón: UTEBO; 20 diapositivas.
14. Dirección Nacional de Educación y Formación Cívica Ciudadana. Guía De Participación Ciudadana en el Perú: Peru:2008
15. Velásquez F, Gonzales E. Que ha pasado con la participación en Colombia. Colombia: conona; 2003
16. Proyecto 89477 PNUD Que entendemos por participación ciudadana. Documento de trabajo. México. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.;2018
17. CARE. Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de enfoque basado en derecho. Propuesta Técnica. Lima, Perú: Primera Edición.;2007
18. CEPAL. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Naciones Unidas: versión definitiva ;2000

19. OPS/OMS: La participación en el desarrollo social de la salud-Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, HSS/SILOS-26, Washington, 1993.
20. Ministerio de Salud Chile. Manual participación social en salud. reflexiones y herramientas para la acción desde Chile. Chile: Departamento de Participación Social y Trato al Usuario; 2009.
21. Unidad de Investigación en Salud Pública y Gestión Hospitalaria en Venezuela [bases de datos en línea]. Venezuela: Instituto de Altos Estudios en Salud; 2015. [22 de Noviembre 2018] <http://maiquiflores.over-blog.es/2015/04/niveles-de-la-participacion-comunitaria.html>
22. Gofin J. Educación en salud pública: tendencias, desafíos, y recursos de aprendizaje. En: Educación en salud pública y los desafíos emergentes, destacando cuatro términos: la educación, la salud pública, los desafíos y las oportunidades. Perú: OPS-OMS; 2012.
23. Foz G, Gofin J, Gomis M. Atención primaria orientada a la comunidad. 5a. ed. España: Elsevier; 2003.
24. Ley Salud. [en línea]. Perú: Congreso de la Republica; 2007. [ fecha de acceso 5 de diciembre del 2018]. URL disponible en:  
[http://www.leyes.congreso.gob.pe/LeyNume\\_1p.aspx?xEstado=2&xTipoNorma=0&xTipoBusqueda=4&xFechaI=&xFechaF=&xTexto=&xOrden=0&xNormaI=29124&xNo](http://www.leyes.congreso.gob.pe/LeyNume_1p.aspx?xEstado=2&xTipoNorma=0&xTipoBusqueda=4&xFechaI=&xFechaF=&xTexto=&xOrden=0&xNormaI=29124&xNo)
25. Navas R, Rojas M, Álvarez C. Fox M. Participación comunitaria en los servicios de salud. Revista de Ciencias Sociales, Venezuela: 2010, mayo-agosto. Universidad del Zulia Maracaibo vol. XVI, núm. 2, p. 329-342  
<https://www.redalyc.org/pdf/280/28016298013.pdf>

26. Castrillo M. Participación Comunitaria en Salud. El caso de Berisso. [Tesis licenciatura]. Argentina: repositorio institucional de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Fahce) de la Universidad Nacional de La Plata; 2013.
27. Sainz P, Arias J, Martínez J. Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja. La Gaceta, España: 2017, setiembre 10. Gaceta1548 p. 7  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117303151#tbl0015>
28. Montes D. “cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la unidad ejecutora Huánuco, 2017” [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad de Huánuco; 2017.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/82735230.pdf>
29. Pedro A. El proceso de participación comunitaria de las CLAS como promotor de ciudadanía. estudio de caso de la CLAS de Miraflores alto de Chimbote [Tesis Magister]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2016
30. Quiroga Edgar. Participación como fundamento de la Gestión Comunitaria [Diapositiva]. Colombia: Instituto Cinaria; 19 diapositivas.
31. Chiavenato I. Gestión del talento humano. Mexico: Mc gaw hill; 2008.
32. Plan de IEC [base de datos en línea]. Lima: Union Europea; 2012. [24 de diciembre 2018].URL disponible en:  
<http://www.care.org.ec/univida/documentacion/PLAN%20DE%20IEC%20UNIVIDA%20logosENERO.pdf>
33. Diversidad social. Concepto de sensibilización. [video]Madrid: wedmaster; 2016.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1: DIAGNOSTICO SITUACIONAL**

### **ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA LOCALIDAD CREACIÓN DEL DISTRITO DE INDEPENDENCIA:**

Independencia fue creada como Distrito el 23 de enero de 1866, con el decreto Ley 25852 conjuntamente con su similar el distrito de Restauración, ambas integrantes de la Provincia de Huaraz, Capital de Departamento de Ancash. Sin embargo, esta creación sólo constituyó una demarcación territorial, más no política, económica y administrativa que garantizara su autogobierno y con ello la designación de las Autoridades edilicias.

En esta época surgen Nicrupampa y Cascapampa. Al reconstruirse la parte antigua de la ciudad, la población regresó masivamente, pasando a ser Independencia una zona receptora de población migrante a Huaraz, principalmente de zonas más pobres como Conchucos. Sin embargo, hoy Independencia cumple un rol importante en la prestación de servicios diversos a Huaraz: de educación a través de las universidades, institutos superiores y colegios secundarios; de salud, a través del Hospital de ESSALUD; de servicios hoteleros de mayor nivel que los del cercado de Huaraz; y de centros recreacionales. Independencia presenta a una fisonomía diferente, con calles más ampliadas, con casas antiguas y con un notorio proceso de mejoramiento en las viviendas, siendo el principal centro de actividad económica el barrio de centenario.

El Distrito de Independencia se circunscribe en un territorio flanqueado occidental de la Cordillera Blanca y oriental de la Cordillera Negra. Siendo uno de los 12 Distritos de la Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash.

### **LÍMITES Y LINDEROS:**

- Por el Norte: Distrito de Jangas, Tarica y Provincia de Carhuaz
- Por el Este: Provincia de Huari

- Por el Sur: Distrito de Huaraz
- Por el Oeste: Distrito de Paria

**Área Aproximada: 79´726,000m<sup>2</sup>**

### **RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO DE SALUD DE MONTERREY y CLAS MONTERREY-PALTAY**

El Centro de Salud de Monterrey se encuentra ubicado en Poblado de Monterrey Distrito de Independencia- Provincia de Huaraz en el kilómetro 5.5 de la ciudad de Huaraz, los inicios de la creación del Centro de Salud de Monterrey, se remonta a principios de los años 80, donde funcionaba un local Asistencia Social – parroquial para las personas más necesitadas ; bajo la jefatura de la madre religiosa Sor Gilda Battaglia, dado su gran espíritu humanista creció la demanda de pacientes; motivo por el cual se propuso al director del Hospital de Huaraz, Suiberto Vidal la creación de un Centro de Salud de Administración estatal, quién con una Resolución Directoral Crea el CENTRO DE SALUD DE MONTERREY, el 04 Febrero 1982, Siendo el primer jefe del Establecimiento el Dr. Genaro Flores asignándole para administración como cabecera de Micro Red los EE.SS. Huanja, Chontayoc, Tarica , Paltay y Jangas y posteriormente con los EE.SS Collón, Pashpa, Chavín siendo último EE.SS incorporado P.s. de Mataquita.

El 8 de setiembre 1995, por razones administrativas el Ministerio de Salud Cree por conveniente separarse de la Congregación Religiosa con la que funcionaba hasta ese momento. Abandonando el local de la congregación y trasladándose a dos locales alquilados durante años 1999 hasta el 28 de junio 2001.

En 1997 siendo jefe por ese entonces DR. Yomthom Alegre Giraldo se inicia las Gestiones para la Construcción de un nuevo local Propio con el apoyo del alcalde del Centro Poblado Menor de Monterrey, Sr, Feliciano Díaz López, quien dona al Ministerio de Salud un Terrero Baldío de más de 2000m2, siendo Director de la DIRESA en aquel entonces Dr. Javier Revilla y la UTES El Dr. Crisanto León, financiándose el costo de la construcción con Recursos Ordinarios.

En 1999 El Centro de Salud Monterrey asume la sede del ACLAS Monterrey –Paltay por razones de superación profesional el Dr. Yonthon Alegre deja la jefatura y se suspende la construcción. A mediados del Año 2000 un grupo de trabajadores entusiastas Tec. Estadística. Sr. Huberto, Sra. Justina Lugo y Sra. Elsa Poma realizan las gestiones ante una ONG y con auspicio de la Embajada del Japón realizan una donación para la culminación de la Construcción del Centro de Salud, que fue inaugurado el 28 de junio del 2001 siendo jefe del Centro de Salud Dra. Noymi Soto Espinoza.

Apartir del año 2005 al Celebrarse un aniversario más, se acordó peregrinizar está fecha con el Homenaje de Nuestro Patrón espiritual de los trabajadores el SEÑOR DE LA MISERICORDIA, donado por la familia Julca Regalado y como padrinos de la imagen la familia LLanocanta. Siendo nuestros primeros Mayordomos Sra. Pilar Hidalgo y Sr. Emiliano de la Cruz quienes con entusiasmo entregaron la posta a los venideros mayordomos.

En aras de seguir mejorando y prestarle mayor comunidad en la atención a la población y debido a la demanda de pacientes en año 2006 liderados por la



Lic. Neri Regalado Olivares se inicia la atención de partos normales en el Centro de Salud de Monterrey con guardias nocturnas y retenes, para posteriormente atención de las 24 horas.

En el año 2010 un grupo de profesionales entusiastas liderados por la Jefatura. Lic. Yuliza Rojas Pérez inicia las gestiones para Construcción de un Nuevo Local es así en año 2011 la Región Ancash aprueba el expediente técnico a mediados de Octubre del mismo año inicia el proceso de Construcción de nuestra Infraestructura que actualmente nos alberga inaugurándose en Diciembre 2012 siendo Jefe del Establecimiento de Salud Dr. John Castro Carranza que alberga 59 trabajadores y a nivel de la Micro Red 130 personas en 2014 asume la gerencia y jefatura del Centro de Salud la Trabajadora Social Lic. Lizbeth Sánchez Sáenz, donde se inicia las gestiones para el proceso de Recategorización del Centro de Salud categoría I-3 a categoría I-4 con apoyo del presidente CLAS Sr. Adrián Burgos poblador de la comunidad de Monterrey.

El año 2015 vuelve asumir la dirección del CLAS Lic. Yuliza Rojas Pérez cuyo presidente CLAS Sr. Manuel Silverio Humana poblador de la comunidad de Huantallon en el año 2016 asume la gerencia Lic. Lourdes Mendoza Vargas cuyo presidente CLAS Sr. Samuel Mehuay, poblador del centro poblado de Paltay. Actualmente la Gerente desde 2017 es Dra. Heidi Isabel Robles cuyo presidente CLAS Sr. Iván Llanque Aparicio.

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN AMBITO A-CLAS MONTERREY-PALTAY.**

Según INEI proyección 2018 el Ac- CLAS Monterrey- Paltay cuenta con una población 23,694 habitantes de los cuales población femenina 14,183y

masculina 9,511 en relación a las etapas de vida de la población se distribuye de la siguiente manera: etapa de vida Niño hay una población de 5, 455 habitantes; etapa de vida adolescente 2,753 habitantes; etapa de vida joven 5,794 habitantes; etapa de vida adulto 9,173 habitantes y etapa de vida adulto mayor 2,442 habitantes.

El CLAS Monterrey-Paltay según datos SIVICO 2017 cuenta con 51 sectores ( que agrupan entre 1 a 3 comunidades cada sector) distribuidos en los 3 distritos parte del Distrito de Independencia, Distrito de Tarica y Jangas y los 9 establecimientos de salud que lo conforman la principal actividad económica es la agricultura, minería y artesanía según las características de la vivienda el 90% son de material de adobe los servicios básicos el 60% cuenta con agua dentro de sus viviendas y desagüe existiendo brechas en aquellas comunidades de poco acceso como paspa y collón, el servicio de fluido eléctrico 80% que cuenta con este servicio respecto a vías de comunicación en el 90% comunidades sus caminos son sin asfaltar dificultando de alguna manera el acceso a los servicios de salud en especial en época de invierno temporada de lluvias su organización comunal cuenta 3 alcaldes Distritales, 9 alcaldes de centros poblados, 15 tenientes gobernadores, 69 vasos de leche.

## ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ASIGNADOS A-CLAS MONTERREY-PALTAY

ESTABLECIMIENTO(S) ASIGNADO(S) A LA ASOCIACIÓN CLAS MONTERREY-PALTAY						
N°	CATEGORIA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	PROVINCIA	DISTRITO	HORARIO DE ATENCION	POBLACION
1	I-3	C.S. MONTERREY	HUARAZ	INDEPENDENCIA	07:00 - 19:00 horas	11,660
2	I-1	P.S. CHONTAYOC	HUARAZ	INDEPENDENCIA	07:00 - 13:00 horas	1,645
3	I-1	P.S. CHAVÍN	HUARAZ	INDEPENDENCIA	08:00 - 14:00 horas	2,072
4	I-2	P.S. PALTAY	HUARAZ	TARICA	08:00 - 14:00 horas	2,600
5	I-1	P.S. TARICA	HUARAZ	TARICA	08:00 - 14:00 horas	1,613
6	I-1	P.S. COLLÓN	HUARAZ	TARICA	07:00 - 13:00 horas	968
7	I-1	P.S. PASHPA	HUARAZ	TARICA	07:00 - 13:00 horas	799
8	I-1	P.S. MATAQUITA	HUARAZ	JANGAS	07:00 - 13:00 horas	1,559
9	I-1	P.S. HUANJA	HUARAZ	JANGAS	08:00 - 14:00 horas	778
<b>TOTAL</b>						<b>23,694</b>

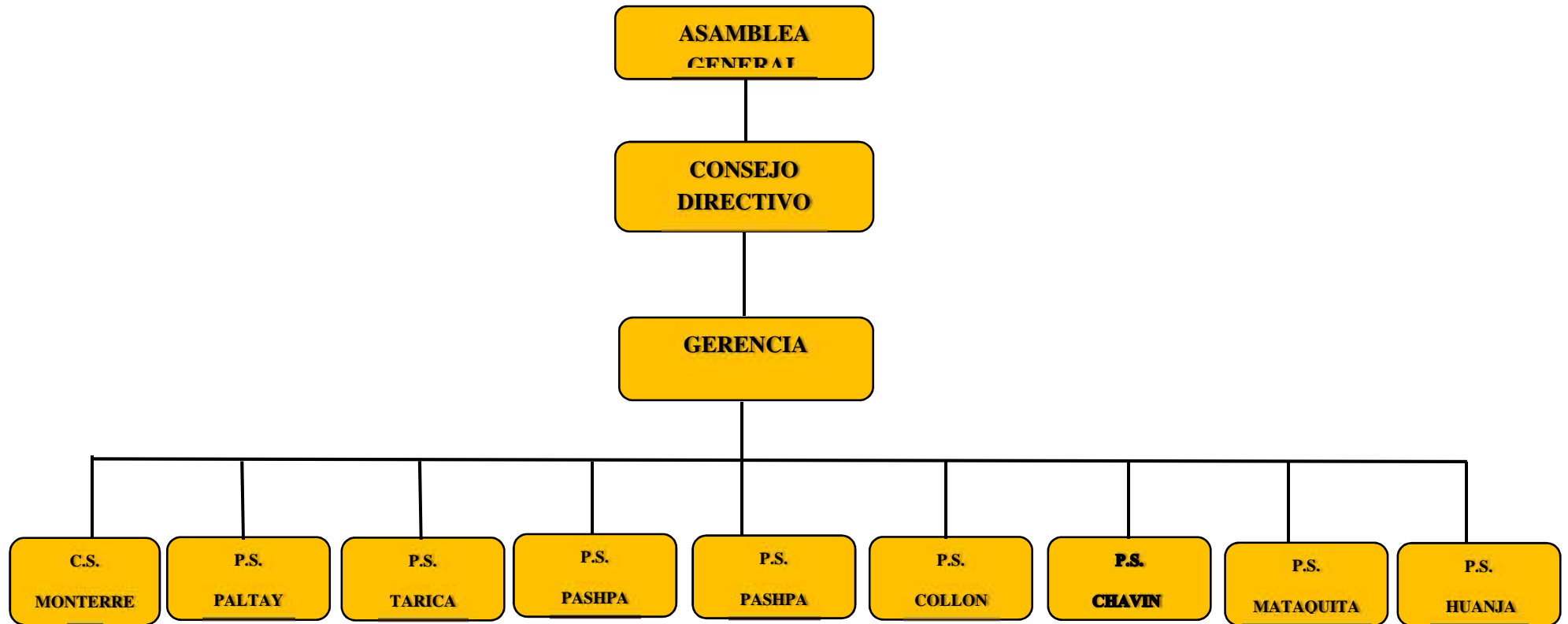
(1) Consignar solo los establecimientos incluidos en la Administración Compartida según Resolución Ministerial.

El encabezamiento del listado corresponde al establecimiento de mayor complejidad y sede de la Institución.

### MAPA DE JURISDICCIÓN CLAS MONTERREY-PALTAY

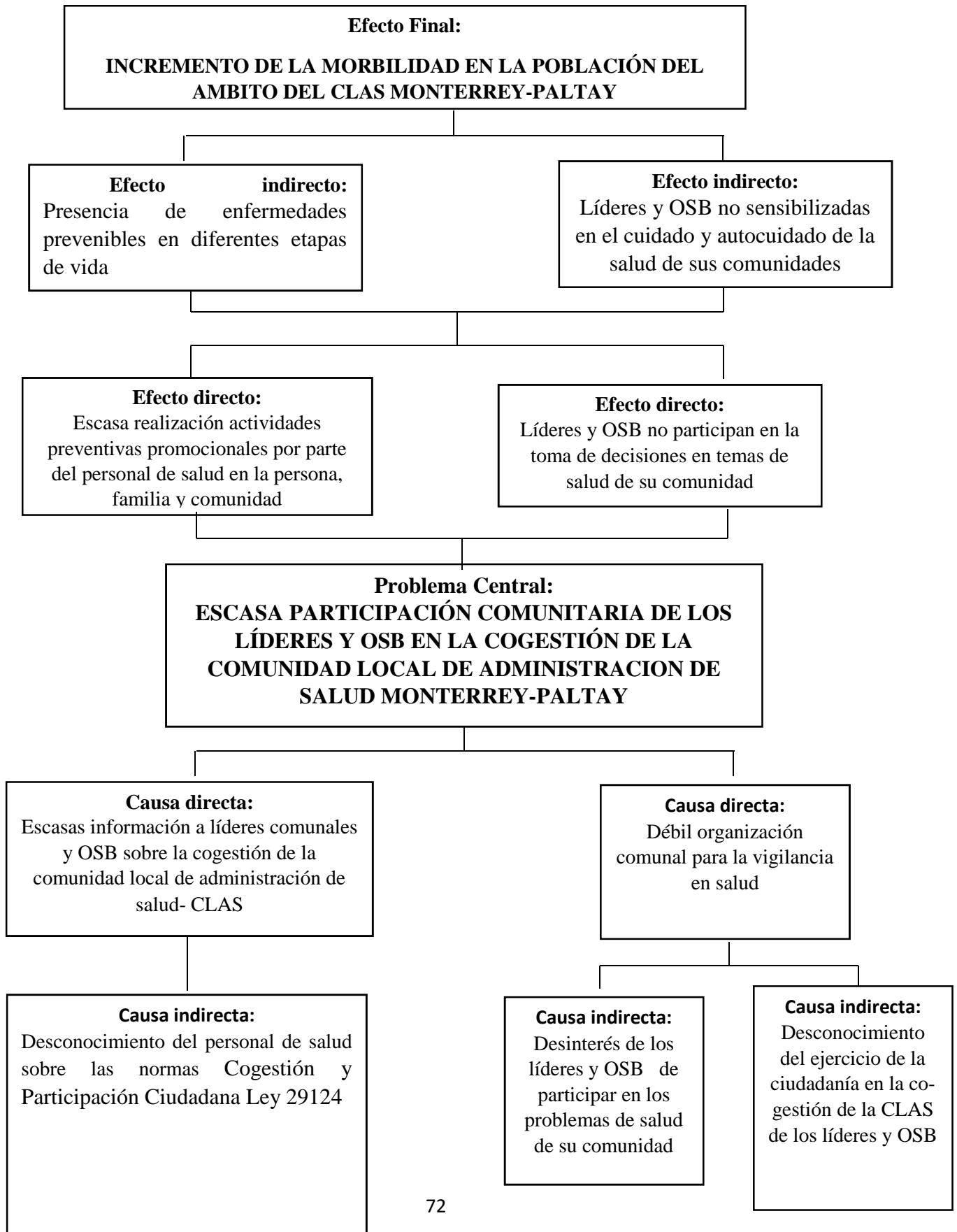


## ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CLAS MONTERREY- PALTAY



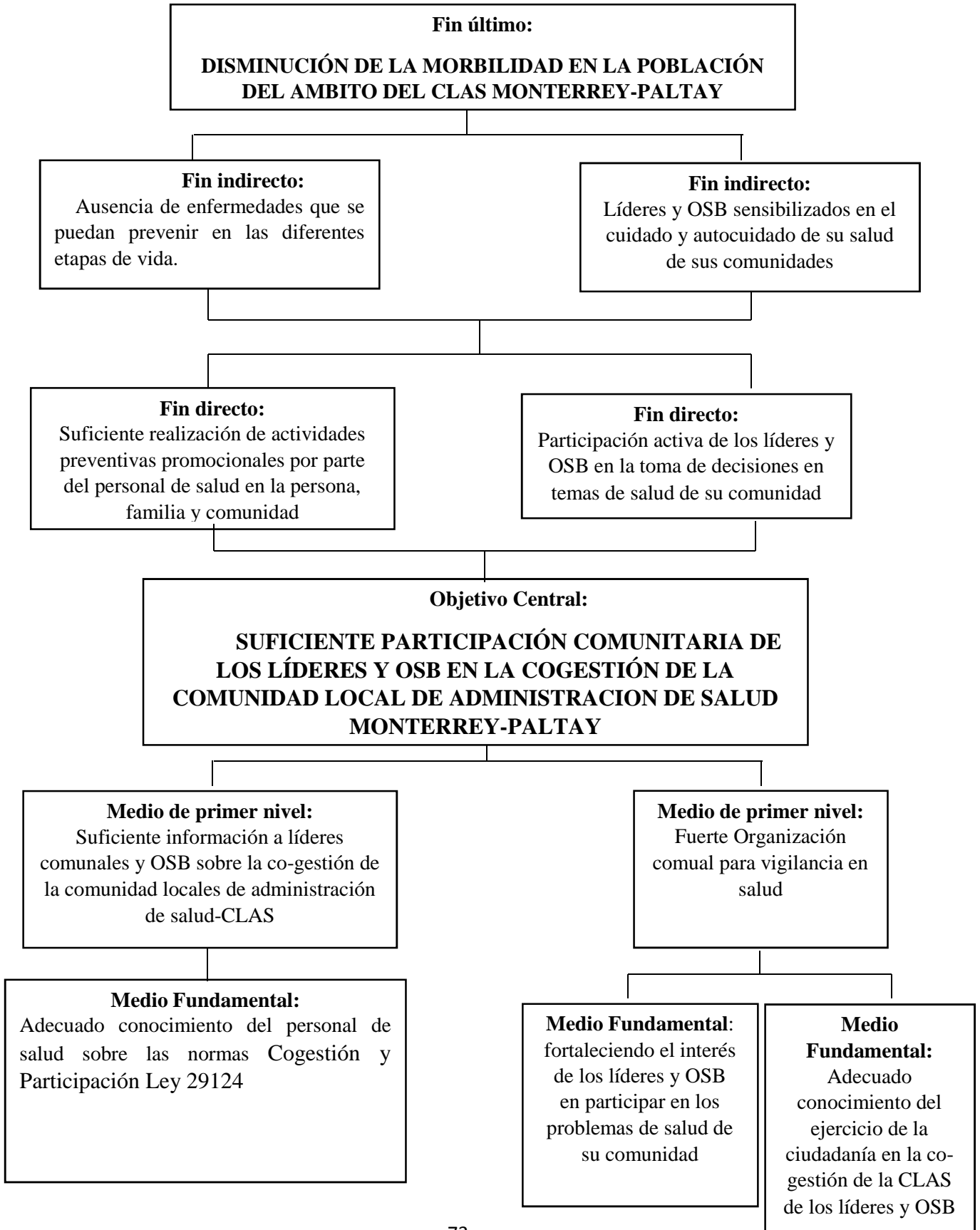
ANEXO 2:

GRAFICO 1 ARBOL DE CAUSA –EFECTO



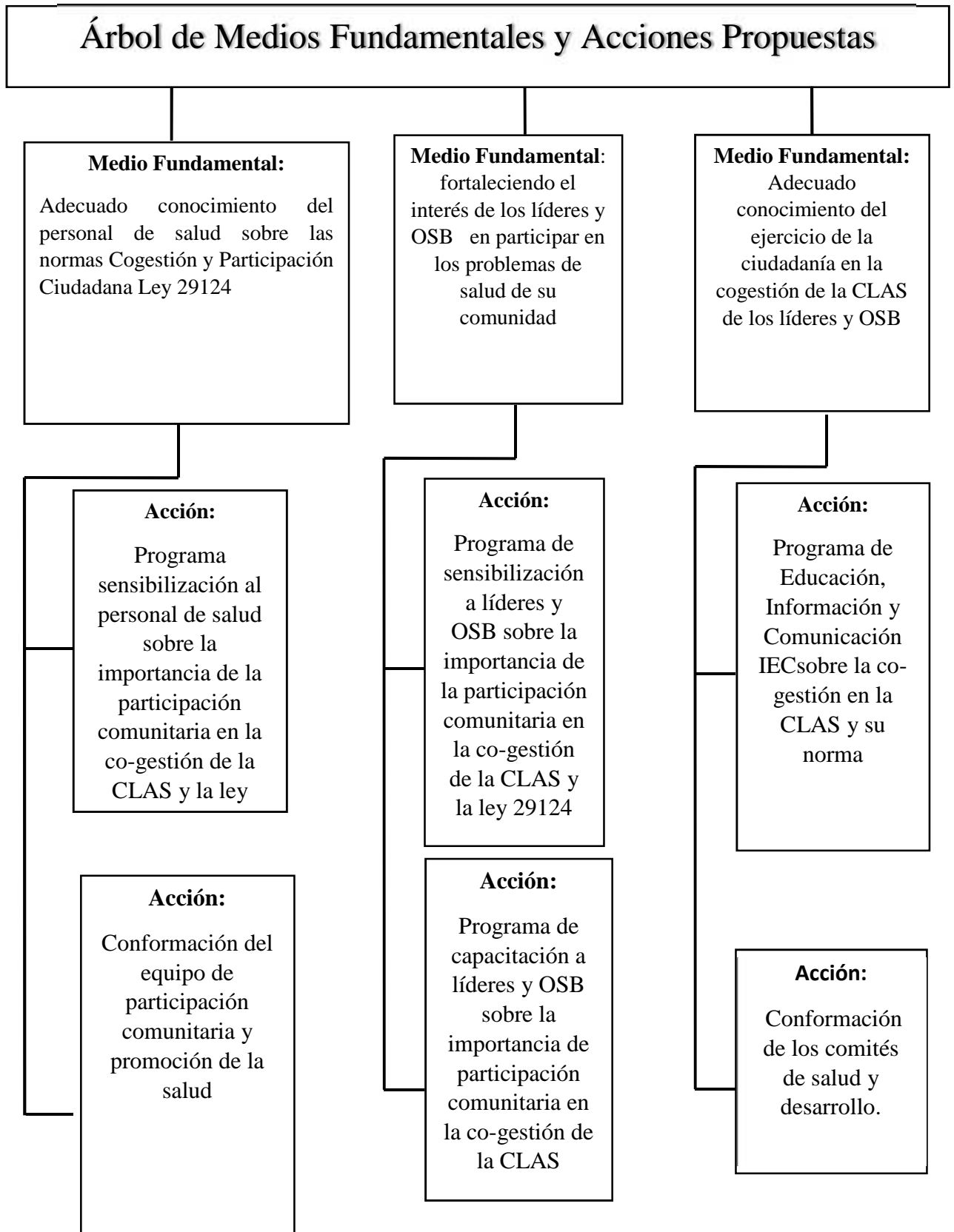
ANEXO 3:

GRAFICA 2 ARBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO 4:

GRAFICO 3: MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



**ANEXO 5  
GRAFICO 4**

**MARCO LOGICO**

	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	<b>Disminución de la morbilidad en la población del ámbito del CLAS Monterrey-paltay</b>				
<b>PROPOSITO</b>	Suficiente participación comunitaria de los líderes y OSB en la cogestión de la comunidad local de administracion de salud Monterrey-Paltay	Participación de 120 líderes y OSB en las reuniones convocadas por el personal de salud y asamblea de la CLAS.	N° de Líderes y OSB participan de las reuniones a favor de su comunidad.	Actas y planillas de asistencia	Líderes y OSB, participan activamente en toma de decisiones de la salud de sus comunidades en forma eficiente.
<b>COMPONENTES</b>	<b>A.</b> Adecuado Conocimiento del personal de salud sobre las normas Cogestión y Participación Ciudadana ley 29124	Capacitación 80 trabajadores de salud en la ley 29124	N° de personal de Salud capacitado en ley 29124/Total de personal programado x 100	Registro de actividades del Personal de salud	Personal de salud conoce muy bien ley 29124 Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.



<b>COMPONENTES</b>	<b>B.-</b> fortaleciendo el interés de los líderes y OSB en participar en los problemas de salud de su comunidad.	Participación de 15 líderes y OBS en reuniones en sus comunidades y asambleas que convoque la CLAS	N° de reuniones donde participan Líderes y OBS/N° de reuniones programadas x100	Acta y planilla de asistencia	empoderados y participan de reuniones de problematización de la salud de su comunidad de manera efectiva.
		Capacitación de 120 líderes y OBS en los talleres de sobre las norma de la CLAS	N° de líderes y OSB capacitados/ total de líderes y OSB programados x100	Acta y planilla de asistencia	Líderes y OSB conocen las normas de la CLAS.
	<b>C.-</b> Adecuado conocimiento del ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS de los líderes y OSB	Sensibilización de 120 líderes y OSB en tema ejercicio de la ciudadanía en la cogestión de la CLAS.	N° de líderes y OSB sensibilizados / total de líderes y OSB programados x100	Acta y planilla de asistencia	Líderes y OSB ejercen su derecho ciudadano de ser miembro activo de las comunidades locales de administración de salud-(CLAS )
	<b>A1:</b> Programa de sensibilización al personal de salud sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124	Sensibilización 80 trabajadores del CLAS Monterrey-Platay sobre la importancia de la participación comunitaria en el primer año de intervención	N° personal de salud participan del programa de sensibilización sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124/ total de personal programado x 100	-Informe del programa Registro de asistencia del personal de salud	Personal de Salud sensibilizados sobre las ventajas de trabajo con la comunidad y ley 29124.

<b>ACCIONES</b>	<b>A2:</b> Conformación del equipo de participación comunitaria y promoción de la salud	Un equipo de participación comunitaria y promoción de la salud operativo	N° de equipos operativos/ Total de equipos programado x 100	Acta del equipo de gestión	Operativización del equipo de participación comunitaria y promoción de la salud
	<b>B1:</b> Programa de sensibilización a líderes y OSB sobre la importancia de la participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS y la ley 29124	Operatividad del Programa sensibilización en importancia de la participación comunitaria en la cogestión de la CLAS y la ley 29124 con 120 a líderes y representantes OSB participando	N° de líderes y OSB participan del programa de sensibilización/total de líderes y OBS programados x 100	-Informe de programa.  -Registro de asistencia de participantes	de líderes y OSB empoderados en la participación de la co-gestión de la CLAS.
	<b>B2:</b> Programa de capacitación a líderes y OSB sobre la importancia de participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS	Operativización del Programa de capacitación en importancia de participación comunitaria en la co-gestión de la CLAS con 120 líderes y representantes de OSB participando.	N° de líderes y OSB participan del programa de capacitación/total de personal de salud programado x 100	-Informe de programa.  -Registro de asistencia de participantes	de líderes y OSB empoderados en la participación de la co-gestión de la CLAS.

<b>ACCIONES</b>	<b>C1:</b> Programa de Educación, Información y Comunicación –IEC- sobre la co-gestión en la CLAS y su norma	Un Programa IEC implementado y operativo en el primer año.	N° de Programas de IEC implementado y operativo/Total de Programas de IEC programados	-Informes de programa. -Registro de asistencia de participantes	Población informada y sensibilizadas sobre la CLAS.
	<b>C2:</b> Conformación de los comités de salud y desarrollo	9 Comités de salud y desarrollo conformados en zonas de riesgo al primer año.	N° comités de salud y desarrollo operativos/ Total de comités de salud y desarrollo programados x 100	-Actas de conformación -Acta de reuniones	Comites de Salud y Desarrollo comprometidos en la vigilancia sanitaria de sus comunidades.

## 1. DENOMINACIÓN, UBICACIÓN, CONFORMACIÓN DE LA ASOCIACIÓN CLAS MONTERREY - PALTAY

NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN CLAS:	CLAS MONTERREY - PALTAY
DIRESA:	ANCASH
RED:	HUAYLAS SUR
MICRORED:	MONTERREY
FECHA DE CREACION DE LA ASOCIACION CLAS	1,994
<b>UBICACIÓN DE LA SEDE DE LA ASOCIACION:</b>	
REGION:	ANCASH
Provincia :	HUARAZ
Distrito :	INDEPENDENCIA
Dirección :	Av. Cordillera Blanca S/N Monterrey
Teléfono / Fax :	043-230406 / 043-233516
Correo Electrónico:	<a href="mailto:cs_monterrey@outlook.com">cs_monterrey@outlook.com</a>
Altitud	3,090 msnm
Nº Camas Establec. :	0
Nº Consultorios :	12
Km. a la Red (ida/vuelta)	2 km
Km. a la Microred (ida/vuelta):	30 Km
Tiempo en Vehículo a la Red :	15 minutos
<b>SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.</b>	
Hospital de Referencia inmediata :	"VICTOR RAMOS GUARDIA"
C.S. de referencia (solo si corresponde):	-
C.S o P.S. de Apoyo (en caso de necesidad):	C.S. PALMIRA