

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



TESIS

**“COGESTIÓN Y LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LA UNIDAD EJECUTORA HUÁNUCO, 2017”**

**Para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN**

TESISTA

MONTES GÓMEZ, D'jamira Berenice

ASESOR

Dr. MARTEL CARRANZA, Christian Paolo

Huánuco - Perú

2017

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11:00 a.m. del día Miércoles 13 del mes de diciembre del año 2017, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias Empresariales, "San Juan Pablo II" (Aula 202-P5), y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador, integrado por los docentes: Mg. Eddie Misael Samaniego Pimentel. (Presidente); Ing. Cecilia del Pilar Rivera López (Secretaria); y la Lic. Diana Huerto Orizano (Miembro); nombrados mediante la Resolución N° 1345-2017-D-FCOMP-EAPAE-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: "COGESTION Y LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD EJECUTORA HUÁNUCO 2017", presentado por la Bachiller en Administración de Empresas; **MONTES GOMEZ, D'Jamira Berenice**, para optar el título Profesional de **LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**.

Teniendo en consideración el contenido del informe final de la tesis y los conocimientos demostrados por el sustentante, se considera **APROBADA**. Con la nota de: **QUINCE (15)**, correspondiente al calificativo **Bueno**.

En consecuencia queda en condición de ser considerada: **APTA** para recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**.



PRESIDENTE

Mg. Eddie Misael Samaniego Pimentel



SECRETARIA

Ing. Cecilia del Pilar Rivera López



MIEMBRO

Lic. Diana Huerto Orizano

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudio.

Al amor de mi vida, mi esposo, por ser el pilar más importante en esta segunda etapa de mi vida, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias

A mis hijas; por ser la razón de mí existir, sin ellas la fuerza de levantarme cada día para ser mejor persona no sería una realidad, gracias Dayra, Ariadna y Oriana por existir.

A mi madre, por darme la vida, por formarme con buenos sentimientos y valores, creer en mí; y, a mis hermanos, por su amor, paciencia, por compartir momentos significativos conmigo.

A mis amigos; que hicieron de esta experiencia una de las más especiales.

AGRADECIMIENTO

Un eterno agradecimiento a la prestigiosa Universidad de Huánuco, la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Debo agradecer de manera especial y sincera al asesor de mi trabajo de investigación, por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo, confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable. Muchas gracias Dr. Christian Martel Carranza.

Agradezco también al Director de Servicios de Salud, Econ. Nilde Andrés Chávez, por haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. No me cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Debo destacar, también mi sincero agradecimiento a los Gerentes y Consejos Directivos de las ACLAS adscritas a la Unidad Ejecutora Huánuco perteneciente a la Dirección Regional de Salud Huánuco, por su tiempo y colaboración en la aplicación del instrumento del trabajo de investigación.

D'jamira Berenice Montes Gómez

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRAC.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivo general	16
1.4. Objetivos específicos	16
1.5. Justificación de la investigación	17
1.6. Limitaciones de la investigación	18
1.7. Viabilidad de la investigación	18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definiciones conceptuales	47
2.4. Hipótesis	50
2.5. Variables	50
2.6. Operacionalización de variables	51

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	53
3.1.1. Enfoque	53
3.1.2. Alcance o Nivel	54
3.1. Diseño	54
3.2. Población y muestra	55

3.2.1. Población	56
3.2.2. Muestra	60
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	64

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados	66
4.2. Contrastación de Hipótesis	97

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS	101
CONCLUSIONES	104
RECOMENDACIONES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	110

RESÚMEN

El Ministerio de Salud en el ejercicio de sus competencias de rectoría sectorial, emitió las propuestas reglamentarias para la aplicación de la Ley N° 29124 que comprende la ejecución, evaluación y monitoreo de la cogestión; así como lo concerniente a la conformación, extensión y el fortalecimiento de las Asociaciones CLAS, aprobado en el Reglamento de la Ley 29124 mediante el Decreto Supremo N° 017-2008-SA.; en ese sentido, el involucramiento de los diversos actores sociales, de las ACLAS, de los gobiernos regionales y locales, es un factor clave para garantizar el éxito de la experiencia en cogestión y participación ciudadana. En este contexto La investigación se diseñó como un estudio descriptivo con la aplicación de encuestas (método cuantitativo) en forma individual a los actores de las 22 ACLAS, tales como, representantes de la Asamblea General, Consejo Directivo y Gerente. Los resultados evidencian una relación significativa entre la cogestión y la gestión de los servicios de salud; siendo los recursos humanos y el ejercicio de las funciones administrativas las que mayor relación tienen con la gestión, de la misma manera la falta de compromiso de las autoridades locales del Consejo Directivo para la planificación del quehacer de las ACLAS, y/o facilitar los procesos de programación de actividades del PSL resaltan en el estudio. Las conclusiones de la investigación consideraron a la identificación de los factores de la gestión de recursos humanos, tales como la cantidad insuficiente de personal de salud para la atención de los usuarios y la falta de capacitación y asistencia técnica de los mismos en relación directa con la gestión sanitaria de los establecimientos de salud. De la misma manera aspectos claves de la función administrativa, tales como; la no participación en la programación del PSL, la ausencia de los documentos de gestión como el ROF, MOF, MAPRO y la demora en la presentación del Cierre de Gestión y el Balance Contable de las ACLAS, influyeron significativamente en el ejercicio de la función administrativa, afectando en la gestión de los servicios de salud.

Palabras Claves: Actores sociales Cogestión, Función Administrativa Gestión, Participación ciudadana, recursos humanos,.

ABSTRAC

The Ministry of Health, in the exercise of its powers of sectoral steering, issued the regulatory proposals for the application of Law No. 29124 that includes the execution, evaluation and monitoring of co-management; As well as what concerns the conformation, extension and strengthening of the CLAS Associations, approved in the Regulation of the Law 29124 by the Supreme Decree N ° 017-2008-SA .; in that sense, the involvement of social actors, ACLAS, states and local, is a key factor to ensure the success of the experience in co-management and citizen participation. In this context, the research was designed as a descriptive study with the application of surveys. ACLAS, stories like, representatives of the General Assembly, Board of Directors and Manager. The results show a significant relationship between co-management and the management of health services; being human resources and the exercise of administrative functions those that have more relation with the management, in the same way the lack of commitment of the local authorities of the Directive Council for the planning of the task of the ACLAS, and / or facilitate the processes Programming activities of the PSL stand out in the study.

The conclusions of the investigation, the identification of the factors of the management of human resources, the stories such as the insufficient number of personnel for the attention of the users and the lack of training and technical assistance of the same, in direct relation with the Health management of health facilities. In the same way, key aspects of the administrative function, stories like; the non-participation in the programming of the PSL, the absence of management documents such as the ROF, MOF, MAPRO and the delay in the presentation of the Management Closing and the Accounting Balance of the ACLAS, significantly influenced the exercise of the administrative function, affecting the management of health services.

Keywords: Co-management, citizen participation, human resources, administrative function, Management, social actors, ACLAS, PSL,

INTRODUCCIÓN

La cogestión nace por la necesidad de acortar el distanciamiento entre el estado y los ciudadanos para que sean ellos mismos los que adquieran un rol protagónico en la solución de sus problemas sanitarios; entendiéndose a la cogestión como la participación ciudadana y su intervención en las decisiones de la gestión de los servicios de salud.

En la región Huánuco, el ejercicio de la cogestión en las ACLAS representa una opción para la administración de los servicios ya que les permite ser autónomos en los procesos de planificación, organización, dirección y control del uso de sus recursos, sobre todo para aquellas ACLAS que se encuentran lejanas a las sedes de las Unidades, quienes tienen dificultades en la atención de sus requerimientos pero bajo esta modalidad las dificultades disminuyeron; sin embargo, a pesar de estas facilidades la comunidad organizada representada por el Consejo Directivo y Gerencia no cumplen con sus funciones y obligaciones tales como realizar la declaración de gastos mensual, informe del avance de la ejecución de sus Indicadores sanitarios entre otros; acciones que finalmente representan obstáculos para lograr la adecuada gestión de los servicios de salud en los establecimientos adscritos a las ACLAS.

Para la presente investigación se planteó la problemática, de qué manera la Cogestión se relaciona con la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención. Significando esta investigación un aporte para el análisis del ejercicio de la cogestión en salud y su repercusión en la gestión sanitaria para la población de los estratos más pobres que acceden a esos centros y puestos de salud de la Región Huánuco, a su vez es importante porque intenta plasmar la experiencia en nuestro medio donde la comunidad participa como cogestora de los servicios de salud. De la misma manera establecer, analizar y explicar la relación de la participación ciudadana, los recursos humanos y el ejercicio de la función administrativa de las ACLAS con la gestión de los servicios de salud.

La investigación fue de tipo aplicada, con enfoque cuantitativo porque recolectó y analizó las variables cogestión y gestión, y sus dimensiones

cuantitativas. De la misma manera permitió el análisis de la participación ciudadana de los actores de la cogestión de las ACLAS respecto a sus conocimientos, funciones y obligaciones sobre el ejercicio de la cogestión, y su repercusión en la gestión de los servicios de salud. El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional porque recolectó los datos en un momento determinado a través de las técnicas de encuesta y observación, utilizando el cuestionario y la lista de verificación como instrumentos, lo que permitió recabar la información requerida para la investigación. Sin embargo, se tuvo las limitaciones de que en la región Huánuco no se disponía de investigaciones similares para poder establecer líneas de base para realizar el estudio.

Finalmente, para el procesamiento y análisis de los datos se recurrió al programa estadístico SPSS, lo que permitió establecer la relación estadísticamente significativa entre la variable independiente y dependiente calculado con el Coeficiente de Correlación de Pearson y permitir llegar a la conclusión que existe una relación positiva media (0,50) entre las variables cogestión y gestión de los servicios de salud aceptándose de esta manera la hipótesis general planteada.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Según la apreciación de Díaz (2001), quien consideró que después de veintitrés años de desarrollo, las Asociaciones CLAS siguen siendo para algunos un enigma atrayente, para otros una apuesta temerosa y para algunas comunidades rurales y urbano marginales una realidad satisfactoria. A pesar de la amplitud de su ámbito a escala internacional y nacional de existencia, se conoce poco de CLAS.

Según De roux (1993), la participación entendida como cogestión significa un avance hacia la participación autónoma. El distanciamiento del Estado de sus ciudadanos, el debilitamiento de su legitimidad, su incapacidad para resolver los problemas más urgentes, y las presiones sociales por la ampliación de la democracia, lo que ha llevado en los últimos años a ensanchar los espacios de participación ciudadana, consagrada ahora como un derecho constitucional y como una obligación del Estado. En el sentido más estricto, la cogestión significa intervención en decisiones; supone descentralización, democratización del poder y de los mecanismos de acceder a él. Aquí planteó como hipótesis que la participación de la comunidad como cogestora de los sistemas de atención médica, o de los servicios institucionales de salud, encuentra barreras que la mantienen circunscrita al ámbito de la utopía. En primer lugar, porque los sistemas médicos basan sus prácticas en fenomenologías incontestables de la salud y la enfermedad, y en conocimientos incuestionables. El saber de las medicinas, alternativo, popular y folklórico, se inspira en epistemologías diferentes y poseen lógicas, códigos y procedimientos que se desconocen o excluyen mutuamente. Por ser los sistemas médicos sistemas de especialistas, tienden a ser autosuficientes, y conceptúan a sus agentes como los idóneos para explicar científicamente la enfermedad y para tratarla debidamente. Dentro de ese contexto es poco probable que los servicios

de salud cedan a la población, y a sus organizaciones representativas, el suficiente poder resolutorio como para transformarlas en cogestoras, con participación plena en la toma de decisiones fundamentales. Quizás permitan acceso a decisiones menores: priorización de algunas acciones, determinación de horarios y de fechas para inmunizar; tal vez dejen espacio para la animación de relaciones más amables y acojan insinuaciones sobre formas que contribuyan a mejorar la eficiencia de los servicios. Pero para convertir a la comunidad en cogestora efectiva, tendrían que otorgarle acceso a todas las decisiones, incluyendo aquellas no médicas pero sensibles y espinosas que tienen que ver con destinación y manejo de recursos físicos, financieros y humanos. Por eso, la participación de la comunidad en la organización y gestión de la oferta de servicios suele ser vista, por las instituciones prestadoras de los mismos, no solo como innecesaria sino inclusive como contraproducente.

Díaz (2001), consideró que efectivamente, los CLAS tienen componentes de un modelo de financiamiento y también de un modelo de prestación de servicios; es decir, “no es estrictamente” un modelo de financiamiento ni es “estrictamente un modelo de prestación de servicios” no excluye, mecanismos de operación financiera ni procesos propios de la administración de unidades prestadoras de servicios (Puestos y Centros de Salud). Pero el ámbito de CLAS es la gestión de la prestación de servicios a escala local. Siendo CLAS un modelo innovador, por lo que una de las razones de su innovación es la articulación simultánea de nuevos mecanismos de financiamiento, nuevas formas de gestionar servicios en el ámbito local y nuevas formas de atender la salud; y no solamente el aporte de nuevos mecanismos separados entre sí. Conviene considerar entonces de manera amplia y extensa acerca de la influencia que tiene el ejercicio de las ACLAS. Algunos críticos del Programa, incurren en la descalificación basándose en el mal desempeño de determinado CLAS o grupo de CLAS. Se cae así en la tentación de generalizar a partir de una experiencia particular. El desempeño de CLAS no puede evaluarse por el desempeño de una Asociación sino que tiene que ser abordada desde un punto de vista

integral y nacional. Lo cierto es que el desempeño de CLAS varía en el tiempo, como toda construcción social y además está en función del grado de voluntad política y disposición técnica de las Direcciones Regionales de Salud para promover, fortalecer y desarrollar el modelo. Sin embargo, hay cuestionamientos respecto a la efectiva participación comunitaria en las CLAS, considerando que la participación de la comunidad se ha limitado solo al grupo que conforma la Asamblea General, existiendo un desconocimiento total sobre el programa en el resto de la población. (Vicuña, 2000).

Según Castillo (2013), consideró que en todo país en vías de desarrollo y en el nuestro, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados. Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de la administración. La administración en salud no podía escapar a esa corriente, ya que con ella se propicia un desarrollo adecuado de la operación, a fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios. Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etc.) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande. En la actualidad, la administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios. Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su visión y quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño (planeación), desarrollo (operación), sistematización (orden y registro), evaluación y retroalimentación (análisis y reorientación de acciones y metas) de los planes y programas de trabajo de los mismos.

De la misma manera, se contempla a la administración de servicios de salud como una de las disciplinas de la salud pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El/la administrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad.

El desarrollo de las actividades en los servicios de Salud es un proceso de alta complejidad, ya que no se relaciona únicamente con alcanzar los resultados esperados en la planificación, sino que tiene que ver con todos los elementos, visibles y no visibles, que deben darse para lograr dichos resultados. Superados los primeros momentos de la gestión en los servicios (definir objetivos generales, proyectos, asignar recursos y personal) es indispensable garantizar el cumplimiento de lo resuelto, momento en el que surge una serie de complicaciones y obstáculos de carácter logístico y de naturaleza humana que a veces llegan hasta a neutralizar la acción en las unidades operativas.

La Dirección de las Áreas y de otros niveles operativos es concebida y desarrollada de una manera bastante tradicional; se reproducen en buena medida las características verticalistas, estáticas, de limitada creatividad, con escasa o nula participación de los integrantes de los organismos mencionados y peor aún de la comunidad. Esto contribuye también a disminuir la eficiencia y calidad de los servicios y, por lo tanto, a afectar la legitimación de los mismos ante la comunidad.

La Dirección Regional de Salud Huánuco, a la fecha de estudio contó con 60 ACLAS acreditados, los mismos que son responsables de administrar a 204 Establecimientos entre Centros y Puesto de Salud, lo que representa el 67% del total de Establecimientos de Salud (304 EE.SS); sin embargo, a pesar de representar el mayor porcentaje de establecimientos bajo esta modalidad de administración, la región no cuenta con estudios de investigación que sustenten el nivel de influencia

de la aplicación del modelo de cogestión en la gestión de los servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

En ese sentido para la región Huánuco, el ejercicio de la cogestión en las ACLAS en algunos casos representó la mejor opción para la administración de los servicios ya que les permite ser autónomos en los procesos de planificación, organización, dirección y control del uso de sus recursos, sobre todo para aquellas ACLAS que se encuentran lejanas a las sedes de las Unidades Ejecutoras como es el caso de las ACLAS Huacrachuco, San Buenaventura (U.E. Leoncio Prado – Tingo María), Honoria (U.E. Puerto Inca), Chavín de Pariarca (U.E. Huamalies-Llta), etc., quienes tenían dificultades en la atención de sus requerimientos pero bajo esta modalidad las dificultades disminuyeron; sin embargo, a pesar de estas facilidades la comunidad organizada representada por el Consejo Directivo y Gerencia no cumplen con sus funciones y obligaciones tales como realizar la declaración de gastos mensual, informe del avance de la ejecución de sus Indicadores sanitarios entre otros; acciones que finalmente representan obstáculos para lograr la adecuada gestión de los servicios de salud en los establecimientos adscritos a las ACLAS. De la misma manera, algunas ACLAS tuvieron experiencias exitosas en referencia al ejercicio de la cogestión pero finalmente fracasaron por incumplimiento reiterativo en los procesos de gestión de servicios, tales es el caso de la ACLAS San Pedro de Cholón.

Algunas ACLAS cumplieron con sus funciones y obligaciones, la cogestión representaba la mejor opción para la gestión de los servicios de salud pero cayeron en la tentación de malversación de sus recursos financieros incurriendo en faltas graves como sustracción del presupuesto para satisfacer intereses personales ocasionando la quiebra y finalmente la resolución de los convenios de cogestión y liquidación de las ACLAS, siendo ejemplos de esos actos las ACLAS de Las Moras, Perú Corea, Panao, Aucayacu, Yanas, durante los años 2014, 2015 y un ejemplo reciente fue la resolución del convenio de la ACLAS San Pedro

de Cholón en el 2017. De tal manera el investigador pretende brindar información adicional sobre el comportamiento de la cogestión y su influencia en la gestión de los servicios sanitarios de los establecimientos salud del primer nivel de atención en la provincia de Huánuco, 2017.

1.2 Formulación del problema

Por lo expuesto el investigador se planteó la siguiente pregunta de investigación:

Problema General

- ✓ ¿De qué manera la Cogestión se relaciona con la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017?

Problemas específicos

- ✓ ¿Qué relación existe entre la participación ciudadana y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017?
- ✓ ¿Qué relación existe entre los recursos humanos y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017?
- ✓ ¿Qué relación existe entre el ejercicio de la función administrativa de las ACLAS y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017?

1.3 Objetivo General

- ✓ 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.

1.4 Objetivos Específicos

- ✓ Establecer la relación entre la participación ciudadana y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.

- ✓ Analizar la relación entre los recursos humanos y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.
- ✓ Explicar la relación del el ejercicio de la función administrativa de las ACLAS y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.

1.5 Justificación de la investigación

Justificación teórica

El estudio que presenta el investigador será un aporte para el análisis del ejercicio de la cogestión en salud y su repercusión en la gestión de los servicios de salud de los establecimientos de primer nivel de atención para la población de los estratos más pobres que acceden a esos centros y puestos de salud de la Región Huánuco a su vez es importante porque plasmó la experiencia en nuestro medio donde la comunidad participó como cogestora de los servicios de salud y esta participación tuvo como contexto la privatización de los servicios como parte de la implementación de las políticas sectoriales en salud, específicamente en las zonas urbanas marginales y rurales de nuestra región.

Justificación práctica

En el escenario local, el presente trabajo de investigación identificó los principales factores que promovían la ciudadanía dentro del proceso de participación comunitaria como parte de su rol en el ejercicio de la cogestión de las ACLAS; a su vez servirá como marco referencial para otras investigaciones relacionadas al tema de estudio.

Justificación metodológica

La pretensión del trabajo fue aplicar una metodología que permita explicar y realizar estudios de acuerdo con nuestras características sociales, económicas, políticas y culturales, ya que no existen trabajos de investigación en nuestra región relacionados con el tema de estudio

que expliquen el rol de la cogestión sanitaria en la gestión de los servicios de salud.

1.6 Limitaciones de la investigación

- **Informativas:** El investigador no disponía de investigaciones similares en la región que le limitaron establecer líneas de base para realizar el estudio.
- **Temporales:** La recarga laboral del investigador limitó el tiempo de dedicación para realizar el trabajo.
- **Financieras:** El financiamiento para realizar trabajos de investigación no fue considerado como prioridad por la Dirección Regional de Salud, por lo que los gastos económicos que demandaron el presente trabajo de investigación fueron asumidos por la investigadora.

1.7 Viabilidad de la investigación

Las implicancias adversas no fueron limitantes para realizar el estudio de investigación en la Dirección Regional de Salud debido al compromiso férreo que tuvo el investigador con el tema de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Título: La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario.

Autor: Hervás de la Torre Agustina.

Universidad: Universidad Oberta de Cataluña.

Año: 2010.

Conclusiones:

- Sobre la característica de la toma de conciencia, por parte de la comunidad, de sus problemas para transformarlos en necesidades que tienen que solucionar, no se cumple. Las necesidades expuestas son las sentidas por el sistema sanitario.
- Esto está en relación con los objetivos que se marcan los diferentes proyectos, estos son propuestos también por el sistema de salud, la comunidad no participa en ellos y no están relacionados ni enmarcados dentro de otros objetivos comunitarios, de manera que la característica referida a la organización, donde lo que se pretende es que la población no dependa de los servicios sanitarios tampoco se cumple.
- De igual manera la característica activa, referida a la información sobre participación y a la implicación de la comunidad en los objetivos, no se da. Las actividades son propuestas por los servicios sanitarios y ellos son quienes las lideran, por tanto, la población no se compromete ni decide en función de sus derechos y responsabilidades, ni mantiene su autonomía, no cumple la característica de ser una participación deliberada y libre.

- Las actividades que se realizan en estos programas se centran en talleres de información, educación y promoción de la salud, así como en programas de voluntariado. Estas actividades son intervenciones de salud en la comunidad, que no participación como indicábamos en nuestra hipótesis. Esta intervención es realizada por un ente externo (sistema de salud), ajeno a la comunidad, con el fin de resolver una necesidad o un problema que aqueja a la misma pero detectada por el sistema sanitario. Dichas intervenciones son las que se están desarrollando en los programas analizados, se realizan en la comunidad, fuera del servicio sanitario, a esta conclusión llega también Martín García (2006) en su estudio sobre Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Título: “El proceso de participación comunitaria de las CLAS como promotor de ciudadanía. Estudio de caso de la CLAS de Miraflores alto de Chimbote”.

Autor: Albújar Moreno, Pedro José.

Universidad: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Año: 2016.

Conclusiones:

- Respecto al primer objetivo específico que es conocer el planteamiento del programa de cogestión en salud del MINSA en relación a la participación comunitaria en la gestión de las CLAS encontramos lo siguiente:
- El marco normativo del programa de cogestión promueve la participación ciudadana mediante estamentos. Se designan representantes del gobierno local, concejo municipal y microrred de salud, y se elige democráticamente a los representantes de las organizaciones comunales y de los trabajadores del puesto de salud. Todos ellos conformarán la Asamblea General. Existe un cambio importante respecto al

modelo inicial de participación comunitaria hacia una real cogestión de ciudadanos y de autoridades. Este cambio favorece el proceso de planeamiento, pues, al considerarse a profesionales con experiencia, ayudan y capacitan a los asambleístas en el proceso de elaboración del Plan de Salud Local en sus componentes de plan estratégico y plan operativo.

- 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.

2.1.3 Antecedentes Locales

Aunque no se encontró trabajos de investigación relacionados directamente con la presente investigación se indagó por otros similares que analizaron las variables independiente y dependiente; siendo algunos de ellos las que citamos a continuación:

Título: “La participación ciudadana y su influencia en el proceso del presupuesto participativo basado en resultados de la Municipalidad Distrital de Jivia – Lauricocha, 2017”.

Autor: Inocencio Arostegui Yonel

Universidad: Universidad de Huánuco

Año: 2017

Conclusiones:

- Se determinó que la participación Ciudadana influye significativamente en la elaboración y formulación del Presupuesto Participativo Basado en Resultados de la Municipalidad Distrital de Jivia,-Lauricocha-Huánuco.
- El 60% de los agentes encuestados considera que la participación ciudadana contribuye efectivamente en la elaboración y formulación del Presupuesto Participativo.
- El 60% de los agentes participantes encuestados considera que para alcanzar el objetivo del taller del Presupuesto Participativo Basado en Resultados es importante que la Organización Social decida la priorización de los Proyectos de Inversión Pública orientados a mejorar las condiciones de vida.
- Se determinó que el nivel de conciencia de los derechos civiles influye significativamente en el presupuesto participativo ya que el 55% de los agentes participantes pertenecen a una organización social y el 60% de los agentes participantes consideran que su participación contribuyen efectivamente en el proceso de elaboración y formulación Presupuesto Participativo Basado en resultados donde se priorizan sus proyecto.
- Se identificó claramente la influencia de la participación ciudadana en el proceso del presupuesto participativo. El 80% considera que el mecanismo del presupuesto participativo fortalece la buena gestión municipal; sin embargo el 60% considera que no han mejorado las condiciones de vida. Esto se debe a que la población ve a la gestión que cumple lo estipulado y respeta la normativa del presupuesto participativo al realizar los talleres para elaborar y formular el presupuesto pero el hecho de que la autoridad, en el proceso de ejecución en el periodo presupuestal, cambia por otras las obras priorizadas conlleva a que los agentes consideren que, al no ejecutar sus obras priorizadas por ellos no están mejorando la calidad de vida.

Título: “Gestión administrativa y calidad de servicios en la Municipalidad Distrital de Churubamba – Periodo 2015”.

Autor: Morales Bravo, Carmen Fany; Tarazona Beraún, Delsy Pamela

Universidad: Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco

Año: 2016.

Conclusiones:

- Se concluyó que los usuarios no reciben un buen trato por parte de los trabajadores de la Municipalidad Distrital de Churubamba, debido a que estos no se encuentran capacitados para brindar una calidad de servicios eficiente, otro factor importante que se debe tomar en cuenta para una prestación de servicios es una buena **gestión administrativa** y motivar a los trabajadores para que estos desempeñen su labor de calidad y con responsabilidades. Esta opinión concuerda con la respuesta de los usuarios, pues estos califican a la calidad de atención brindada por los trabajadores de la Municipalidad Distrital de Churubamba regular y con una mejora en la gestión administrativa se puede brindar una mejor calidad de servicio.

2.2 Bases teóricas

Las bases teóricas están enfocadas en los temas centrales de la pregunta de investigación: Cogestión y gestión de los Servicios de salud; así como también algunas de las dimensiones consideradas en cada una de ellas, tales como Participación ciudadana, gestión de los recursos humanos y conocer el programa de cogestión del Ministerio de Salud de las CLAS, los cuales serán explicados en este trabajo.

2.2.1. Cogestión en salud:

Definición:

Según lo descrito en la Ley n° 29124, (2007), establece a la Cogestión en salud como a 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 esta y de los recursos; y la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las acciones, adoptando las formas convencionales que las partes acuerden.

Según el documento técnico elaborado por el Ministerio de salud (2008), referido a la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los EE.SS. del Ministerio de Salud y sus Regiones, en concordancia a la Ley n° 29124 y su Reglamento Decreto Supremo n° 017-2008 SA. Establece a La Cogestión en Salud 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.

Con esta contribución el Ministerio de Salud, pretende minimizar 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. La norma 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. El objeto es contribuir con la cobertura, 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. Igualmente, la ley permite establecer nuevas formas y mecanismos para el funcionamiento de las asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) en el país, implicando el desarrollo de un nuevo marco normativo a cargo del MINSA.

El MINSA en el ejercicio de sus competencias de rectoría sectorial, establecidas en la Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud y su reglamento, emitió las propuestas reglamentarias para la aplicación de la Ley N° 29124 que comprende la ejecución, evaluación y monitoreo de la cogestión; así como lo concerniente a la conformación, extensión y el fortalecimiento de las Asociaciones CLAS, aprobado en el Reglamento de la Ley 29124 mediante el Decreto Supremo No. 017-2008-SA. En este contexto, el involucramiento de los diversos actores sociales, de los gobiernos regionales y locales, es un factor clave para garantizar el éxito de la experiencia en cogestión y participación ciudadana, y la construcción concertada de la ciudadanía en salud sin perder de vista que sus formas de acción y sus resultados son diferentes en cada jurisdicción del país.

Según el Documento Técnico del Ministerio de Salud sobre Cogestión y participación ciudadana (2009), consideró lo siguiente: en mayo de 1994 se inició el Programa de Administración Compartida (PAC), como parte de una política de descentralización de la gestión operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud). Esta modalidad de administración consiste en la formación de una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado, integrada por representantes de la comunidad organizada y representantes del sector salud, quienes son responsables de la administración del establecimiento de salud. A estas asociaciones civiles, se les denomina Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS). Las CLAS son reconocidas y promovidas por el Estado dentro del marco de cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones.

Se sospechó que su creación significaba la privatización de los servicios de salud porque se le entregaba a la comunidad la responsabilidad de su administración; a pesar que en todo este periodo, ningún establecimiento (centro o puesto de salud) incorporado a esta modalidad de administración nunca ha dejado de recibir el financiamiento correspondiente desde el nivel central. Es decir, el Estado ha continuado asumiendo su responsabilidad constitucional de financiar la salud de los más pobres a través de las ACLAS y más aún, les ha dado la posibilidad de administrar directamente sus recursos financieros.

Cogestión y su implicancia con las ACLAS (Asociaciones Comunidades Locales de Administrativa de Salud).

Las asociaciones ACLAS destacan entre los actores del Sector Salud por sus atributos de cogestión de los servicios de salud con participación de la comunidad organizada, que durante los años de su existencia ha mostrado mejoras en la equidad, calidad y cobertura de los servicios de salud, en todas las regiones del país.

La modalidad de cogestión ACLAS, inicio actividades en 1994, con la creación del Programa de Administración Compartida (PAC), que tenía la finalidad de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población más necesitada, mediante la acción compartida entre el Estado y la comunidad. El modelo promueve la formación de una asociación civil sin fines de lucro, a partir de la propia comunidad orientada a viabilizar con mayor efectividad los recursos comunitarios, el ejercicio de derechos y la corresponsabilidad, con fin de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Esta Asociación cuenta con personería jurídica de derecho privado y es integrada por representantes de la comunidad organizada.

El Estado representado por el MINSA a través de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud (DIRESA/DISA) fue transfiriendo recursos financieros, materiales, personal, entre otros, hasta el momento en que los mismos fueron descentralizados a los pliegos regionales como parte del proceso de descentralización. Además del rol normativo, asistencia técnica y control sobre el cumplimiento de las normas y acciones de salud, mientras que cada CLAS brinda sus servicios, utilizando como instrumento básico de gestión el Plan de Salud Local (PSL), instrumento de planeamiento y programación que se inserta en el Convenio de Cogestión asumido con los niveles de gobierno regional y local en articulación con los planes de desarrollo de dichos ámbitos

Cogestión y su legislación vigente

Según, el Reglamento de ley D.S. n° 017- 2008 de la Ley n° 29124; define al Convenio de Cogestión como el vínculo jurídico generado entre el Estado, representado por el gobierno regional y el gobierno local, y el órgano de cogestión para la administración de los establecimientos de salud y la asignación de recursos para la realización de actividades de promoción de la salud, prevención

de enfermedades y recuperación de la salud, según nivel de complejidad. Es suscrito por el presidente del órgano de cogestión, el gobierno regional, representado por la DIRESA, y el gobierno local, a través de su representante. El convenio debe ser aprobado y resuelto por resolución de presidencia regional. En este último caso, la resolución debe fundarse en el incumplimiento de las cláusulas establecidas en el convenio.

Dimensiones de la cogestión

a) La participación ciudadana en salud

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, o un mecanismo que desarrolla la democracia y fortalece la ciudadanía en términos prácticos.

La participación ciudadana es un proceso, que se desarrolla en función a ciertos bienes, públicos o privados, y mediante el cual se interviene, directamente o por medio de sus representantes, en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformas o transformar los sistemas vigentes de organización social y política. Para ello debe garantizarse el cumplimiento de tres características mínimas de una participación ciudadana de calidad: representación, representatividad y representabilidad.

- **Representación**

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

- **Representatividad**

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

- **Representabilidad**

Nivel en que se aceptan las reglas de juego político y la decisión de la mayoría.

Tabla N° 01
Contextos de la Participación

GRADO DE COMPLEJIDAD	BAJO	MEDIO	ALTO
Características de las Poblaciones	Pequeñas homogéneas, aisladas. Pobreza extrema	Grandes Heterogéneas, integrados a centros urbanos	Espacios urbanos
Principales Bienes Involucrados	Bienes públicos	Bienes públicos y semipúblicos	Bienes semipúblicos y privados
Formas de Participación	Involucramiento colectivo generalizado	Intermediación	Pluralismo
Actores Principales	Líderes comunales	Intermedios	Líderes sociales - políticos
Formas de Participación de la Población	Participación con poca calificación	Grupos de interés	Grupos de interés y lógicas individuales

Desafíos	Desarrollo de capacidades en el nivel de base	Formación de líderes democráticos	Coordinación y control horizontal de líderes sociales
----------	---	-----------------------------------	---

FUENTE: Tomado de Informe Final de Consultoría (Velarde. Et al. 2003) "Revisión y Propuestas de Ajustes para el modelo de cogestión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, el cual adaptó de Tanaka (2001)

Razones para fomentar la participación:

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

Participación ciudadana en la cogestión:

La participación ciudadana en la CLAS se realiza a través de la vinculación de los ciudadanos, organizaciones de base, agentes comunales, instituciones públicas y privadas, organizaciones de pacientes y otros; con las actividades estipuladas en el PSL. Algunas formas de participación ciudadana en la Cogestión CLAS son las siguientes:

a) Participar individualmente en las elecciones de la Asamblea del CLAS, acreditando su residencia en el ámbito administrado por la cogestión de Salud.

- b) Proponer planes, proyectos y propuestas individuales y colectivas ante el Consejo Directivo que contribuya al cumplimiento del PSL.
- c) Brindar apoyo técnico en forma voluntaria al Consejo Directivo para el mejor cumplimiento del PSL, previa evaluación de su pertinencia.
- d) Establecer mecanismos y espacios de participación ciudadana a través de la organización de comisiones para el desarrollo de acciones específicas.
- e) Formar parte activa como representantes de las organizaciones comunales entre otros procesos, a los de conformación, elección, planeamiento y vigilancia ciudadana, concordante a lo señalado en el artículo 32 del presente Reglamento.
- f) Participar en la conformación de comités de vigilancia ciudadana de la salud en su ámbito, u otros comités de trabajo que contribuyan a la ejecución del PSL.

b) Recursos humanos

Definición:

Según la cita de Definición.mx; denomina a los recursos humanos a las personas con las que una organización (con o sin fines de lucro, y de cualquier tipo de asociación) cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse y que han sido solicitadas a dichas personas.

Las personas son la parte fundamental de una organización, y junto con los recursos materiales y económicos conforman el “todo” que dicha organización necesita. Es por esto que, en la mayoría de las empresas por ejemplo, se

realizan exhaustivos análisis y evaluaciones a los candidatos que desean ocupar un puesto de trabajo. Incluso, existen áreas dentro de la empresa destinadas a la gestión de los recursos humanos y profesionales especializados en esta disciplina, que abarca desde conocimiento legal de contrataciones hasta principios de psicología y desempeño actitudinal. En síntesis, podemos decir que estas áreas se encargan de elegir al recurso humano más apropiado para la empresa, de acuerdo no solo con sus habilidades y destrezas para desempeñar el trabajo requerido, si no también evaluando otras condiciones y actitudes personales que impacten –o puedan impactar de manera positiva en la organización: responsabilidad, emprendedurismo, compañerismo, respeto, honestidad, transparencia, etc. Claro que para esto, también la empresa u organización debe ofrecer buenas condiciones laborales: en principio, un correcto ambiente de trabajo que permita el desarrollo normal y cómodo de las actividades, y algunas otras condiciones que los futuros trabajadores siempre considerarán: posibilidades de progreso dentro de la organización, capacitación permanente, premios por logros, incentivos, entre otras cosas.

En este sentido, quienes están a cargo de gestionar el área de recursos humanos, en contacto permanente con las personas que trabajan en la organización, deben ser capaces de vincular las inquietudes de los trabajadores y los intereses de la empresa a fin de lograr un beneficio y equilibrio laboral hacia ambas partes.

Por lo que decíamos respecto de la importancia de las personas como motores impulsores dentro de la empresa en cuanto crecimiento y desarrollo, desde hace algunos años, diferentes universidades o centros de enseñanza superior han incorporado a su oferta académica cursos, diplomados, o licenciaturas enteras destinadas al estudio del área de recursos

humanos (su sigla es RRHH) y la formación de profesionales idóneos para desenvolverse en dichas áreas dentro de organizaciones. Junto con el management, merchandising, marketing, comunicación corporativa y responsabilidad social empresarial, conforma el conjunto de las denominadas “ciencias empresariales”.

Administración de Recursos Humanos de los Servicios de salud

Castillo (2013), manifiesta lo siguiente; el objetivo de la administración de recursos humanos son las personas y sus relaciones dentro de las organizaciones. La administración de recursos humanos sirve para mantener la organización productiva, eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano.

Administración de recursos humanos es el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos las habilidades etc, de los miembros de la organización en beneficio del individuo, de la propia organización y del país en general.

Los cuatro principales objetivos de los recursos humanos:

- **Objetivos sociales.** Saber mantenerse dentro de la sociedad como un individuo con valores y propósitos dentro de ella.
- **Objetivos organizacionales.** Tener un buen control dentro de las funciones directivas y administrativas de una organización.
- **Objetivos funcionales.** Están enfocadas en función de las necesidades de la organización.
- **Objetivos individuales.** Son los que pretenden seguir y alcanzar los recursos humanos dentro de una organización.

Para un mejor entendimiento de la problemática del personal de las instituciones de Salud detallaremos los factores que debe

tomar en cuenta por el área de Personal de las Clínicas y Hospitales:

- Variedad de profesiones y niveles socioeconómicos de los trabajadores.
- Niveles de identificación con la Organización.
- Vocación de servicio a pacientes.
- Diferenciación de roles y funciones.
- Importancia de las funciones que desempeña el personal.
- Necesidades individuales y grupales.
- Niveles de motivación y comunicación en la organización.
- Capacidad de liderazgo en la organización.

Personal de atención directa al paciente:

Aquí agrupamos aquellos profesionales que brindan la atención directa a los pacientes, y que son los que en mayor proporción responsables de la satisfacción del mismo, tomando en cuenta que son los que dan la cara al paciente y por lo tanto tiene que dar un trato amable y esmerado pues es lo que en realidad lo que percibe el paciente.

Este grupo está compuesto por: Médicos, Odontólogos, Tecnólogos, Técnicos de laboratorio, Nutricionistas, Recepcionistas.

Criterios a consideración en la evaluación de Recursos Humanos en Clínicas y Hospitales.

Castillo (2013), señala los criterios que se utilizan para evaluar personal de Clínicas y Hospitales deben de estar relacionados directamente con conocimientos y aptitudes de integración, de trabajo común, de apoyo, de vocación de servicio, de responsabilidad, considerando que el servicio que el servicio que se brinda es muy delicado, pues recalcamos que

trabajamos con la salud de las personas, es por ello se considera importante evaluar y detallar cada uno de estos aspectos:

- Experiencia.
- Conocimiento del puesto.
- Aptitudes personales.
- Actitudes personales.
- Capacidad de trabajo en equipo

c) Ejercicio de la función administrativa

Según, lo citado por Peña (2011), considera a la función administrativa como la actividad concreta, dirigida a través de una acción positiva, a la realización de los fines concretos de seguridad, progreso y bienestar de la colectividad .Función esencial en cuanto para la conservación y el progreso de la sociedad .

La teoría de Fayol fue un aporte esencial a la administración moderna, centró sus estudios a nivel de la dirección, creando la conocida escuela de jefes. En su libro *“Administration Industrielle et Generale”* define por primera vez las cinco funciones de la administración: planificación, organización, dirección, coordinación y control.

Tipos de funciones administrativas

En la administración podemos encontrar 5 funciones administrativas:

- **Planeación:** Función de la administración en la que se definen las metas, se fijan las estrategias para alcanzarlas y se trazan planes para integrar y coordinar las actividades
- **Organización:** Función de la administración que consiste en determinar qué tareas hay que hacer, quién las hace,

cómo se hacen, cómo se agrupan, quién rinde cuentas a quién y dónde se toman las decisiones.

- **Dirección:** Función de la administración que consiste en motivar a los subordinados, influir en los individuos y los equipos mientras hacen su trabajo, elegir el mejor canal de comunicación y ocuparse de cualquiera otra manera del comportamiento de los empleados.
- **Coordinación:** Consiste en unificar los esfuerzos organizacionales.
- **Control:** Función de la administración que consiste en vigilar el desempeño actual, compararlo con una norma y emprender las acciones correctivas que hicieran falta.

Ejercicio de la función administrativa en las ACLAS

La Asamblea General tiene funciones.

El Consejo Directivo tiene funciones, algunas de ellas son citadas a continuación;

- a) Coordinar con el Gobierno Regional, la DIRESA, la gerencia de la red/microred y Gobierno Local según corresponda, toda acción y gestión de la administración de los recursos económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento otorgado en administración acorde con la normatividad vigente.
- b) Supervisar y evaluar el desempeño y aprueba los actos administrativos y técnicos sanitarios de la Gerencia de la CLAS e informar a la Asamblea General.
- c) Implementar las acciones necesarias para la ejecución y cumplimiento del PSL.
- d) Informar a la Asamblea General sobre los avances en la ejecución presupuestal, la ejecución del desarrollo del PSL y el cumplimiento de los encargos establecidos por la Asamblea General, en forma trimestral.
- e) Realizar la contratación del personal para los establecimientos de salud bajo su administración.

Entre otras.

Son funciones del Gerente las siguientes:

- b) Presentar el informe de ejecución trimestral del PSL a la DIRESA o la que haga sus veces.
- c) Informar mensualmente al Consejo Directivo y semestralmente a la Asamblea General, sobre el avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos asignados, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros aspectos del trabajo del o los establecimientos bajo su responsabilidad.
- d) Mantener de la infraestructura, existencia y conservación de los equipos, bienes, insumos, medicamentos y enseres entregados para su administración; a efecto que todos sean utilizados exclusivamente para los fines y actividades de prestación de servicios de salud.
- e) Proponer al Consejo Directivo los requerimientos para la adquisición de equipos, medicamentos, insumos y bienes de acuerdo a necesidades para el cumplimiento del PSL.
- f) Realizar un diagnóstico de la situación actual de la CLAS (gestión, ejecución de PSL, aspectos contables-financieros, legales y administrativos y otros) y presentarlo ante el Consejo Directivo en un plazo no mayor a 60 días calendario de haber asumido el cargo de Gerente.

2.2.3 Gestión de los Servicios de Salud

Concepto

Según Gonzales, Bermeo, Morales y Ruilova (2001), Consideró a la Gestión en los Servicios de Salud como comprensiva de todos los procesos y que dinamiza y asegura el desarrollo de cada uno de los procesos indicados (planificación, administración, aplicación de la epidemiología, gerencia y evaluación), los enlaza en su

aplicación en cada una de las unidades operativas, les da sentido, direccionalidad y coherencia.

Historia:

Tovar (2002), planteó lo siguiente: las dificultades en la definición de conceptos tales como administración y gestión más que indicar supuestas insuficiencias teóricas de estas disciplinas parecen reflejar la complejidad que involucran ambas expresiones. Por otro lado, ha sido señalado también que la elaboración teórica que sirvió de sustento a la administración y a la gestión resultó alimentada por realidades disímiles.

En Inglaterra y los países de lengua francesa se utilizan de forma diferente las palabras management (frecuentemente traducida como gestión) y administration (traducida como administración), empleándose la primera para el área privada, mientras que la segunda estaría asociada a la administración pública.

De la misma manera, Tovar (2002), continuó en su planteamiento manifestando: Aun cuando en Argentina, junto a otros países de América Latina, los términos Gestión y Administración han sido usados indistintamente, el cuerpo de conocimientos que ellos se vincula tienden a diferenciarse progresivamente. Emplear el término gestión connota abandonar los modelos normativos, las organizaciones burocráticas, el control de procedimientos. Entendemos hoy al concepto de gestión más asociado con el control de resultados, con un enfoque estratégico, con una orientación hacia los actores, se utilizan con frecuencia las metáforas de la organización como sistema cultural, como mente. En contraposición se tiende a describir como administración al conjunto de conocimientos y herramientas más normativas, más centradas en el control de procesos, donde se utilizan con frecuencia metáforas mecanicistas de la organización.

La distinción entre administración y gestión puede resultar estéril cuando se trata de enfrentar la toma de decisiones diaria y rutinaria de una organización, pero se torna importante cuando se trata de analizar el fenómeno del cambio en las organizaciones.

Características:

Tovar (2002), para definir las características de gestión en salud se planteó la siguiente interrogante: ¿En qué se diferencia la gestión en salud de otro tipo de instituciones?

Las particularidades de la gestión en salud se desprenden básicamente de las formas en que las personas buscan cuidados de salud (es decir la demanda) y de la lógica que las organizaciones (básicamente servicios de salud) siguen para proveer dichos cuidados.

- ✓ La medicina no se integra de forma completa al mundo de los negocios. La medicina desempeña un rol particular en la sociedad que no comparte íntegramente con aquello que ha sido denominado “industria de la atención médica”.
- ✓ Ese rol especial puede ser definido al menos a través de tres dimensiones.
 - En primer lugar, cuando una persona percibe algún problema de salud no acude a la medicina empresarial sino a la “medicina”.
 - En segundo lugar, los gobiernos no delegan la responsabilidad por la habilitación y acreditación profesional a la industria de la atención médica sino a la profesión médica.
 - Por último, si hay un sector de actividad en el cual es válido el proverbio “se ha puesto el carro adelante del caballo” esa es la industria de la atención médica, donde la medicina siempre ha señalado el camino y la organización empresarial no ha hecho más que seguirlo.
 - Dos ejemplos de ellos son: el moderno hospital desarrollado no como una empresa sino como un seminario médico y los

seguros de salud desarrollados no por su rentabilidad sino para viabilizar los servicios médicos. En ambos casos la medicina actuó como catalizador para el cambio y la empresa surgió luego.

En síntesis, la problemática de la gestión en salud parece haber una tensión entre dos formas de pensar, por un lado el de la medicina y por el otro el de la gestión o administración de empresas.

Componentes de un sistema de salud

Se pudieron distinguir tres componentes de un servicio de salud: político, económico y técnico. Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, a cuestiones específicas. Sin embargo, existen también problemas comunes a dos dimensiones. De esta manera se puede pensar a los servicios de salud como al conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos:

- a) Uno político, al que llamamos modelo de gestión.
- b) Uno económico, al que llamamos modelo de financiación.
- c) Uno técnico, al que llamamos modelo de atención o modelo asistencial.

Modelo de gestión

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del servicio, en cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción, qué valores las guían, quién las toma y cómo las toma.

Por ejemplo, las prioridades de un hospital público no siempre son similares a las de un hospital privado. De forma similar, las prioridades de un hospital de baja complejidad no son idénticas a las de otro de alta complejidad

Modelo de Financiación

La problemática del financiamiento involucra un conjunto de definiciones económicas. Estas pueden ser sintetizadas a través de tres grandes preguntas: a) ¿Cuánto se debe gastar en salud?, b) ¿De dónde deben provenir los recursos? Y c) ¿Cómo asignar los recursos?

Modelo de Atención

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otro término, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar la respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población.

¿Cómo prestar? Se trata de definir ¿qué prestadores deben ser responsables de la provisión de servicios? En el sentido de los niveles de complejidad o adecuación e calidad de los servicios. ¿Con cuales criterios o padrones deben operar? La problemática de la calidad involucra dimensiones técnicas en las cuales el saber sanitario es insustituible.

¿Dónde prestar? De la misma manera, es necesario recurrir al saber médico sanitario para establecer ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?

¿Qué criterios de referencia y contra referencia adoptar?

Una clara distinción de estas tres dimensiones es fundamental a la hora de pensar los sistemas y los servicios de salud ya que a menudo se corre el riesgo de reducir la discusión solo a una de esas dimensiones. Así, mientras que en las décadas anteriores se tendía a discutir solo el modelo de atención, en los últimos años la discusión tendió a restringirse solo a la problemática de la financiación.

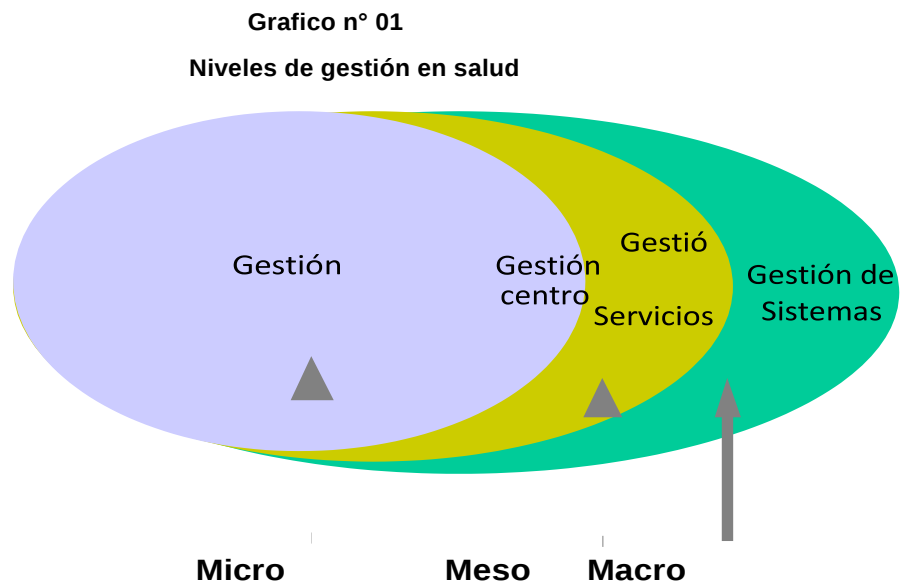
2.2.4 Dimensiones

a) Gestión Sanitaria

Según Ortún (1996), gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización –cultural, deportiva, económica- para conseguir las finalidades de esta.

Niveles de gestión en salud

Ortún (1996), formuló una taxonomía que distingue tres niveles de gestión en salud.



Fuente: Modelos de gestión en salud: Federico Tovar 2002

- **Un nivel de macrogestión** es la gestión de la política de salud que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social a través de: primero, la regulación de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos, y servicios sanitarios; segundo, la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos; tercero, la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.
- **Un ambiente de mesogestión** o gestión institucional que involucra centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros

establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

- **Un ambiente de microgestión** o gestión clínica donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector salud es que el médico es responsable por la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

b) Gestión Institucional

Según la Directiva Administrativa de Monitoreo del desempeño de la Gestión Institucional en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención (2013); establece a la gestión institucional como un proceso de control gerencial destinado a observar sistemáticamente un conjunto de procesos de la gestión, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas, definidas en el Plan Operativo o Plan de Trabajo Anual según corresponda al nivel de categoría del establecimiento.

Proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión Institucional.

El proceso de monitoreo del desempeño de la gestión institucional se realiza con la participación del equipo de gestión y equipo técnico del establecimiento de salud. El equipo monitor o facilitador de la medición del control gerencial de manera participativa y consensuada, realiza la verificación conjunta y objetiva de la implementación de las políticas nacionales y sectoriales en salud en los procesos desarrollados en el establecimiento con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas.

Fases del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión Institucional

Se han definido tres fases las mismas que se describen a continuación:

- Fase de selección, capacitación y certificación de facilitadores del componente de monitoreo del desempeño de la gestión institucional.
- Fase de planificación y organización del proceso monitoreo del desempeño de la gestión institucional.
- Fase del desarrollo del componente de monitoreo del desempeño de la gestión institucional.

c) Ejecución presupuestaria

Según la página del MEF, lo define de la siguiente manera: Etapa del proceso presupuestario en la que se perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos.

- Ejecución presupuestal directa:

Ejecución presupuestal y financiera de las Actividades y Proyectos así como de sus respectivos Componentes a cargo de la entidad pública con su personal e infraestructura.

- Ejecución presupuestal indirecta:

Ejecución física o financiera de las Actividades y Proyectos, así como de sus respectivos Componentes, realizada por una entidad distinta a la de origen; sea por efecto de un contrato o convenio celebrado con una entidad privada, o con una entidad pública, sea a título oneroso o gratuito.

El D.S. N° 017-2008 SA, de la Ley n° 29124 estableció la normativa para el manejo presupuestario de los recursos financieros que administran las ACLAS, referidas a las fuentes de financiamiento y los recursos administrados por ellos.

Es de competencia de la CLAS, gestionar recursos complementarios por diversas fuentes de financiamiento.

Son fuentes de financiamiento público de las CLAS:

- a) Los Recursos Ordinarios.
- b) Los Recursos Directamente Recaudados.
- c) Otros Recursos Públicos

Los requisitos administrativos que deben cumplir las CLAS para la recepción de financiamiento, son los siguientes:

- a) El Convenio de Cogestión firmado por las partes.
- b) La Resolución de Presidencia Regional que aprueba el Convenio de Cogestión.
- c) El Plan de Salud Local aprobado por la Asamblea General de la CLAS.

El Gobierno Nacional, Regional y Local aplica criterios de equidad y solidaridad en la asignación de Recursos del Tesoro Público a las CLAS, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Las prioridades sanitarias regionales y locales.
- b) Nivel de pobreza local.
- c) Perfil epidemiológico local.
- d) Nivel de ingresos económicos por diferentes fuentes de financiamiento.

Las Contrataciones de Bienes y Servicios por parte de las CLAS, deben seguir los siguientes criterios:

- a) Las contrataciones de bienes y servicios son programadas en el PSL de acuerdo al nivel de complejidad y categoría de los establecimientos de salud. Son sustentadas por el Gerente de la CLAS ante el Consejo Directivo para su aprobación anual.
- b) Las contrataciones que surjan de emergencias y desastres no previstas en el PSL son sustentadas por el Gerente de la CLAS

ante el Consejo Directivo para su aprobación y con cargo de rendición de cuentas y auditoría.

c) Las Contrataciones son efectuadas directamente por las CLAS; y sujetas a control por parte de la Autoridad Sanitaria Regional y acorde a la categoría del establecimiento.

Criterios para la ejecución de gastos por ejercicio de funciones de los miembros de los órganos de las CLAS:

Los miembros del Consejo Directivo y la Asamblea General ejercen sus funciones Ad Honorem. Para garantizar la operatividad de sus funciones, cuando sea necesario y con aprobación en acta del Consejo Directivo, hacen uso de gastos operativos bajo concepto de movilidad local, refrigerios, alimentación y hospedaje. Dichos gastos son sujeto de rendición de cuentas debidamente sustentados en forma documentada en un plazo de 5 días hábiles posteriores al término de la actividad efectuada y por el 100% del monto recibido.

f) Las cuentas corrientes o cuenta de ahorros con orden de pago de la CLAS, se abren en una institución del sistema financiero, supervisada por la Superintendencia de Banca y Seguros.

2.3 Definiciones conceptuales

1. Asociaciones CLAS (Comunidades Locales de Administración de Servicios de Salud):

Son Órganos de Cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, de acuerdo a lo señalado por el Código Civil.

2. Cogestión en Salud:

Se define como las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, esto implica que la comunidad tome parte en las deliberaciones y

decisiones sobre cualquier problema de salud que afecta a la comunidad y sus determinantes.

3. Convenio Cogestión:

El convenio de cogestión es el vínculo jurídico generado entre el estado, representado por el gobierno regional y el gobierno local, y el órgano de cogestión para la administración de los establecimientos de salud y la asignación de recursos para la realización de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud.

4. Ejecución presupuestaria:

Etapa del proceso presupuestario en la que se perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos.

5. Función administrativa:

La función administrativa es la actividad que normalmente corresponde al Poder Ejecutivo, se realiza bajo sus efectos, se limitan a los actos jurídicos concretos o particulares y a los actos materiales.

6. Gestión:

Del latín *gestío*, el concepto de gestión hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Gestionar es realizar diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera.

7. Gestión administrativa:

La gestión administrativa es la forma en que se utilizan los recursos escasos para conseguir los objetivos deseados. Se realiza a través de 4 funciones específicas: planeación, organización, dirección y control.

8. Gestión Sanitaria:

Como la gestión en general, entraña la función de dirección del personal y las actuaciones para lograr un resultado u objetivo. Significa tramitar, diligenciar, dirigir y administrar en el ámbito de la sanidad.

9. Gestión institucional:

Implica impulsar la conducción de la institución hacia determinadas metas a partir de una planificación para lo que resulta necesarios saberes, habilidades y experiencias respecto del medio sobre el que se pretenden operar.

10. Participación ciudadana en salud:

Es toda forma de intervención de los actores sociales en el planeamiento, organización, ejecución, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de los procesos en salud y sus determinantes en su ámbito correspondiente.

11. Plan de Salud Local (PSL):

El Plan de Salud Local es un documento de gestión participativa y concertada con vigencia anual, y su Proceso de elaboración es conducido por el órgano de cogestión y los jefes de los establecimientos de salud, de conformidad con las normas técnicas del Ministerio de Salud.

12. Recursos Humanos:

Se denomina recursos humanos a las personas con las que una organización (con o sin fines de lucro, y de cualquier tipo de asociación) cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse y que han sido solicitadas a dichas personas.

2.4 Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

La cogestión se relaciona significativamente con la gestión de los de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.

2.4.2 Hipótesis Específicas

- La participación ciudadana se relaciona significativamente con la gestión de los de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.
- Los Recursos Humanos se relacionan significativamente con la gestión de los de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.
- El ejercicio de la función administrativa de las ACLAS se relaciona significativamente con la gestión de los de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.

2.5 Variables

2.5.1 Variable Independiente

Cogestión

2.5.2 Variable Dependiente

Gestión de los servicios de salud.

2.6 Operacionalización de variables (Dimensiones e Indicadores)

Título	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems/Preguntas
Cogestión y la Gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017	Cogestión Se define como las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, esto implica que la comunidad tome parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema de salud que afecta a la comunidad y sus determinantes.	Participación ciudadana	Comunidad activa y participativa	¿La ACLAS coordina con las Organizaciones sociales de base de la Comunidad?
			Comunidad que cumple su participación de calidad	¿La ACLAS informa semestralmente la gestión a la comunidad?
				¿La ACLAS ha recibido supervisiones y/o Capacitaciones de la DIRESA/RED?
				¿La ACLAS toma de decisiones sin dificultad?
		Recursos Humanos	Comunidad sensibilizada con la cogestión	¿Conoce la Comunidad y las Autoridades el Modelo de Gestión ACLAS del Establecimiento de Salud?
				¿Se difunde y se socializa en la Comunidad la Ley de Cogestión y lo que es la ACLAS?
			Disponibilidad adecuada de Recursos humanos	¿La cantidad de Personal nombrado y contratado activo a diciembre 2017 (Decreto Legislativo N° 276, 728 y CAS) es suficiente para la atención a los usuarios?.
				¿El personal de salud recibió asistencia técnica en la aplicación de las normas técnicas vigentes durante el 2017?
			Recurso humano comprometido con su trabajo	¿El personal de salud se encuentra comprometido con el trabajo que realiza diariamente?
				¿El personal de salud se ha autofinanciado su capacitación para la práctica asistencial?
		Ejercicio de la función administrativa	Planeación	¿La ACLAS y la Comunidad participan en la programación del PSL anual y su reprogramación?
			Organización	¿El ACLAS cuenta con documentos de gestión para la organización de los servicios de salud, tales como: ROF, MOF, MAPRO?
			Dirección	¿Entregó y presentó oportunamente el Cierre de Gestión 2016 y el Balance Contable del año 2016?
			Coordinación	¿La ACLAS coordina los aspectos administrativos y legales con la DIRESA/RED?
			Control	¿La ACLAS realiza la declaración de gastos mensual?
	Gestión de	Gestión Institucional	Consejo Directivo con	¿Está actualizada la inscripción de los miembros del

los servicios de salud Como la gestión en general, entraña la función de dirección del personal y las actuaciones para lograr un resultado u objetivo. Significa tramitar, diligenciar, dirigir y administrar en el ámbito de la sanidad.			vigencia de poder vigente	Concejo Directivo en los Registros Públicos?
			Convenio de Cogestión vigente	¿La ACLAS ha suscrito el Convenio de Cogestión?
			Estatuto adecuado a la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008.	¿Su Estatuto está adecuado de acuerdo a lo establecido en la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008 e inscrito en Registros Públicos?
			Asamblea General y Consejo Directivo activos	¿Las sesiones de Asamblea General y de Concejo Directivo han sido registradas en los libros de actas correspondientes?
		Gestión Sanitaria		¿Tiene Libro de Registro o Padrón de asociados?
			Cumplimiento de Indicadores de ejecución del PSL (Extensión de uso de la ACLAS)	¿Conoce usted cuánto fue la cobertura de atendidos de población asignada lograda al II semestre 2017?
			Logro de Cobertura Promedio porcentual en los indicadores Sanitarios	¿Conoce usted cuánto fue el Promedio porcentual alcanzado en los indicadores de salud del niño y mujer (del 9 al 19) del componente de Atención Integral de la Evaluación Semestral II PSL 2017.
			Cumplimiento de rendición de avance de los indicadores sanitarios	¿Se realizó el cumplimiento de rendición del nivel de avance del PSL hecho por el Gerente al Concejo Directivo o Asamblea de la ACLAS?
				¿La CLAS logró cumplir con el rango de la Evaluación, semestral y anual del PSL?
		Ejecución Presupuestaria (Calidad de gasto)	Autorización para ejecución de gastos	¿El Concejo Directivo del CLAS autoriza por Acta previamente los gastos contenidos en el PSL, requeridos por el o los Establecimientos de Salud?
			Rendición de ingresos y egresos	¿Cuenta con la información económica que sustentan los ingresos y gastos de la CLAS debidamente ordenada y archivada?
				¿La ACLAS hace rendición semestral/anual de Gestión a la Comunidad?
				¿Cuenta con Libros y Registros contables actualizado?
			Cumplimiento de obligaciones económicas	¿El ACLAS cumple con los depósitos de los sueldos de trabajadores y de obligaciones tributarias que le corresponden como empleador?
				¿Los requerimientos del EE.SS. fueron atendidos en su totalidad oportunamente?

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación pertenece al TIPO APLICADA, debido a que se caracterizó por su búsqueda de la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, para generar solución y sistematizar la práctica basada en investigación. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

En ese sentido; se aplicó y/o utilizó los conocimientos que tiene el investigador respecto al ejercicio de la cogestión en las ACLAS de la Unidad Ejecutora Huánuco; con el objetivo de analizar y vincular su influencia en la gestión de los servicios en los establecimientos salud de primer nivel de atención. Es así que, se conoció cómo se desarrolla la cogestión y posibilitó recoger información específica de aspectos que investigaciones anteriores no lo consideraron; sin embargo, si bien es cierto que la obtención de datos fue representativa, esta podrá emplearse como base para estudios posteriores.

3.1.1 Enfoque

La investigación tiene un enfoque CUANTITATIVO, porque recolectó y analizó datos de las variables cogestión y gestión, y estudió sus dimensiones cuantitativas. De la misma manera permitió el análisis de la participación ciudadana de los actores de la cogestión de las ACLAS respecto a sus conocimientos, funciones y obligaciones sobre el ejercicio de la cogestión, y su repercusión en la gestión de los servicios de salud.

Según (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), el enfoque al cual pertenece el estudio es cuantitativo. Por utilizar la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

3.1.2 Alcance o Nivel

La investigación es DESCRIPTIVA, porque recolectó, midió y analizó las dimensiones y algunos aspectos de la variable independiente “cogestión” y variable dependiente “gestión de los servicios de salud” de manera conjunta. Así mismo, CORRELACIONAL, porque tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre ambas variables en las ACLAS de la provincia de Huánuco.

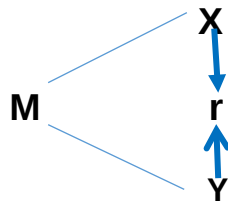
Se dice que es un estudio descriptivo, porque busca especificar las propiedades y las características de un fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Se dice correlacional, a que el presente estudios tiene como finalidad conocer la relación que exista entre dos o más variables en una muestra o contexto en particular. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

3.1.3 Diseño

El diseño propuesto para la investigación fue descriptivo correlacional; porque recolectó los datos en un momento determinado y su propósito fue describir la variable independiente “cogestión” y variable dependiente “gestión de los servicios de salud”, y analizó la relación de ambas en un momento dado.

El diseño de la investigación pertenece al descriptivo correlacional. Según Hernández, Baptista y otros (2014) “El diseño descriptivo correlacional, trata de determinar el grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o actividades observadas.

El esquema es el siguiente:



Dónde:

X = Cogestión

Y = Gestión de los servicios de salud

M= muestra

R= relación

En este esquema se puede ver la muestra (M), la relación que existe entre la variable X independiente “cogestión”, en la variable Y dependiente “gestión de los servicios de salud”; donde la variable X, viene a ser el factor causa y la variable Y el factor efecto de la realidad problemática en el estudio de investigación.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Según Hernández Sampieri (2003). “Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. (p.65).

La población de la investigación estuvo constituida por los 60 ACLAS vigentes que pertenecen orgánicamente a la Dirección Regional de Salud Huánuco, y sus actores involucrados en la cogestión (miembros de la Asamblea General, Consejo Directivo y Gerente); **los que son detallados a continuación.**

Tabla n° 02
ACLAS adscritos a la Dirección Regional de Salud de Huánuco y Establecimientos de
Salud que lo conforman, según la Ley 29124

N°	Nombre de la ACLAS	EESS	Nombre de los EE.SS. que lo integran	Categoría del E.S.	Distrito	Provincia	Red de Salud a la pertenece el E.S.
Red de Salud Huánuco							
1	COPA BAJA	1	P.S Colpa Baja	I - 2	HUÁNUCO	HUÁNUCO	HUÁNUCO
2	PILLCOMARCA	2	C.S Potracancha	I - 3	PILLCOMARCA	HUÁNUCO	HUÁNUCO
3	CHURUBAMBA	3	P.S. Churubamba	I-2	Churubamba	HUÁNUCO	HUÁNUCO
		4	P.S. Tambogan	I-2			
		5	P.S. Tres de Mayo de Pagshag	I-1			
		6	P.S. Utao	I-2			
		7	P.S. Manantial de Vida de Quechualoma	I-1			
		8	P.S. Hualmish	I-1			
		9	P.S. San Francisco de Cochabamba	I-1			
4	ACOMAYO-CHINCHAO	10	C.S. Acomayo	I-3	CHINCHAO	HUÁNUCO	HUÁNUCO
		11	P.S. Huanacaure	I-1			
		12	C.S. Pillao	I-3			
		13	P.S. Sto Toribio de Mogrovejo de Ancaypagua- Chinchao	I-2			
		14	P.S. Chinchinga	I-1			
		15	P.S. Santa Isabel	I-1			
		16	P.S. San Pedro de Pillao	I-1			
		17	P.S. Pueblo Libre de Mayobamba	I-1			
5	EL VALLE	18	C.S. Santa maría del Valle	I-3	SANTA MARIA DEL VALLE	HUÁNUCO	HUÁNUCO
6	MARGOS	19	P.S. Jesús de Nasareth de Cochas	I-2	MARGOS	HUÁNUCO	HUÁNUCO
		20	C.S. Margos	I-3			
		21	P.S. Pacayhua	I-1			
		22	P.S. San Fco. De Asis de Llamapashilum	I-1			
7	HUANCAPALLAC	23	C.S. Huancapallac	I-3	QUICHKI	HUANUCO	HUANUCO
		24	P.S. Pampas	I-2			
		25	P.S. San Pedro de Cani	I-2			
8	CHAULAN	26	C.S. Chaulán	I-3	SAN PEDRO DE CHAULAN	HUANUCO	HUANUCO
		27	P.S. San José de Cozo Tingo	I-1			
		28	P.S. San Juan de Libertad	I-2			
9	CAYRAN	29	C.S. Cayrán	I-3	CAYRAN	HUANUCO	HUANUCO
		30	P.S. Huancachupac	I-2			
10	YARUMAYO	31	C.S. Yarumayo	I-3	YARUMAYO	HUANUCO	HUANUCO
		32	P.S. Chullay	I-1			
		33	P.S. Tres de Mayo de Andas Chico	I-2			
11	YACUS	34	P.S. San Isidro de Paura	I-1	YACUS	HUANUCO	HUANUCO
		35	P.S. Huanchan	I-1			
		36	P.S. Huacora	I-1			
		37	P.S. Yacus	I-2			
12	SAN RAAFEL	38	C.S. San Rafael	I-3	SAN RAFAEL	AMBO	HUANUCO
		39	P.S. Chacos	I-2			

		40	P.S. Ayancocha Alta	I-2			
		41	P.S. Cochacalla	I-1			
		42	P.S. Santo Domingo de Rondos	I-2			
13	MATIHUACA	43	P.S. Matihuaca	I-1	SAN RAFAEL	AMBO	HUANUCO
		44	P.S. Santa Ana	I-1			
		45	P.S. Alcas	I-1			
		46	P.S. Acobamba	I-1			
		47	P.S. Corralcancha	I-1			
14	HUACAR	48	C.S. Huacar	I-3	HUACAR	AMBO	HUANUCO
		49	P.S. Angasmarca	I-2			
		50	P.S. Moscatuna	I-1			
		51	P.S. San Pedro de Acobamba	I-1			
15	CONCHAMARCA	52	C.S. Conchamarca	I-3	CONCHAMARCA	AMBO	HUANUCO
		53	P.S. Ñauza	I-2			
16	CAYNA	54	P.S. Cayna	I-2	CAYNA	AMBO	HUANUCO
		55	P.S. Quio	I-1			
		56	P.S. San Juan de Utcush	I-2			
17	MOSCA	57	P.S. San Francisco de Mosca	I-2	SAN FSCO DE MOSCA	AMBO	HUANUCO
		58	P.S. Tres de Mayo de Rodeo	I-2			
		59	P.S. San Francisco de Acochacan	I-1			
18	COLPAS	60	P.S. Colpas	I-2	COLPAS	AMBO	HUANUCO
		61	P.S. Yapac	I-2			
		62	P.S. Chucchuc	I-1			
19	TAMBILLO UMARI	63	C.S. Tambillo Umari	I-3	UMARI	PACHITEA	HUANUCO
		64	P.S. Santo Toribio de la Punta	I-1			
		65	P.S. San Marcos	I-1			
		66	P.S. Pinquiray	I-2			
20	MOLINO	67	C.S. Molino	I-3	MOLINO	PACHITEA	HUANUCO
21	HUARICHACA	68	C.S. Huarichaca	I-3	MOLINO	PACHITEA	HUANUCO
		69	P.S. Jillaulla	I-1			
		70	P.S. Pucajaga	I-1			
		71	P.S. Manzano	I-1			
22	CHAGLLA	72	C.S. Chaglla	I-3	CHAGLLA	PACHITEA	HUANUCO
		73	P.S. Huacachi	I-2			
		74	P.S. Muña	I-1			
	Red de Salud Leoncio Prado						
1	CASTILLO GRANDE	75	C.S Castillo Grande	I-3	RUPA RUPA	LEONCIO PRADO	LEONCIO PRADO
2	PUERTO INCA	76	C.S. Puerto Inca	I-3	PUERTO INCA	PUERTO INCA	LEONCIO PRADO
		77	P.S. Navidad	I-1			
		78	P.S. Nueva Jerusalén	I-1			
		79	P.S. Nuevo Porvenir	I-1			
		80	P.S. Cleyton	I-1			
		81	P.S. Puerto Sira	I-2			
		82	P.S. Puerto Sungaro	I-2			
		83	P.S. Nuevo Trujillo	I-1			
		84	P.S. Shebonya	I-2			

3	HONORIA	85	P.S. Nueva Honoria	I-2	HONORIA	PUERTO INCA	LEONCIO PRADO
		86	P.S. Señor de los Milagros	I-1			
		87	P.S. Antigua Honoria	I-1			
		88	P.S. Unión Porvenir	I-1			
		89	P.S. Dos Unidos	I-1			
		90	P.S. Semuya	I-1			
4	YUYAPICHIS	91	C.S. Yuyapichis	I-3	YUYAPICHIS	PUERTO INCA	LEONCIO PRADO
		92	P.S. El Dorado	I-1			
		93	P.S. Monterrico	I-1			
		94	P.S. Guacamayo	I-1			
		95	P.S. Santa Rosa de Yanayacu	I-1			
		96	P.S. Dantas	I-1			
5	TOURNAVISTA	97	C.S. Tournavista	I-3	TOURNAVISTA	PUERTO INCA	LEONCIO PRADO
		98	P.S. Principe de Paz	I-1			
		99	P.S. Progreso	I-1			
		100	P.S. Macuya	I-1			
6	CACHICOTO	101	C.S. Cachicoto	I-3	MONZÓN	HUAMALIES	LEONCIO PRADO
		102	P.S. Tazo Grande	I-1			
		103	P.S. Cuyacu	I-1			
7	PALO DE ACERO	104	C.S. Palo de Acero	I-3	MONZÓN	HUAMALIES	LEONCIO PRADO
		105	P.S. Sachavaca	I-1			
		106	P.S. Agua Blanca	I-1			
		107	P.S. Manchuría	I-1			
8	MONZON	108	C.S. Monzón	I-3	MONZON	HUAMALIES	LEONCIO PRADO
		109	P.S. Cashapampa	I-1			
		110	P.S. Caunarapa	I-1			
9	HUACRACHUCO	111	C.S. Huacrachuco	I-3	HUACRACHUCO	MARSAÑON	LEONCIO PRADO
		112	P.S. Piso	I-2			
		113	P.S. Huaychao	I-1			
		114	P.S. Huanchay	I-1			
10	SAN BUENAVENTURA	115	P.S. San Buenaventura	I-2	SAN BUENAVENTURA	MARAÑON	LEONCIO PRADO
		116	P.S. Fraile Rumi	I-1			
		117	P.S. Villamar	I-1			
11	PARAISO	118	C.S. Paraíso	I-3	CHOLON	ARAÑON	LEONCIO PRADO
		119	P.S. La Morada	I-2			
		120	P.S. Crisnejas	I-1			
		121	P.S. Yanajanca	I-1			
		122	P.S. Nueva Aspuzana	I-1			
10	CHOCOBAMBA	123	P.S. San Pedro de Chocobamba	I-1	HUACRACHUCO	MARAÑON	LEONCIO PRADO
		124	P.S. Huachumay	I-2			
		125	P.S. Huaripampa	I-2			
		126	P.S. Chinchil	I-1			
	Red de Salud Dos de Mayo						
1	CAURI	127	C.S. San Miguel de Cauri	I-3	SAN MIGUEL DE CAURI	LAURICOCHA	DOS DE MAYO
		128	P.S. Antacolpa	I-2			
2	RONDOS	129	C.S. Rondos	I-3	RONDOS	LAURICOCJH A	DOS DE MAYO
		130	P.S. Pilcocancha	I-1			

		131	P.S. Seccha	I-1			
		132	P.S. Iscopampa	I-2			
		133	P.S. Cosma	I-1			
		134	P.S. Huacarcocha	I - 1			
		135	P.S. Huaracayoj	I - 1			
		136	P.S. Patopampa	I - 1			
		137	P.S. Wariwayin	I-1			
3	BAÑOS	138	C.S. Baños	I-3	BAÑOS	LAURICOCHA	DOS DE MAYO
		139	P.S. Santa Rosa	I-2			
4	JESÚS	140	C.S. Jesús.	I-3	JESÚS	LAURICOCHA	DOS DE MAYO
		141	P.S. Paracsha	I-1			
		142	P.S. San Juna de Nupe	I-1			
5	HUARIN	143	P.S. Huarin	I-2	SAN FSCO DE ASIS	LAURICOCHA	DOS DE MAYO
		144	P.S. Caramarca	I-1			
6	PACHAS	145	C.S. Pachas	I-3	PACHAS	DOS DE MAYO	DOS DE MAYO
		146	P.S. Pichgas	I-1			
		147	P.S. Irma Chico	I-1			
		148	P.S. San lorenzo de Isco	I-1			
		149	P.S. Gollumia	I-1			
		150	P.S. Bellavista	I-1			
7	MARIAS	151	C.S. Marias	I-3	MARIAS	DOS DE MAYO	DOS DE MAYO
		152	P.S. Patay Rondos	I-2			
		153	P.S. Chipaquillo	I-1			
		154	P.S. Maynas	I-1			
		155	P.S. Tantacoto	I-2			
8	CHUQUIS	156	P.S. Chuquis	I-2	CHUQUIS	DOS DE MAYO	DOS DE MAYO
		157	P.S. Huancan	I-2			
		158	P.S. Tingo Chico	I-1			
		159	P.S. Ucrumarca	I-1			
9	SHUNQUI	160	P.S. Shunuqui	I-1	SHUNQUI	DOS DE MAYO	DOS DE MAYO
		161	P.S. Cochapata	I-1			
10	QUIVILLA	162	C.S. Quivilla	I-3	QUIVILLA	DOS DE MAYO	DOS DE MAYO
11	CHAVINILLO	163	C.S. Chavinillo	I-3	CHAVINILLO	YAROWILCA	DOS DE MAYO
		164	P.S. Ayapiteg	I-2			
		165	P.S. Rain Condor	I-1			
		166	P.S. Huayuculano	I-1			
		167	P.S. Jarpo	I-1			
12	OBAS	168	C.S. Obas	I-3	OBAS	YAROWILCA	DOS DE MAYO
13	CHUPAN	169	C.S. Chupan	I-3	APARICIO POMARES	YAROWILCA	DOS DE MAYO
14	RAHUA	170	P.S. Rahua	I-2	APARICIO POMARES	YAROWILCA	DOS DE MAYO
		171	P.S. Rahua- Huanchaca	I-1			
15	CHORAS	172	P.S. Choras	I-2	CHORAS	YAROWILCA	DOS DE MAYO
		173	P.S. San Antonio de Colpas	I-1			
		174	P.S. San José de Tashga	I-1			
Red de Salud Huamalies							

1	JACAS GRANDE	175	P.S. Jacas Grande	I-2	JACAS GRANDE	HUAMALIES	HUAMALIES
		176	P.S. Andas	I-2			
		177	P.S. Carhuapata	I-2			
		178	P.S. Nueva Flores	I-1			
		179	P.S. Cascanga	I-2			
2	PUÑOS	180	P.S. Puños	I-3	PUÑOS	HUAMALIES	HUAMALIES
		181	P.S. Poque	I-2			
		182	P.S. Illahuasi	I-1			
3	CHAVIN DE PARIARCA	183	C.S. Chavin de Pariarca	I-3	CHAVIN DE PARIARCA	HUAMALIES	HUAMALIES
		184	P.S. Quipran	I-1			
		185	P.S. San Juan de Pampas	I-1			
4	SINGA	186	C.S. Singa	I-3	SINGA	HUAMALIES	HUAMALIES
		187	P.S. Bellas Flores	I-1			
		188	P.S. San Juan de Viscas	I-1			
		189	P.S. Santa Rosa de Pampan	I-1			
5	TANTAMAYO	190	P.S. Tantamayo	I-2	TANTAMAYO	HUAMALIES	HUAMALIES
		191	P.S. San Pedro de Pariarca	I-1			
		192	P.S. Pampa Florida	I-1			
6	HUACAYBAMBA	193	C.S. Huacyabmaba	I-3	HUACAYBAMBA	HUACAYBAMB A	HUAMALIES
		194					
7	QUICHIRRAGRA	195	P.S. Quichirragra	I-2	HUACAYBAMBA	HUACAYBAMB A	HUAMALIES
		196	P.S. Rondobamba	I-1			
8	CANCHABAMBA	197	C.S. Canchabamba	I-3	CANCHABAMBA	HUACAYBAMB A	HUAMALIES
		198	P.S. Villa Flores de Rajin	I-1			
9	COCHABAMBA	199	P.S. Cochabamba	I-1	COCHABAMBA	HUACAYBAMB A	HUAMALIES
		200	P.S. Santa Ana de Pirushto	I-1			
10	PINRA	201	P.S. Pinrra	I-2	PINRRA	HUACAYBAMB A	HUAMALIES
		202	P.S. Huaracillo	I-2			
		203	P.S. Cajan	I-2			

FUENTE: Dirección de Servicios de Salud Junio 2017 - Coordinación ACLAS (Administrativo, Financiero y Asistencial)

3.2.2 Muestra

Para Murray Spiegel (2010). "Se llama muestra a una colección de elementos de la población a estudiar qué sirve para representarla, de modo que las conclusiones obtenidas de su estudio representan en una alta posibilidad a las que se obtendrían de hacer un estudio sobre la totalidad de la población".

En el trabajo de investigación se consideró una muestra **no-probabilística**, con muestreo de **tipo intencional** o de conveniencia. Este tipo de muestreo se caracterizó por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos

Factores de inclusión y exclusión

La muestra lo constituyeron los miembros de la asamblea general, Consejo Directivo y Gerentes de las ACLAS. No se incluyeron a representantes del Gobierno Local, de la Red de Salud y de la Dirección Regional de Salud.

- **Unidad de análisis:**

El objeto de estudio fueron las ACLAS con sus representantes de la Asamblea General, Consejo Directivo y Gerentes de las 60 ACLAS pertenecientes a la Dirección Regional de Salud Huánuco.

- **Unidad de muestreo:**

Representantes de la Asamblea General, Consejo Directivo y Gerentes de las 22 ACLAS pertenecientes jurisdiccionalmente a la Unidad Ejecutora Huánuco.

- **Tamaño de la muestra:**

Para este proyecto de investigación se tomó como muestra a los representantes de la asamblea General (2), Consejo Directivo (3) y Gerente (1) de las 22 ACLAS pertenecientes jurisdiccionalmente a la Unidad Ejecutora Huánuco, por ser las que concentran al mayor número de establecimientos de salud de primer nivel de atención y estar más accesibles geográficamente para el investigador.

Nº	ACLAS	Representante de la asamblea General	Consejo Directivo	Gerente	Provincia
1	COPA BAJA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
2	PILLCOMARCA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
3	CHURUBAMBA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
4	ACOMAYO-CHINCHAO	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
5	EL VALLE	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
6	MARGOS	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
7	HUANCAPALLAC	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
8	CHAULAN	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
9	CAYRAN	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
10	YARUMAYO	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
11	YACUS	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	HUÁNUCO
12	SAN RAAFEL	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
13	MATIHUACA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
14	HUACAR	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
15	CONCHAMARCA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
16	CAYNA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
17	MOSCA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
18	COLPAS	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	AMBO
19	TAMBILLO UMARI	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	PACHITEA
20	MOLINO	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	PACHITEA
21	HUARICHACA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	PACHITEA
22	CHAGLLA	2 representantes	Presidente, Tesorero y Secretario	1 Gerente	PACHITEA
	Total Participantes	44	66	22	

FUENTE: Dirección de Servicios de Salud - Coordinación ACLAS (Administrativo, Financiero y Asistencial)

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnicas

Se aplicaron tres técnicas e instrumentos para el proceso de recolección de datos, siendo las que se describen a continuación:

- a) La primera técnica de recolección de datos para la investigación fue la encuesta; la cual mediante preguntas formuladas a los participantes que formaron la unidad de análisis del estudio de investigación, nos dio información, sencilla y objetiva.
- b) La segunda técnica de recolección de datos para el estudio de investigación fue la observación, ya que nos permitió recabar información sobre el comportamiento de los actores de la cogestión.
- c) La revisión documental que permitió hacer la revisión del cumplimiento de los documentos de gestión de las ACLAS

3.3.2 Instrumentos

a) El Cuestionario:

Se elaboró un cuestionario para los representantes de las asambleas escogidos aleatoriamente determinados con la guía de observación e integrantes de los consejos directivos, luego se formuló las preguntas para determinar qué factores influyeron en la gestión de los servicios de salud.

▪ Lista de verificación

Que sirvió de apoyo para el registro de la verificación de la revisión documental.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

La técnica para el procesamiento y análisis de la información se hizo en forma cuantitativa, se realizó mediante el manejo de medios informáticos y aplicación de Office (Word) y software SPSS para la elaboración de los cuadros y gráficos y que facilitaron el ordenamiento de información de una manera adecuada y entendible para su mayor comprensión.

(Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. Y Baptista Lucio, P., 2003).

- **Cuadros estadísticos:**

Un cuadro estadístico es una representación gráfica de las diversas situaciones que se nos presentan diariamente. Es la forma esquemática de comprender las tendencias de nuestra forma de ser y de vivir. En un cuadro estadístico puedes identificar tantas variables como quieras, en este caso se relacionó la cogestión y la gestión de los servicios de salud.

- **Estadígrafos:**

Un estadígrafo o Estadístico es una función matemática que utiliza datos de muestra para llegar a un resultado que debe ser un número real. Los Estadígrafos son utilizados para estimar parámetros o como valores de distribuciones de probabilidad que permiten hacer inferencia estadística (la inferencia estadística son los contrastes de hipótesis y los intervalos de confianza de uno o varios parámetros).

En este caso nos permitió realizar el análisis inferencial con las variables de cogestión y gestión de los servicios de salud.

- **Diagrama de Barras:**

Un diagrama de barras, también conocido como diagrama de columnas, es una forma de representar gráficamente un conjunto de datos o valores, y está conformado por barras rectangulares de longitudes proporcionales a los valores representados. Los gráficos

de barras son usados para comparar dos o más valores. Las barras pueden orientarse verticalmente u horizontalmente.

Esto permitió mostrar y/o representar gráficamente las variables de cogestión y gestión de los servicios de salud.

- **Programa SPSS:**

Es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. Originalmente SPSS fue creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions" Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis. Lo que nos facilitó realizar el análisis estadístico de las variables **cogestión** y gestión de los servicios de salud.

CAPÍTULO IV

4.1. Presentación de Resultados.

En los cuadros y gráficos que a continuación se muestran, refleja los resultados obtenidos del trabajo de investigación referido a la relación de la cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco durante el año 2017.

Resultados de la Encuesta:

Se aplicó la encuesta a los actores sociales de las 22 ACLAS adscritos a la unidad ejecutora Huánuco que formaron parte de la muestra de estudio, la misma que se presenta a continuación, plasmados en los cuadros de frecuencia con las estadísticas descriptivas y con la asignación de sus respectivas gráficas.

Cuadro N° 01: ¿La ACLAS coordina con las Organizaciones sociales de base de la Comunidad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	12	9,1	9,1	9,1
NO SABE	6	4,5	4,5	13,6
SI	114	86,4	86,4	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 01: ¿La ACLAS coordina con las Organizaciones sociales de base de la Comunidad?



Fuente: Cuadro N° 1.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

De las ACLAS encuestadas, un 87.4% de los actores sociales respondieron preponderantemente la respuesta afirmativa, con respecto a la coordinación con las organizaciones de base, lo que nos indicaría que existen buenas relaciones entre los decisores del Consejo Directivo y la comunidad. Sin embargo, existen un grupo minoritario de 4.5% que desconocía y/o no sabía de las coordinaciones entre ambos, lo que limitaría el acercamiento entre el establecimiento de salud y la comunidad.

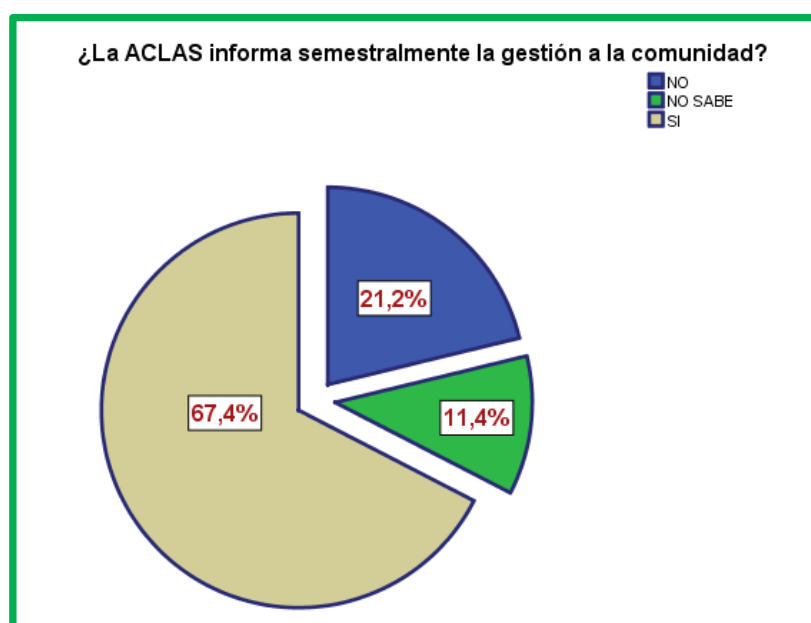
Cuadro N° 02: ¿La ACLAS informa semestralmente la gestión a la comunidad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	28	21,2	21,2	21,2
NO SABE	15	11,4	11,4	32,6
SI	89	67,4	67,4	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 02: ¿La ACLAS informa semestralmente la gestión a la comunidad



Fuente: Cuadro N° 2.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada a los miembros de las ACLAS el 71.9%, manifestaron que informaban semestralmente sobre la gestión a la comunidad, lo que nos indicaría la transparencia de los procesos de su gestión; por otro lado existe un porcentaje significativo de 11.36% que manifestaron que no lo sabía. **ojo**

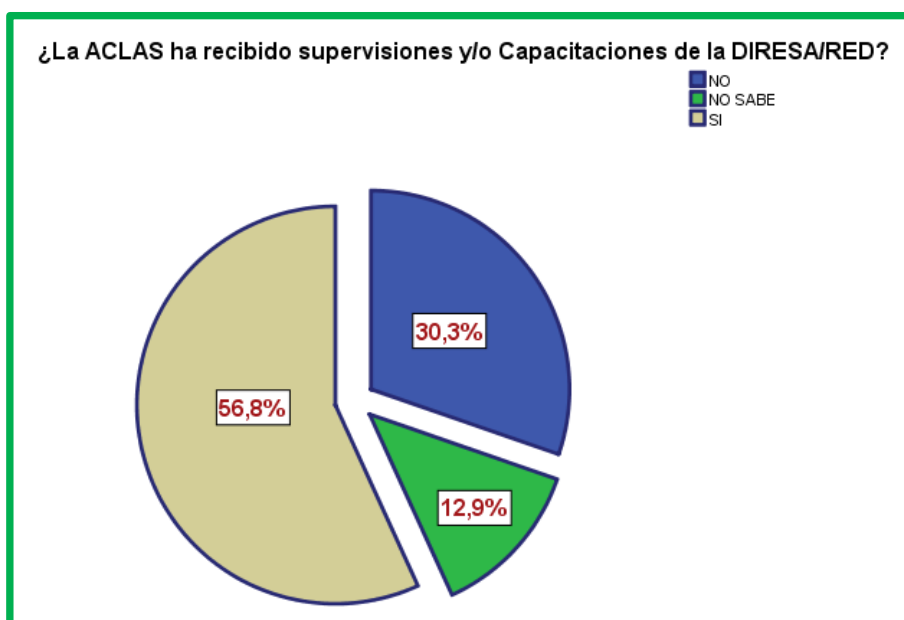
Cuadro N° 03: ¿La ACLAS ha recibido supervisiones y/o Capacitaciones de la DIRESA/RED?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	40	30,3	30,3	30,3
NO SABE	17	12,9	12,9	43,2
SI	75	56,8	56,8	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 03: ¿La ACLAS ha recibido supervisiones y/o Capacitaciones de la DIRESA/RED?



Fuente: Cuadro N° 3.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta formulada, el 56.8%, respondieron que la DIRESA había realizado supervisiones y/o capacitaciones a las ACLAS; pero existe un porcentaje significativo que respondieron que No y/o No Sabían con un 30.3% y 12.9% respectivamente. Resultando esta situación preocupante porque indicaría abandono de la DIRESA a lagunas ACLAS para brindar asistencia técnica y supervisión de sus procesos como entidades prestadoras de servicios de salud.

Cuadro N° 04: ¿La ACLAS toma decisiones sin dificultad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	22	16,7	16,7	16,7
NO SABE	21	15,9	15,9	32,6
SI	89	67,4	67,4	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 04: ¿La ACLAS toma de decisiones sin dificultad?



Fuente: Cuadro N° 4.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Las decisiones que son asumidas por los miembros del Consejo Directivo y Gerente han sido tomadas sin dificultad, tal como se muestra con un 64.7%, por otro lado, 15.9% respondieron que no sabían cómo era la toma de decisiones en la ACLAS; lo que **indicaría que existiría desacuerdo en algunas de las acciones de los actores sociales de las ACLAS.**

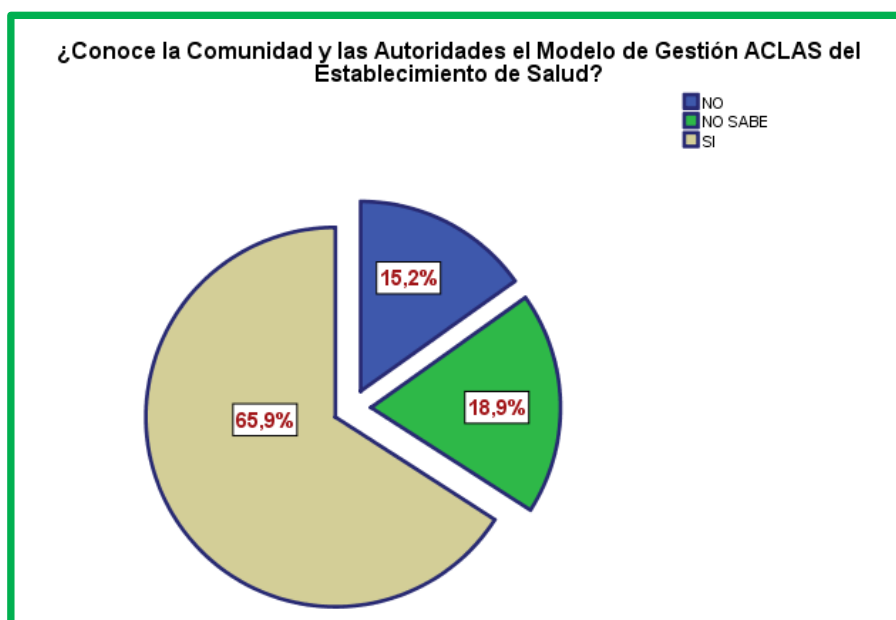
Cuadro N° 05: ¿Conoce la Comunidad y las Autoridades el Modelo de Gestión ACLAS del Establecimiento de Salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	20	15,2	15,2	15,2
NO SABE	25	18,9	18,9	34,1
SI	87	65,9	65,9	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 05: ¿Conoce la Comunidad y las Autoridades el Modelo de Gestión ACLAS del Establecimiento de Salud?



Fuente: Cuadro N° 5.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Respecto al conocimiento de la comunidad y las autoridades del modelo de cogestión ACLAS, hubo un gran porcentaje con 65.9% que afirmaron conocerlo; sin embargo, el 15.2% y 18.9% manifestaron No conocer y/o No saber respectivamente, la modalidad de administración de los servicios de salud.

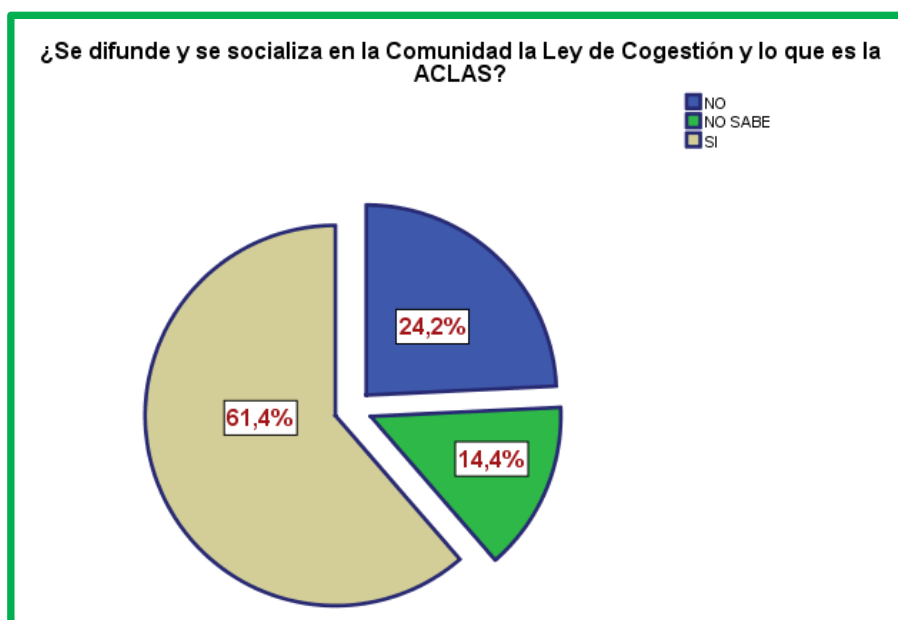
Cuadro N° 06: ¿Se difunde y se socializa en la Comunidad la Ley de Cogestión y lo que es la ACLAS?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	32	24,2	24,2	24,2
NO SABE	19	14,4	14,4	38,6
SI	81	61,4	61,4	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 06: ¿Se difunde y se socializa en la Comunidad la Ley de Cogestión y lo que es la ACLAS?



Fuente: Cuadro N° 6.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Es responsabilidad de la Asamblea General a través del Consejo Directivo socializar a la comunidad la Ley de cogestión y lo que es la modalidad ACLAS en las comunidades; en ese sentido, del total de encuestados el 61.4% respondieron que SÍ, se difunde y socializa a la comunidad la Ley de Cogestión. Por otro lado un porcentaje de 14.4%, nada despreciable respondieron que No sabían.

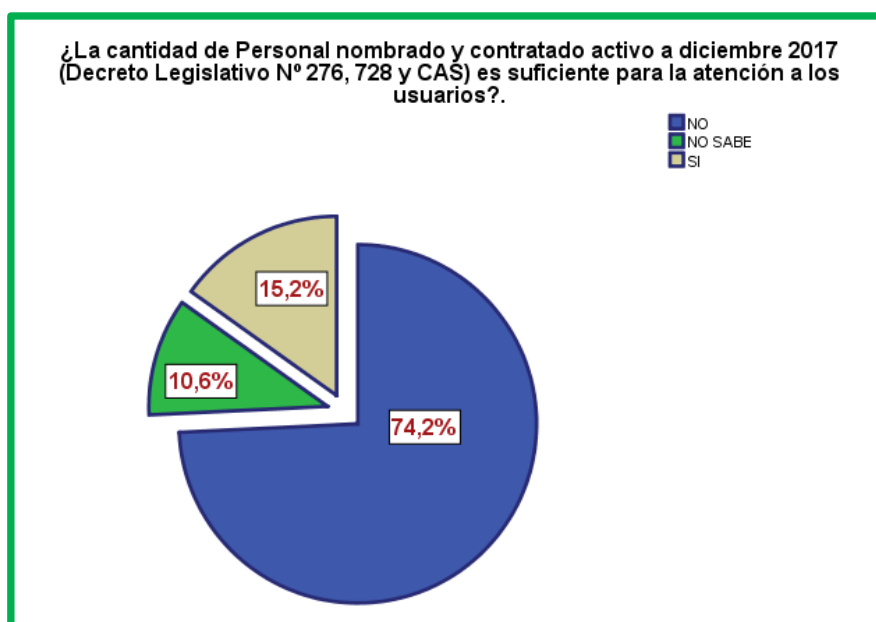
Cuadro N° 07: ¿La cantidad de Personal nombrado y contratado activo a diciembre 2017 (Decreto Legislativo N° 276, 728 y CAS) es suficiente para la atención a los usuarios?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	98	74,2	74,2	74,2
NO SABE	14	10,6	10,6	84,8
SI	20	15,2	15,2	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 07: ¿La cantidad de Personal nombrado y contratado activo a diciembre 2017 (D. L. N° 276, 728 y CAS) es suficiente para la atención a los usuarios?



Fuente: Cuadro N° 7.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

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, lo que se corrobora, según la encuesta realizada en la que los actores sociales de la cogestión respondieron mayoritariamente con un 74.2% que era insuficiente el número de personal de salud para cumplir con las actividades sanitarias de los establecimientos de salud. Solo un 10.6% respondieron que si era suficiente.

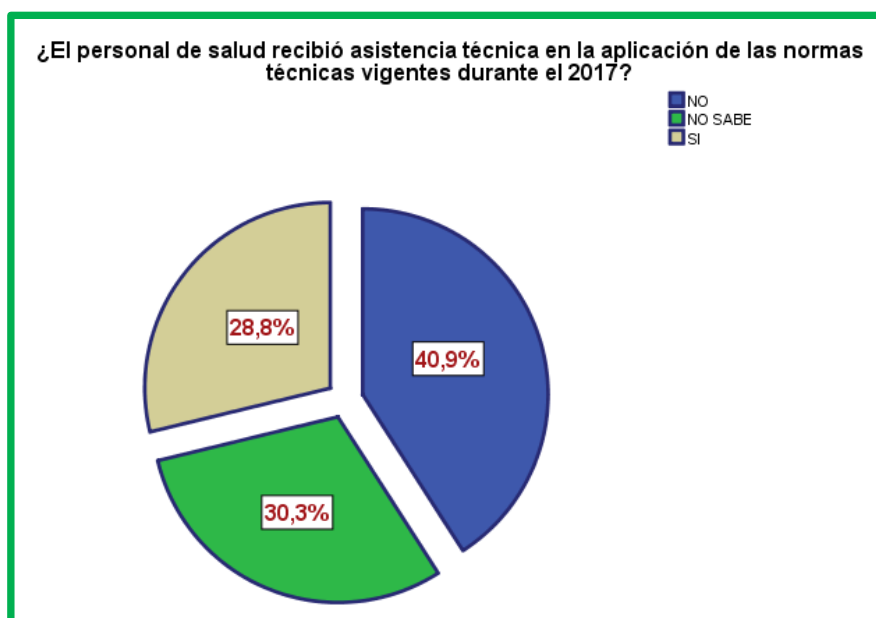
Cuadro N° 08: ¿El personal de salud recibió asistencia técnica en la aplicación de las normas técnicas vigentes durante el 2017?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	54	40,9	40,9	40,9
NO SABE	40	30,3	30,3	71,2
SI	38	28,8	28,8	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 08: ¿El personal de salud recibió asistencia técnica en la aplicación de las normas técnicas vigentes durante el 2017?



Fuente: Cuadro N° 8.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada solo un 28.8% afirmaron que el personal de salud había recibido asistencia técnica en la aplicación de las normas técnicas; lo que indicaría que la tercera parte del personal de salud está preparado para la aplicación de las guías de práctica clínica; sin embargo, existe un porcentaje significativo que indicaron que No y que No sabían con 40,9% y 30,3% respectivamente; lo que nos indicaría que no estaban actualizados y/o preparados para brindar la atención sanitaria.

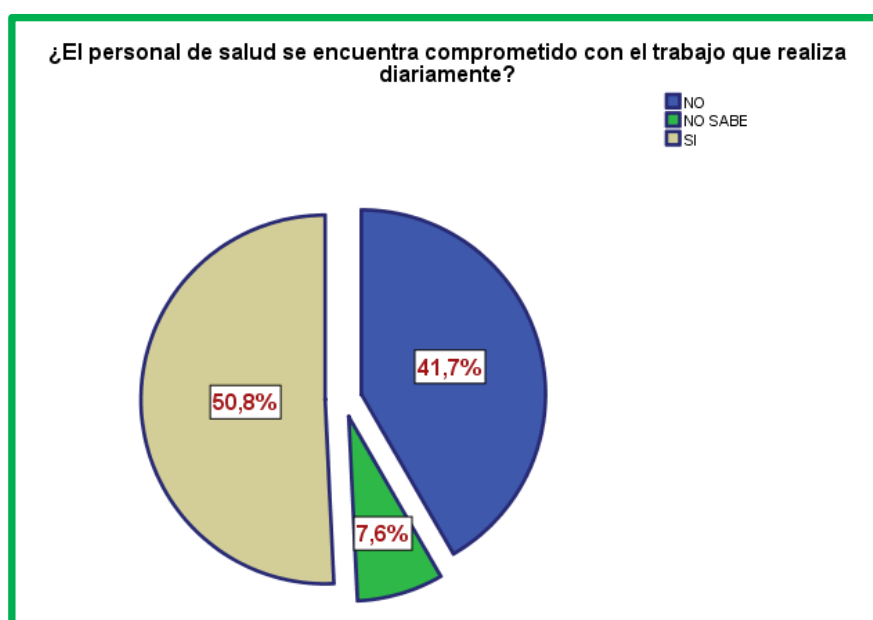
Cuadro N° 09: ¿El personal de salud se encuentra comprometido con el trabajo que realiza diariamente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	55	41,7	41,7	41,7
NO SABE	10	7,6	7,6	49,2
SI	67	50,8	50,8	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 09: ¿El personal de salud se encuentra comprometido con el trabajo que realiza diariamente?



Fuente: Cuadro N° 9.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Solo el 50,8% de los encuestados respondieron que el personal de salud estaba comprometido con el trabajo que realizaba diariamente, esto probablemente por la inestabilidad laboral y las bajas remuneraciones económicas que percibe el personal de salud que labora en los establecimientos de salud; por otro lado el 41,7% y 7,6% respondieron que no estaban comprometidos con su trabajo y que no lo sabían respectivamente.

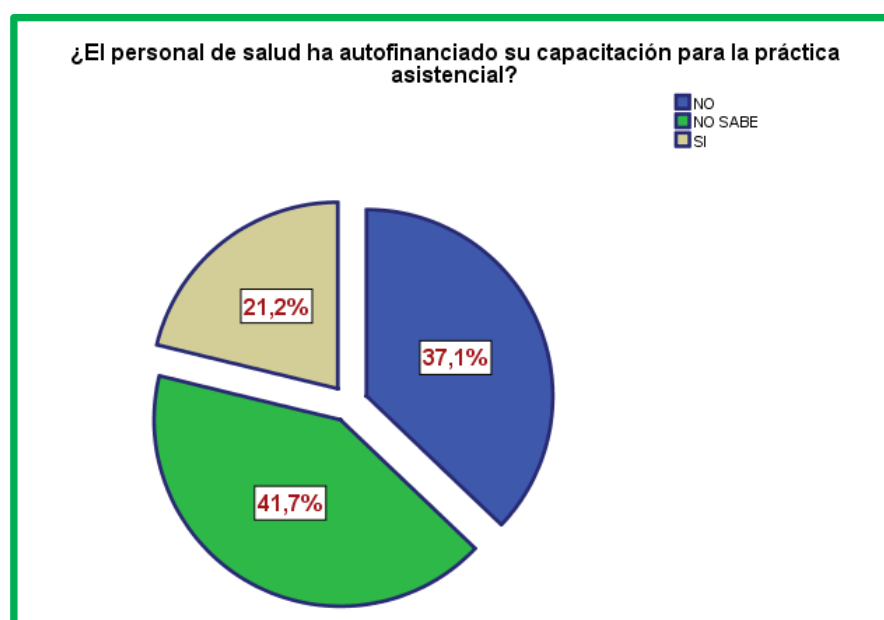
Cuadro N° 10: ¿El personal de salud ha autofinanciado su capacitación para la práctica asistencial?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	49	37,1	37,1	37,1
NO SABE	55	41,7	41,7	78,8
SI	28	21,2	21,2	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 10: ¿El personal de salud ha autofinanciado su capacitación para la práctica asistencial?



Fuente: Cuadro N° 10.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada el 21,2%, un porcentaje nada significativo, respondieron que el personal se había autofinanciado sus capacitaciones, esto probablemente porque las remuneraciones mensuales irrisorias que perciben que les limitan el financiamiento para sus capacitaciones, lo que afectaría en la prestación adecuada de los servicios de salud. El 41,7% de los encuestados respondieron que no sabían.

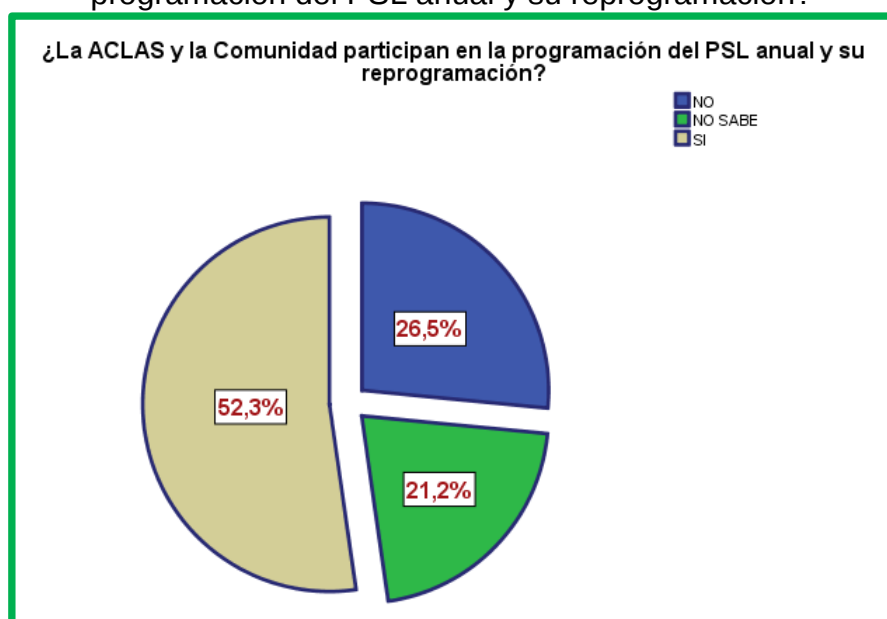
Cuadro N° 11: ¿La ACLAS y la Comunidad participan en la programación del PSL anual y su reprogramación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	35	26,5	26,5	26,5
NO SABE	28	21,2	21,2	47,7
SI	69	52,3	52,3	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 11: ¿La ACLAS y la Comunidad participan en la programación del PSL anual y su reprogramación?



Fuente: Cuadro N° 11.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Solo el 52,3% de los encuestados respondieron que si participaban en el proceso de programación anual del PSL, esto nos indica que la mitad de los actores sociales de las ACLAS se encuentran poco involucrados en la identificación de sus necesidades sanitarias; en ese sentido el 26,5% y el 21,2% respondieron que No y que No sabían respectivamente. Tomando en consideración de que el PSL, es un documento de gestión participativa y concertada de vigencia anual cuyo proceso debe ser conducido por la ACLAS ya que orienta las intervenciones sanitarias hacia la solución de las necesidades de salud local, es prioritario la participación total de los miembros de las ACLAS.

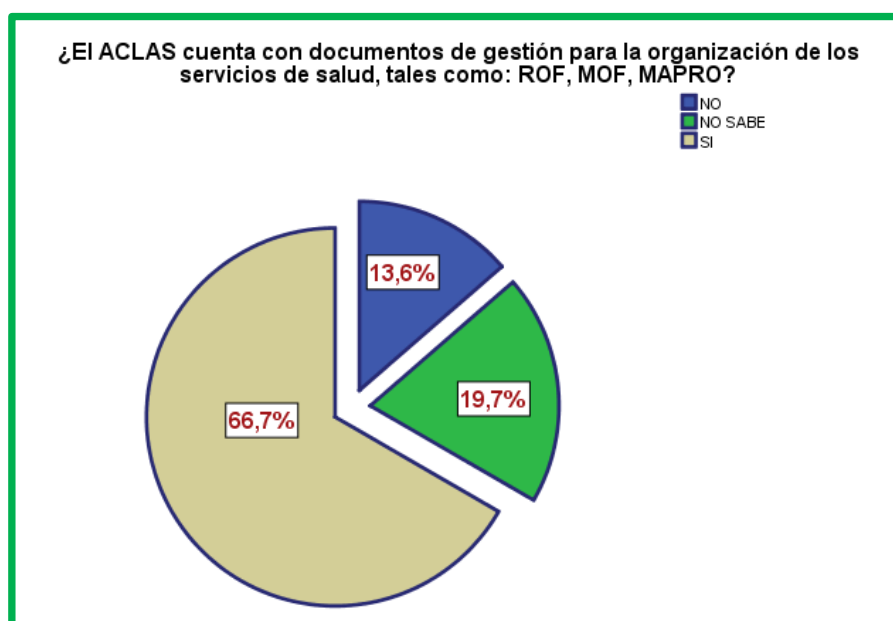
Cuadro N° 12: ¿El ACLAS cuenta con documentos de gestión para la organización de los servicios de salud, tales como: ROF, MOF, MAPRO?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	18	13,6	13,6	13,6
NO SABE	26	19,7	19,7	33,3
SI	88	66,7	66,7	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 12: ¿El ACLAS cuenta con documentos de gestión para la organización de los servicios de salud, tales como: ROF, MOF, MAPRO?



Fuente: Cuadro N° 12.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

El 66,7% de los encuestados respondieron que cuentan con los documentos de gestión para la organización de los servicios de salud; esto resulta muy alentador ya que referidos documentos resultan Indispensables para la organización y que sirve como guía para todo el personal. Por otro lado un 13,6% respondieron que No contaban con esos documentos.

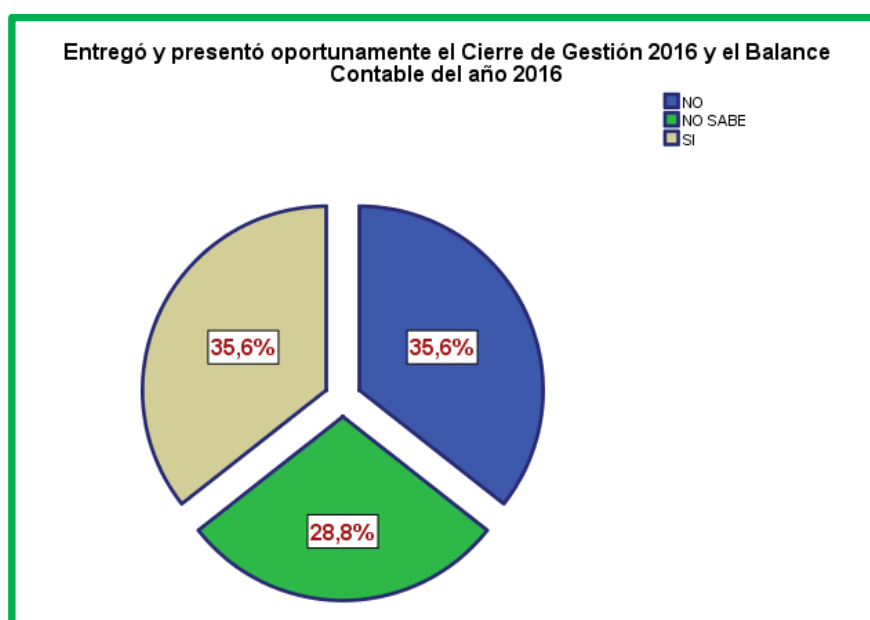
Cuadro N° 13: Entregó y presentó oportunamente el Cierre de
Gestión 2016 y el Balance Contable del año 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	47	35,6	35,6	35,6
NO SABE	38	28,8	28,8	64,4
SI	47	35,6	35,6	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 13: Entregó y presentó oportunamente el Cierre de
Gestión 2016 y el Balance Contable del año 2016



Fuente: Cuadro N° 13.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada solo el 36,6% de los encuestados respondieron que habían presentado oportunamente el Cierre de Gestión 2016 y el Balance Contable del año 2016 de la ACLAS; por otro lado el 35,6% y el 28,8% respondieron que No y que No sabían respectivamente si habían cumplido en hacerlo, pese a que se encuentran obligados en presentar lo ejecutado anualmente en el aspecto administrativo financiero y las actividades asistenciales previstas en el PSL.

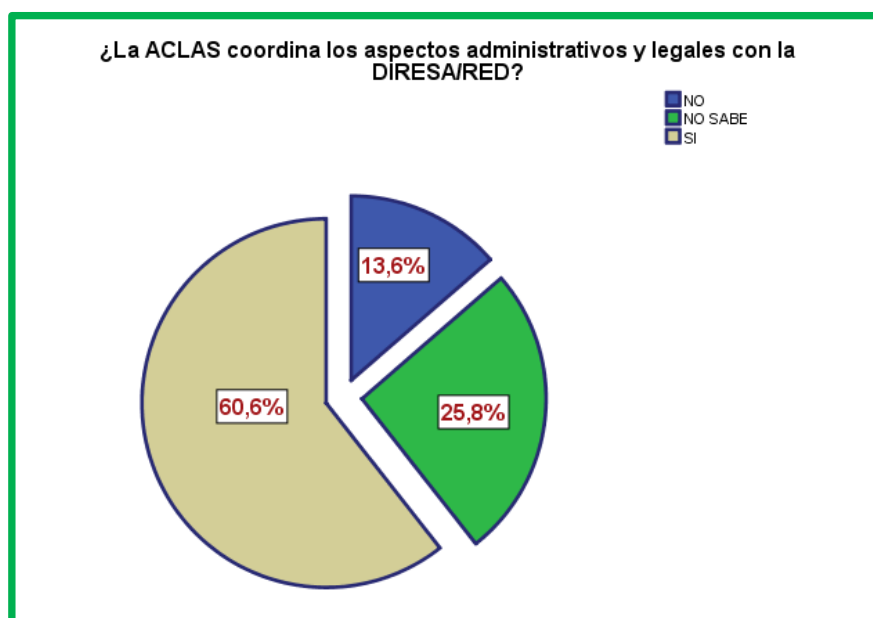
Cuadro N° 14: ¿La ACLAS coordina los aspectos administrativos y legales con la DIRESA/RED?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	18	13,6	13,6	13,6
NO SABE	34	25,8	25,8	39,4
SI	80	60,6	60,6	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 14: ¿La ACLAS coordina los aspectos administrativos y legales con la DIRESA/RED?



Fuente: Cuadro N° 14.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

El 60,6% de los encuestados respondieron que Sí coordinaban con la DIRESA los aspectos administrativos y legales de las ACLAS, lo que indicaría que referidos procesos estaban encaminados de acuerdo a la normatividad vigente D.S. N° 017-2008 SA; un porcentaje minoritario del 13,6% respondieron que No lo hacían.

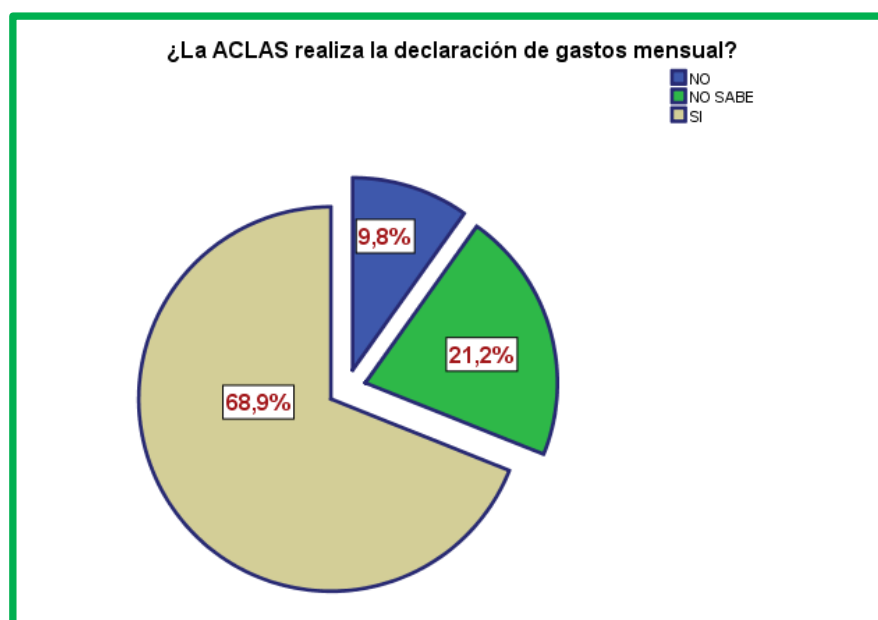
Cuadro N° 15: ¿La ACLAS realiza la declaración de gastos mensual?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	13	9,8	9,8	9,8
NO SABE	28	21,2	21,2	31,1
SI	91	68,9	68,9	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 15: ¿La ACLAS realiza la declaración de gastos mensual?



Fuente: Cuadro N° 15.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

De los encuestados que fueron entrevistados, el 68,9%, respondieron que Sí realizan la declaración de gastos mensual; sin embargo, un porcentaje minoritario de 9,8% respondieron que No lo hacían, incumpliendo con las obligaciones y responsabilidades establecidas en el Convenio de Cogestión y su reglamentación D.S. N°017-2008-SA, descritos en los artículos 13° inciso k), artículo 16° inciso i).

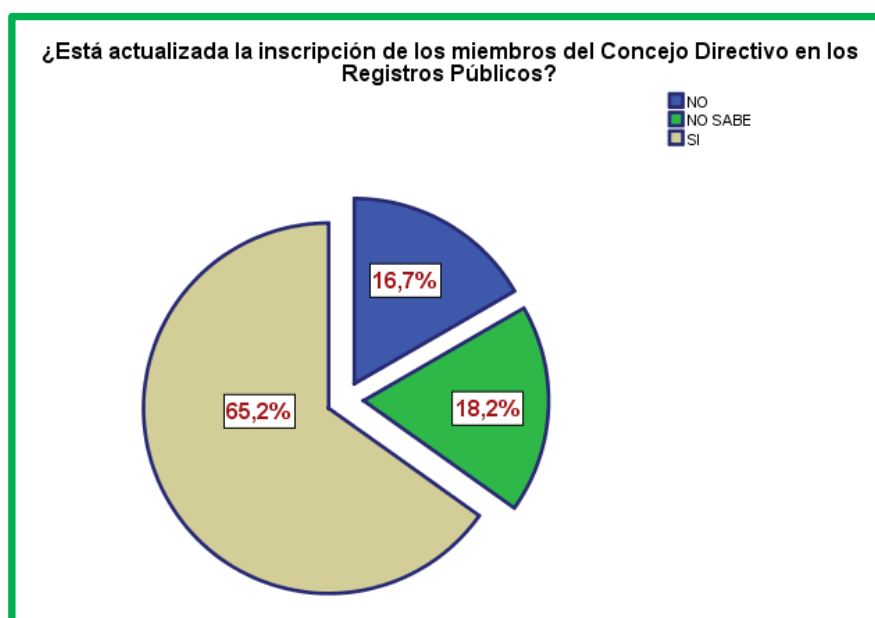
Cuadro N° 16: ¿Está actualizada la inscripción de los miembros del Concejo Directivo en los Registros Públicos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	22	16,7	16,7
	NO SABE	24	18,2	34,8
	SI	86	65,2	100,0
	Total	132	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 16: ¿Está actualizada la inscripción de los miembros del Concejo Directivo en los Registros Públicos?



Fuente: Cuadro N° 16.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada el 65,2% respondieron que Sí estaba actualizada la Inscripción de los miembros del Consejo Directivo, lo que facilitaría la normal ejecución de los procesos contables y/o tributarios sin retrasos, por otro lado el 16,7% de los encuestados respondieron que No, dificultado así cumplir con los procesos administrativos y contables de las ACLAS dentro de los plazos establecidos, tales como; pago mensual de sus trabajadores.

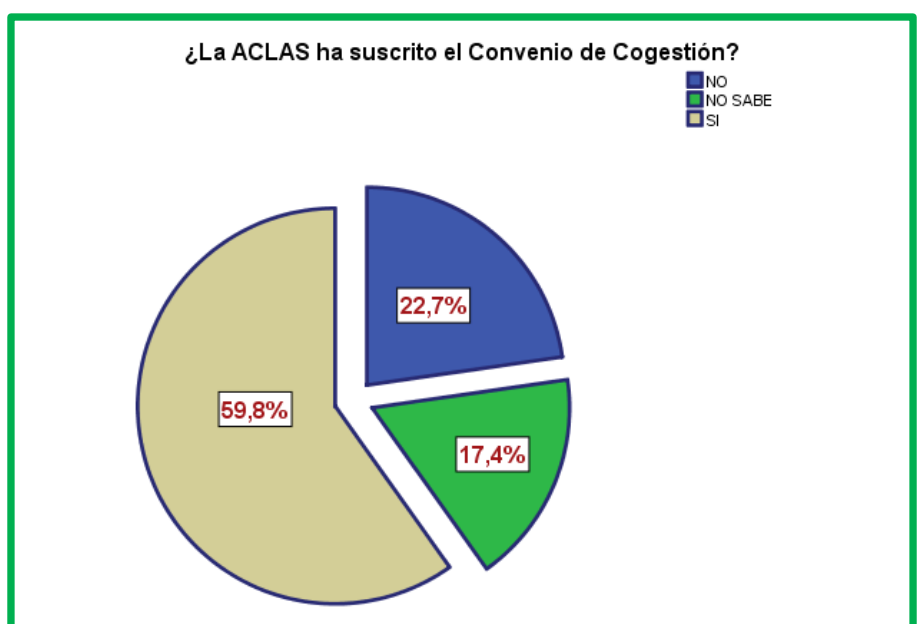
Cuadro N° 17: ¿La ACLAS ha suscrito el Convenio de Cogestión?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	30	22,7	22,7	22,7
NO SABE	23	17,4	17,4	40,2
SI	79	59,8	59,8	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 17: ¿La ACLAS ha suscrito el Convenio de Cogestión?



Fuente: Cuadro N° 17.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Solo el 59,8% de los encuestados respondieron que Sí, habían suscrito el Convenio de Cogestión (vínculo jurídico generado entre el estado, representado por el Gobierno Regional y el Gobierno Local con la ACLAS); por otro lado el 22,7% de las ACLAS, incumplieron con la normatividad y su reglamento establecidos en el Título VI, artículos 71°, 72°, 73°, 74°, 75° y 78°; evento que repercute negativamente en la articulación de Procesos, para la generación de proyectos de inversión orientados al mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud.

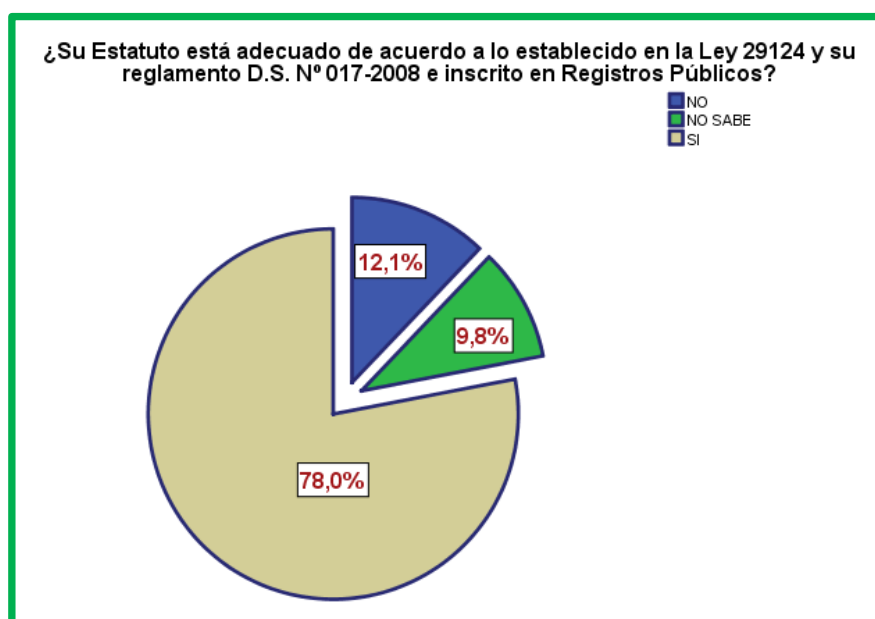
Cuadro N° 18: ¿Su Estatuto está adecuado de acuerdo a lo establecido en la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008 e inscrito en Registros Públicos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	16	12,1	12,1	12,1
NO SABE	13	9,8	9,8	22,0
SI	103	78,0	78,0	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 18: ¿Su Estatuto está adecuado de acuerdo a lo establecido en la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008 e inscrito en Registros Públicos?



Fuente: Cuadro N° 18.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada el 78% de los miembros de las ACLAS respondieron que Sí, respecto a su estatuto adecuado a lo establecido en la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008 y que estaba inscrito en Registros Públicos, lo cual estaba acorde a su vigencia de poder; sin embargo un 9,8% respondieron que No sabían respecto a este procedimiento.

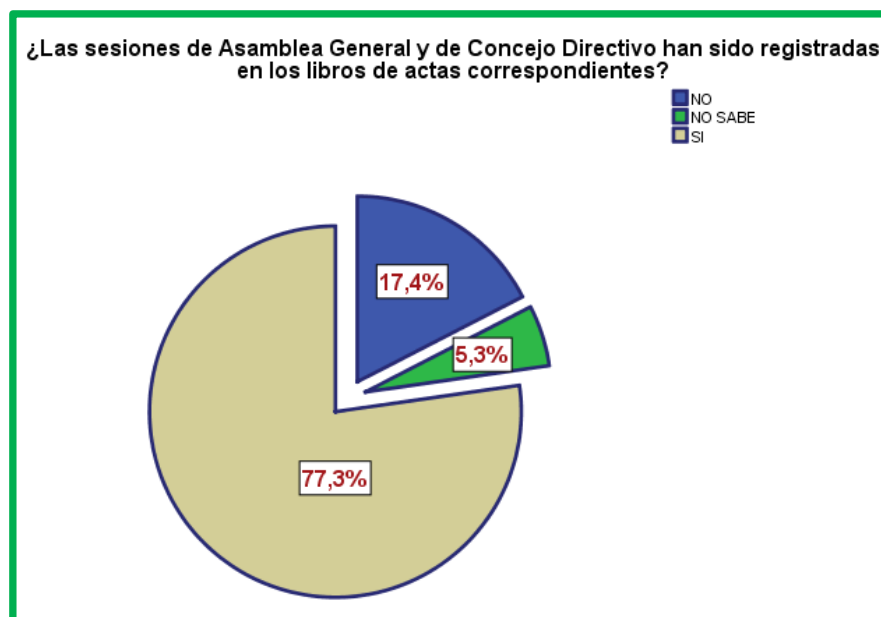
Cuadro N° 19: ¿Las sesiones de Asamblea General y de Concejo Directivo han sido registradas en los libros de actas correspondientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	23	17,4	17,4	17,4
NO SABE	7	5,3	5,3	22,7
SÍ	102	77,3	77,3	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 19: ¿Las sesiones de Asamblea General y de Concejo Directivo han sido registradas en los libros de actas correspondientes?



Fuente: Cuadro N° 19.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Un porcentaje significativo de los encuestados a los miembros de la Asamblea General y del Consejo Directivo respondieron con 77,3% preponderantemente SÍ, referente al registro de las sesiones de la Asamblea en sus libros de actas, acreditando con esta acción el cumplimiento de sus funciones y obligaciones descritas en el D.S. N° 017-2008 SA (artículos n° 36° y 43°).

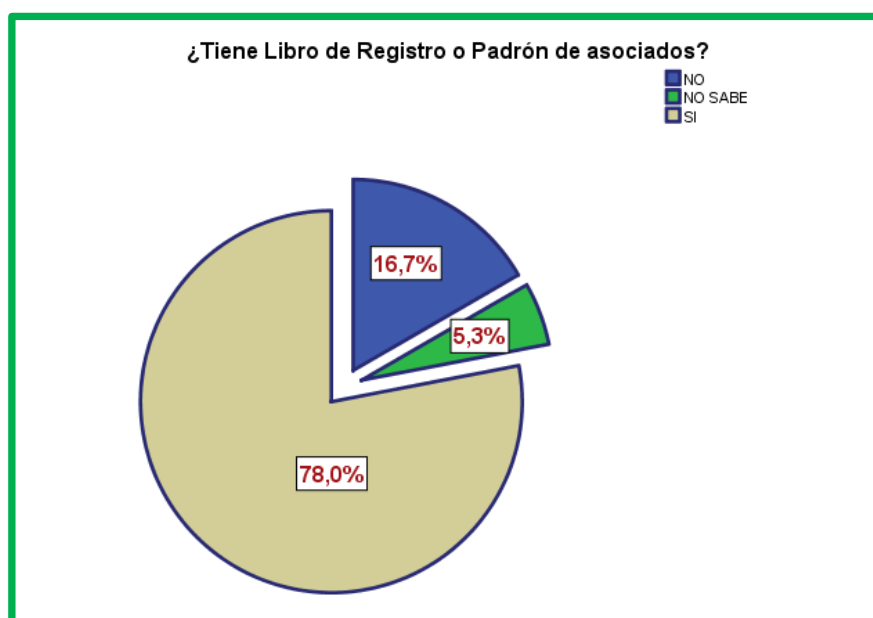
Cuadro N° 20: ¿Tiene Libro de Registro o Padrón de asociados?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	22	16,7	16,7	16,7
NO SABE	7	5,3	5,3	22,0
SI	103	78,0	78,0	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 20: ¿Tiene Libro de Registro o Padrón de asociados?



Fuente: Cuadro N° 20.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada el 78% de los miembros de las ACLAS respondieron que Sí disponían de un Libro de Registro o Padrón de asociados actualizado, el mismo que es muy importante para el apoyo en la toma de decisiones referidas a las gestiones administrativas de la ACLAS. Un porcentaje minoritario respondió que No sabían de su existencia.

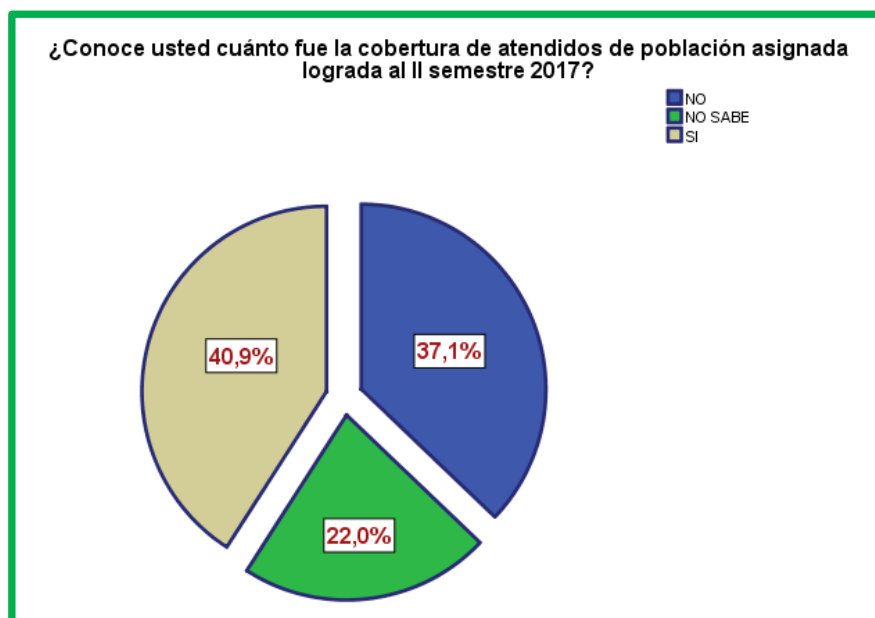
Cuadro N° 21: ¿Conoce usted cuánto fue la cobertura de atendidos de población asignada lograda al II semestre 2017?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	49	37,1	37,1	37,1
NO SABE	29	22,0	22,0	59,1
SI	54	40,9	40,9	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 21: ¿Conoce usted cuánto fue la cobertura de atendidos de población asignada lograda al II semestre 2017?



Fuente: Cuadro N° 21.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Solo un 40,9% de los encuestados respondieron que Sí sabían el logro de la cobertura de atendidos al II semestre 2017; el mayor porcentaje entre 37,1% y 22% respondieron que No y No Sabían respectivamente, este reporte es desalentador, porque los decisores en lo referente a la priorización de necesidades sanitarias estarían desconociendo la cantidad de población asignada al establecimiento de salud y cuanto de ellos había recibido atención medica en cualquier etapa de su vida.

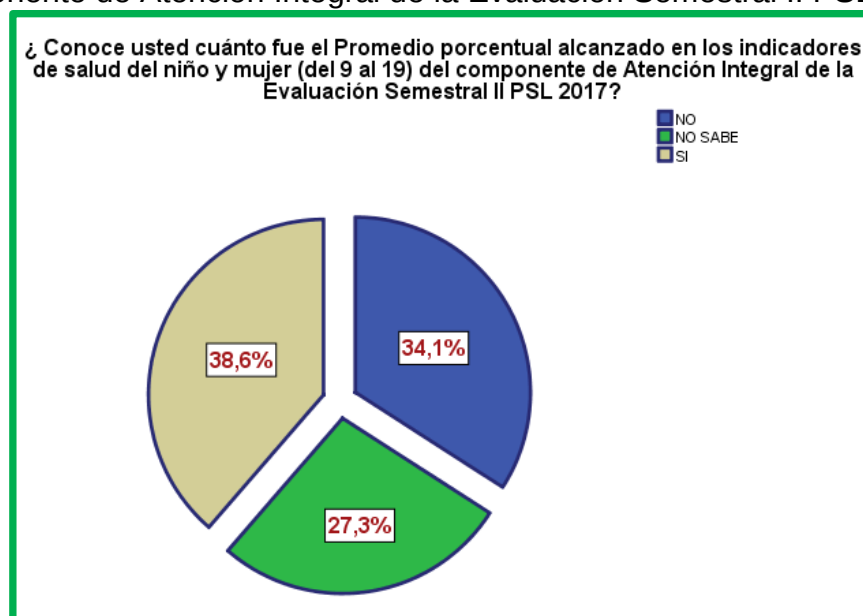
Cuadro N° 22: ¿ Conoce usted cuánto fue el Promedio porcentual alcanzado en los indicadores de salud del niño y mujer (del 9 al 19) del componente de Atención Integral de la Evaluación Semestral II PSL 2017?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	45	34,1	34,1	34,1
NO SABE	36	27,3	27,3	61,4
SI	51	38,6	38,6	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 22: ¿ Conoce usted cuánto fue el Promedio porcentual alcanzado en los indicadores de salud del niño y mujer (del 9 al 19) del componente de Atención Integral de la Evaluación Semestral II PSL 2017?



Fuente: Cuadro N° 22.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Con preocupación, la encuesta revela que solo el 38,6% de los miembros de las ACLAS conocían el Promedio porcentual alcanzado en la 2° Evaluación Sem del PSL 2017 referido a los indicadores de salud del niño y mujer, del componente de Atención Integral; este reporte es preocupante porque nos estaría dando la alertan de que existe poco involucramiento de los actores sociales con respecto a la coherencia de ejecución de gasto y el avance de las metas de cobertura señaladas en la programación del PSL.

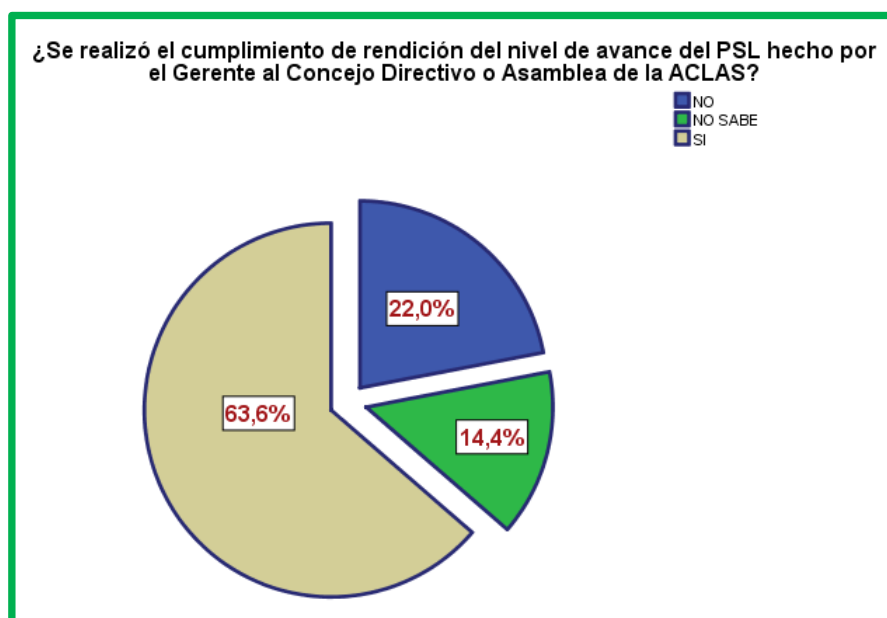
Cuadro N° 23: ¿Se realizó el cumplimiento de rendición del nivel de avance del PSL hecho por el Gerente al Concejo Directivo o Asamblea de la ACLAS?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	29	22,0	22,0	22,0
NO SABE	19	14,4	14,4	36,4
SI	84	63,6	63,6	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 23: ¿Se realizó el cumplimiento de rendición del nivel de avance del PSL hecho por el Gerente al Concejo Directivo o Asamblea de la ACLAS?



Fuente: Cuadro N° 23.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Referente al cumplimiento de rendición del nivel de avance del PSL hecho por el Gerente al Concejo Directivo o Asamblea de la ACLAS se reincide en la misma problemática, ya que solo el 63,6% lo realiza, cuando este procedimiento es obligatorio para el 100% de las ACLAS, incurriéndose reiterativamente en el incumplimiento de funciones y obligaciones, por parte del Gerente al Consejo Directivo con el 22% de los encuestados en el No cumplimiento de la presentación del Monitoreo de Indicadores Sanitarios.

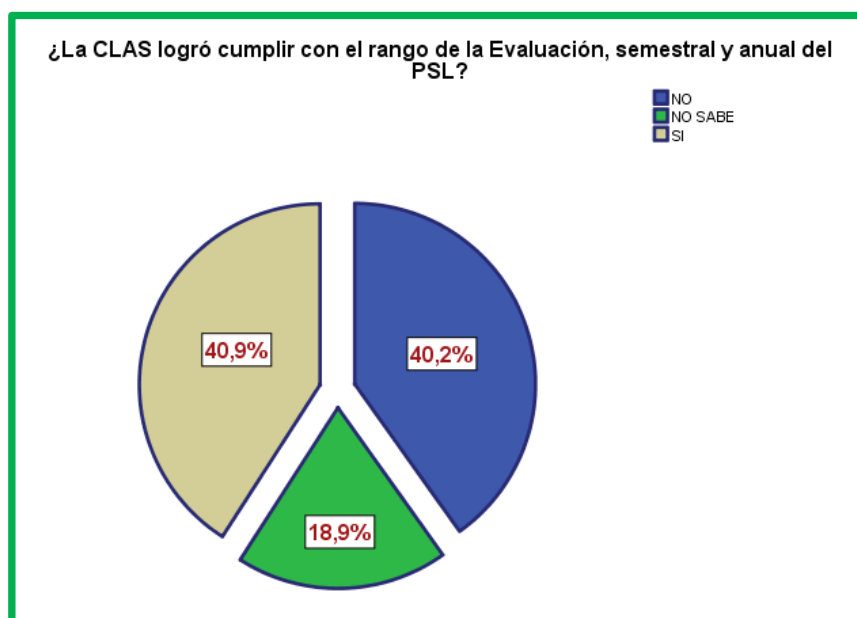
Cuadro N° 24: ¿La CLAS logró cumplir con el rango de la Evaluación, semestral y anual del PSL?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	53	40,2	40,2	40,2
NO SABE	25	18,9	18,9	59,1
SI	54	40,9	40,9	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 24: ¿La CLAS logró cumplir con el rango de la Evaluación, semestral y anual del PSL?



Fuente: Cuadro N° 24.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según la encuesta realizada el 40,9% respondieron que Sí lograron cumplir con el Rango de evaluación Semestral/anual del PSL, con lo que estarían asegurando la coherencia de gasto entre el avance del PSL y lo gastado de los recursos financieros. Sin embargo, un 40,2% respondieron que No, lo que nos estaría alertando la inadecuada gestión de los recursos financieros y la gestión de los servicios sanitarios del establecimiento de salud.

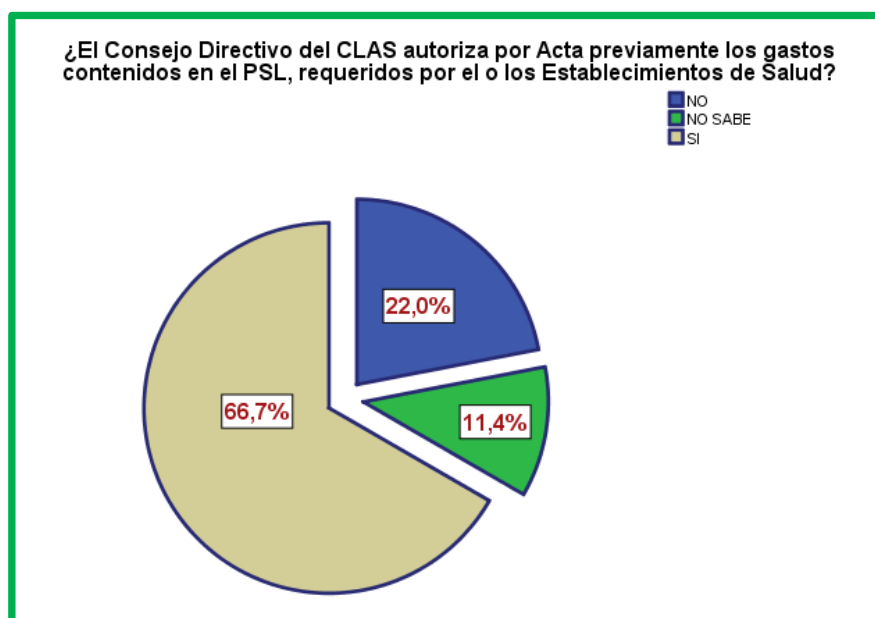
Cuadro N° 25: ¿El Consejo Directivo de la ACLAS autoriza por Acta previamente los gastos contenidos en el PSL, requeridos por el o los Establecimientos de Salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	29	22,0	22,0	22,0
NO SABE	15	11,4	11,4	33,3
SI	88	66,7	66,7	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 25: ¿El Consejo Directivo de la ACLAS autoriza por Acta previamente los gastos contenidos en el PSL, requeridos por el o los Establecimientos de Salud?



Fuente: Cuadro N° 25.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

El 66,7% de los encuestados respondieron que Sí, el Consejo Directivo de la ACLAS autorizaba por Acta previa los gastos contenidos en el PSL requeridos por los Establecimientos de Salud, lo que nos indica que los gastos efectuados por sus miembros estarían autorizados de acuerdo a sus necesidades. Por otro lado un alto porcentaje de 22% respondieron e No; es decir, que los miembros de las ACLAS no coordinaban ni tenían autorización para realizar los gastos incurriendo en falta con indicios de malversación de los recursos económicos.

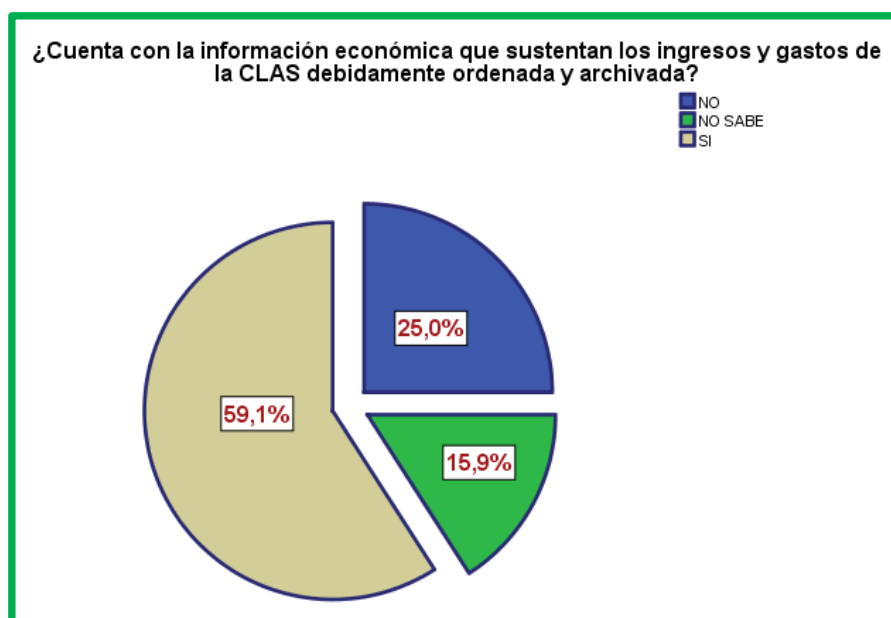
Cuadro N° 26: ¿Cuenta con la información económica que sustentan los ingresos y gastos de la CLAS debidamente ordenada y archivada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	33	25,0	25,0
	NO SABE	21	15,9	40,9
	SI	78	59,1	100,0
	Total	132	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 26: ¿Cuenta con la información económica que sustentan los ingresos y gastos de la CLAS debidamente ordenada y archivada?



Fuente: Cuadro N° 26.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Solo un 59,1% de los encuestados respondieron que Sí contaban con la información económica que sustentan los ingresos y gastos de la CLAS debidamente ordenada y archivada acción importante para efectos de la transparencia en la gestión de gastos. Por otro lado un porcentaje significativo de 25% había manifestado que No contaban con referida información, acto negativo que contraviene a la normativa vigente.

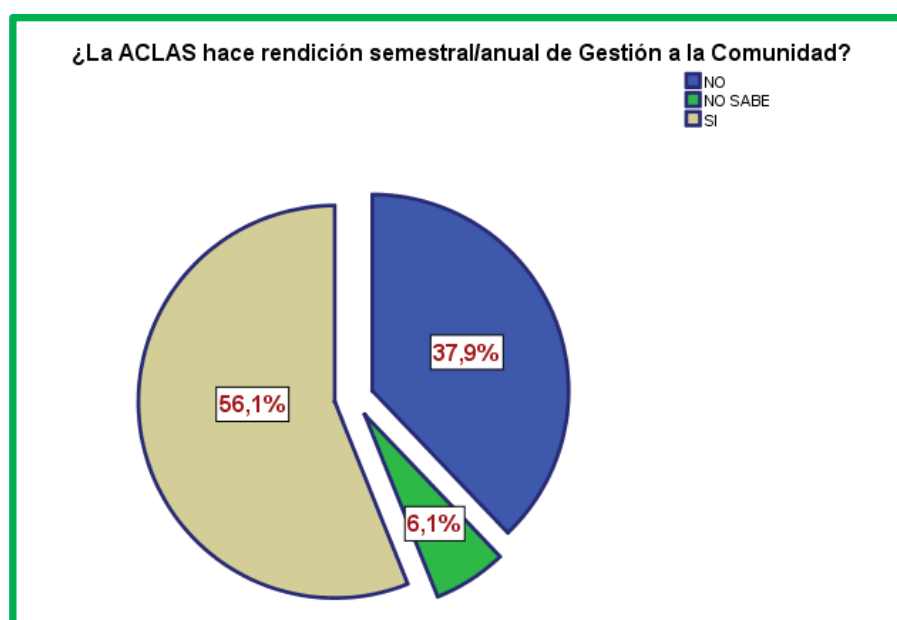
Cuadro N° 27: ¿La ACLAS hace rendición semestral/anual de Gestión a la Comunidad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	50	37,9	37,9	37,9
NO SABE	8	6,1	6,1	43,9
SI	74	56,1	56,1	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 27: ¿La ACLAS hace rendición semestral/anual de Gestión a la Comunidad?



Fuente: Cuadro N° 27.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Solo un 56,1% de los miembros de las ACLAS respondieron que Sí, realizaban la rendición semestral/anual de Gestión a la Comunidad; contrariamente a que un alto porcentaje de 37,9% respondieron que No lo realizaban. Es oportuno precisar que los miembros de la cogestión deben convocar a asamblea general como mínimo una vez cada seis meses a fin de dar cuenta sobre el cumplimiento de los objetivos y metas programáticas del PSL, los recursos asignados, entre otros.

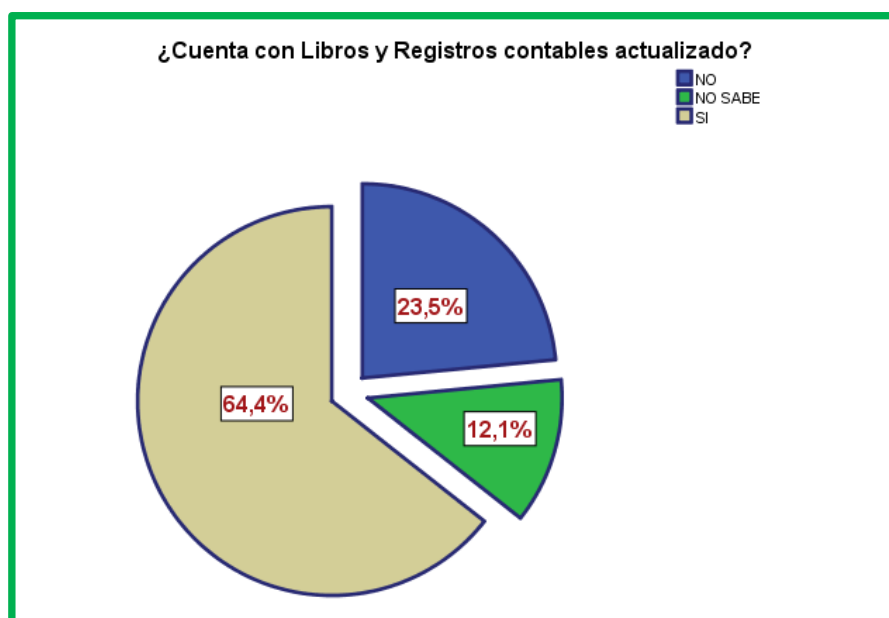
Cuadro N° 28: ¿Cuenta con Libros y Registros contables actualizado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	31	23,5	23,5
	NO SABE	16	12,1	35,6
	SI	85	64,4	100,0
	Total	132	100,0	100,0

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 28: ¿Cuenta con Libros y Registros contables actualizado?



Fuente: Cuadro N° 28.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

De la encuesta realizada, el 64,4% de los miembros manifestaron tener los Libros y Registros contables actualizados; mientras que el 12,1% dijeron que No lo tenían. Factor que evidenciaría un descuido en cuanto a la rendición de gastos mensual que están obligados a hacer a la asamblea General en aras de transparentar la ejecución de gastos mensual.

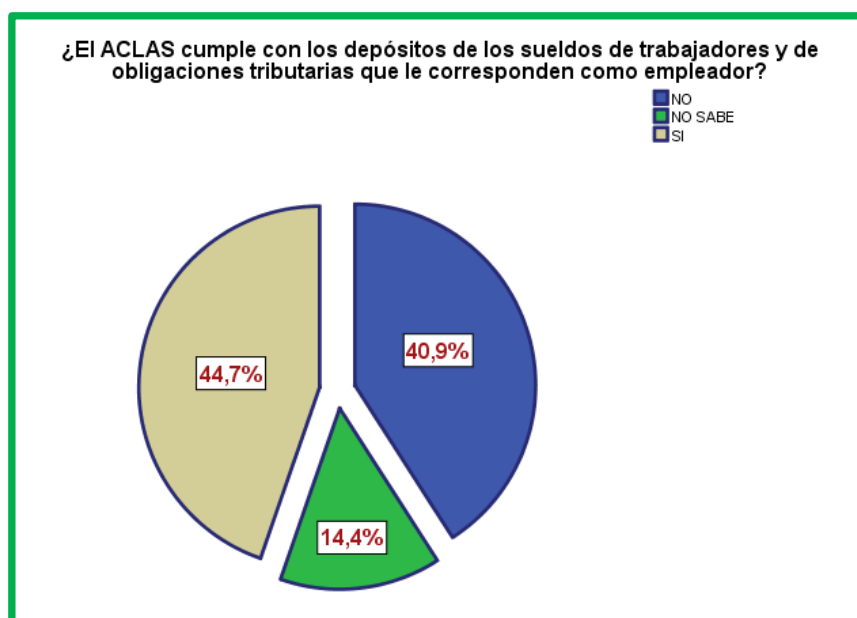
Cuadro N° 29: ¿La ACLAS cumple con los depósitos de los sueldos de trabajadores y de obligaciones tributarias que le corresponden como empleador?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	54	40,9	40,9	40,9
NO SABE	19	14,4	14,4	55,3
SI	59	44,7	44,7	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 29: ¿La ACLAS cumple con los depósitos de los sueldos de trabajadores y de obligaciones tributarias que le corresponden como empleador?



Fuente: Cuadro N° 29.

Elaboración: El investigador.

Interpretación: Desafortunadamente según la encuesta realizada a las ACLAS, solo un 44,7% manifestaron cumplir con los depósitos de los sueldos de trabajadores y de sus obligaciones tributarias que le correspondían como empleador; contrariamente un 40,9% y 14,4% dijeron No hacerlo y No saberlo respectivamente, acto contraproducente que estaría atentado con los derechos laborales de los trabajadores lo que condicionaría a una deficiente prestación de los servicios sanitarios por tener efecto negativo en la estabilidad emocional del personal que labora en los establecimientos de salud.

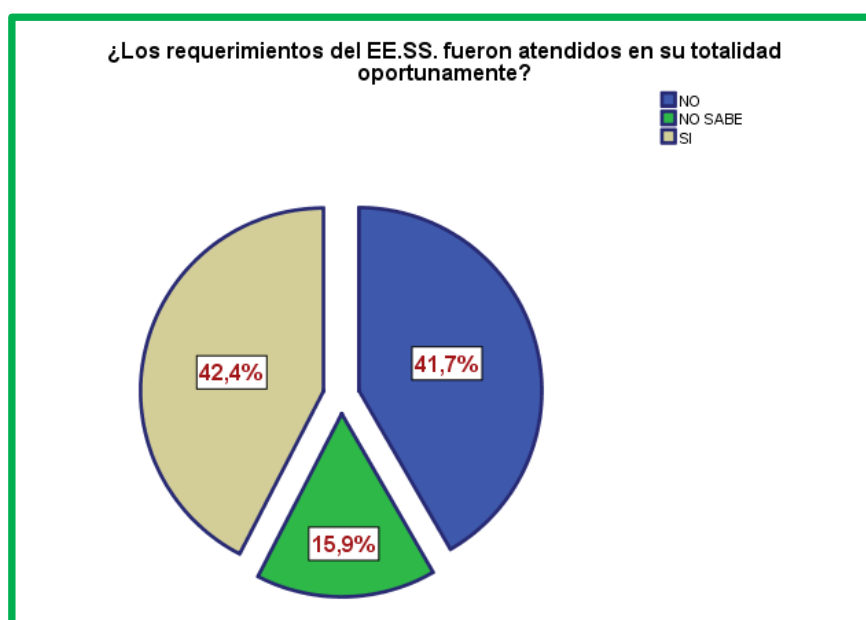
Cuadro N° 30: ¿Los requerimientos del EE.SS. fueron atendidos en su totalidad oportunamente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	55	41,7	41,7	41,7
NO SABE	21	15,9	15,9	57,6
SI	56	42,4	42,4	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Gráfico N° 30: ¿Los requerimientos del EE.SS. fueron atendidos en su totalidad oportunamente?



Fuente: Cuadro N° 30.

Elaboración: El investigador.

Interpretación:

Según los miembros de las ACLAS encuestados quienes manifestaron en un 42,2% el Sí, haber atendido en su totalidad y oportunamente los requerimientos de los Establecimientos de Salud bajo su jurisdicción. Sin embargo un porcentaje bastante desalentador de 41,7% refirieron No haberlo hecho oportunamente, acción negativa que ocasionaría un efecto contraproducente en los servicios de salud, ya que en la ausencia de los suministros necesarios como equipamiento medicamentos e insumos, no se estaría brindado servicios de salud de calidad afectando a los derechos de la población que demanda de estos.

4.2. Contrastación de la Hipótesis.

Hipótesis General:

Para comprobar la hipótesis, planteamos la hipótesis estadística siguiente:

HG: Existe relación estadísticamente significativa entre La cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.

Calculando el Coeficiente r_{xy} de Correlación de Pearson:

$$r_{xy} = \frac{N(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N(\sum x^2) - (\sum x)^2][N(\sum y^2) - (\sum y)^2]}}$$

Donde:

x = Puntajes obtenido de la Cogestión.

y = Puntajes obtenidos de la Gestión.

$r_{x,y}$ = Relación de las variables.

N = Número de actores sociales de las ACLAS.

Cuadro N° 31:

Correlación de Pearson.

Correlaciones			
		Cogestión	Gestión de Servicios de Salud
Cogestión	Correlación de Pearson	1	,500**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	132	132
Gestión de Servicios de Salud	Correlación de Pearson	,500**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	132	132

**, La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Se obtuvo 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**.

De esta forma se acepta la hipótesis general.

Hipótesis Específicas:

Para comprobar las hipótesis específicas, planteamos las siguientes hipótesis estadísticas:

HE₁: Existe relación estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos de la **Variable Cogestión (Participación Ciudadana)** y **Variable gestión de servicios de salud**.

Cuadro N° 32:

Correlación de Pearson.

Correlaciones			
		Gestión de Servicios de Salud	Participación Ciudadana
Gestión de Servicios de Salud	Correlación de Pearson	1	,135
	Sig. (bilateral)		,122
	N	132	132
Participación Ciudadana	Correlación de Pearson	,135	1
	Sig. (bilateral)	,122	
	N	132	132

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Se obtuvo un valor relacional de **0.135**, el cual manifiesta que hay una relación positiva media entre las variables de estudio: **Variable Cogestión (Participación Ciudadana)** y **Variable gestión de servicios de salud**.

De esta forma se acepta la hipótesis específica.

HE₂: Existe relación estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos de la **Variable Cogestión 1 (recursos humanos 2)** y **Variable gestión de servicios de salud.**

Cuadro N° 33:
Correlación de Pearson

Correlaciones		Gestión de servicios de salud.	recursos humanos
gestión de servicios de salud	Correlación de Pearson	1	,532**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	132	132
recursos humanos	Correlación de Pearson	,532**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	132	132

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador.

Se obtuvo un valor relacional de **0.532**, el cual manifiesta que hay una relación positiva considerable entre las variables de estudio: **Variable Cogestión 1 (recursos humanos 2)** y Variable **gestión de servicios de salud.**

De esta forma se acepta la hipótesis específica.

HE₃: Existe relación estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos de la **Variable Cogestión** (ejercicio de la función administrativa) y Variable **gestión de servicios de salud**.

Cuadro N° 34
Correlación de Pearson.

Correlaciones		Gestión de servicios de salud.	ejercicio de la función administrativa
Gestión de Servicios Salud	Correlación de Pearson	1	,438**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	132	132
ejercicio de la función administrativa	Correlación de Pearson	,438**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	132	132

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta, 2017.

Elaboración: El investigador

Se obtuvo un valor relacional de **0.438**, el cual manifiesta que hay una relación media entre las variables de estudio: **Variable1** (ejercicio de la función administrativa **3**) y **Variable** **gestión de servicios de salud 2**

De esta forma se acepta la hipótesis específica.

Interpretación Pearson:

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

- 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. De la misma manera Albújar (2016), en su investigación: "el proceso de participación comunitaria de las CLAS como promotor de ciudadanía, estudio de caso de la CLAS de Miraflores alto de Chimbote", concluye que el marco normativo del programa de cogestión promueve la participación ciudadana mediante estamentos y que existe un cambio importante respecto al modelo inicial de participación comunitaria y una real cogestión de ciudadanos y autoridades lo que favorece al proceso de planeamiento de la gestión de los servicios de salud al considerarse profesionales con experiencia que ayudan y capacitan a los asambleístas para el proceso de elaboración del PSL, Plan estratégico y Plan Operativo.

- 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, o un mecanismo que desarrolla la democracia y fortalece la ciudadanía en términos prácticos. De la misma manera, Hervás (2010), en su investigación: La participación comunitaria en salud y el trabajo social sanitario, señaló la característica de la toma de conciencia, por parte de la comunidad, de sus problemas para transformarlos en necesidades que tienen que solucionar, no se cumple. Las necesidades expuestas son las sentidas por el sistema sanitario. Esto está en relación con los objetivos que se marcan los diferentes proyectos, estos son propuestos también por el sistema de salud, la comunidad no participa en ellos y no están relacionados ni enmarcados dentro de otros objetivos comunitarios, de manera que la característica referida a la organización, donde lo que se pretende es que la población no dependa de los servicios sanitarios tampoco se cumple.

- 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 se obtuvo Se obtuvo un valor relacional de 0.532, el cual manifiesta que hay una relación positiva considerable entre las variables de estudio dimensión 2 recursos humanos y la variable

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. Al respecto Castillo (2013), manifiesta: la administración de recursos humanos es el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos las habilidades etc, de los miembros de la organización en beneficio del individuo, de la propia organización y del país en general. Para un mejor entendimiento de la problemática del personal de las instituciones de Salud detalla los factores que se debe tomar en cuenta por el área de recursos humanos de los establecimientos de salud; tales como, variedad de profesiones y niveles socioeconómicos de los trabajadores, niveles de identificación con la organización, vocación de servicio a pacientes, diferenciación de roles y funciones, importancia de las funciones que desempeña el personal, niveles de motivación y comunicación en la organización y capacidad de liderazgo en la organización.

- 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, se obtuvo un valor relacional de 0.438, el cual manifiesta que hay una relación media entre las variables de estudio de la dimensión 3 ejercicio de la función administrativa y la variable gestión de servicios de salud. Al respecto Según, lo citado por Peña (2011), considera a la función administrativa como la actividad concreta, dirigida a través de una acción positiva, a la realización de los fines concretos de seguridad, progreso y bienestar de la colectividad. Función esencial en cuanto para la conservación y el progreso de la sociedad. La teoría de Fayol

fue un aporte esencial a la administración moderna, centró sus estudios a nivel de la dirección y define por primera vez las cinco funciones de la administración: planificación, organización, dirección, coordinación y control. Las funciones administrativas en la cogestión son ejercidas por los miembros del Consejo Directivo y Gerente que se inician desde la gestión de la administración de los recursos económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento acorde con la normatividad vigente hasta ejercer acciones encaminadas al avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos asignados, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros aspectos del trabajo del o los establecimientos bajo su responsabilidad; entre otras.

CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados para el estudio de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Respecto al primer objetivo citado en la investigación que es determinar de qué manera se relaciona la Cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención; se concluye que hay una relación positiva media, con un valor relacional de **0.50** entre las variables de estudio: cogestión y gestión; aceptándose esta forma la hipótesis general.
- En lo referente al primer objetivo específico; el de establecer la relación entre la participación ciudadana y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención; se concluye que hay una relación positiva media, con un valor relacional de 0.135 entre las variables de estudio: Variable Cogestión Participación Ciudadana y la variable gestión de servicios de salud. De esta forma se acepta la hipótesis específica 1.
- Respecto al segundo objetivo específico: analizar la relación entre los Recursos Humanos y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención, se afirma que de acuerdo al procesamiento de los resultados se obtuvo el valor relacional de 0.532, el cual manifiesta que hay una relación positiva considerable entre las variables de estudio: Variable Cogestión recursos humanos y la variable gestión de servicios de salud. De esta forma se acepta la hipótesis específica 2.
- Al finalizar el análisis del tercer objetivo específico referido a 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, se concluye que hay una relación media entre las variables de estudio: Variable cogestión ejercicio de la función administrativa y la variable gestión de servicios de salud, se obtuvo un valor relacional de 0.438, de esta forma se acepta la hipótesis específica 3.

RECOMENDACIONES

Complementando las conclusiones de la investigación se propone las siguientes recomendaciones:

- La Dirección Regional de Salud (DIRESA) Huánuco debe realizar Asistencia Técnica para fortalecer las competencias técnica operativa enmarcada al cumplimiento de la política de salud establecida por la Ley 29124 en referencia a la cogestión y la adecuada gestión de los servicios de salud para los establecimientos de primer nivel de atención. La ley vigente promueve y fortalece los procesos de cogestión en marcha, pero en la práctica las ACLAS no tienen el soporte técnico de los gobiernos local y regional. Es importante nombrar representantes a nivel de la DIRESA, gobiernos locales y organizaciones de base para promover y monitorear mejor el Programa ACLAS;
- Las ACLAS, a través de sus actores sociales deben promover y fortalecer su organización con mayor capacitación en liderazgo y procesos participativos, equipos de trabajo al interior de la Asamblea General y Consejo Directivo orientadas a lograr una participación ciudadana altamente comprometida en la solución de sus problemas sanitarios.
- Los recursos humanos de los establecimientos de salud, representados por los profesionales y técnicos asistenciales son piedra angular para brindar los servicios de salud; por lo que deben estar en número suficiente y capacitados para ofertar los servicios sanitarios de calidad; en ese sentido, es recomendable que los decisores de las ACLAS (Consejo Directivo y Gerente) prioricen los recursos financieros (como toda empresa privada autogestionaria) en garantizar la cantidad de personal suficiente y comprometido acorde a las demandas de salud de las comunidades
- Los actores sociales de las ACLAS deben gestar periódicamente y de estricto cumplimiento un programa de capacitación dirigido a los

miembros de la Asamblea General y Consejo Directivo en temas de gerencia, cogestión en salud y que podría incluir a los profesionales de la salud del establecimiento responsable del trabajo con la comunidad, con el objetivo de fortalecer las competencias en los procesos de planeamiento, organización, Dirección, coordinación y control. También sería beneficioso involucrar a las Agentes Comunitarios en Salud (ACS), en este proceso participativo, especialmente en la ejecución del PSL, para lograr una mayor participación de la población en el trabajo de las ACLAS. Los ACS no sólo deben participar en los programas sanitario comunales, también podrían aportar en el trabajo de la cogestión en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Castillo Palacios R. (2013). Administración de Servicios de Salud.
Edición, Universidad Metropolitana de Educación Ciencia y Tecnología Panamá,
- ✓ De Roux G. I., (1993). Participación y Cogestión de la Salud, Vol. 27
N° 1, presentado al seminario Nacional de Atención Primaria y Promoción de la Salud, Pereira Colombia.
- ✓ Díaz Romero R. (2001). CLAS: Una experiencia para descentralizar
Servicios de salud (I)", Seminario Gestión Medica, edición 226, Perú.
- ✓ Documento Técnico "Cogestión y Participación ciudadana para el
Primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones, Ley 29124 y Reglamento D.S. 017-2008 - SA", 2009, Perú, 1° edición, catalogación hecha por el MINSA
- ✓ Gonzales M., Bermeo A., Morales S., Ruilova D. (2001). Gestión en
los Servicios de Salud", edición única, Ecuador, impreso en almacenes editoriales de OPS/OMS.
- ✓ Hernandez Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio M.,
(2016). Metodología de la Investigación" 6° edición, México, Editorial MC Graw Hill.
- ✓ Ley N° 29124. Diario oficial El Peruano, Perú, 29 de octubre de 2007.
- ✓ Molano López, M. (2005). Transformación de la Función
Administrativa (Evolución de la administración pública), 1° edición, Bogotá, Colombia, EDITORIAL Fundación cultural Javeriana

- ✓ Ortun Rubio V. (1996). Innovación en Sanidad. en MENEU, Ricardo & Ortun Rubio Vicente (ed), Barcelona España, Política y Gestión sanitaria: la agenda explícita AES.
- ✓ Propuesta Técnica CARE Perú. (2007). Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de Enfoque Basado en Derechos”, 1º edición, Perú, Publimagen ABC sac.
- ✓ Reyes Álvarez, I., Sanabria Ramos, G., Medina Gondres, Z., & Báez Dueñas, R. M. (1996). Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 22(1), 5-6. Recuperado en 13 de septiembre 2017, de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
- ✓ Tovar F. (2002). Modelos de Gestión en Salud. 1º edición. Argentina Red pública de atención primaria de salud en Argentina.
- ✓ Derecho (s/f.). Autor: Definición mx.
En: <https://definicion.mx/derecho/>. Recuperado: 8 de mayo de 2017.
- ✓ Derecho La Función Administrativa (2011). Autor: Peña Escobar, José Felipe.
En <https://monografias.com/trabajos/la/funcion/administrativa/>.
Recuperado: 9 de setiembre de 2017.

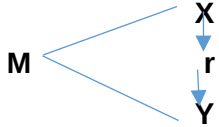
ANEXOS

Operacionalización de Variables.

Título	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems/Preguntas
Cogestión y la Gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017	Cogestión Se define como las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, esto implica que la comunidad tome parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema de salud que afecta a la comunidad y sus determinantes.	Participación ciudadana	Comunidad activa y participativa	¿La ACLAS coordina con las Organizaciones sociales de base de la Comunidad?
			Comunidad que cumple su participación de calidad	¿La ACLAS informa semestralmente la gestión a la comunidad?
				¿La ACLAS ha recibido supervisiones y/o Capacitaciones de la DIRESA/RED?
				¿La ACLAS toma de decisiones sin dificultad?
		Recursos Humanos	Comunidad sensibilizada con la cogestión	¿Conoce la Comunidad y las Autoridades el Modelo de Gestión ACLAS del Establecimiento de Salud?
				¿Se difunde y se socializa en la Comunidad la Ley de Cogestión y lo que es la ACLAS?
			Disponibilidad adecuada de Recursos humanos	¿La cantidad de Personal nombrado y contratado activo a diciembre 2017 (Decreto Legislativo N° 276, 728 y CAS) es suficiente para la atención a los usuarios?.
			Recurso humano con competencias técnicas	¿El personal de salud recibió asistencia técnica en la aplicación de las normas técnicas vigentes durante el 2017?
			Recurso humano comprometido con su trabajo	¿El personal de salud se encuentra comprometido con el trabajo que realiza diariamente?
				¿El personal de salud se ha autofinanciado su capacitación para la práctica asistencial?
		Ejercicio de la función administrativa	Planeación	¿La ACLAS y la Comunidad participan en la programación del PSL anual y su reprogramación?
			Organización	¿El ACLAS cuenta con documentos de gestión para la organización de los servicios de salud, tales como: ROF, MOF, MAPRO?
			Dirección	¿Entregó y presentó oportunamente el Cierre de Gestión 2016 y el Balance Contable del año 2016?
			Coordinación	¿La ACLAS coordina los aspectos administrativos y legales con la DIRESA/RED?
			Control	¿La ACLAS realiza la declaración de gastos mensual?

	Gestión de los servicios de salud Como la gestión en general, entraña la función de dirección del personal y las actuaciones para lograr un resultado u objetivo. Significa tramitar, diligenciar, dirigir y administrar en el ámbito de la sanidad.	Gestión Institucional	Consejo Directivo con vigencia de poder vigente	¿Está actualizada la inscripción de los miembros del Concejo Directivo en los Registros Públicos?
			Convenio de Cogestión vigente	¿La ACLAS ha suscrito el Convenio de Cogestión?
			Estatuto adecuado a la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008.	¿Su Estatuto está adecuado de acuerdo a lo establecido en la Ley 29124 y su reglamento D.S. N° 017-2008 e inscrito en Registros Públicos?
			Asamblea General y Consejo Directivo activos	¿Las sesiones de Asamblea General y de Concejo Directivo han sido registradas en los libros de actas correspondientes?
		Gestión Sanitaria	Cumplimiento de Indicadores de ejecución del PSL (Extensión de uso de la ACLAS)	¿Tiene Libro de Registro o Padrón de asociados?
				¿Conoce usted cuánto fue la cobertura de atendidos de población asignada lograda al II semestre 2017?
			Logro de Cobertura Promedio porcentual en los indicadores Sanitarios	¿Conoce usted cuánto fue el Promedio porcentual alcanzado en los indicadores de salud del niño y mujer (del 9 al 19) del componente de Atención Integral de la Evaluación Semestral II PSL 2017.
			Cumplimiento de rendición de avance de los indicadores sanitarios	¿Se realizó el cumplimiento de rendición del nivel de avance del PSL hecho por el Gerente al Concejo Directivo o Asamblea de la ACLAS?
				¿La CLAS logró cumplir con el rango de la Evaluación, semestral y anual del PSL?
		Ejecución Presupuestaria (Calidad de gasto)	Autorización para ejecución de gastos	¿El Consejo Directivo del CLAS autoriza por Acta previamente los gastos contenidos en el PSL, requeridos por el o los Establecimientos de Salud?
			Rendición de ingresos y egresos	¿Cuenta con la información económica que sustentan los ingresos y gastos de la CLAS debidamente ordenada y archivada?
				¿La ACLAS hace rendición semestral/anual de Gestión a la Comunidad?
				¿Cuenta con Libros y Registros contables actualizado?
			Cumplimiento de obligaciones económicas	¿La ACLAS cumple con los depósitos de los sueldos de trabajadores y de obligaciones tributarias que le corresponden como empleador?
				¿Los requerimientos del EE.SS. fueron atendidos en su totalidad oportunamente?

Matriz de Consistencia.

Título	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Metodología
Cogestión y la Gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017	Problema General. ¿De qué manera el ejercicio de la Cogestión se relaciona con la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017 Problemas Específicos. ¿Qué relación existe entre la participación ciudadana y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017. ¿Qué relación existe entre los Recursos Humanos y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017?	Objetivo General. - 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. Objetivos Específicos. - Establecer la relación entre la participación ciudadana y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017. - Analizar la relación entre los Recursos Humanos y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención	Hipótesis General. - La cogestión se relaciona significativamente con la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017. Hipótesis Específicas. - La participación ciudadana se relaciona significativamente con la gestión de los de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017. - Los Recursos Humanos se relacionan significativamente con la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención	Tipo: Aplicada Enfoque: Cuantitativo Nivel: Descriptiva correlacional Diseño: descriptivo correlacional  X = Cogestión Y = Gestión de los servicios de salud M= muestra R= relación Población y Muestra: Población: 60 ACLAS (miembros de la Asamblea General, Consejo Directivo y Gerente). Muestra: muestra no-probabilística,

	• ¿Qué relación existe entre el ejercicio de la función administrativa de las ACLAS y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017?	de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017. • Explicar la relación del el ejercicio de la función administrativa de las ACLAS y la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.	de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017. . • El ejercicio de la función administrativa de las ACLAS se relaciona significativamente con la gestión de los de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la Unidad Ejecutora Huánuco, 2017.	con muestreo de tipo intencional o de conveniencia Muestra: 22 ACLAS Asamblea General (2), Consejo Directivo (3) y Gerente (1) de cada una de las ACLAS. Técnica e Instrumentos: • Técnica: - Encuesta - Revisión documental • Instrumento: - El Cuestionario - Lista de verificación
--	---	--	---	---



Encuesta dirigida a los actores sociales de la cogestión de las ACLAS

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 U.E. Huánuco, 2017.

Instrucciones: Agradeceré marcar con un aspa (X) según sea su respuesta a cada interrogante. No se considera la valoración bueno o malo; solo deberá contestar todas las preguntas.

Nombre de la ACLAS a que representa:

Edad:

Sexo:.....

Procedencia:.....

En lo Referente a la gestión de los servicios de salud, referida a:

Participación ciudadana

1. ¿La ACLAS coordina con las Organizaciones sociales de base de la Comunidad?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
2. ¿La ACLAS informa semestralmente la gestión a la comunidad?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
3. ¿La ACLAS ha recibido supervisiones y/o Capacitaciones de la DIRESA/RED?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
4. ¿La ACLAS toma de decisiones sin dificultad?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
5. ¿Conoce la Comunidad y las Autoridades el Modelo de Gestión ACLAS del Establecimiento de Salud?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
6. ¿Se difunde y se socializa en la Comunidad la Ley de Cogestión y lo que es la ACLAS?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

Recursos Humanos

7. ¿La cantidad de Personal nombrado y contratado activo a diciembre 2017 (Decreto Legislativo N° 276, 728 y CAS) es suficiente para la atención a los usuarios?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
8. ¿El personal de salud recibió asistencia técnica en la aplicación de las normas técnicas vigentes durante el 2017?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
9. ¿El personal de salud se encuentra comprometido con el trabajo que realiza diariamente?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
10. ¿El personal de salud ha autofinanciado su capacitación para la práctica asistencial?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

Ejercicio de la función administrativa

11. ¿La ACLAS y la Comunidad participan en la programación del PSL anual y su reprogramación?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
12. ¿El ACLAS cuenta con documentos de gestión para la organización de los servicios de salud, tales como: ROF, MOF, MAPRO?
SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
13. ¿Entregó y presentó oportunamente el Cierre de Gestión 2016 y el Balance Contable del año 2016?

- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
14. ¿La ACLAS coordina los aspectos administrativos y legales con la DIRESA/RED?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
15. ¿La ACLAS realiza la declaración de gastos mensual?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

La gestión institucional:

16. ¿Está actualizada la inscripción de los miembros del Concejo Directivo en los Registros Públicos?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
17. ¿La ACLAS ha suscrito el Convenio de Cogestión?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
18. ¿Su Estatuto está adecuado de acuerdo a lo establecido en la Ley 29124 y su reglamento D.S. Nº 017-2008 e inscrito en Registros Públicos?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
19. ¿Las sesiones de Asamblea General y de Concejo Directivo han sido registradas en los libros de actas correspondientes?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
20. ¿Tiene Libro de Registro o Padrón de asociados?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

Gestión Sanitaria:

21. ¿Conoce usted cuánto fue la cobertura de atendidos de población asignada lograda al II semestre 2017?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
22. ¿Conoce usted cuánto fue el Promedio porcentual alcanzado en los indicadores de salud del niño y mujer (del 9 al 19) del componente de Atención Integral de la Evaluación Semestral II PSL 2017?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
23. ¿Se realizó el cumplimiento de rendición del nivel de avance del PSL hecho por el Gerente al Concejo Directivo o Asamblea de la ACLAS?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
24. ¿La CLAS logró cumplir con el rango de la Evaluación, semestral y anual del PSL?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

Ejecución Presupuestaria (Calidad de gasto)

25. ¿El Consejo Directivo del CLAS autoriza por Acta previamente los gastos contenidos en el PSL, requeridos por el o los Establecimientos de Salud?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
26. ¿Cuenta con la información económica que sustentan los ingresos y gastos de la CLAS debidamente ordenada y archivada?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
27. ¿La ACLAS hace rendición semestral/anual de Gestión a la Comunidad?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
28. ¿Cuenta con Libros y Registros contables actualizado?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
29. ¿La ACLAS cumple con los depósitos de los sueldos de trabajadores y de obligaciones tributarias que le corresponden como empleador?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
30. ¿Los requerimientos del EE.SS. fueron atendidos en su totalidad oportunamente?
- SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐
- Muchas gracias por su colaboración.**

