



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POST - GRADO

MAESTRÍA EN DESARROLLO RURAL



**“PRESTACIONES TÉCNICO SANITARIAS
ADMINISTRADOS POR LAS CLAS,
RESPECTO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE
LA DIRESA PUNO 2005-2006.”**

TESIS

PRESENTADA POR:

AURELIO RIOS PINEDA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER SCIENTIAE EN DESARROLLO RURAL

PROMOCIÓN: 1996



PUNO - PERÚ

2008

UNIVERSIDAD	DIPLAMO - FOM
BIBLIOTECA	LEGAL
Fecha	20 SET. 2012
Nº	00069

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POST-GRADO
MAESTRIA EN DESARROLLO RURAL**

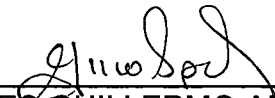
**PRESTACIONES TÉCNICO SANITARIAS ADMINISTRADOS POR
LAS CLAS, RESPECTO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA
DIRESA PUNO 2005-2006**

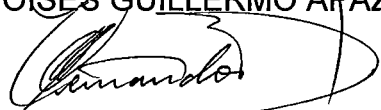
TESIS


**Presentado a la Escuela de Post Grado de la Universidad
Nacional del Altiplano – Puno, como requisito para optar el
Grado Académico de:**

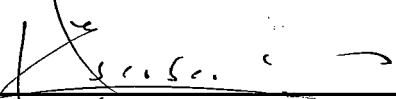
MAGISTER SCIENTIAE EN DESARROLLO RURAL

APROBADO POR:

Presidente: 
M.Sc. MOISES GUILLERMO APAZA AHUMADA

Miembro: 
M.Sc. ELISEO PELAGIO FERNANDEZ RUELAS

Miembro: 
Mg.Sc. JOSÉ DAVID VELEZVIA DIAZ

Asesor: 
Dr. JOSÉ ESCOBEDO RIVERA

PROMOCIÓN: 1996

PUNO - PERU

2008

DEDICATORIA

A Dios que es principio de la sabiduría.

**En memoria de mis abuelos: EUSTAQUIO y JUANA,
a quienes debo mi estudios.**

**A mi esposa AURORA y mis hijos: MARISOL, JUAN JOSE y JOSE LUIS,
que es la razón de mi existir.**

AGRADECIMIENTOS

Con profundo reconocimiento a la Universidad Nacional del Altiplano, Institución generadora del conocimiento, por acogerme como alumno, como egresado y como padre de familia.

A mis profesores de la Facultad de Ingeniería Económica, a mis maestros de la Maestría en Desarrollo Rural, a quienes gracias a su exigencia logré viabilizar mi trabajo.

A mis Amigos que con su palabra de aliento lograron motivar para culminar y cristalizar este anhelado grado académico.

AURELIO

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	7
ABSTRACT	10
INTRODUCCION	13
CAPITULO I	17
PLANTEAMIENTO Y DEFINICION DEL PROBLEMA.....	17
1.1. Planteamiento del Problema	17
1.2. Definición del Problema	19
1.2.1. Problemas específicos.....	19
1.3. OBJETIVOS.....	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
CAPITULO II.....	22
REVISION DE LITERATURA.....	22
2.1 AVANCES DE INVESTIGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE HECHOS	22
2.2 MARCO TEORICO	24
2.2.1 Programa de Administración Compartida (PAC).....	24
2.2.2 Grado de cumplimiento de atención de cohortes y coberturas de base	26
2.2.3 Grado de cumplimiento de la demanda de servicios de salud	26
2.2.4 Rendimiento Profesional.....	27
2.2.5 El CLAS y el grado de Bienestar.....	28
2.2.6 La Asociación CLAS, su organización y el Programa de Salud Local.....	28
2.2.7 Gestión, participación comunitaria y aspectos contables financieros	30
2.2.8 La participación comunitaria en la gestión de la Comunidad Local de	30
Administración de Salud	30
2.2.9 El modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	32
2.3 SISTEMA CONCEPTUAL	34
2.4 HIPOTESIS	36
2.4.1 Hipótesis general	36
2.4.2 Hipótesis específicas	36
2.5 DISEÑO GENERAL DE INVESTIGACIÓN.....	38
CAPITULO III	39
METODO DE INVESTIGACION.....	39
3.1 Tipo de Investigación	39
3.2 Nivel de Investigación	39
3.3 Diseño de investigación	39
3.4 Población de estudio.....	39
3.5 Muestra de estudio	39
3.6 Método de recolección de datos	41
3.7 Método de procesamiento de datos	41
3.8 Método de análisis de datos.....	41
CAPITULO IV.....	42
CARACTERIZACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	42
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD	43
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL PUESTO DE SALUD.....	45
4.1 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR CLAS-AYMARA.....	47
4.1.1 CLAS Acora	48

4.1.2 CLAS Molino	52
4.1.3 CLAS Pilcuyo	57
4.1.4 CLAS Queñuani	60
4.2 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR CLAS-QUECHUA	65
1.1. CLAS Coata	65
4.2.1 CLAS Nuñoa	68
4.2.2 CLAS Pinaya	73
4.2.3 CLAS Saman	80
4.3 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR LAS REDES DIRESA - AYMARA	85
4.3.1 Puesto de Salud Sullcacatura	86
4.3.2 Puesto de Salud Lampa Grande	88
4.3.3 Centro de Salud Mazocruz	90
4.3.4 Centro de Salud Ollaraya	92
4.4 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR LAS REDES DIRESA - QUECHUA	95
4.4.1 Centro de Salud Santa Rosa	95
4.4.2 Centro de Salud Taraco	97
4.4.3 Puesto de Salud Ocuvi	100
4.4.4 Centro de Salud Capachica	102
CAPITULO V	105
RESULTADOS Y DISCUSION	105
COMPARACION DE ASPECTOS GENERALES CLAS - REDES	105
5.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE COBERTURA DE BASE Y COHORTES	107
5.2 CUMPLIMIENTO DE CINCO UNIDADES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS	113
5.3 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	118
5.4 RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL EN SALUD	125
CONCLUSIONES	132
RECOMENDACIONES	135
BIBLIOGRAFIA	137
ANEXOS	140

RESUMEN

El Ministerio de Salud (MINSA) distingue tres niveles en sus Establecimientos de Salud. Considera primer nivel a los puestos y centros de Salud, segundo nivel a los Hospitales de baja y mediana complejidad y tercer nivel a los Hospitales Especializados.

“Las Asociaciones Civil denominada Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) es parte de la Gestión del modelo de Administración Compartida, constituye una actividad que permite tener una referencia respecto a la evolución de lo alcanzado por dichas Asociaciones tanto en su vida institucional, como en la prestación de Servicios de Salud en los establecimientos de primer nivel de atención, la cual amerita ser fortalecida permanentemente.

La formulación del problema en los siguientes términos, ¿Cómo son las prestaciones técnico sanitarias en los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), en comparación con los administrados por las REDES-DIRESA -Puno?, cuyo objetivo central es Comparar las prestaciones técnico sanitarias de la administración en los establecimientos de salud, del primer nivel por la CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) con los administrados por las REDES-DIRESA.

RIDAC, 2006: (5), .indica que, “En Puno el Programa de Administraron Compartida (PAC) con la participación de las CLAS están implementados solo en el 18% de los establecimientos de salud (EESS) del primer nivel, pues la parte restante sigue administrando mediante las REDES, en forma directa”. y reconocimiento de hechos, marco teórico y la hipótesis general tal como:

“Las prestaciones técnico sanitarias con la administración en los establecimientos de salud, de primer nivel por la CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) brindan servicios más eficientes a los usuarios, que con los administrados por las REDES-DIRESA”.

El nivel de investigación: es descriptivo, explicativo y el Tipo de investigación: Caracterización, comparativo. La Población total está compuesta en la Región de Salud de Puno de 412 Establecimientos de Salud de primer nivel CLAS y el segundo nivel administradas por las REDES-DIRESA Puno. Siendo una muestra de 58 establecimientos de primer y segundo nivel, estratificados en CLAS y establecimientos de las REDES-DIRESA.

En los CLAS se observará dos grupos, el primero constituido CLAS ubicados en el zona Aymara y otro CLAS ubicados en el zona Quechua. De igual modo en los establecimientos de las REDES-DIRESA se observará también dos grupos, en la zona quechua y aymara. Método de recolección de datos: recopilación documental en cuadros CLAS y REDES-DIRESA.

Además se describe la caracterización de los establecimientos de salud administrados por CLAS-quechua y aymara. Así, como los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA, en la zona aymara y quechua.

En el capítulo 5, se interpreta y se discute los resultados del grado de cumplimiento de los indicadores de cobertura de base y cohortes, cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años., grado de cumplimiento de atención a la demanda de servicios de salud y rendimiento del grupo profesional en salud.

Por consiguiente se detallan el contraste de las hipótesis llegando a las siguientes conclusiones: que se verifican que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución Chi cuadrado para un nivel de significación de 1% es igual a 24.725. Para el grado de cumplimiento de los indicadores de cobertura de base y cohortes; y para el cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años y. Para el grado de cumplimiento de atención a la demanda de servicios de salud Chi cuadrado tabulado es igual a 13.277; finalmente para el rendimiento del grupo profesional en salud, el valor Chi cuadrado tabulado es igual a 9.210. Por lo que se concluye que la administración de los establecimientos de salud CLAS, son diferentes, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA. Puno.

ABSTRACT

The Health Department (MINSA) distinguishes three levels among its Health Establishments. It considers in the first level the Health Posts and Centers, in the second level the Low and Medium Complexity Hospitals and in the third level the Specialized Hospitals.

The Civil Associations called Local Community of Health Administration (CLAS) is part of the Management Model of Joint Administration, constitutes an activity that allows to have a reference regarding to the evolution reached by these Associations in their institutional life, as well as concerning Health Services provided in the First Level of Health Attention Establishments, that deserve to be strengthened permanently.

We formulate the problem in the following terms, how are the technical sanitary benefits in the First Level of Health Attention Establishments managed by the Local Community Administration (CLAS), in contrast with those administered by the REDES-DIRESA-Puno? We set out as a central objective to compare the technical sanitary benefits between these institutions.

RIDAC, 2006: (5), point out that in Puno the Joined Administration Program (PAC) with the participation of the CLAS are implemented only in 18% of the First Level Health Attention Establishments (EESS), and the remaining is still administrated directly by the REDES. We developed a process to know the facts, the scientific literature on the matter and formulated the following hypothesis:

“The technical sanitary benefits with the administration, in the First Level of Health Attention Establishments, managed for the CLAS (Local Community of

Health Administration) offer more efficient services to the users than those administered by the REDES-DIRESA."

The research developed was descriptive and explanatory. Also, the research belongs to the characterization and comparative category. The research Population was composed by 412 CLAS First Level Health Attention Establishments and those that belong to the Second Level administered by the Puno REDES-DIRESA. We took a sample of 58 First and Second Level Health Attention Establishment, stratified in CLAS and the REDES-DIRESA Establishments.

In the CLAS Establishment we observed to groups, the first located in the aymara zone and the other CLAS located in the Quechua zone. In the same way, In the REDES-DIRESA Establishments we noticed also two groups located in the aymara and quechua zones respectively. The method we used in our research to obtain data was the documentary collection in tables from CLAS and REDES-DIRESA.

Also we describe the Health Attention Establishment characteristics administered by the quechua and aymara CLAS. As well as the Health Attention Establishments administered by the REDES-DIRESA in the quecha and aymara zone.

In chapter 5, we interpreted and discussed our results concerning the degree of achievement concerning the base and cohorts cover indicators, fulfilling of five base units in the last two years, fulfilling degree of attention to the demand of health services and professional group performance in relation to the health.

Consequently, in our research we detail the hypotheses contrast arriving to the following conclusions: we verified that the values of calculated Square Chi are bigger than the tabulated value of the Chi square distribution table for a significance level of 1% that is equal to 24.725. Concerning the degree of fulfilling of the base and cohort cover indicators and the fulfilling of five base units in the last two years and for the fulfilling degree of medical attention to the demand of health services the Chi Square is equal to 13.277. Finally, for the professional group in health performance the Chi Square tabulated value is equal to 9.210. We conclude that the administration in the CLAS Health Attention Establishments in relation to those administered by the PUNO REDES-DIRESA is different.

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud (MINSA) distingue tres niveles en sus Establecimientos de Salud. Considera primer nivel a los puestos y centros de Salud, segundo nivel a los Hospitales de baja y mediana complejidad y tercer nivel a los Hospitales Especializados.

“Las Asociaciones Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) es parte de la Gestión del modelo de Administración Compartida, constituye una actividad que permite tener una referencia respecto a la evolución de lo alcanzado por dichas Asociaciones tanto en su vida institucional, como en la prestación de Servicios de Salud en los establecimientos de primer nivel de atención, la cual amerita ser fortalecida permanentemente.

Dicha evolución es fundamental para el adecuado y esperado desarrollo del modelo de gestión y su práctica, constituye el entendimiento de responsabilidades entre el Estado, representado por las REDES-DIRESA, y la Comunidad representado por la Asociación Civil – CLAS, encargada de la administración de los establecimientos de salud en un ámbito definido.

La investigación permite tener evidencias y generar elementos concretos para la cogestión CLAS – equipo de gestión de las REDES-DIRESA, y la oportunidad para revertir situaciones en la que ciertas Asociaciones CLAS estén incumpliendo con los objetivos y principios de la Administración Compartida, así como resaltar a aquellos cuyos logros son óptimos, constituyéndose como una actividad muy importante de las REDES-” (DIRESA – MINSA – ASOCIACION CLAS – 2004)

Cuya justificación se sustenta en el propósito de comparar la administración de los establecimientos de salud de primer nivel por las CLAS y las REDES-DIRESA es importante por que sólo, así, se puede ver cual cumple mejor la atención de la demanda de servicio de salud, cuál es más eficiente en la gestión y donde se presenta mejor rendimiento del Personal Médico, No Médico y Técnico, y así recomendar cuál debe permanecer, en todo caso para dar sugerencias para el mejor manejo de las CLAS.

Conocer el éxito o fracaso de las CLAS en Puno es necesario; pues; en el Perú existe la tendencia de convertir en CLAS, a los Centros de Salud pertenecientes a la administración REDES-DIRESA, bajo la premisa de la descentralización en salud.

El trabajo será útil para los Funcionarios del Ministerio de Salud, Coordinadores de estrategias de las REDES-DIRESA y Directivos-Gerentes de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), pues podrán corregir lo que no se cumple, además que tendrán información para hallar nuevas soluciones.

La formulación del problema se da en los siguientes términos, ¿Cómo son las prestaciones técnico sanitarias en los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), en comparación con los administrados por las REDES-DIRESA durante el periodo 2005-2006?

Cuyo objetivos central es, "Comparar las prestaciones técnico sanitarias administrados por los establecimientos de salud, del primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) con los administrados por las REDES-DIRESA Puno". Y el fin es que las prestaciones de salud beneficien a

la población del área de influencia de cada establecimiento de salud, principalmente a la población de extrema pobreza.

El presente estudio describe los Avances de investigación y reconocimiento de hechos, marco teórico y la hipótesis general tal como: Las prestaciones técnico sanitarias administrados por los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) brindan servicios más eficientes a los usuarios, que los administrados por la REDES-DIRESA Puno.

El nivel de investigación, es descriptivo, explicativo y el Tipo de investigación: caracterización, comparativo. La población total está compuesta en la Región de Salud de Puno de 412 Establecimientos de Salud de primer nivel y del segundo nivel administradas por las CLAS y las REDES-DIRESA Puno. Siendo una muestra de 58 establecimientos de primer nivel, estratificados en CLAS y establecimientos de las REDES-DIRESA.

En el capítulo IV, se describe la caracterización de los establecimientos de salud: establecimientos administrados por CLAS-quechua y establecimientos administrados por CLAS-aymara, así como de las REDES. Y en el capítulo 5, se interpreta y se discute los resultados del grado de cumplimiento de los indicadores de cobertura de base y cohortes, cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años., grado de cumplimiento de atención a la demanda de servicios de salud y rendimiento del grupo profesional en salud.

La contrastación de las hipótesis reporta la siguiente conclusión:

Que, los establecimientos de salud CLAS, de administración compartida con la comunidad organizada, han demostrado mejores coberturas, ya que los servicios brindados a la comunidad tienen mayor porcentaje en contraste a los

administrados directamente por la REDES-DIRESA. De igual modo encontramos que las diferencias del estadígrafo Chi cuadrado calculadas son significativas; por lo que se rechazan las hipótesis nulas.

Las fuentes a las que se ha recorrido para obtener la información requerida, para desarrollar el presente trabajo de investigación, se visitó a los establecimientos de salud del lugar de estudio y a la oficina de recurso estratégicos de la DIRESA.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

En el Perú, desde hace años, el Ministerio de Salud (MINSA) ha venido operando ineficientemente en cuanto a las prestaciones de Salud. En 1980 MINSA implementó los Programas de Salud cuyo propósito no ha tenido logros importantes. En la década de 1990, casi paralelamente, se iniciaron las experiencias del Programa de Administración Compartida (PAC), y el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), pero el uso del MAIS, en la Dirección Regional de Salud Puno se realiza a partir del 2005.

Estos programas de salud principalmente en el área rural han tenido dificultades en la cobertura de atención de la demanda de la población en cuanto a las prestaciones de salud debido a la ineficiente administración de los recursos presupuestales asignados.

Razón por la cual, desde 1994, el Programa de Administración Compartida (PAC) con participación de Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) se viene aplicando como experiencia piloto en algunos establecimientos de Salud de primer nivel, sobre todo

en el medio rural. La DIRESA a través de las REDES sigue administrando la mayoría de los establecimientos de Salud.

Las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), se han implementado con dos funciones generales: Administración y Prestaciones Técnico Sanitarias. La primera función a cargo de la Asamblea General, Consejo Directivo y la Gerencia. La segunda función a cargo de la REDES-DIRESA, mediante el personal del Equipo de Salud.

Sin embargo, persiste la ineficiente administración y consiguientemente las prestaciones técnico sanitarias en los establecimientos de salud de la Región de Puno, principalmente los administrados por las REDES-DIRESA, en comparación con la participación de las Comunidades locales de Administración de Salud, que también tienen ineficiencias las cuales podemos citar:

En la formulación del Programa de Salud Local (PSL); no participan los representantes de la Comunidad, por otro lado los representantes de la asamblea general del CLAS toman decisiones unilaterales en el manejo de la gestión; mientras que los representantes del Consejo Directivo de la comunidad hay desconocimiento de sus funciones, así, como de los Estatutos. Hay resistencia a ser atendidos (parto institucional) por el personal profesional de salud porque están sujetos a creencias, ritos religiosos, costumbres cuyos principios, morales y espirituales relacionan con su entorno geográfico, así, como astronómico que atribuyen sus causas y consecuencias de la enfermedad, así, como su tratamiento y su curación.

La cobertura en atención a la demanda de servicios de salud aún es ineficiente, ya que existe una inadecuada infraestructura e implementación de los establecimientos de salud y carencia de dotación de personal profesional especializado para las CLAS.

Nombramiento de personal médico, no médico y técnico genera una disminución en su desempeño, produciéndose una desatención y reducción de horas de trabajo de permanencia en los establecimientos de salud; siendo los resultados de impactos negativos sobre el modelo de gestión. También hay incompatibilidades entre los miembros del Consejo Directivo de la comunidad y el personal del establecimiento de salud debido que estos últimos da limitadas horas de servicio especializado.

1.2. Definición del Problema

En consecuencia, ¿Cómo son las prestaciones técnico sanitarias en los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), en comparación con los administrados por las REDES-DIRESA -Puno?

1.2.1. Problemas específicos

- 1 ¿Cuál es el grado de cumplimiento de atención de la cobertura de base entre los tipos de establecimiento CLAS y REDES-DIRESA?
- 2 ¿Cuál es el grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años, entre los tipos de establecimiento de salud CLAS y REDES-DIRESA?

- 3 ¿Cuál es el grado de cumplimiento de la atención de la demanda entre los tipos de establecimientos de salud CLAS y REDES-DIRESA?
- 4 ¿Cuál es el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico entre los tipos de establecimiento de salud CLAS y REDES-DIRESA?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Comparar las prestaciones técnico sanitarias administrados por los establecimientos de salud, del primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) con los administrados por las REDES-DIRESA Puno.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1 Contrastar la diferencia del grado de cumplimiento de atención de la cobertura de base entre los tipos de establecimientos CLAS y DIRESA.
- 2 Comparar la diferencia del grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años entre los tipos de establecimientos CLAS y DIRESA.
- 3 Determinar la diferencia del grado de cumplimiento de atención a la demanda entre los tipos de establecimientos de salud CLAS y DIRESA?.

- 4 Contrastar la diferencia del rendimiento del grupo Profesional Médico, no Médico y Técnico entre los tipos de establecimientos CLAS y DIRESA.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 AVANCES DE INVESTIGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE HECHOS

El Ministerio de Salud (MINSA) distingue tres niveles en sus Establecimientos de Salud. Considera primer nivel a los puestos y centros de Salud, segundo nivel a los Hospitales de baja y mediana complejidad y tercer nivel a los Hospitales especializados.

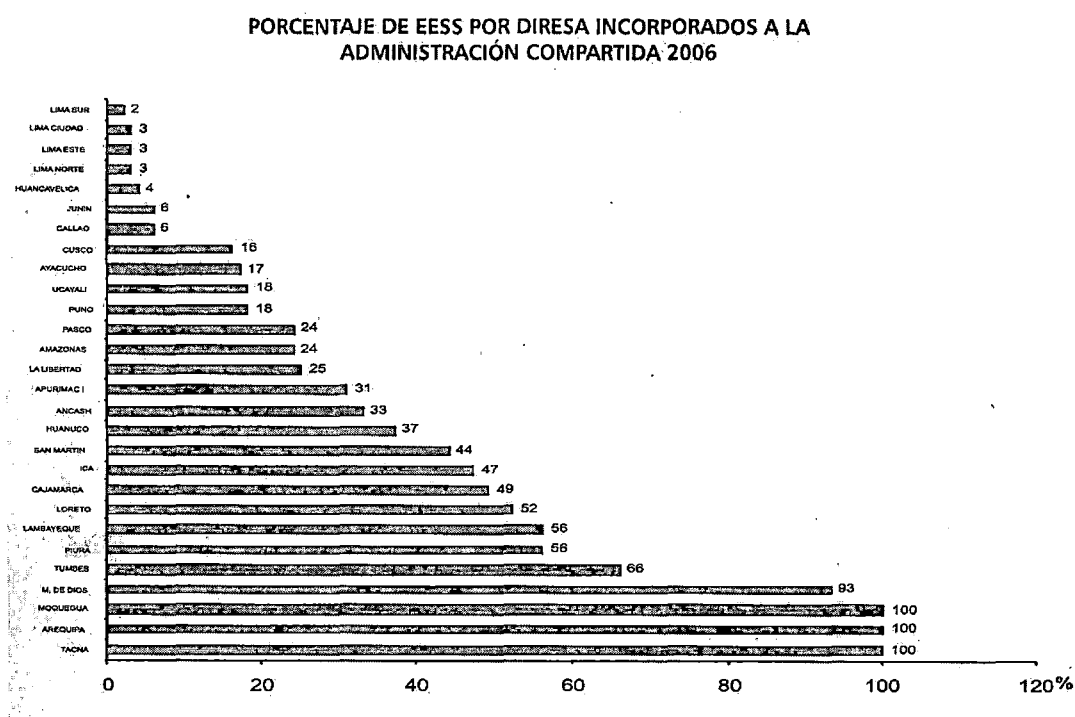
La administración de los establecimientos de salud, en sus diferentes niveles, estuvo a cargo del MINSA hasta 1994, donde se diseña el Programa de Administración Compartida (PAC), mediante DS 01-94-SA (MINSA, 1998: 2), con la participación de la comunidad en los establecimientos de salud de primer nivel denominándolas CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud).

“Las CLAS en el Perú se vienen aplicando como una experiencia piloto solo en una parte de establecimientos de salud de primer nivel. Solo en las Regiones de Tacna, Moquegua y Arequipa las CLAS se encuentran implementados en el 100% de sus establecimientos de salud del primer nivel”. (RIDAC, 2006: 5)

“En Puno el PAC con la participación de las CLAS están implementados solo en el 18% de los establecimientos de salud (EESS) del primer nivel, pues la parte restante sigue administrando mediante las REDES de establecimientos de Salud, en forma directa”. (RIDAC, 2006: 5).

Gráfico 1

Porcentaje de EESS por DIRESA(s) / DISA(s) administrados por las CLAS



RIDAC, 2006: 5

A nivel nacional, al año 2000 existían ya 1242 establecimientos de salud administradas por CLAS, atendiendo a cerca de 6 millones de habitantes (RIDAC, 2006: 4), en al año 2006 se incrementó a 2152 establecimientos de Salud del primer nivel administradas por 763 Asociaciones CLAS lideradas por 4578 líderes comunales, atendiendo a 7 millones de habitantes, ubicados en zonas pobres y rurales. Eso significa que en el

2006 solo el 33% de los establecimientos de salud de primer nivel son administrados por los CLAS. (RIDAC, 2006: 5).

El MINSA a través de sus Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) ha venido haciendo evaluaciones internas del PAC, cuyos resultados solo están a nivel de cifras, por tal razón nos hemos propuesto hacer dicho análisis, pues a la fecha nadie ha interpretado dichos resultados.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Programa de Administración Compartida (PAC)

Entre 1985 y 1992 la hiperinflación generó un recorte del 75% del presupuesto del sector Salud, ello afectó a los distritos mas pobres y alejados produciendo una ruptura entre centro y periferia en el sistema de salud peruano.

Se optó por reformar la red de Centros y puestos de salud, plasmándola en la Ley de Presupuesto Público de 1994 y posteriormente es operativizada mediante el D. S. 01-94-SA del 2 de mayo de 1994 y en el Plan Operativo comprendido en el D.S. 38-94-PCM, con la intención de fortalecer e incrementar el acceso equitativo a los servicios de salud en la atención que brindan los establecimientos de salud de primer nivel.

El Decreto Supremo 01-94-SA de mayo de 1994 crea el Programa de Administración Compartida (PAC) y el Programa de Salud Básica para todos (PSBPT) con la finalidad de implementar una nueva modalidad en la administración de los recursos humanos y económicos integrando herramientas técnicas propias del sector privado con la participación de

una organización denominada Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS). (MINSAs, 1998: 2).

La Asociación Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) es una asociación civil sin fines de lucro, integrada por representantes de la comunidad y del Ministerio de Salud, la cual suscribe un contrato de administración con el Ministerio de Salud, por tal razón algunos piensan que ese otorgamiento de personería jurídica, de financiamiento y capacidad de gestión es una etapa previa en la privatización de los servicios de salud en el país.

La afirmación que las CLAS son instituciones privadas se deriva de su personal contratado, pues las CLAS tienen personal de salud con diferentes modalidades de contratos 1) el personal nombrado por el Ministerio de Salud esta sujeto a la Ley 276, 2) el personal contratado con transferencia RO (recursos ordinarios) regido por la Ley 728 y 3) personal por servicios no personales, contratado por Recursos directamente recaudados y SIS (Seguro Integral de Salud). (RIDAC, 2006: 6)

El PAC es un modelo de administración compartida que orienta y refuerza todas las acciones de la organización y gestión de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), para el cumplimiento de los principios de la modernización del sector y responde al proceso de modernización del sector Salud en la búsqueda de ser más eficiente y efectivo en el gasto, mejorar la calidad de la asistencia y lograr la distribución equitativa de los recursos a los diferentes sectores de la población.

Con la innovación e implementación de los Programas de Salud Local (PSL) y el Programa de Administración Compartida propugna fundamentalmente la atención especial a los planes de salud, que son elaborados por el mismo establecimiento de salud donde consignan sus metas y entre los objetivos del programa se encuentran: extender la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de atención básica, mejorar la calidad de la prestación de los servicios, ampliar la cobertura de atención básica de salud y prestar servicios a un costo mínimo (MINSA, 1998 y Cortez 1998)

2.2.2 Grado de cumplimiento de atención de cohortes y coberturas de base

El PAC busca extender la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de atención básica a cargo del estado, otorgándole capacidad de decisión sobre la aplicación y administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud en el ámbito local. (MINSA, 1998: 2 y 3).

El PAC, mediante los CLAS, pretende mejorar la calidad de la prestación de los servicios que ofrecen los Centros y Puestos de Salud y ampliar su Cobertura, con mayor incidencia en las zonas con pobreza crítica, potenciando los recursos del estado y de la comunidad organizada. (MINSA, 1998: 2 y 3)

2.2.3 Grado de cumplimiento de la demanda de servicios de salud

La Asociación CLAS se hace cargo de un puesto o centro de salud que se encarga de dar servicios básicos y de emergencia, tiene la capacidad

de derivar casos complejos a los hospitales, se organiza para asegurar que los establecimientos de salud que administra garanticen una buena atención y solucionen los principales problemas de salud de las personas y la comunidad. Asimismo, se organiza para supervisar que el personal de salud cumpla principalmente actividades preventivo-promocionales en la comunidad (visitas domiciliarias, charlas educativas, vacunación, captación de pacientes enfermos, control de gestantes, etc.).

En las Asociaciones CLAS, la intervención de la comunidad a través de sus representantes modifica el carácter público que tradicionalmente han tenido los servicios de salud, hasta antes del proceso de modernización de salud; involucran la participación comunitaria, enmarcado ésta como un derecho básico de la población que en algunos casos facilita la generación de mayores recursos, a través de la capacidad de fijar tarifas.

2.2.4 Rendimiento Profesional

“Las CLAS es una asociación civil sin fines de lucro, constituida de acuerdo a lo establecido en el código civil, con la finalidad de desarrollar actividades administrativas de carácter eminentemente asistencial en el área de servicios de salud. De esa manera, al colaborar con el estado en la administración de los recursos humanos y económicos asegura que la prestación de los servicios de salud de los establecimientos que administra sea más eficiente y que los programas de salud local se ejecuten atendiendo las necesidades urgentes de la población”

(MINISTERIO DE SALUD 2006: Directiva Administrativa N° 095 – MINSA/DGSP-V. 01, Pág. 3)

2.2.5 El CLAS y el grado de Bienestar

“Con el neoliberalismo en toda Latinoamérica se ha tratado de adaptar las políticas sociales a las nuevas condiciones neoliberales y de mercado, en el sector salud a este proceso se ha llamado reforma sectorial en salud. Esta reforma esta siendo incentivada con instancias internacionales que financian y hacen propuestas sobre los cambios que debe tener la salud, por ejemplo el banco mundial principal prestatario de fondos a los países en vías de desarrollo promueve una reforma de salud basada en los principios básicos que el sector privado es mas eficiente que el sector público, y que la función del gobierno es regular y no proveer servicios. En consecuencia se propone la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos, que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de sus costos”

(MINISTERIO DE SALUD 2006: Directiva Administrativa N° 095 – MINSA/DGSP-V. 01, Pág. 6)

2.2.6 La Asociación CLAS, su organización y el Programa de Salud Local

La Asociación CLAS es una organización sin fines de lucro con personería jurídica conformada por personas naturales o jurídicas de derecho privado, con fines de colaborar con el Estado en la

administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud; pudiendo tener a su cargo uno o más establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

El Programa de Salud Local (PSL) es el instrumento técnico de gestión anual que permite a partir de la identificación de problemas y necesidades de salud de la comunidad, definir objetivos y resultados a alcanzar mediante la programación de actividades sanitarias a ser ejecutados en la prestación de los servicios básicos de salud y el uso eficiente de los recursos asignados por transferencias y otras fuentes de financiamiento, para el ejercicio presupuestal correspondiente que sustenta los gastos (MINISTERIO DE SALUD 2006: Directiva Administrativa N° 095 – MINS/DGSP-V. 01, Pág. 17)

Las Asociaciones CLAS están constituidas mediante Escritura Pública inscrito en Registros Públicos, aprobación del Estatuto donde deben estar señalados los objetivos de la Asociación, sus funciones sobre la Asamblea general, la designación del Consejo Directivo, del gerente y demás cargos que acuerde la Asociación. La Asamblea General esta conformada por siete miembros. Tres representantes de la Comunidad; tres reconocidos por la DIRESA mediante Resolución Directoral; y el sétimo es el Jefe del establecimiento de salud, designado como Gerente por la DIRESA mediante Resolución Directoral (MINISTERIO DE SALUD 2006: Directiva Administrativa N° 095 – MINS/DGSP-V. 01, Pág. 7)

2.2.7 Gestión, participación comunitaria y aspectos contables financieros

“La Oficina General de Administración del MINSA asigna a las Asociaciones CLAS los recursos económicos de acuerdo a la disponibilidad del Tesoro Público en atención a lo aprobado por la Dirección Nacional de Presupuesto Público, la Oficina General de Administración MINSA deposita los fondos en la cuenta corriente del Banco Interbank de la sede Puno, con orden de pago para la ejecución de las metas programadas en el PSL.

La Asociación CLAS contrata al personal bajo el régimen laboral de la actividad (Decreto Legislativo N° 728 y sus modificatorias) y perciben 14 sueldos durante el año fiscal (por fiestas patrias y por navidad)” (MINISTERIO DE SALUD 2006: Directiva Administrativa N° 095 – MINSA/DGSP-V. 01, Pág. 16).

2.2.8 La participación comunitaria en la gestión de la Comunidad Local de Administración de Salud

En la declaración de Alma Ata se identificó la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad por su propia salud y bienestar, así como los del resto de la comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir al desarrollo de la misma.

Coehn y Uphoff, plantean cuatro dimensiones para examinar la participación comunitaria:

1. Tipo de participación.

2. Grupo de participantes en el proceso de participación.
3. Distintas maneras como el proceso se esta desarrollando.
4. Propósito de la participación.

La participación comunitaria en el PAC, apunta a que la población organizada en las Asociaciones CLAS ejerzan funciones de gestión y control social del gasto público, administrando directamente los recursos del Tesoro Público; sin embargo se puede demostrar que la mayoría de miembros de la comunidad que administran CLAS, carecen de conocimientos básicos sobre lo que es administración de recursos, procedimientos técnicos administrativos, bancarios, etc.

La participación y el empoderamiento de la comunidad, principalmente a través del consejo directivo, abarca: Pagar sueldos e impuestos, tomar decisiones sobre gastos, deciden contratar para trabajar en los establecimientos. Ayudan con el censo comunitario de salud. Revisan y aprueban el PSL.

La participación comunitaria, es actualmente objeto de debate a nivel internacional, así Bronfman y Gleizer evalúan la estrategia de incluir la participación comunitaria en la atención de salud y en los programas para su promoción, considerando para ello tres dimensiones:

- La pertinencia de la práctica.
- Las características de su implementación.
- Los resultados generados por él.

En las CLAS, la intervención de la comunidad a través de sus representantes modifica el carácter público de los servicios de salud

brindados; de manera que estos constituyen ahora, un espacio en el cual empiezan a mezclar los intereses públicos con los privados.

2.2.9 El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

En el Perú, desde hace varios años, existieron esfuerzos importantes por introducir la atención integral en los servicios, notándose un gran esfuerzo en la década de 1990. Entre ellos el MINSA desarrolló el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT).

Paralelamente y ante la ausencia de una conducción clara del nivel central, surgieron dinámicas regionales de búsqueda de modelos y procesos de atención integral. La más antigua es la del Proyecto UNI en el distrito de Moche, en Trujillo (La Libertad), otra se desarrollo a fines de la década de 1990 en Cajamarca, denominada APRISABAC (Convenio Multilateral Perú Holanda Suiza con la DISA Cajamarca), otras experiencias se dieron en San Martín y últimamente en Tacna y especialmente Ayacucho (Proyecto PACD 2001 – 2003).

La Cooperación Técnica y Financiera Internacional contribuyo en el proceso a través de sus experiencias en el Proyecto 2000 (P2000), Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS), Proyecto de Desarrollo de capacidades y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB).

“El Ministerio de Salud ha señalado como uno de sus lineamientos fundamentales, para el período 2002-2012, la implementación de un modelo de atención integral. Esto supone, que en términos generales como priorizar y consolidar las acciones de atención integral, con énfasis

en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas, en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

El nuevo modelo de atención integral en salud (MAIS) surge de la idea de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como el centro de nuestra misión.

El nuevo MAIS constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación orientadas a obtener una persona, familia y comunidad saludable.

Entre los principios y valores el nuevo MAIS, el más importante es la integralidad, donde las personas son el centro del modelo, la familia es el ámbito privilegiado, buscando integrarlas a su comunidad y el ambiente.

Otros principios del MAIS son universalidad en el acceso, equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las persona, participación descentralización y promoción de la ciudadanía, Los componentes del MAIS son previsión organización, gestión y financiamiento

El nuevo MAIS tiene tres tipos de intervenciones sanitarias: los Programas de Atención Integral, las Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales, y los Lineamientos técnicos para la Generación de Comunidades y entornos saludables, los cuales tienen como núcleo la promoción de la salud orientados a alcanzar escuelas, municipios,

comunidades, centros de trabajo y servicios de salud saludables. Que están estrechamente interconectados” (MINISTERIO DE SALUD 2001 Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 – La Salud Integral Compromiso de todos; El Modelo de Atención Integral de Salud.)

2.3 SISTEMA CONCEPTUAL

Administración, Son modelos teóricos que guía los actos de los directivos de las Instituciones de Salud, en el caso de las CLAS guía los actos de los miembros de la asamblea General, Consejo Directivo y Gerencia

Centro de Salud, Es la unidad que ofrece atención integral con activa participación de la comunidad, a través de acciones preventivo promocionales y recuperativos.

Cohorte, Clases de población atendida en salud por edad y sexo. Ejemplo niños menores de un año, escolares, mujeres en parto, puerperio.

Cobertura base, Son tipos de atención que ofrece el establecimiento de salud de primer nivel. Ejemplo: consultas, vacunación, control de crecimiento, controles prenatales y atención de parto.

Establecimiento de Salud, Es el lugar que presta el servicio de salud, pueden ser de primer nivel donde se considera el Centro de Salud y Puesto de Salud, de segundo nivel, que incluye los hospitales de apoyo y tercer nivel donde están los hospitales especializados, ubicado generalmente en la capital del país.

Salud, Es la capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo.

Puesto de Salud, Es la unidad que desarrolla actividades para la atención integral de la salud con activa participación de la comunidad dando mayor énfasis en la acción preventivo promocional

Prestaciones, Se refieren a los actos desarrollados como servicios por el personal del establecimiento de salud.

PAC, Programa de Administración Compartida.

CLAS, Comunidad Local de Administración de Salud.

MAIS, Modelo de Atención Integral de Salud.

C.S., Centro de Salud.

P.S., Puesto de Salud.

DIRESA, Dirección Regional de Salud.

REDES, RED de Establecimiento de Salud.

MINSA, Ministerio de Salud.

DGSP, Dirección General de Salud de las Personas.

EE.SS., Establecimiento de Salud.

P.S.L., Programa de Salud Local.

PSBPT, Programa de Salud Básica para todos.

D.S., Decreto Supremo.

PFSS, Proyecto de Fortalecimiento Servicios de Salud.

PSNB, Proyecto de Salud y Nutrición Básica.

RIDAC, Revista Informática de Administración Compartida.

DISA, Dirección de Salud.

SIVICOS, Sistema de Vigilancia Comunal en Salud.

SIS, Seguro Integral de Salud.

VEA, Vigilancia Epidemiológica Activa.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

Las prestaciones técnico sanitarias administrados por los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) brindan servicios más eficientes a los usuarios, que los administrados por la REDES-DIRESA Puno.

2.4.2 Hipótesis Específicas

- 1 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa el grado de cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base, dependiendo, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES- DIRESA - Puno.
- 2 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años, siendo esta en relación a los administrados por las REDES-DIRESA - Puno.
- 3 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud dependiendo respecto a los administrados por las REDES-DIRESA - Puno.
- 4 Los establecimientos de salud CLAS, no incrementa, el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico,

debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

2.5 DISEÑO GENERAL DE INVESTIGACIÓN

LAS PRESTACIONES TÉCNICO SANITARIAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CLAS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODO
<p>General</p> <p>¿Cómo son las prestaciones técnicas sanitarios en los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), en comparación con los administrados por las REDES-DIRESA Puno?</p>	<p>General</p> <p>Comparar las prestaciones técnicas sanitarios administrados por los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) con los administrados por las REDES-DIRESA</p>	<p>General</p> <p>Las prestaciones técnico sanitarias administrados por los establecimientos de salud, de primer nivel Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), brindan servicios más eficientes a los usuarios, que los administrados por las REDES-DIRESA Puno.</p>	<p>Variable de Contrastación</p> <p>Prestaciones de salud técnicas sanitarias en:</p> <p>- Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS), versus Administrados por la REDES-DIRESA.</p>		<p>Cuasi experimental, diseño ex post, con modelo: χ^2</p> <p>Donde:</p> $\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$ <p>χ^2 = Chi cuadrado O = Frecuencia observada. E = Frecuencia esperada.</p>
<p>Específicos</p> <p>1 ¿Cuál es el grado de cumplimiento de atención de la cobertura de base entre los tipos de establecimiento CLAS y REDES-DIRESA?</p> <p>2 ¿Cuál es el grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años, entre los tipos de establecimiento de salud CLAS y REDES-DIRESA?</p> <p>3 ¿Cuál es el grado de cumplimiento de la atención de la demanda entre los tipos de establecimientos de salud CLAS y REDES-DIRESA?</p> <p>4 ¿Cuál es el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico entre los tipos de establecimiento de salud CLAS y REDES-DIRESA?</p>	<p>1 Contrastar la diferencia del grado de cumplimiento de atención de la cobertura de base entre los tipos de establecimientos CLAS y REDES-DIRESA.</p> <p>2 Comparar la diferencia del grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años entre los tipos de establecimientos CLAS y REDES-DIRESA.</p> <p>3 Determinar la diferencia del grado de cumplimiento de atención a la demanda entre los tipos de establecimientos de salud CLAS y REDES-DIRESA.</p> <p>4 Contrastar la diferencia del rendimiento del grupo Profesional Médico, no Médico y Técnico entre los tipos de establecimientos CLAS y REDES-DIRESA.</p>	<p>Específicos</p> <p>1 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa el grado de cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base, debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los administrados por las REDES-DIRESA.</p> <p>2 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años, respecto a los administrados por las REDES-DIRESA.</p> <p>3 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud respecto a los administrados por las REDES-DIRESA.</p> <p>4 Los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico, debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los administrados por las REDES-DIRESA.</p>	<p>Prestaciones de salud técnicas sanitarias:</p> <p>1. Promedio de Grado de cumplimiento de doce indicadores de cohorte</p> <p>2. Promedio de Cumplimiento de 5 indicadores de base en los dos últimos años</p> <p>3. Promedio de Grado de cumplimiento de atención a la demanda</p> <p>4. Promedio de Rendimiento del Grupo Profesional médico, no médico y técnico</p>	<p>1.1 Promedio de Consultas Clínicas</p> <p>1.2 Promedio de Vacunación DPT < 1 año</p> <p>1.3 Promedio de Vacunación antisarampio en niños de 1 año</p> <p>1.4 Promedio de Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año</p> <p>1.5 Promedio de Descarte dental en escolares</p> <p>1.6 Promedio de Descarte de Ca ginecologico (incluye PAP y examen de mamas.</p> <p>1.7 Controles prenatales (BRO y ARO)</p> <p>1.8 Atención de parto</p> <p>1.9 Control de puerperio</p> <p>1.10 Atención y examen del recién nacido</p> <p>1.11 Capacitación para agentes comunales de salud</p> <p>1.12 Capacitación al personal de establecimiento</p> <p>2.1 Consultas clínicas</p> <p>2.2 Vacuna. Antisarampio en niño de 1 año</p> <p>2.3 Control de CRED en niños < de 01 año</p> <p>2.4 Controles prenatales (BRO Y ARO)</p> <p>2.5 Atención de parto</p> <p>3.1 Promedio de Consultas clínicas</p> <p>3.2 Promedio de Consultas dentales</p> <p>3.3 Promedio de Consultas de psicología</p> <p>3.4 Promedio de Atenciones de tópico</p> <p>3.5 Promedio de Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)</p> <p>4.1 Productividad Consultas clínicas</p> <p>4.2 Productividad Consultas dentales</p> <p>4.3 Productividad Consultas de psicología</p> <p>4.4 Productividad Atenciones de tópico</p> <p>4.5 Productividad Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)</p>	

CAPITULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

Tipo de investigación : Explicativo (Caracterización, comparativo)

Período de investigación : Transversal, 2005 – 2006.

3.2 Nivel de Investigación

Nivel de investigación : descriptivo y comprobación de hipótesis.

3.3 Diseño de investigación

Hipotético deductivo

Comparación de grupos, con modelo:

3.4 Población de estudio

En la Región de Salud de Puno funcionan 412 Establecimientos de Salud de primer y segundo nivel administradas por las REDES-DIRESA Puno.

3.5 Muestra de estudio

La muestra de estudio se ha estimado a un nivel de confianza del 90% y un error del 10% de la siguiente manera:

$$n = \frac{NZ^2}{4N(e)^2 + Z^2}$$

$$n = \frac{412 \times (1.64)^2}{4(412)(0.1)^2 + (1.64)^2}$$

$$n = 57.8$$

En consecuencia se observará a 58 establecimientos de primer nivel, estratificados en CLAS y establecimientos de las REDES-DIRESA, según la siguiente fórmula

$$n_i = \frac{nxN}{N}$$

$$n_1 = \frac{58 \times 52}{412} = 7.32, \text{ establecimientos de salud CLAS.}$$

Como funcionan 52 CLAS se observará a 8 CLAS

$$n_2 = \frac{58 \times 360}{412} = 50.68, \text{ establecimientos de salud de las REDES.}$$

Como hay 360 establecimientos que no son CLAS se debería observar a 50 establecimientos de las REDES-DIRESA, pero como estas son grupo testigo se observará una muestra intencionada de 08 establecimientos de REDES-DIRESA.

En consecuencia se observará 8 CLAS y 8 establecimientos de las REDES-DIRESA.

En los CLAS se observará dos grupos, el primero constituido por 4 CLAS ubicados en el sector Aymara y 4 CLAS ubicados en el sector Quechua.

$$E_i = \frac{Gx n_i}{N_i}$$

$$E_1 = \frac{26 \times 8}{52} = 4, \text{ CLAS quechua.}$$

$$E_2 = \frac{26 \times 8}{52} = 4, \text{ CLAS aymara.}$$

En los establecimientos de las REDES-DIRESA se observará también dos grupos, uno constituido por $E_3=4$ establecimientos de salud ubicados en la zona quechua y otro grupo $E_4=4$ establecimientos de salud ubicados en la zona aymara.

3.6 Método de recolección de datos

Recopilación documental en cuadros de CLAS y REDES-DIRESA.

3.7 Método de procesamiento de datos

En cuadros resumen

3.8 Método de análisis de datos

Prueba chi cuadrado χ^2 .

$$\chi^2 = \sum \frac{(n_i - n_j)^2}{n_j}$$

n_i = frecuencias observada o real

n_j = frecuencia teórica o esperada.

Si $\chi^2 = 0$ significa que hay una completa concordancia entre las frecuencias observadas y las esperadas.

Si χ^2 cae en la zona de aceptación, entonces no existe una diferencia significativa.

Si χ^2 cae en la zona de rechazo, entonces existe una diferencia significativa.

CAPITULO IV

CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CENTRO DE SALUD

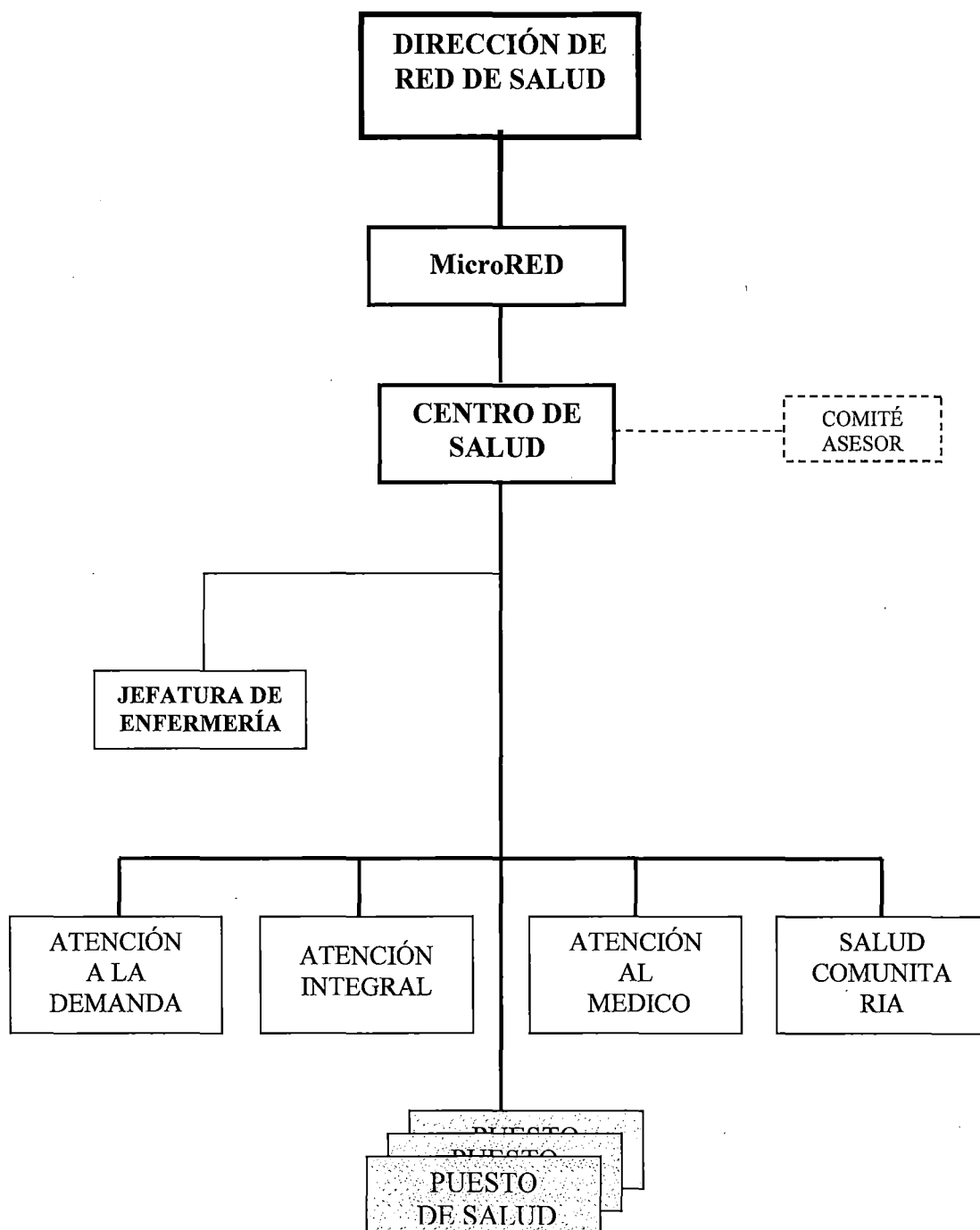
El Centro de Salud es el establecimiento de Primer Nivel de Atención de Salud y de Complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: Promoción, Prevención y Recuperación.

OBJETIVOS

Los objetivos del centro de salud son:

1. Brindar servicios de salud a una determinada población jurisdiccional a través de una atención integral de Salud.
2. Desarrollar actividades preventivo-promocionales en la población, a través de la participación de la comunidad organizada.
3. Revalorar el Sector Salud en una determinación localidad, mejorando la calidad de atención de salud.
4. Desarrollar actividades de coordinación intersectorial buscando la participación de los actores sociales identificados con la problemática de salud.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD



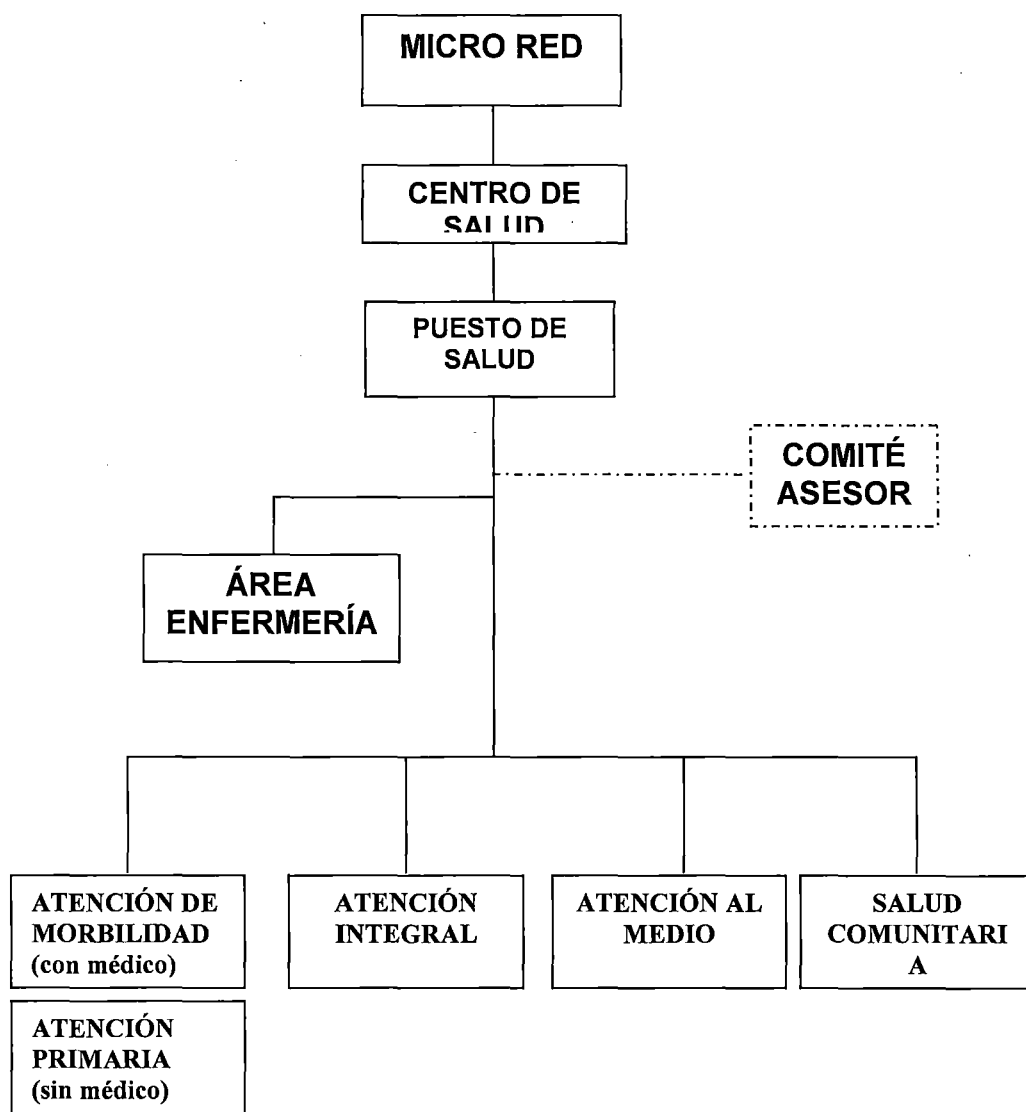
PUESTO DE SALUD

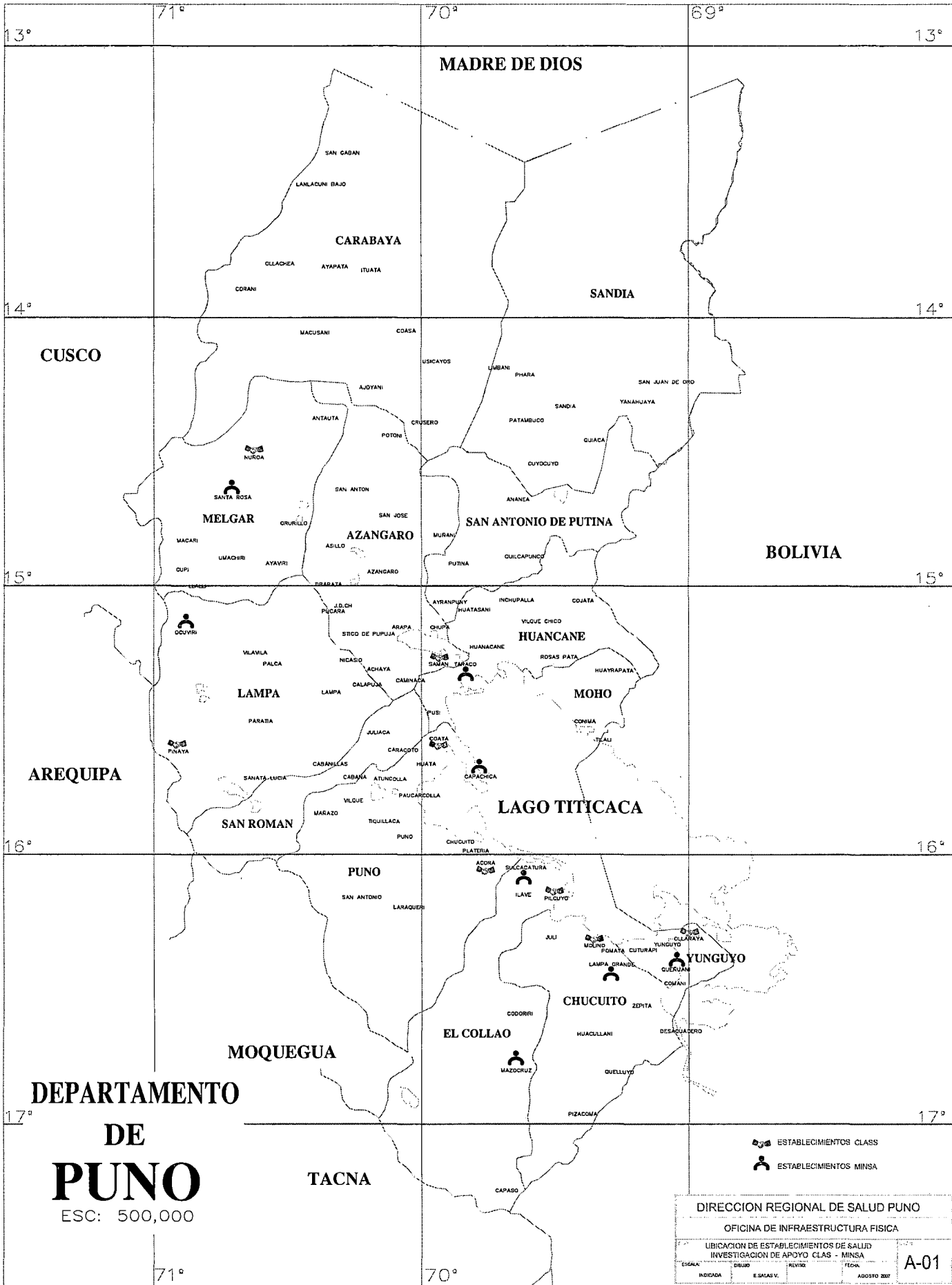
El Puesto de Salud es el establecimiento de Primer Nivel de Atención de Salud. Desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente especial de su ámbito de responsabilidad.

OBJETIVOS

Los Objetivos de un Puesto de Salud son:

1. Contribuir a la solución integral de los problemas de salud del ámbito de su responsabilidad.
2. Promover la participación de todos los actores sociales de la comunidad para la concertación, coordinación, programación, gestión, control y evaluación de las acciones de salud.
3. Ejecutar acciones de prevención y promoción de baja complejidad.
4. Coordinar las acciones intersectoriales y de la comunidad para utilizar los recursos disponibles a fin de mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura y solucionar los problemas de salud de acuerdo a las necesidades de la población.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL PUESTO DE SALUD



**DEPARTAMENTO
DE
PUNO**
ESC: 500,000

ESTABLECIMIENTOS CLAS
 ESTABLECIMIENTOS MINSA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
OFICINA DE INFRAESTRUCTURA FISICA
UBICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
INVESTIGACION DE APOYO CLAS - MINSA
ESCALA: _____ DIBUJO: _____ REVISOR: _____ FECHA: _____
INDICADA: _____ E. SALAS V. _____ AGOSTO 2007

A-01

4.1 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR CLAS-AYMARA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LA ASOCIACIÓN CLAS

Las asociaciones CLAS están organizadas de la siguiente manera:

Asamblea General

Las funciones de la Asamblea General son:

- ◇ Elegir a los miembros que integren el Consejo Directivo de acuerdo a los Estatutos.
- ◇ Aprobar las cuentas y el balance anual.
- ◇ Evaluar y aprobar el Programa de Salud Local (PSL) y sus reportes de ejecución.
- ◇ Evaluar y aprobar el presupuesto anual, presentado y propuesto en el PSL.
- ◇ Resolver las modificaciones del Estatuto.
- ◇ Aprobar acuerdos (convenios, contratos.) entre la Asociación CLAS y otras instituciones.

Consejo Directivo

Está conformado: Presidente, Secretario, Tesorero y el Gerente.

Las funciones del Consejo Directivo son:

- ◇ Cumplir y hacer cumplir los Estatutos de la Asociación CLAS y los acuerdos tomados por la Asamblea General.
- ◇ Elaborar el Programa de Salud Local (PSL), con el Gerente de la Asociación y el Equipo de Salud.
- ◇ Aprobar, de acuerdo a la propuesta técnica del Gerente, la distribución de los ingresos directamente recaudados por el pago de los servicios prestados.

- ◇ Fijar el horario de atención de los establecimientos de salud y garantizar la atención diaria.
- ◇ Actualizar el registro local de la Asociación CLAS.

La Gerencia

Son funciones:

- ◇ Dirigir, coordinar, supervisar y controlar la ejecución de todos los programas y acciones de salud e Implementar y supervisar la aplicación de las normas y procedimientos de atención de salud.
- ◇ Administrar racionalmente, los recursos asignados para el funcionamiento de los establecimientos de salud, de conformidad a las normas establecidas y a los acuerdos de la Asamblea General y del consejo Directivo.

4.1.1 CLAS Acora

1. Diagnóstico

El Establecimiento de Salud Acora se encuentra ubicado en la capital del distrito de Acora, a 36 Km. de la ciudad de Puno, con una población de 3,539 habitantes sujeto de programación, el Centro de Salud de Acora es considerado como cabecera de Micro red, bajo su responsabilidad se encuentran los siguientes establecimientos de salud: Jayujayu, Amparani, Caritamaya, Carumas, Chancachi, Cocosani, Cucho esquena, Culta, Caqui, Sacuyo Río Grande, Santa Rosa de Yanaqui, Sullcacatura, Taypicirca, Thunco, Totorani, Villa Soca, Chuchito, Churo, Cochiraya, Luquina Chico, Perka, Platería, Camata, Ccota,

Huayllahuco y Pallalla. Está ubicado en la zona intermedia entre la carretera panamericana de Puno a Ilave.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 4055 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias en un 25.30%, seguido de las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 24.76%, otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores con 7.79% entre otros.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Acora se presentaron 192 muertes, mayormente por las causas de neumonía en un 15.1%, bronconeumonía siendo 9.4% y cardiopatía congestiva en un 6.3% que son las más significativas.

2. Antecedentes

El CLAS Acora entra en funcionamiento a partir de 19 de noviembre del 2001, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 685-2001-SA/DM. Categorizado como establecimiento de salud I-3 (centro de salud sin internamiento). Partiendo del principio que nadie consume servicios de salud por consumirlos, pero si los hace por los beneficios derivados de ese consumo, ya que los servicios de salud existen como respuesta a ciertas necesidades sentidas por los individuos y por la sociedad por lo tanto el CLAS Acora ve la necesidad de mejorar la calidad de las prestaciones

de salud y ampliar los servicios a zonas excluidas y de pobreza, con el apoyo y participación activa de la comunidad para resolver los problemas de salud mediante el empoderamiento y cambio de actitud frente a la importancia de la salud de cada uno de los pobladores y sus familias; siendo el objetivo mejorar los indicadores que miden el nivel de salud de la población teniéndose en cuenta los objetivos estratégicos y los lineamientos de las políticas de salud nacional.

3. Organización y niveles de coordinación

La organización se basa en el Modelo de Atención Integral de Salud en acciones Intramurales y acciones Extramurales.

Intramurales: una Red de atención y sistema de referencia y contrarreferencia de acuerdo a la complejidad de caso y nivel de resolución de los Establecimientos de Salud. Sistema de Registro y Seguimiento de casos. Integralidad de la atención referente no solo a la persona sino al entorno familiar, social y cultural. Sistema de vigilancia de la salud a través de la notificación de eventos relacionados con la salud y Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA). Finalmente un sistema de medicamentos para lograr el tratamiento oportuno.

Extramurales: a través del trabajo comunitario de acuerdo al enfoque de riesgo y necesidad sanitaria, asignando a los trabajadores responsabilidades sanitarias en las comunidades. Trabajo con agentes comunitarios y la implementación de

sistemas de vigilancia comunal (parcial). La coordinación se realiza a nivel de Micro Red, REDESS y DIRESA, también con Gobiernos Locales, Organizaciones de Base, ONGs (Solaris).

Es fundamental mantener las coordinaciones de las estrategias para garantizar el desempeño siendo esta una tarea compleja para el gerente la cual no se consigue ejecutar sin la colaboración de los trabajadores, de la Red, de la DIRESA y el nivel Central. Para finalizar debemos de proteger a los más débiles en lugar de imponerles la carga más pesada del ajuste.

CUADRO N° 01
Recursos Humanos CLAS Acora

Especialidad	Cantidad	Condición laboral
Médico	01	Nombrado
Cirujano Dentista	01	Nombrado
Enfermera	01	Nombrado
Enfermera	01	Contratada
Obstetras	01	Nombrada
Técnico enfermería	03	Nombrados
Chofer	01	Normal

Fuente: CLAS Acora

El establecimiento de salud CLAS Acora cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 85 853, 00 Nuevos Soles.

4. Gestión

En cuanto a gestión y el manejo de la ejecución del presupuesto, lo realiza el Consejo Directivo de la Comunidad y el Gerente. Las limitaciones son la falta de apoyo a nivel de la Redes y nivel central con la implementación de recursos humanos, equipos y en

la comunidad el bajo nivel de educación y aspectos culturales negativos.

A través de un sistema de capacitación se logra realizar cursos de capacitación al personal de salud y a agentes comunitarios de importancia para el primer nivel, implementación de los servicios de laboratorio, materno peri natal, sistema de información y unidades móviles. Se realizaron gestiones con el gobierno local lográndose la adquisición de un ecógrafo para lograr descentralizar este servicio en beneficio especialmente de la población gestante. Estas acciones repercuten en la mejora de los indicadores que miden el nivel de salud de la población.

4.1.2 CLAS Molino

1. **Diagnóstico.-** Se encuentra ubicado a 3,800 msnm, predomina el clima frío y seco, al Sur del departamento de Puno, a 12 Km. de la ciudad de Juli, con una población de 3 650 Habitantes, 100% Rural, de idioma aymara y castellano. su ámbito de influencia en lo que compete a salud, atiende a 14 comunidades, consideradas como muy pobres.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 2755 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias en un 42.07%, seguido de las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas

salivales y de los maxilares con 28.71%, trastorno de la conjuntiva (H10-H13) 3.88%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el área de influencia de centro de salud de Molino se presentaron 12 muertes, mayormente por las causas de enfermedades infecciosas parasitarias y por enfermedades del sistema respiratorio.

Antecedentes.- En el año de 1959 se produce la construcción de la posta sanitaria molino gracias a un convenio entre educación, salud y la comunidad organizada, empezando a funcionar con una docente capacitada llamada “mejoradora del hogar”

Luego de dos años de apertura el establecimiento de salud se cierra y en el año de 1974 se crea la “escuela de salud pública”, donde se envía a un poblador de la zona para su capacitación y posteriormente hacerse cargo del establecimiento, siendo nombrado en el año de 1975

En el año de 1985 se incorpora personal como (obstetriz, enfermera y técnico de enfermería), posteriormente en el año de 1992 se eleva de categoría a “centro de salud”

En Diciembre del año 1994 se realiza la constitución del CLAS, el mismo año se firma el contrato de administración compartida, así mismo se incorpora un médico y un odontólogo el establecimiento de salud es categorizado como I-3 (centro de salud sin

internamiento); el establecimiento de salud es considerado como cabecera de Micro Red, que dependen los siguientes puestos de salud:

Callacami, Casimuyo, Caspa Central, Ccaje, Challapampa, Collpa Jauría, Pasiri, Pueblo Libre, Queruma, San Juan Yarihuani y Mucho Chambilla.

La infraestructura del establecimiento está construida con material de adobe, cobertura de techo de calamina sobre estructura de madera deteriorada por la acción de las lluvias, ocasionando el agrietamiento de paredes, desprendimiento de la capa de pintura por la humedad. En cuanto a equipamiento es insuficiente por la limitada asignación de presupuesto, contando con lo necesario como son equipos de: set de curaciones, set para atenciones de parto, set de cirugía menor y mayor, estetoscopio pediátrico y adulto, camilla para curaciones entre otros.

Población poco sensibilizada con la problemática de salud por falta de actividades preventivas promocionales y otras acciones que contribuyan al desarrollo local por parte del personal de salud. Debido al escaso personal de salud en relación a la población asignada.

ORGANIZACIÓN Y NIVELES DE COORDINACION

CUADRO N° 02

Recursos Humanos CLAS Molino

Especialidad	Cantidad	Condición laboral
Médico	01	Nombrado
Cirujano Dentista	01	Contratado
Enfermera	01	Contratada
Obstetras	01	Nombrada
Técnico enfermería	01	Contratada
Técnico Sanitario	01	Nombrado

Fuente: CLAS Molino

El establecimiento de salud CLAS Molino cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 47 090, 00 Nuevos Soles

2. Gestión de CLAS Molino

Se adquirió un terreno de 2,700 m² el mismo que fue financiado el 50% con recursos directamente recaudados por las CLAS y el otro 50% fue donado por el dueño (ex miembro de CLAS)

Seguidamente se implementó con personal profesional: médico, odontólogo, enfermera, obstetrix, realizando sus actividades de trabajo en armonía.

Además se renueva y se amplió la construcción de la infraestructura del establecimiento de salud, gracias el convenio interinstitucional entre FONCODES, Municipio Provincial y ACLAS Molino.

Equipamiento: se adquiere equipos de medios de comunicación (Radio HF), motocicleta 185cc, unidad e instrumental dental, equipos de computo, equipos audiovisuales (TV, VHS), equipos de

Laboratorio (Microscopio centrífuga, etc.), instrumental médico quirúrgico, Mobiliario de oficina (escritorio, sillas, bancas)

En cuanto a las prestaciones de servicios, se amplía la atención las 24 horas, farmacia bien abastecida, se incrementan las Atenciones integrales, las tarifas de servicios de atención son económicas, la recaudación del Seguro Integral de Salud (SIS) se incrementa, para el traslado de los pacientes se coordina con los pobladores que cuentan con movilidad.

3. Participación de la comunidad

La comunidad participa en la Asociación de la Comunidad Local de Administración de Salud (ACLAS) a través de su Consejo Directivo que está conformado por el Gerente, Presidente, Secretario, Tesorero. Los cuales participan en las mesas de concertación, coordinan permanente con los actores y organizaciones comunales, involucrándose en los problemas sanitarios de la comunidad, captación y capacitación a Promotores de Salud, del mismo modo el personal de salud participa en las actividades festivas con la finalidad de ser parte de la comunidad.

La conformación de los Sistema de Vigilancia Comunal en Salud (SIVICOS), es una estrategia de gestión que articula y relaciona los diferentes actores sociales, con la finalidad de vigilar y promover el auto cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad.

4.1.3 CLAS Pilcuyo

1. Diagnostico

El Establecimiento de Salud Pilcuyo se encuentra ubicado en la capital del distrito del mismo nombre, a 13 Km. de la ciudad de llave, con una población de 5 195 habitantes sujeto de programación, el Centro de Salud de Pilcuyo es considerado como cabecera de Micro red, bajo su responsabilidad se encuentran los siguientes establecimientos: Chipana, Accaso, Cachipura, maquercota, marcuyo, San Pedro de Huayllata y Sarapi Arroyo.

La CLAS Pilcuyo desde inicios se le consideró como establecimientos modelo de la zona en prestar Atención Integral en base al personal contratado por la CLAS (Medico, Obstetras, Enfermera, Cirujano Dentista, tres técnicos, Enfermería) más el personal nombrado aseguraban los servicios de salud en prestaciones preventivos promocionales y otorgándole funciones de Micro red.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 2566 durante el año 2007, siendo como primera causa las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 28.3%, seguido por las infecciones agudas de las vías respiratorias en un 20.4%, siendo la tercera causa helmintiasis (B65-B83) con 13.9% entre otros.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Pilcuyo se ha presentado 86 muertes, mayormente por las causas de neumonía en un (organismo no especificado), seguido por insuficiencia cardiaca 10 muertes y por insuficiencia respiratoria se produjeron 8 muertes.

CUADRO N° 03
Recursos humanos CLAS Pilcuyo

Especialidad	Cantidad	Condición laboral
Médico	01	Nombrado
Cirujano Dentista	01	Contratado
Enfermera	01	Nombrada
Obstetriz	01	Contratada
Técnico enfermería	02	Nombrados
Técnico enfermería	01	Contratado

Fuente: CLAS Pilcuyo

El establecimiento de salud CLAS Pilcuyo cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 83 937,00 Nuevos Soles

2. Antecedentes.-

Las Microrredes Pilcuyo fueron creadas según el reglamento R.M.573-2003-SA/DM, conformada por los siguientes establecimientos de Salud:

Pilcuyo 095-93-D-U-C/UPPR, Chipana 077-00-R-C/UPPR, Marcuyo 085-93-D-U-C/UPPR, Accaso 012-95-D-U-C/UPPR, Sarapi Arroyo 096-96-D-U-C/UPPR, San Pedro de Huayllata 017-

98-D-U-C-/UPPR, Maquercota 010-95-D-U-C-/UPPR,
Cachipucara 077-00R-C/OPPR.

La Asociación Comunidad Local de Administración en Salud Pilcuyo inicio su funcionamiento como CLAS en el año 1994 en su local antiguo, posteriormente reubicado en el año 2003, en su local actual, ubicado en la misma Plaza del Distrito de Pilcuyo, con mayor infraestructura y ambientes necesarios y abarca toda la zona Norte del Distrito de Pilcuyo a una población de 5,195 habitantes. El establecimiento de salud es categorizado como I-3 (centro de salud sin internamiento).

3. Gestión CLAS Pilcuyo

Los Directivos ,Sociedad civil y DIRESA Puno, desde su inicio como CLAS se preocuparon en tener una de las mejores Infraestructuras , concretando sus objetivos en el 2003, año que inicio sus funciones en el nuevo ambiente construido, lo que fue Ejemplo, claro de Participación organizada de la comunidad, Personal de Salud , Gerencia, Directivos.

Actualmente la CLAS Pilcuyo cuenta con profesionales de la Salud y servicios (laboratorio, Ambulancia, Servicio de Ecografía.), para cubrir y cumplir las atenciones asistenciales como Preventivo Promocionales se incremento Profesionales Medico, Obstetras, Enfermero, biólogo, Técnicos en Enfermería de forma permanente y en forma eventual a Especialistas para atenciones Gineco Obstétricas (Ecografía, Obstetricia)

A nivel Institucional, es el principal establecimiento referencial del Hospital de apoyo llave, como de trabajo en Promoción de Salud y realizar cambios de estilos de vida con participación coordinada en lograr Entornos Saludables (Municipios, Comunidades, Familias, Instituciones Educativas).

4. Infraestructura Y Equipamiento

- Equipo computarizado en red, que permite cumplimiento de funciones, enfoque de Modernidad. Software de Administración creado por el CLAS.
- Punto de digitación del Seguro Integral de Salud, permite cumplir correctamente los beneficios des SIS a la población.
- Equipamiento básico según normas vigentes para la buena prestación de servicios.
- Ambulancia y dos unidades motocicletas.

4.1.4 CLAS Queñuani

1. Diagnostico

El puesto de salud Queñuani se encuentra ubicado en la comunidad del mismo nombre, capital del distrito de Yunguyo, a 8 Kms., con una población de 1622 habitantes sujeto de programación.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 1399 durante el año 2007, siendo como primera causa las

infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 30.74%, otras enfermedades del sistema urinario 5.08%, seguido de las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 5.0%,

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Queñuani durante el período 2007 se han presentado 19 defunciones, sus causas son diversos, produciéndose en las personas de 60 a más años en un número de 15.

2. Antecedentes:

El Puesto de Salud Queñuani, inicia su funcionamiento como establecimiento del primer nivel el 24 de junio de 1986, con Resolución Directoral del Área de Salud Nro. 57 Juli-Puno, el establecimiento de salud esta categorizado como I-2 (puesto de salud con médico), abocándose a la atención preventiva promocional y de servicios básicos de salud, iniciando con un personal auxiliar de enfermería posteriormente, por la demanda de servicios se tuvo que ampliar a la base de personal a través de una enfermera y obstetrix bajo modalidad de SERUMS.

Posteriormente en el año 1994 con las reformas del sector, a través de la creación del Programa Salud Básica para todos y el programa de Administración Compartida, se constituye dentro de las comunidad de Queñuani el comité de administración de salud

formándose el primer consejo Directivo del CLAS, desarrollándose la Administración Compartida bajo este compromiso.

Infraestructura Y Equipamiento

Con la asignación presupuestal, se logró la implementación del establecimiento, la compra de una ambulancia, equipo audiovisual, refrigeradora, equipo de radio comunicación, mobiliario de oficina cerco perimétrico del establecimiento ampliación de la infraestructura (sala de internamiento para hombres y mujeres, sala de partos) con su respectivo equipamiento todo esto a permitido cobertura mas de los diferentes componentes de atención de salud , además de diseñar y efectuar nuevas estrategias en atención de salud para lograr la satisfacción del cliente de nuestro CLAS . Durante los dos últimos años se ha logrado implementar el nuevo servicio de odontología, el cual ha logrado cubrir una brecha más ya que la patología Odontoestomalogica es la segunda en el perfil epidemiológico local, y que merecía darle la atención necesaria.

CUADRO N° 04

Recursos Humanos CLAS QUEÑUANI

Especialidad	Cantidad	Condición laboral
Médico	01	Nombrado
Enfermera	01	Nombrada
Obstetriz	01	Contratada
Técnico enfermería	02	Nombrados

Fuente: CLAS Queñuani

El establecimiento de salud CLAS Queñuani cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 32 832,00 Nuevos Soles

3. Gestión Clas Queñuani

La gestión desarrollada se fundamenta en la priorización y suma de esfuerzos comunes con la finalidad de reducir las brechas sanitarias existentes, el uso racional de los recursos existentes para producir el impacto y el cambio de los indicadores negativos. Se ha llegado a los siguientes logros:

- Hasta el año 2000, se ha logrado la ampliación de infraestructura con 6 ambientes como: Sala internamiento hombres, mujeres, niños, sala de parto; baño y sala de dilatación. con su respectivo equipamiento; además la compra de una refrigeradora, equipo radio transmisor, equipo audio visual (TV, VHS). la compra de una ambulancia para servicio social.
- A partir de ello, se ha continuado con el equipamiento del equipo de computo; compra de poupinel, equipamiento de sala de partos (balón de oxígeno, doppler, calefactores de ambiente, mesa de partos, ropa y mobiliario, etc.).
- Reforzamiento del cerco perimétrico, dado se encuentra en pésimas condiciones con la posibilidad de caerse en épocas de lluvias.
- Mejoramiento del acceso al establecimiento y construcción de vereda al entorno del establecimiento.
- Mejoramiento del piso externo del establecimiento.

- Mejoramiento e instalación de servicios de agua, desagüe en el servicio de Odontología.
- Compra de insumos, equipo e instrumental odontológico y compresor de aire.

En cuanto a prestaciones de servicios de salud:

- Ampliación horaria de prestación de servicios a las comunidades y centros poblados de Queñuani y Cuturapi.
- Atenciones de partos institucional, atenciones inmediatas del recién nacido por personal profesional, con atención preferencial de gestantes de otras comunidades.

En cuanto a participación comunitaria:

- En la conformación del sistema de vigilancia comunal (SIVICO) y su participación en la detección precoz de personas en riesgo.
- En la participación de actividades masivas. como la vacunación anti amarilica, antirrábica, etc.
- En las reuniones de capacitación a promotores se les inculca el sistema de vigilancia comunal.
- Aseguramiento obligatorio en centros educativos.
- Difusión de servicios de medicina, enfermería, obstetricia y odontología, a través de radio emisora, provincial, comunicación directa y personales reuniones de barrios y comunidades difusión por terceros, como presidente de barrios, tenientes gobernadores de barrios, educadores y lideres comunidades.

4.2 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR CLAS-QUECHUA

1.1. CLAS Coata

1. Antecedentes:

El CLAS Agregado Coata inicia su gestión desde junio del año 2002, con Resolución Directoral se encarga al Médico la Gerencia de la CLAS, el establecimiento de salud esta categorizado como I-3 (centro de salud sin internamiento), su presupuesto es considerado desde el año 2004, iniciando sus actividades regulares con presupuesto recortado por lo que se realiza una gestión directa al nivel central solicitando ampliación del presupuesto, no siendo atendido por lo que se trabaja con el presupuesto recortado.

El Centro de Salud Coata se encuentra a 50 Km. de la ciudad de Puno con 4890 habitantes con atención en servicios de salud las 24 horas

CLAS Agregado Coata es una asociación sin fines de lucro y su radio de acción abarca a 5 establecimientos incluyendo a la sede que son los siguientes: Puesto de Salud Huata; Sucasco; Isañura y Soraza.

Diagnóstico:

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 6374 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 31.20%,

enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares 15.80% y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores 7.20%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Coata durante el período 2007 se han presentado 11 defunciones, de las cuales una de las causas son la neumonía hipotática 27.3%, hipertensión arterial 18.2%.

Organización y Niveles de Coordinación:

La organización esta constituida por una administración compartida, por lo que la participación de la población es medianamente saludable teniendo siempre en cuenta la idiosincrasia propia de la zona, se ha avanzado en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) la cual a su vez esta constituido por: sectorización, organizaciones de base, comunidades, promotores de salud, vaso de leche, club de madres, estamentos juveniles, concejo distrital y concejos menores de las comunidades, cuyas relaciones son de las mejores, los diferentes responsables entre los miembros de la comunidad y de los establecimientos, sus reuniones se hacen periódicamente de acuerdo a la demanda de servicios de salud de la misma población.

La Institución se ha ganado el respeto de la Comunidad y de los diferentes estamentos que existen en nuestra zona atrayendo la

atención Médica de diferentes distritos por el tipo de servicio que se brinda, que es de calidad y de calidez cuya parte mas incidimos. Tenemos que considerar también que nuestra organización viene ordenada desde la Región de Salud, Redes y Microrredes por lo que se cumple las normas como están establecidas

CUADRO N° 05
Recursos Humanos CLAS Coata

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Médico.	01	Nombrado
Cirujano Dentista	01	Contratada
Enfermera	02	Contratadas
Biólogo	01	Contratada
Obstetriz	01	Nombrada
Técnico Enfermería	02	Nombradas
Chofer	01	Nombrado
Auxiliar de Enfermería	01	Contratado

Fuente: CLAS Coata.

El establecimiento de salud CLAS Coata cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 116 727,00 Nuevos Soles

2. Gestión CLAS Coata

El mayor logro que se ha realizado dentro de la infraestructura es la donación de un edificio de tres pisos para el funcionamiento del Centro de salud, que era anteriormente el local municipal y la donación de una combi para el uso como ambulancia. Se ha logrado la atención las 24 horas de parte del personal CLAS en el Centro de Salud.

Dentro de los servicios que brinda el establecimiento de salud se menciona:

La adecuación de una sala de partos equipada, el servicio Odontológico completo que incluye curaciones de todo tipo; En el servicio de Medicina se ha contratado de un personal medico para la mejor atención.

Se ha implementado el servicio de laboratorio con un personal calificado para su funcionamiento.

Existe la identificación con la población para mejor entendimiento, lo que ha traído como consecuencia que el 85 % de las gestantes vienen a dar su parto al establecimiento.

Se ha implementado con servicio de agua y desagüe en el Centro de salud Coata, en el P.S. Isañura y el P.S. Soraza por carecer de ellos.

Las dificultades se hallan en la idiosincrasia de los habitantes del lugar que consideramos que poco a poco se va superando.

Dentro de las estrategias esta la identificación con la población, la entrega de un buen servicio de calidad y calidez, frente a las necesidades de la población como de nuestros trabajadores para que exista un equilibrio.

4.2.1 CLAS Nuñoa

1. Antecedentes

El CLAS Nuñoa inicia en el mes de noviembre del año 2002 como CLAS, el establecimiento de salud es categorizado como I-4 (centro de salud con internamiento), durante estos casi cuatro años, no se ha podido integrar y resolver los problemas en las

diferentes esferas tales como falta de recursos humanos por destakes, reasignados y plazas vacantes, suspensión de recursos ordinarios desde la creación del CLAS Nuñoa por parte de la REDES Melgar y su desconocimiento sobre el funcionamiento y modelo de administración de un CLAS que no permiten un adecuado y trabajo en equipo en especial en centro de salud Nuñoa más no en sus establecimientos agregados como son Chiriuno, Janchallani y Huayco.

Diagnóstico:

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 9643 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 46.11%, enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares 9.75% y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores 6.24%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Nuñoa durante el período 2007 se han presentado 70 defunciones, de las cuales una de las causas son enfermedades del aparato circulatorio 37.1%, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas 17.1%, enfermedades del aparato respiratorio 10.0% y enfermedades del sistema digestivo 8.6%.

2. Organización y niveles de coordinación

Las dificultades para el desempeño de los CLAS es que sus miembros no conocen plenamente los estatutos y el marco normativo. Ello determina que la toma de decisiones usualmente decida en la buena voluntad de unos pocos miembros de la comunidad y que la participación de la comunidad en la gestión y el control social real no es amplia. Por otro lado un elevado porcentaje de los usuarios de las CLAS a nivel de los casos estudiados señaló no conocer que el establecimiento funciona bajo la modalidad de administración compartida, lo cual es una señal que el CLAS no está difundiendo sus actividades.

La falta de un sistema de información constante que facilite un seguimiento del estado de salud y los avances alcanzados a nivel de la zona bajo influencia de las CLAS son un cuello de botella por resolver. Ello permitirá lograr los objetivos establecidos en el plan de salud local. Este paso es importante por que el programa debería ser evaluado no solo por los reportes de satisfacción de la población y su capacidad de dar servicio a los más pobres, si no también por los resultados vitales de salud; mortalidad infantil, tasas de desnutrición, mortalidad materna, entre otros. La integración funcional de las CLAS con otros proveedores debe buscar la reducción de costos, dado que la finalidad es el acceso

universal a los servicios a nivel local, la mejora de la calidad de servicios ofertados a costos razonables, y dar énfasis a la provisión de ciertos servicios de atención.

CUADRO N° 06
Recursos Humanos CLAS Nuñoa

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Médico	01	Contratado
Cirujano Dentista	01	Contratado
Enfermera	01	Contratada
Obstetriz	01	Nombrada
Inspector Sanitario	01	Nombrado
Técnico enfermería	03	Nombrados
Técnico Administrativo	01	Nombrado
Chofer	01	Nombrado

Fuente: CLAS Nuñoa

El establecimiento de salud CLAS Nuñoa cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 52 217,00 Nuevos Soles

3. Gestión CLAS Nuñoa

Durante este proceso la CLAS Nuñoa ha pasado por varias modalidades en su gestión como: la primera modalidad es aquella donde el médico asume las funciones de liderazgo con una baja participación del comité local; en el segundo caso el comité local asume plenamente la tarea de coordinación con el médico jefe, mientras que el último caso es que existen conflictos de interés y una pobre coordinación para el logro de las metas definidas por el plan de salud local PSL.

Los usuarios señalan una caída de la calidad de los servicios en relación a la situación anterior por la falta de profesionales nombrados que fueron destacados y reasignados; los directivos

reclaman el retorno de dicho personal en las diferentes instancias de la REDES, DIRESA y Gobierno Regional.

La Municipalidad distrital de Nuñoa dentro de su presupuesto consideró la nueva construcción del Centro de Salud tipo II con internamiento, así, mismo se considero la implementación del sistema referencia y contrarreferencia de la Micro Red Nuñoa y se priorizo la contratación de personal profesional por locación de servicios: Odontólogo y Obstetrix.

Se ha incrementado el número de agentes comunitarios, incidiendo en la sensibilización de los actores sociales, sobre el rol y la importancia del CLAS Nuñoa con reuniones mensuales y con mayor acercamiento con personal de salud para mejorar las relaciones interpersonales y cultura organizacional entre el consejo directivo, gerencia, población y personal de salud.

Conformación del comité distrital de salud, cuyos planes de trabajo tiene la participación activa de actores sociales representantes de vaso de leche, y otras organizaciones sociales, pero aun faltan operativizar algunos comités.

Problemas relacionados a la familia y comunidad

- La violencia familiar, el alcoholismo, los trastornos mentales y del comportamiento, deficiente vigilancia entomológica comunal.
- El Seguro Integral de Salud que sólo cubre un porcentaje de la población materna infantil y una parte de la población

general (rural), generando descontento y desconfianza cuando acuden a solicitar atención.

- El embarazo que genera problemas económicos, sociales, culturales, legales y otros que no permiten una familia armoniosa.
- Ausencia de educación a grupos juveniles para prevenir el consumo de drogas y otros (alcohol), poca valoración de la población por su salud.

4.2.2 CLAS Pinaya

ASPECTOS GENERALES

UBICACIÓN GEOGRAFICA.- Se encuentra ubicado en el departamento de puno,

Provincia de lampa, Distrito de Santa Lucia en el centro poblado Pinaya, a una distancia de 50 km. Como referencia inmediata al C.S. Santa Lucia ya 120 km al Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca.

POBLACIÓN.- Cuenta con 1,626 habitantes al 100% rural, cuatro comunidades la más cercana a 12 km, y la más lejana a 52 km. Altitud 5000 m.s.n.m. con relieve de puna, Clima frígido – seco, temperaturas de 6 a 10°C en el día y en época de mayo – agosto; la temperatura desciende hasta 20°C bajo cero, con lluvias, granizadas, helada y nevadas.

LA ACTIVIDAD ECONOMICA.- Crianza de camélidos, alpaca, llamas, vicuñas, en uso de concesión, criadero de truchas y artesanía en proceso considerada en extrema pobreza.

VIAS DE COMUNICACIÓN.- Trochas carrozables, caminos de herradura, contando con movilidad 3 veces a la semana hasta Pinaya y comunidades 2 veces al mes.

IDIOMA.- Quechua y castellano.

ACCESO A LOS SERVICIOS BÁSICOS.- No se cuenta con alumbrado eléctrico, el consumo de agua es captada de manantiales, algunas consumen agua de río, cuentan con letrina el 60% de la población, las viviendas se encuentran edificadas con material de adobe y techo de paja.

Antecedentes

El Puesto de Salud Pinaya comienza a funcionar desde el año 1995 en el programa de salud básica para todos (P.S.B.P.T), el establecimiento de salud es categorizado establecimiento de salud I-1 (puesto de salud), el 22 de agosto del 2000 se realiza la primera reunión para la constitución del CLAS, en la comunidad. Empezando a realizar los trámites correspondientes, mediante Resolución Ministerial N° 685-2001 SA/DM del 19 noviembre del 2001, se crea el CLAS y se firma el contrato de Administración Compartida y comienza a desarrollarse la CLAS en todas sus actividades de acuerdo al programa de salud local (P.S.L) anual.

Cumpliendo con las funciones de prestación de servicios y administrativas.

Reuniones; con la Asamblea General, Consejo Directivo, Equipo de salud, comunidad y otras instituciones. Asumiendo sus responsabilidades designados a cada miembro y personal de salud. Cumpliendo con los estatutos. Asumiendo el compromiso de cumplir con objetivos, metas, resultados favorables en el P.S.L. enmarcadas en la administración compartida.

Monitorizadas y evaluadas por: Micro-Redes, Redes, y la DIRESA. Periodo de cuatro años a la fecha.

Promoviendo una cultura de salud, sostenible, acorde con el tiempo y su realidad.

Diagnóstico:

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 968 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 55.68%, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 18.70% y enfermedades crónicas de las vías respiratorias 5.48%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el área de influencia del Puesto de Salud Pinaya durante el período 2007 se han presentado 04 defunciones, de las cuales una de las causas es cáncer prostáticos 25.0% , sepsis 25.0%.

1. Organización y niveles de coordinación.

Asamblea General – Consejo Directivo – Gerente – Equipo de salud.

CUADRO N° 07
Recursos Humanos CLAS Pinaya

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Enfermera	01	Contratada
Obstetriz	01	Contratada
Técnicos enfermería	02	Contratadas

Fuente: CLAS Pinaya

El establecimiento de salud CLAS Pinaya cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 44 945,00 Nuevos Soles

2. Gestion CLAS Pinaya

Construcción, equipamiento y funcionamiento de la unidad materno infantil (sala de parto, puerperio, dilatación) optimizando los recursos en bien de mejorar los servicios

Implementación y adecuación cultural de la sala de parto vertical y casa de espera.

Contamos con personal de apoyo médico de la empresa CAMPER-Exploraciones S.A.

Para la atención de salud.

Contamos con una motocicleta y con una camioneta de apoyo para las actividades de salud en las comunidades y emergencias.

Se cuenta con personal de guardianía con apoyo de las comunidades.

Se logró la donación de un terreno de 5,400 m² para la nueva construcción de Establecimiento de Salud.

Prestación de servicios:

Personal de salud capacitado.

Organización distribución adecuada de ambientes.

Se cuenta con personal médico para la atención de salud.

Incremento de atendidos y atenciones en las etapas de vida. (Niño, Adolescente, Adulto y Adulto mayor).

Incremento de atención de parto institucional.

Incremento de cobertura de atención con el SIS.

Incremento de cobertura en controles prenatales.

Se cuenta con el comité de calidad del EE.SS. (imagen institucional, mejoramiento continuo de la calidad de atención, manejo de historias clínicas, utilización y manejo de protocolos de atención, Implementación del MAIS y bioseguridad).

Se instaló la sala situacional, análisis, vigilancia epidemiología, comité operativo de emergencia (COE) análisis de la morbimortalidad materno infantil.

Cuenta con el análisis situacional de salud (ASIS) manual de organización y funciones (MOF) plan Operativo Institucional (POI) Plan de salud local (PSL).

Vigilancia nutricional y promoción de la lactancia materna exclusiva en el niño.

Acceso a los medicamentos genéricos.

Atenciones de salud en las comunidades. No se tiene mortalidad materna.

Personal de salud contratado por 10 hrs. y atiende las 24 h.

Participación Comunitaria:

Se formó los sistemas de vigilancia comunales (SÍVICO) en comunidades alejadas.

Se estableció coordinaciones con las comunidades, SÍVICOS agentes voluntarios de salud

Para facilitar la referencia y contrarreferencia nivel local, estableciéndose una red de comunicación y vigilancia oportuna en salud, debido a la distancia accesibilidad geográfica y población dispersa.

Se estableció una relación fructífera entre la comunidad y el personal de salud. Mejora de los niveles de satisfacción de salud en el primer nivel de atención de salud.

En promoción de salud trabajaron con instituciones educativas saludables

Contamos con promotores capacitados y comprometidos con la salud de su comunidad

Se realizó el mapeo, la sectorización para la identificación de las familias en comunidad.

El plan de parto se sociabilizó en la familia y en torno de la madre gestante.

Participación del personal de salud, miembros del CLAS en reuniones con la comunidad, para informar, capacitar, programar actividades de salud.

Realización de actividades conjuntas con la comunidad para mejorar su entorno ambiental.

Dificultades o limitaciones:

Inaccesibilidad geográfica, deficientes carreteras, falta de medios de comunicación, -

Transporte, población dispersa, falta de servicios básicos.

Lugar de ubicación del CLAS zona húmeda, implicando deterioro constante por las

Fuertes precipitaciones fluviales.

Estrategias desarrolladas:

Estableció un plan de trabajo de capacitación con los promotores voluntarios de salud. Se elaboró un plan de capacitación permanente con el personal de salud.

Se incorporó como estrategia el parto institucional (vertical, horizontal) en el primer Nivel de atención.

Desarrollo de un plan de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

Análisis de la información del equipo de salud y consejo directivo.

Brindar atención integral de salud en comunidades.

Se sociabilizó, implementó, el nuevo modelo de atención de salud (MAIS) así mismo la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI.

Se continua con promoción de la salud, participación comunitaria, para lograr un empoderamiento social, en busca de estilos saludables de vida.

Estrategias de atención en servicios de salud:

Sensibilizar e involucrar a las autoridades, promotores voluntarios de salud y comunidad general en la atención de parto institucional.

Sensibilizar a la gestante, esposo, familia y entorno sobre el plan de parto.

Adecuación intercultural de la sala de parto vertical.

Construcción de la unidad Materno con casa de espera, con apoyo de la comunidad con materiales y mano de obra mediante faenas.

4.2.3 CLAS Saman

ASPECTOS GENERALES:

Ubicación Geográfica:

El CLAS Saman se encuentra ubicado en la región Puno, provincia de San Román, distrito de Saman, en la zona norte del departamento a 27 Km. De la ciudad de Juliaca, cuenta con una población de 5,550 habitantes, distrito considerado en extrema pobreza y se encuentra a una altura de 3,822 m.s.n.m.

Ámbito de influencia:

Tiene 07 comunidades, su población en su mayoría esta constituida de personas quechuas hablantes que tienen mitos y creencias sobre la atención del parto y del niño. Tiene acceso terrestre para todo tipo de vehículos (motorizados y no motorizados)

1. Antecedentes

En marzo del año 1996 se inician las actividades de conformación del CLAS, en el mes de abril del año 1966 se firmo el contrato de Administración Compartida y en el mes de Julio del mismo año se inician las actividades y el proceso de Administración Compartida, el establecimiento de salud esta categorizado como I-2 (Puesto de salud con médico).

Diagnóstico:**Morbilidad**

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 3283 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 35.73%, seguido por

otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores 6.31%, otras enfermedades del sistema urinario 5.85% y desnutrición 3.99%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Samán durante el período 2007 se han presentado 83 fallecidos, de las cuales una de las causas son las enfermedades del aparato urinario con 42.17%, enfermedades de las vías respiratorias superiores con 8.43%, enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón con 8043%.

2. Organización y niveles de coordinación:

La Asociación CLAS Saman mediante la Asamblea General y el Consejo Directivo para la toma de decisiones tiene el siguiente procedimiento:

- Reuniones de Coordinación del Consejo directivo en las asambleas comunales para recoger las diferentes inquietudes y necesidades de lo mismos.
- Reunión de la asamblea general o el consejo directivo para la toma de decisiones en base a la priorización de necesidades de la comunidad.

3. Gestion CLAS Saman

- ❖ Centro de salud tipo II-Samán en construcción, a través del presupuesto participativo de la Municipalidad.

- ❖ Mejoramiento con la infraestructura y equipamiento del CLAS Samán.
- ❖ Equipamiento de los ambientes de los consultorios y sala de partos.
- ❖ Adquisición de la ambulancia y motocicleta.
- ❖ Adquisición de la unidad dental.
- ❖ Adquisición de los equipos de cómputo.
- ❖ Convenio con el Municipio de Samán para la contratación del personal asistencial.
- ❖ Con mayor recaudación por recursos directamente recaudados de fondos provenientes del seguro integral de salud, se contrató al personal asistencial:
 - Odontólogo
 - Estadístico
 - Personal de servicio (chofer y guardianía)

CUADRO N° 08

Recursos Humanos CLAS Samán

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Médico	01	Nombrado
Cirujano Dentista	01	Contratado
Enfermera	01	Contratada
Enfermera	01	Nombrada
Obstetriz	01	Contratada
Técnico Enfermería	01	Nombrado
Técnico Enfermería	02	Contratado
Chofer	01	Contratado

Fuente: CLAS Samán

El establecimiento de salud CLAS Samán cuenta para el año 2007 con un presupuesto anual de S/. 65 943,00 Nuevos Soles

Prestación de servicios de salud:

- ❖ Incremento del número de atenciones en la población beneficiaria del sistema integral de salud.
- ❖ Se incremento la recaudación por prestaciones realizados a beneficiario del sistema integral de salud.
- ❖ Amplificación del tiempo de atención a 24 horas del día.
- ❖ Disminución de la mortalidad materna-infantil.
- ❖ Incremento de controles prenatales y partos institucionales.
- ❖ Personal comprometido y sensibilizando en la prestación de servicios de salud.
- ❖ Campañas de atención integral. Por equipos de salud a las comunidades en forma periódica de acuerdo a las necesidades de la población.

En participación comunitaria:

- ❖ Participación activa en la Mesa de Concertación Interinstitucional y coordinación permanente con las autoridades locales y comunales.
- ❖ Implementación del sistema de referencia y contrareferencia.
- ❖ Sectorización de todas nuestras comunidades e identificación de viviendas por número, grupo familiar y mapeo.
- ❖ Trabajo coordinado por agentes comunitarios de salud.
- ❖ Conformación de SIVICOS.
- ❖ Involucramiento de la comunidad en la solución de sus problemas sanitarios.

- ❖ Participación constante de los miembros del Consejo Directivo y Asambleas general.
- ❖ Implementación del municipio, escuelas y familias saludables.

Estrategias desarrolladas:

- ❖ Reuniones de coordinación constante con autoridades locales y comunales por parte de los miembros de la Asamblea General del CLAS.
- ❖ Asociación CLAS Administra recursos del establecimiento.
- ❖ Contrato con recursos directamente recaudados del personal profesional y técnico.
- ❖ Sensibilización y capacitación permanente en el trato amable al usuario.
- ❖ Incentivo al personal con buen desempeño laboral y productividad.
- ❖ Capacitación y sensibilización a los promotores para la referencia oportuna de gestantes en trabajo de parto y otras actividades de Salud.
- ❖ Conformación del sistema de vigilancia comunal.
- ❖ Reuniones quincenales de los equipos de gestión del establecimiento del comité de calidad.
- ❖ Evaluación mensual de los avances de PSL.
- ❖ Atención las 24 horas.

4.3 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR LAS REDES DIRESA - AYMARA

4.3.1 Puesto de Salud Sullcacatura

1. Diagnostico

El Puesto de Salud Sullcacatura, categorizado como establecimiento de salud I-1 (puesto de salud sin médico). Depende de la Micro Red de Acora. Está ubicado en la comunidad de Sullcacatura a 50 Kms de la ciudad de la capital de distrito de Acora, inició su funcionamiento el año de 1987.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 1802 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias en un 17.42%, seguido de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias 16.09%, enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 9.43%.

CUADRO N° 09

Recursos Humanos REDES: Sullcacatura

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Enfermera	01	Contratado
Técnico Sanitario	01	Nombrado

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud Puno

2. Infraestructura y Equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material de la zona, con un área de construcción 196.38 m² con un terreno de área libre de 2 947.94 m². Además cuenta con ambientes con cuatro camas para mujeres y varones, dos cunas para bebés;

ambiente para tóxico, sala de uso múltiple, ambiente para reposo, consultorio, admisión, materno infantil, ambiente para historias clínicas, archivo y almacén. Con servicio básicos de agua (pozo) luz y letrina.

El Puesto de salud de Sullcacatura, cuenta con el equipamiento siguiente: con una moto, con equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo.

3. Organización y gestión

El Puesto de Salud Sullcacatura es administrado por la enfermera que está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran el técnico sanitario.

Los servicios que presta el puesto de salud son:

Atención de morbilidad, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la Redes de Puno y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial.

En cuanto a gestión y el manejo de la ejecución del presupuesto, lo realiza la unidad ejecutora de la REDES-PUNO, por consiguiente solamente recibe materiales e insumos para la atención de servicios de salud. Las limitaciones son la falta de apoyo a nivel de la Redes con la implementación de recursos humanos y equipos.

4.3.2 Puesto de Salud Lampa Grande

1. Diagnostico

El Puesto de Salud de Lampa Grande, inició su funcionamiento en el año 1978, categorizado como establecimiento de salud I-1 (Puesto de salud sin médico) depende de la cabecera de Micro Red Pomata.

Está ubicado en la comunidad de Lampa Grande a 10 Kms del distrito de Pomata y a 36 Kms de la Redes chuchito Juli.

Su área de influencia son las siguientes comunidades: Sisipa, Chacollo y Lampa Chico.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 797 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias en un 44.42%, otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores con 4.77%, anemias aplásticas y otras anemias 4.14%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el área de influencia del puesto de salud Lampa Grande se ha presentado 10 muertes, mayormente por las causas de enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades del sistema genitourinario.

CUADRO N° 10
Recursos Humanos REDES: Lampa Grande

Especialidad	Cantidad	Condición laboral
Enfermera	01	Contratado
Obstetriz	01	Contratado
Técnico en enfermería	01	Nombrado

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud Chucuito

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material rústico, con un área de construcción 288 m² distribuidos en tres módulos, un módulo de 110 m² que cumple la siguiente función: tiene una sala de espera, admisión y botiquín, tópicos, consultorio y sala de parto. Con servicios básicos de agua (pozo, letrina.)

El Puesto de salud cuenta con el equipamiento siguiente: con una moto, con equipo de curaciones, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, equipo de inserción DIU, balanza, camilla, dos camas de observación.

3. Organización y gestión

El Puesto de salud Lampa grande administrado por la enfermera que está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran los técnicos en enfermería. Los servicios que presta el Puesto de salud son: Atención de morbilidad, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la Redes de Chuchito - Juli y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial.

La gestión lo realiza a la Dirección de la REDES Chuchito con copia a la Micro Red Pomata y coordina con las unidades orgánica administrativa y asistencial.

4.3.3 Centro de Salud Mazocruz

1. Diagnostico

El Centro de Salud Mazocruz, es categorizado como establecimiento de salud I-3 (Centro de salud sin internamiento) a su vez es considerado como cabecera de Micro Red del mismo nombre y bajo su responsabilidad se encuentran los siguientes establecimientos de salud: Conduriri, Santa Rosa del Collao, Chichillapi, Punta Perdida, Huanacamaya, Providencia, Capazo, Tupala, Chua, Rosario Alto Anco marca y Viluta.

Está ubicado en la capital del distrito de Mazocruz 87 Kms de la ciudad del El Collao, a lado izquierdo de la carretera Panamericana, inició su funcionamiento el 07 de junio del 1982.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 2785 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 30.3%, las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 16.2%, seguido por otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores en un 8.9%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Mazocruz se ha presentado 37 muertes, mayormente por insuficiencia respiratoria, seguido por las causas de neumonía (organismo no especificado), peritonitis 3 muertes, ortas septicemias 3 muertes.

CUADRO N° 11
Recursos Humanos REDES: Mazocruz

Recursos humanos	Cantidad	Condición
Médico	01	Nombrado
Médico	01	Contratado
Enfermera	01	Contratado
Obstetriz	01	Nombrado
Inspector Sanitario	01	Nombrado
Técnico Enfermería	01	Nombrado
Chofer	01	Nombrado

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud El Collao

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material rústico y noble, con un área de construcción 481 m² rústico y 220 m² de material noble, con un espacio de terreno de área libre de 306 m². Además cuenta con ambientes de internamiento con ocho camas para mujeres y varones, cuatro cunas para bebés; ambiente para tópico, farmacia, sala de espera, admisión de servicio, consultorio, materno infantil (sala de parto), servicios higiénicos. Con servicio básicos de agua y luz.

El centro de salud de Mazocruz cuenta con el equipamiento siguiente: una ambulancia, una moto, microscopio, equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, módulo odontológico, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo.

3. Organización y gestion

El Centro de Salud Mazocruz, es administrado por el médico, la enfermera está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran los técnicos y auxiliares de enfermería. Los servicios que presta el centro de salud son:

Atención a la demanda, atención integral, atención al medio y salud comunitaria.

La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la REDES El Collao y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial.

4.3.4 Centro de Salud Ollaraya

1. Diagnostico

El Centro de Salud Ollaraya, es categorizado como establecimiento de salud I-3 (Centro de salud sin internamiento) a su vez es considerado como cabecera de Micro Red del mismo nombre y bajo su responsabilidad se encuentran los siguientes establecimientos de salud: Anapia, Tinicachi, Unicachi.

Está ubicado en la capital del distrito de Ollaraya 20 Kms de la ciudad de Yunguyo, inició su funcionamiento el 03 de mayo de 1989.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 1619 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 22.79%, las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 9.57%, seguido por las enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (K20-K31).

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Ollaraya se ha presentado 22 defunciones siendo las causas cardiopatía isquémica-cerebro vascular 8 fallecidos, seguido por insuficiencia valvular/cardipatía dilatada en un número de 4.

CUADRO N° 12

Recursos Humanos REDES: Ollaraya

Especialidad	Cantidad	Condición laboral
Médico	01	Nombrado
Enfermera	01	Nombrado
Obstetriz	01	Contratada
Técnico Sanitario	01	Nombrados
Técnico Enfermería	02	Nombrados

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud Yunguyo

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material de adobe y noble, con un área de construcción 516 m² con un terreno de área libre de 1 486 m². Además cuenta con ambientes para observación y reposo con cuatro camas dos cunas para bebés; ambiente para obstetricia, pediatría, tópico, farmacia, sala de espera, triaje, admisión de servicio, consultorio, materno infantil, servicios higiénicos. Con servicio básicos de agua, luz y desagüe.

El centro de salud de Ollaraya cuenta con el equipamiento siguiente: una ambulancia, con una moto, teléfono, microscopio, con equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo.

3. Organización y gestión

El Centro de Salud Ollaraya, es administrado por el médico, la enfermera está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran los técnicos y auxiliares de enfermería. Los servicios que presta el centro de salud son:

Atención a la demanda, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la REDES Yunguyo, y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial.

4.4 ESTABLECIMIENTOS ADMINISTRADOS POR LAS REDES DIRESA - QUECHUA

4.4.1 Centro de Salud Santa Rosa

1. Diagnostico

El Centro de Salud Santa Rosa, categorizado como establecimiento de salud I-3 (Centro de Salud sin internamiento) que conduce a homogenizar los diferentes establecimientos de salud en base a niveles de complejidad y a características funcionales que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende bajo su responsabilidad se encuentran los siguientes establecimientos de salud: Quishuara, Kunurana bajo, Piccho, Santa Cruz.

Está ubicado en la capital del distrito de Santa Rosa - Melgar a 42 Kms de la ciudad de Ayaviri, sobre la carretera Panamericana, inició su funcionamiento en el año 1980.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 2403 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 41.32%, seguido por otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores 9.28% y enfermedades infecciosas intestinales 5.57%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Santa Rosa durante el período 2007 se han presentado 55 defunciones, de las cuales una de las causas son las enfermedades del aparato respiratorio 25.5%, seguido por las enfermedades del aparato circulatorio 20.0% y por las enfermedades del aparato genitourinario 20.0%.

CUADRO N° 13
Recursos Humanos REDES: Santa Rosa

Recursos humanos	Cantidad	Condición
Médico	01	SERUMS
Enfermera	01	Nombrado
Enfermera	01	SERUMS
Obstetriz	01	Nombrado
Técnico Enfermería	05	Nombrados
Técnico Laboratorio	01	Nombrado
Auxiliar de enfermera	02	Nombrado
Técnico transportes	01	Nombrado

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud Melgar

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material noble, con un área de construcción 634 m² con un terreno de área libre de 276 m². Además cuenta con ambientes de observación con seis camas para mujeres y varones, tres cunas para bebés; ambiente para tóxico, farmacia, sala de espera, admisión de servicio, consultorio dental, materno infantil, servicios higiénicos. Con servicio básicos de agua y luz.

El centro de salud de Santa Rosa cuenta con el equipamiento siguiente: una ambulancia, con una moto, teléfono, microscopio, con equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, módulo

odontológico, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo.

3. Organización y gestión

El Centro de Salud Santa Rosa, es administrado por el médico, la enfermera está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran los técnicos y auxiliares de enfermería. Los servicios que presta el centro de salud son:

Atención a la demanda, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la Redes de Melgar y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial.

4.4.2 Centro de Salud Taraco

1. Diagnostico

El Centro de Salud Taraco, es categorizado como establecimiento de salud I-3 (Centro de salud sin internamiento). A su vez es considerado cabecera de Micro Red y bajo su responsabilidad se encuentran los siguientes establecimientos de salud: Huancullusco, Pukis, Ramis, Jasana Poccellin, Pusi, Samán, Chucaripo y Quejomocco.

Está ubicado en la capital del distrito de Taraco a 32 Kms de la ciudad de Juliaca, a lado izquierdo de la carretera Panamericana, inició su funcionamiento el 05 de abril de 1968.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 2979 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 32.90%, seguido por enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares 9.26%, otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores 7.25%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Taraco durante el período 2007 se han presentado 70 defunciones, de las cuales una de las causas son las enfermedades de las vías respiratorias superiores 18.6%, enfermedades del aparato urinario 14.3% y enfermedades del aparato digestivo 12.9%.

CUADRO N° 13
Recursos Humanos REDES: Taraco

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Médico	01	Nombrado
Enfermera	01	Nombrado
Enfermera	01	Contratada
Obstetriz	01	Nombrada
Asistencia Social	01	Contratada
Técnico Enfermería	06	Nombrados
Técnico Laboratorio	01	Nombrado
Técnico Sanitario	01	Nombrado
Técnico transportes	01	Nombrado

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud San Román

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material noble, con un área de construcción 250 m² con un terreno de área libre de 3 750 m². Además cuenta con ambientes de internamiento con ocho camas para mujeres y varones, dos cunas para bebés; ambiente para tóxico, farmacia, sala de espera, admisión de servicio, consultorio, materno infantil, servicios higiénicos. Con servicio básicos de agua y luz.

El centro de salud de Taraco cuenta con el equipamiento siguiente: una ambulancia, con una moto, teléfono, microscopio, con equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, módulo odontológico, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo.

3. Organización y gestión

El Centro de Salud Taraco, es administrado por el médico, la enfermera está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran los técnicos y auxiliares de enfermería. Los servicios que presta el centro de salud son:

Atención a la demanda, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la Redes San Román y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial

4.4.3 Puesto de Salud Ocuvi

1. Diagnostico

El Puesto de Salud Ocuvi, categorizado como establecimiento de salud I-1 (puesto de salud sin médico). Depende de la Micro Red de Ayaviri. Está ubicado en la capital del distrito de Ocuvi a 72 Kms de la ciudad de Ayaviri, inició su funcionamiento el año de 1977.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 2724 durante el año 2007, siendo como primera causa las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 39.83%, enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares 15.35% y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores 11.27%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Ocuvi durante el período 2007 se han presentado 18 defunciones, de las cuales una de las causas son las enfermedades del aparato circulatorio 67.7%, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 11.1%, y enfermedades del sistema digestivo 11.1%.

CUADRO N° 14
Recursos Humanos REDES: Ocuvi

Recursos humanos	Cantidad	Condición
Enfermera	01	SERUMS
Obstetriz	01	Nombrada
Técnico Enfermería	02	Nombrada

Fuente. Unidad de Personal RED de salud Melgar

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con una infraestructura propia construida con material noble, con un área de construcción 280 m² con un terreno de área libre de 920 m². Además cuenta con ambientes con cuatro camas para mujeres y varones, dos cunas para bebés; ambiente para tóxico, sala de uso múltiple, ambiente para reposo, consultorio, admisión de servicio, materno infantil, ambiente para historias clínicas, archivo y admisión, almacén. Con servicio básicos de agua, luz y desagüe.

El Puesto de salud de Ocuvi cuenta con el equipamiento siguiente: con una moto, microscopio, con equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico, balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo.

3. Organización y gestión

El Puesto de Salud Ocuvi, es administrado por la enfermera, la enfermera está a cargo de las estrategias de salud y bajo su

control se encuentran los técnicos y auxiliares de enfermería. Los servicios que presta el centro de salud son:

Atención de morbilidad, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la REDES de Melgar y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial.

4.4.4 Centro de Salud Capachica

1. Diagnostico

El Centro de Salud Capachica, es categorizado como establecimiento de salud I-3 (Centro de salud sin internamiento).
Depende de la Micro Red Coata.

Está ubicado en la capital del distrito de Capachica a 68 Kms de la ciudad de Puno, inició su funcionamiento el 02 de Mayo de 1975.

Morbilidad

En cuanto a morbilidad la población total atendida asciende a 5270 durante el año 2007, siendo como primera causa las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 25.67%, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 21.46%, trastornos de otras glándulas endocrinas 5.69%.

Mortalidad

La mortalidad respecto de la población total en el distrito de Capachica durante el período 2007 se han presentado 61 defunciones, sus causas son insuficiencia renal crónica 19.7% seguido por bronco neumonía 9.8%, cáncer de próstata 8.2%

CUADRO N° 15
Recursos Humanos REDES: Capachica

Especialidad	Cantidad	Condición Laboral
Médico	01	Nombrado
Cirujano Dentista	01	Nombrado
Enfermera	01	Nombrado
Obstetriz	01	Contratado
Biólogo	01	Contratado
Técnico Enfermería	02	Nombrados
Chofer	01	Nombrado
Trabajador de servicio	02	Nombrados

Fuente: Unidad de Personal de la RED de salud Puno

2. Infraestructura y equipamiento

Cuenta con dos infraestructuras propia construida con material de adobe con un área de 412.65 m² y otra de material noble, con un área de construcción 1853.12 m² con un terreno de área libre de 4 082.3 m². Además cuenta con ambientes para consultorio, saneamiento ambiental, de camas para mujeres y varones, dos cunas para bebés; ambiente para tóxico, farmacia, sala de espera, admisión, laboratorio, obstetricia, materno infantil, estadística, cochera. Con servicio básicos de agua, luz y desagüe.

El centro de salud de Capachica cuenta con el equipamiento siguiente: una ambulancia, con una moto, microscopio, con equipo de curaciones, equipo de cirugía menor, módulo odontológico, equipo de parto, esterilizador pupinel eléctrico,

balón de oxígeno, equipo de resucitación, camas clínicas, cunas, equipos de cómputo entre otros.

3. Organización y gestión

El Centro de Salud Capachica, es administrado por el médico, la enfermera está a cargo de las estrategias de salud y bajo su control se encuentran los técnicos de enfermería. Los servicios que presta el centro de salud son:

Atención a la demanda, atención integral, atención al medio y salud comunitaria. La gestión lo realiza el jefe del establecimiento de Salud, a la instancia de la Dirección de la Redes Puno y coordina con la unidad orgánica administrativa y asistencial

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 16

COMPARACIÓN DE ASPECTOS GENERALES CLAS - REDES

COMPARACIÓN DE ASPECTOS GENERALES	
CLAS	REDES - DIRESA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los establecimientos de salud Asociación de la Comunidad Local de Administración de Salud está categorizado como I-4 caso de CLAS Nuñoa (centro de salud con internamiento) Categorizado como establecimiento de salud I-3 caso CLAS Acora, Molino, Pilcuyo y Coata (centro de salud sin internamiento) Categorizado como establecimiento de salud I-3 (Centro de salud sin internamiento) Con categorizado I-2 caso CLAS Queñuani y Samán (Puesto de salud con médico). Categorizado como establecimiento de salud I-1 Caso CLAS Pinaya (puesto de salud) ▪ El Centro de Salud de Acora, Molino, Pilcuyo, Nuñoa y Coata están considerados como cabecera de Micro red Puestos de Salud de Queñuani depende de la Micro Red yunguyo, Samán depende de la Micro Red Juliaca y Pinaya depende de la Micro Red Santa Lucía. ▪ Los establecimientos de salud CLAS, en cuanto a gestión y el manejo de la ejecución del presupuesto, lo realiza el Consejo Directivo de la Comunidad y el Gerente (REDES-DIRESA) <p>(continua)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los establecimientos de salud REDES – DIRESA están categorizado como sigue: establecimiento de salud I-3 caso REDES Mazocruz, Ollaraya, Santa Rosa, Taraco y Capachica (Centros de salud sin internamiento). Categorizado como establecimiento de salud I-1 caso REDES Sullcacatura, Lampa Grande y Ocuvi (puestos de salud sin médico) ▪ El Centro de Salud de Mazocruz, Ollaraya y Taraco están considerados como cabecera de Micro red; Centro de Salud Santa Rosa y Puesto de salud dependen de la Micro Red Ayaviri; los puestos de Salud Sullcacatura depende de la Micro Red Acora, Lampa Grande depende de la Micro Red Pomata y el Centro de Salud Capachica depende de la Micro Red Coata. ▪ Los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA, en cuanto a gestión está a cargo del jefe del centro o puesto de salud y el manejo de la ejecución del presupuesto, lo realiza la unidad ejecutora de la REDES. <p>(continua)</p>

COMPARACIÓN DE ASPECTOS GENERALES	
CLAS	REDES - DIRESA
<p>(continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la zona Sur en el área Circunlacustre están ubicados las Asociaciones CLAS Molino, Pilcuyo y Queñuani, cuyas poblaciones se dedica a la actividad agrícola y a la crianza de ganado vacuno entre otros. Además la población de Queñuani se dedica a la actividad comercial por estar ubicado en el distrito de Yunguyo. <p>En la zona Intermedia se encuentra la Asociación CLAS Acora, cuya población se dedica a la actividad agrícola-pecuaria y comercio por su ubicación en la carretera Panamericana.</p> <p>En la zona Centro están ubicadas las Asociaciones CLAS Samán y Coata, cuyas poblaciones se dedica a la actividad agrícola pecuaria y están considerados como zona de extrema pobreza.</p> <p>En la zona Norte se encuentran las asociaciones CLAS Nuñoa su población se dedica a la actividad agropecuaria está ubicado cerca a la cordillera oriental y el puesto de salud CLAS Pinaya cuya población se dedica a la actividad pecuaria y además trabajan en la mina, está considerada como zona de extrema pobreza.</p>	<p>(continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la zona Sur en el área Circunlacustre se localiza el puesto de salud Sullcacatura su población de dedica a la crianza ovinos, vacunos y pesca. <p>En la zona Intermedia se tiene el puesto de salud Lampa Grande y el centro de salud Ollaraya Cuyas poblaciones se dedican a la actividad agrícola y comercial por estar ubicado en la frontera con Bolivia.</p> <p>En la zona Alta se encuentra el centro de salud Mazocruz, cuya población se dedica a la actividad de la crianza de camélidos y comercial por estar ubicado en la carretera binacional Desaguadero-Tacna.</p> <p>En la zona Centro se ubican los establecimientos de salud Capachica (circunlacustre) La población de dedica a la crianza ovinos, vacunos y pesca. La población se dedica a la actividad agrícola, pecuaria, pesca y al turismo vivencial.</p> <p>Y el centro de salud Taraco la población del área de influencia se dedica a la actividad agropecuaria está ubicado entre las provincias de San Román y Huancané (carretera asfaltada.)</p> <p>En la zona Norte se encuentran el centro de salud Santa Rosa, cuya población se dedica a la actividad agropecuaria y está ubicado en el corredor económico La Paz (Bolivia) - Puno-Cuzco, y el puesto de salud de Ocuvi, cuya población se dedica a la actividad pecuaria está considerado como zona de extrema pobreza</p>

Fuente: Elaboración propia en base a información CLAS-REDES.

Una situación importante a reconocer es que una buena parte de la población accede a los establecimientos de salud de las CLAS:

Por los procesos de sectorización y asignación de personal responsable del sector salud.

Asignación de agentes comunitarios como una estrategia de gestión que interactúan dinámicamente con la finalidad de vigilar y promover el autocuidado de la salud de las personas y familias.

La accesibilidad a los servicios de salud por parte de los usuarios depende de los indicadores: tarifas (consultas), horario, medicamentos, tiempo de espera y grado de satisfacción.

5.1 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE COBERTURA DE BASE Y COHORTES

Para la contrastación de las hipótesis planteadas se ha utilizado la Prueba de Chi – Cuadrado χ^2 , para cuya solución se aplica el procedimiento de la prueba de hipótesis, así, tenemos:

1 Hipótesis: H_0 : La administración del grado de cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base de los establecimientos de salud CLAS son iguales, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES - DIRESA - Puno.

H_1 : La administración del grado de cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base de los establecimientos de salud CLAS son diferentes, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES - DIRESA - Puno.

2 Nivel de significación: $\alpha = 0.01$

3 Estadígrafo de contraste:

Bajo la hipótesis de igualdad los valores de las frecuencias esperadas se muestran en el anexo: tablas N° 01 al 08 respectivamente, las cuales se han calculado con el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - e_i)^2}{e_i} =$$

Con los datos ejecutados u observados, así como con los datos esperados de la tabla N° 01 de la fila CLAS 1/ y REDES 2/, se obtiene el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi^2 = \frac{(63076 - 64157)^2}{64157} + \frac{(1815 - 1828)^2}{1828} + \frac{(1863 - 1757)^2}{1757} + \dots + \frac{(149 - 139)^2}{139}$$

$$\chi^2 = 220.24$$

TABLA Nº 01

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE EJECUTADOS												Chi Cuadrado (Ji C)	Atención cohorte CLAS y REDES (%)
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiseramio en niños de 1 año	4 Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y exámenes de mamas)	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes comunales de salud	12 Capacitación al personal de establecimiento		
	ACORA 1/	11,558	371	382	377	2,901	212	248	176	258	216	26		
SULCACATURA 2/	9,150	298	350	357	1,576	281	337	178	175	103	10	8	43.39	57.71
MOLINO 1/	2,150	138	164	150	1,608	208	133	125	125	135	8	24	88.82	42.29
LAMPA GRANDE 2/	1,865	91	80	143	984	95	112	78	100	73	10	10	25	49.57
PILCUYO 1/	13,458	169	190	270	581	122	178	137	139	136	16	25	283.48	50.43
MAZOCRUZ 2/	14,537	100	110	176	378	29	95	72	77	71	12	32	237.01	49.78
QUENUANI 1/	4,163	63	60	63	177	89	78	49	59	48	26	24	197.64	50.22
OLLARAYA 2/	3,856	92	95	100	555	96	73	36	53	46	10	21	248.68	53.57
NOÑO A 1/	16,717	410	413	409	1,538	730	316	287	316	365	36	20	228.22	38.28
SANTA ROSA 2/	17,535	533	276	367	1,030	694	366	364	257	276	29	21	28.76	49.84
SAMAN 1/	3,879	246	247	252	246	338	340	197	247	247	11	12	50.16	52.01%
TARACO 2/	3,295	189	230	197	557	319	187	152	103	173	9	17	78,804	47.99%
PINAYA 1/	2,443	85	100	92	2	182	57	46	49	47	16	19	164,197	100.00%
OCUVIRI 2/	1,341	61	65	52	115	92	48	30	62	59	5	16		
COATA 1/	8,708	333	307	321	1,243	138	297	340	378	333	8	12		
CAPACHICA 2/	8,709	335	310	325	1,248	144	304	348	387	343	19	24		
CLAS 1/	63,076	1,815	1,863	1,934	8,296	2,019	1,647	1,357	1,571	1,527	147	141	85,393	52.01%
REDES 2/	60,288	1,699	1,516	1,717	6,443	1,750	1,522	1,258	1,214	1,144	104	149	78,804	47.99%
	123,364	3,514	3,379	3,651	14,739	3,769	3,169	2,615	2,785	2,671	251	290	164,197	100.00%

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE ESPERADOS												Chi Cuadrado (Ji C)	Atención cohorte CLAS y REDES (%)
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiseramio en niños de 1 año	4 Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y exámenes de mamas)	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes comunales de salud	12 Capacitación al personal de establecimiento		
CLAS 1/	64,157	1,828	1,757	1,899	7,665	1,960	1,648	1,360	1,448	1,389	131	151	85,393	52.01%
REDES 2/	59,207	1,686	1,622	1,752	7,074	1,809	1,521	1,255	1,337	1,282	120	139	78,804	47.99%
	123,364	3,514	3,379	3,651	14,739	3,769	3,169	2,615	2,785	2,671	251	290	164,197	100.00%

El valor de estadígrafo calculado Chi cuadrado global de contraste para ambas establecimientos de salud de la administración CLAS diferencia.

REDES – DIRESA, es:

CLAS versus. REDES $\chi_c^2 = 220.424$

El valor de estadígrafo de contraste para los demás establecimientos de salud (CLAS diferencia. REDES) se da en la tabla N° 01, tal como:

Acora vs. Sulcacatura: $\chi_c^2 = 256.99$

Molino vs. Lampa Grande: $\chi_c^2 = 88.82$

Pilcuyo vs. Mazocruz: $\chi_c^2 = 383.48$

Queñuani vs. Ollaraya: $\chi_c^2 = 237.01$

Nuñoa vs. Santa Rosa: $\chi_c^2 = 167.64$

Saman vs. Taraco: $\chi_c^2 = 248.68$

Pinaya vs. Ocuvi: $\chi_c^2 = 228.22$

Coata vs. Capachica: $\chi_c^2 = 28.76$

El grado de libertad asociado al estadígrafo de contraste es

El grado de libertad de Chi Cuadrado es $gl = (r-1)(c-1) = 11$

Siendo: r = número de filas de la tabla de contingencia

c = número de columnas de la tabla de contingencia

Observamos en la tabla N° 01 que el promedio de grado de cumplimiento de doce indicadores de cohorte y cobertura de base, que 85393 del total de 164197 de la población atendida el 52.01% han sido

atendidos por los establecimientos de salud CLAS, en el período 2005 – 2006. Si existe diferencia alguna entre ambos establecimientos de salud CLAS y REDES - DIRESA, puede esperarse que 52.01% del promedio de 123364 personas atendidas de ambos establecimientos de salud. Por tanto la frecuencia esperada “E” para la casilla superior izquierda es 0.5201×123364 , o sea 64157 personas que se esperaba atender en promedio de consultas clínicas. En forma similar si hay diferencias entre la administración de CLAS y los establecimientos de salud REDES – DIRESA, puede esperarse que 52.01% de los 3514 niños, o sea 1828 niños menores de un año en promedio se esperaba vacunar de DPT por las CLAS.

Además se observa que 78804 personas en promedio del total de 164197 atendidos (47.99%) tuvieron atención por la Administración directa de la REDES – DIRESA. Por tanto, de los 3379 niños considerados por los directivos del sector salud, es decir, 0.4799×3379 , o sea 1622 niños menores de un año, esperaban ser atendidos con la vacunación anti-sarampión por los establecimientos de REDES –DIRESA.

4 Región crítica:

Para $\alpha = 0.01$ y $gl = 11$, en la tabla de Distribución χ^2 el valor tabulado:

$$\chi_{\alpha}^2(gl) = \chi_{1\%}^2(11) = 24.725 \text{ .luego la región crítica es}$$

$\chi_c^2 > 24.725$, es, decir, se verifica que los valores de Chi Cuadrado calculado son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución

$$\chi_t^2 = 24.725$$

5 Conclusión:

Puesto que se verifica que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_{1\%}^2(11) = 24.725$. se rechaza la H_0 (hipótesis nula), y se concluye que la administración del grado de cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base de los establecimientos de salud CLAS son diferentes, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA. Puno.

Más bien el cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base es debido a la gestión y participación de la comunidad a través de sus representantes en el Consejo Directivo de las CLAS, razón por la cual es diferente a los administrados por las REDES - DIRESA - Puno.

En atención a la demanda de servicios de salud aún es insuficiente, se está trabajando con los procesos de los componentes del modelo de atención integral de salud y existen aún deficiencias en el equipamiento en los centros, puestos de salud de las asociaciones por tanto la tecnología no es utilizada de manera tal que se posibilite el despliegue del conocimiento y capacidad creativa de la población mayoritaria de las partes más lejanas a la ciudad. Con el sistema de salud integral de salud SIS se ha contratado personal médico, no médico y técnicos asistenciales para mejorar la calidad y eficiencia en

la atención de salud, una de las fortalezas con que cuenta los establecimientos de salud de la DIRESA son las experiencias en atención primaria y trabajo comunitario.

Establecimientos de salud en el sector Aymara

En tanto podemos decir, que el distrito de Acora es mayor las infecciones agudas de las vías respiratorias es de 25.30% debido a las bajas temperaturas del clima que son cambiantes en la zona durante el año enfermándose con mayor incidencia los grupos etáreos de 1 a 9 años, seguido de las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 24.76% esto debido a la poca educación e información de parte del personal responsable del sector salud. En el área de influencia del Puesto de Salud de Sulcacatura durante el año 2007, las infecciones agudas de las vías respiratorias es en un 17.43%, y las enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares con 9.43% siendo estos porcentajes menores respecto al centro de salud de Acora.

5.2 CUMPLIMIENTO DE CINCO UNIDADES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS.

1Hipótesis: H_0 . El incremento del grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años de los establecimientos de salud CLAS está en relación a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

H_1 : El incremento del grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años de los establecimientos de salud CLAS

no está en relación con los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

2 Nivel de significación: $\alpha = 0.01$

3 Estadígrafo de contraste:

Los valores de las frecuencias esperadas se muestran en el anexo: tablas N° 09 al 16 respectivamente, las cuales se han calculado con el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - e_i)^2}{e_i} =$$

Con los datos ejecutados u observados, así como con los datos esperados de la tabla N° 02 de la fila CLAS 1/ y REDES 2/, se obtiene el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi^2 = \frac{(70406 - 70011)^2}{70011} + \frac{(1986 - 2174)^2}{2174} + \dots + \frac{(1808 - 1608)^2}{1608}$$

$$\chi^2 = 90.21$$

TABLA Nº 02

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECI-MIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS					Chi Cuadrado (JI C)	Indicadores de base CLAS y REDES (%)
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
ACORA 1/	11,558	382	377	248	176	53.25	55.12
SULCACATURA 2/	9,150	350	357	337	178		44.88
MOLINO 1/	2,563	164	150	133	125	33.19	56.84
LAMPA GRANDE 2/	1794	166	153	137	130		43.16
PILCUYO 1/	13,554	190	270	178	137	52.28	49.52
MAZOCRUZ 2/	13,957	168	136	214	131		50.48
QUEÑUANI 1/	4,163	60	63	78	49	14.27	49.18
OLLARAYA 2/	4,215	85	96	94	70		50.82
NOÑO A 1/	16,831	413	410	316	287	34.72	48.28
SANTA ROSA 2/	17,836	587	385	357	394		51.72
SAMAN 1/	4,222	245	248	240	184	65.79	58.07
TARACO 2/	2,785	252	250	237	186		41.93
PINAYA 1/	2,443	100	92	57	46	25.94	57.75
OCUVIRI 2/	1,690	110	103	62	38		42.25
COATA 1/	15,072	432	1,508	1,725	510	60.90	51.87
CAPACHICA 2/	13,854	510	1,351	1,460	681		48.13
CLAS 1/	63,076	1,863	1,934	1,648	1,360	79,999	51.60%
REDES 2/	60,288	1,516	1,717	1,521	1,255	75,046	48.40%
	123,364	3,379	3,651	3,169	2,615	155,045	100.00%

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECI-MIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS					Chi Cuadrado (JI C)	Indicadores de base CLAS y REDES (%)
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisarampi on en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
CLAS 1/	63,652	1,743	1,884	1,635	1,349	79,999	
REDES 2/	59,712	1,636	1,767	1,534	1,266	75,046	
	123,364	3,379	3,651	3,169	2,615	155,045	

El valor de estadígrafo calculado Chi cuadrado global de contraste para ambas establecimientos de salud de la administración CLAS diferencia. REDES – DIRESA, es:

CLAS versus. REDES $\chi_c^2 = 90.21$

El valor de estadígrafo de contraste para los demás establecimientos de salud (CLAS diferencia. REDES) se da en la tabla N° 02, tal como:

Acora vs. Sulcacatura: $\chi_c^2 = 53.25$

Molino vs. Lampa Grande: $\chi_c^2 = 33.19$

Pilcuyo vs. Mazocruz: $\chi_c^2 = 52.28$

Queñuani vs. Ollaraya: $\chi_c^2 = 14.27$

Nuñoa vs. Santa Rosa: $\chi_c^2 = 34.72$

Saman vs. Taraco: $\chi_c^2 = 65.79$

Pinaya vs. Ocuvi: $\chi_c^2 = 25.94$

Coata vs. Capachica: $\chi_c^2 = 60.90$

El grado de libertad asociado al estadígrafo de contraste es

El grado de libertad de Chi Cuadrado es $gl = (r-1)(c-1) = 4$

Siendo: r = número de filas de la tabla de contingencia

c = número de columnas de la tabla de contingencia

4 Región crítica:

Para $\alpha = 0.01$ y $gl = 4$, en la tabla de Distribución χ^2 el valor tabulado:

$\chi_\alpha^2(gl) = \chi_{1\%}^2(4) = 13.277$. luego la región crítica es

$\chi_c^2 > 13.277$, es, decir, se verificar que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_t =^2 13.277$

5 Conclusión:

Puesto que se verifica que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_{1\%}^2(4) = 13.277$ se rechaza la H_0 (hipótesis nula), y se concluye que el incremento del grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años de los establecimientos de salud CLAS no está en relación con los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

La responsabilidad directa de las acciones para la ejecución del programa de salud local PSL, así como del gasto de los recursos financieros transferidos, la vigilancia del uso correcto de los bienes y servicios entregados en administración a la Asociación de las CLAS, es de la DIRESA y al mismo tiempo está encargada del asesoramiento permanente, de asegurar el cumplimiento del proceso de planeamiento, programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades del programa de salud local PSL en forma anual, de la marcha administrativa y normativa de la Administración Compartida.

Los ingresos económicos en las familias en los espacios sanitarios donde actualmente existen las CLAS, se mantienen en bajo nivel especialmente en las poblaciones pobres y de extrema pobreza,

repercutiendo en una baja capacidad adquisitiva, deteriorando la calidad de vida por limitar al acceso de los servicios e salud, así como al acceso a la educación.

El conocimiento sobre el proceso salud enfermedad se encuentra sujeto a creencias, ritos religiosos, costumbres (idiosincrasia cultural) cuyos principios morales y espirituales relacionan con su entorno geofísico, ecológico y astronómico para atribuir las causas y consecuencias de la enfermedad, así como su tratamiento y/o curación.

La oferta de servicios de salud en los dos últimos años se ha venido incrementando progresivamente de manera importante, especialmente a partir de la implementación del programa de administración compartida, que inicie de manera especial en el campo de los recursos humanos, con la presencia de las asociaciones CLAS, implementando de la gestión de calidad de atención así como del sistema de referencia y contrarreferencia, implementación del modelo de atención integral de salud MAIS y mejora continua de la calidad de servicios de atención.

5.3 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

1 Hipótesis: H_0 ., El incremento del grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud de los establecimientos de salud CLAS es igual, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

H_1 : El incremento del grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud de los establecimientos de salud CLAS es diferente, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

Los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud es independiente respecto a los administrados por la DIRESA - Puno.

2 Nivel de significación: $\alpha = 0.01$

3 Estadígrafo de contraste:

Bajo la hipótesis de dependencia los valores de las frecuencias esperadas se muestran en el anexo: tablas N° 17 al 24 respectivamente, las cuales se han calculado con el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - e_i)^2}{e_i} =$$

Con los datos ejecutados u observados, así como con los datos esperados de la tabla N° 03 de la fila CLAS 1/ y REDES 2/, se obtiene el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi^2 = \frac{(72023 - 71654)^2}{71657} + \frac{(15992 - 16307)^2}{16307} + \dots + \frac{(671 - 780)^2}{780}$$

$$\chi^2 = 49.46$$

TABLA N° 03

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD						Chi Cuadrado (Jl C)	Atención a demanda de servicios de salud CLAS y REDES (%)
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tóxico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
ACORA 1/	11,558	3,378	2	3,021	89	82.50	53.89
SULCACATURA 2/	9,150	3,340	2	2,856	93		46.11
MOLINO 1/	2,563	2,829	2	512	103	16.86	55.26
LAMPA GRANDE 2/	1,979	2,268	2	507	109		44.74
PILCUYO 1/	14,553	2,881	2	3,433	141	11.74	49.72
MAZOCRUZ 2/	14,591	2,945	2	3,613	98		50.28
QUENUANI 1/	4,163	227	2	2,464	52	47.97	49.91
OLLARAYA 2/	4,153	393	2	2,338	47		50.09
NONOA 1/	16,717	2,464	1	2,531	322	43.44	49.15
SANTA ROSA 2/	17,544	2,507	1	2,554	187		50.85
SAMAN 1/	4,002	724	1	795	165	15.88	51.40
TARACO 2/	3,754	761	1	759	102		48.60
PINAYA 1/	2,443	738	2	994	46	37.12	58.33
OCUVIRI 2/	1,535	588	2	862	30		41.67
COATA 1/	16,024	2,751	1	1,915	10	34.30	50.97
CAPACHICA 2/	15,129	3,035	1	1,740	5		49.03
CLAS 1/	72,023	15,992	13	15,665	928	104,621	51.23%
REDES 2/	67,835	15,837	13	15,229	671	99,585	48.77%
	139,858	31,829	26	30,894	1,599	204,206	100.00%

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD						Chi Cuadrado (Jl C)	Atención a demanda de servicios de salud CLAS y REDES (%)
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tóxico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
CLAS 1/	71,654	16,307	13	15,828	819	104,621	
REDES 2/	68,204	15,522	13	15,066	780	99,585	
	139,858	31,829	26	30,894	1,599	204,206	

El valor de estadígrafo calculado Chi cuadrado global de contraste para ambas establecimientos de salud de la administración CLAS diferencia. REDES – DIRESA, es:

CLAS versus. REDES $\chi_c^2 = 49.46$

El valor de estadígrafo de contraste para los demás establecimientos de salud (CLAS diferencia. REDES) se da en la tabla N° 03, tal como:

Acora vs. Sulcacatura: $\chi_c^2 = 82.50$

Molino vs. Lampa Grande: $\chi_c^2 = 16.86$

Pilcuyo vs. Mazocruz: $\chi_c^2 = 11.74$

Queñuani vs. Ollaraya: $\chi_c^2 = 47.97$

Nuñoa vs. Santa Rosa: $\chi_c^2 = 43.44$

Saman vs. Taraco: $\chi_c^2 = 15.88$

Pinaya vs. Ocuvi: $\chi_c^2 = 37.12$

Coata vs. Capachica: $\chi_c^2 = 34.30$

El grado de libertad asociado al estadígrafo de contraste es

El grado de libertad de Chi Cuadrado es $gl = (r-1)(c-1) = 4$

Siendo: r = número de filas de la tabla de contingencia

c = número de columnas de la tabla de contingencia

Observamos en la tabla N° 03 que el promedio de grado de cumplimiento de atención a la demanda de servicios de salud, que 104621 del total de 204206 de atención a la demanda de servicios de

salud de la población el 51.23% han sido atendidos por los establecimientos de salud CLAS, en el período 2005 – 2006. Si existe diferencia alguna entre ambos establecimientos de salud CLAS y REDES - DIRESA, puede esperarse que 51.23% del promedio de 139858 de atención a la demanda de consultas clínicas. Por tanto la frecuencia esperada “E” para la casilla superior izquierda es 0.5123×138858 , o sea 71654 promedio de demanda esperada de consultas clínicas En forma similar si hay diferencias entre las administración de CLAS y los establecimientos de salud REDES – DIRESA, puede esperarse que 51.23% de los 31829, o sea 16307 atenciones en promedio fue la demanda esperada en consultas dentales para las CLAS.

Además se observa que 99585 promedio de servicios de salud, del total de 204206 de atención a la demanda (48.77%) de la demanda de servicios de salud, tuvieron atención efectiva por la Administración directa de la REDES – DIRESA. Por tanto, de los 31829 de la demanda considerados por los directivos del sector salud, es decir, 0.4877×31829 , o sea 15522 fue la demanda esperada en consultas dentales para los establecimientos de salud REDES –DIRESA.

4 Región crítica:

Para $\alpha = 0.01$ y $gl = 4$, en la tabla de Distribución χ^2 el valor tabulado:

$$\chi_{\alpha}^2(gl) = \chi_{1\%}^2(4) = 13.277 \text{ . luego la región crítica es}$$

$\chi_c^2 > 13.277$, es, decir, se verificar que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_i^2 = 13.277$

5 Conclusión:

Puesto que se verifica que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_{1\%}^2(4) = 13.277$. se rechaza la H_0 (hipótesis nula), y se concluye que los establecimientos de salud CLAS, incrementa, el grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud de manera independiente respecto a los administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

Observamos que, en la columna "Total" del anexo, tabla N° 21 que 22035 de los 44828 de la población del área de influencia (49.15%) han sido atendidos por la CLAS Nuñoa. Si no existe dependencia alguna entre ambas establecimientos de salud, puede esperarse que 49.15% del promedio de 34261 personas tuvieron una atención efectiva por la CLAS Nuñoa. Por tanto la frecuencia esperada "E" en le siguiente tabla es 0.4915×34261 , o sea 16841 personas atendidas promedio de consultas clínicas efectivamente. En forma similar si no hay dependencia entre las administración de CLAS Nuñoa y el establecimiento de salud Santa Rosa, puede esperarse que 49.15% de los 4971 consultas dentales, o sea 2443 consultas dentales en promedio tuvieron atención efectiva por la CLAS Nuñoa.

Además se observa que 22793 persona en promedio del total de 44828 atendidos (50.85%) tuvieron atención por la Administración directa de la DIRESA de Santa Rosa. Por tanto, de los 5085 de atenciones de tópico considerados por los directivos del sector salud y que tuvieron atención de servicios de salud, es decir, 0.5085×5085 , o sea 2500 de atenciones de tópico corresponden en forma efectiva al establecimiento de salud Santa Rosa.

Los demás indicadores, tienen la misma connotación, tales como: Promedio de Consultas clínicas; Promedio de Consultas dentales; Promedio de Consultas de psicología; Promedio de Atenciones de tópico; Promedio de Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación).

Al inicio de la implementación de las CLAS generó un desequilibrio en la administración en las REDESS por los enfrentamientos entre los establecimientos que eran CLAS y los no CLAS, lo cual no ha debido ser. La experiencia de las CLAS en la DIRESA Puno tanto en el campo de la toma de decisiones, como en la administración de los talentos humanos, recursos financieros por parte de los diferentes CLAS y las necesidades de la población ha dado una posibilidad de programación participativa plasmada en los programas de salud local, que tuvieron que ser oportunamente sistematizados, así como evaluados y monitoreados en función al cumplimiento de las metas y objetivos, haciendo hincapié y poniendo énfasis en la medición de los indicadores de proceso referidos a la eficiencia.

En diciembre del año 1994, el primer CLAS creado fue el Puesto de Salud Molino de la REDESS Chuchito-Juli, se inicia la experiencia de unir esfuerzos entre la comunidad organizada y el Ministerio de Salud para que en forma conjunta administren el establecimiento de salud sea los recursos humanos, económicos y financieros que se requieren para el buen funcionamiento del establecimiento de salud del primer nivel de atención.

5.4 RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL EN SALUD

1 Hipótesis: H_0 Los establecimientos de salud CLAS, no incrementa, el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico, debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los establecimientos administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

H_1 : Los establecimientos de salud CLAS, si incrementa, el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico, debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

2 Nivel de significación: $\alpha = 0.01$

3 Estadígrafo de contraste:

Bajo la hipótesis de dependencia los valores de las frecuencias esperadas se muestran en el anexo: tablas N° 25 al 32 respectivamente, las cuales se han calculado con el estadígrafo Chi Cuadrado:

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - e_i)^2}{e_i} =$$

Con los datos

ejecutados u observados, así como con los datos esperados de la tabla N° 04 de la fila CLAS 1/ y REDES 2/, se obtiene el estadígrafo

Chi Cuadrado:

$$\chi^2 = \frac{(59469 - 59157)^2}{59157} + \dots + \frac{(14029 - 14415)^2}{14415}$$

$$\chi^2 = 93.26$$

TABLA N° 04

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO				Chi Cuadrado (Jl C)	Atención a la población por profesion ales en salud CLAS y REDES
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				
	Consultas clínicas 1	Consultas dentales 2	Atenciones de tópico 3		
ACORA 1/	11,558	3,378	3,021	80.65	53.92
SULCACATURA 2/	9,150	3,340	2,856		46.08
MOLINO 1/	2,563	2,829	512	12.93	55.40
LAMPÁ GRANDE 2/	1,979	2,268	507		44.60
PILCUYO 1/	14,553	2,881	3,433	59.11	49.17
MAZOCRUZ 2/	15,742	2,548	3,278		50.83
QUEÑUANI 1/	4,163	227	2,464	35.69	48.33
OLLARAYA 2/	4,342	393	2,594		51.67
NOÑO A 1/	4,163	227	2,464	47.46	49.64
SANTA ROSA 2/	4,223	393	2,338		50.36
SAMAN 1/	4,002	724	795	21.31	51.92
TARACO 2/	3,754	761	597		48.08
PINAYA 1/	2,443	738	994	36.85	58.31
OCUVIRI 2/	1,535	588	862		41.69
COATA 1/	16,024	2,651	1,885	581.96	50.49
CAPACHICA 2/	15,129	4,035	997		49.51
CLAS 1/	59,469	13,655	15,568	88,692	51.30%
REDES 2/	55,854	14,326	14,029	84,209	48.70%
	115,323	27,981	29,597	172,901	100.00%

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO				Chi Cuadrado (Jl C)	Atención a la población por profesion ales en salud CLAS y REDES
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	Consultas clínicas 1	Consultas dentales 2	Atenciones de tópico 3		
CLAS 1/	59,157	14,353	15,182	88,692	
REDES 2/	56,166	13,628	14,415	84,209	
	115,323	27,981	29,597	172,901	

El valor de estadígrafo calculado Chi cuadrado global de contraste para ambas establecimientos de salud de la administración CLAS diferencia. REDES – DIRESA, es:

CLAS versus. REDES $\chi_c^2 = 93.26$

El valor de estadígrafo de contraste para los demás establecimientos de salud (CLAS diferencia. REDES) se da en la tabla N° 04, tal como:

Acora vs. Sulcacatura: $\chi_c^2 = 80.65$

Molino vs. Lampa Grande: $\chi_c^2 = 12.93$

Pilcuyo vs. Mazocruz: $\chi_c^2 = 59.11$

Queñuani vs. Ollaraya: $\chi_c^2 = 35.69$

Nuñoa vs. Santa Rosa: $\chi_c^2 = 47.46$

Saman vs. Taraco: $\chi_c^2 = 21.31$

Pinaya vs. Ocuvi: $\chi_c^2 = 36.85$

Coata vs. Capachica: $\chi_c^2 = 581.96$

El grado de libertad asociado al estadígrafo de contraste es

El grado de libertad de Chi Cuadrado es $gl = (r-1)(c-1) = 2$

Siendo: r = número de filas de la tabla de contingencia

c = número de columnas de la tabla de contingencia

Observamos en la tabla N° 04 que el promedio de rendimiento del grupo profesional medico, no medico y técnico, que 88692 del total de 172901 de la población atendida el 51.30% han sido atendidos por los

establecimientos de salud CLAS, en el período 2005 – 2006. Si existe diferencia alguna entre ambas establecimientos de salud CLAS y REDES - DIRESA, puede esperarse que 51.30% del promedio de 115323 atenciones por el grupo profesional de ambas establecimientos de salud. Por tanto la frecuencia esperada “E” para la casilla superior izquierda es 0.5130×115323 o sea 59157 promedio de atenciones que se esperaba consultas clínicas En forma similar si hay diferencias entre las administración de CLAS y los establecimientos de salud REDES – DIRESA , puede esperarse que 51.30% de los 27981, o sea 14353 promedio de servicios de consultas dentales se esperaba para los establecimientos de salud CLAS.

Además se observa que 84209 personas en promedio del total de 172901 atendidos (48.70%) tuvieron atención efectiva por la Administración directa de la REDES – DIRESA. Por tanto, de los 29597 atenciones promedio considerados por los directivos del sector salud, es decir, 0.4870×29597 , o sea 14415 promedio esperaban atenciones de tópico, para los establecimientos de REDES –DIRESA.

4 Región crítica:

Para $\alpha = 0.01$ y $gl = 2$, en la tabla de Distribución χ^2 el valor tabulado:

$$\chi_{\alpha}^2(gl) = \chi_{1\%}^2(2) = 9.210 . \text{ luego la región crítica es}$$

$\chi_c^2 > 9.210$, es, decir, se verificar que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_i^2 = 9.210$

5 Conclusión:

Puesto que se verifica que los valores de Chi Cuadrados calculados son mayores que el valor tabulado de la tabla de distribución $\chi_{1\%}^2(2) = 9.210$ rechaza la H_0 y se concluye que los establecimientos de salud CLAS, si incrementa, el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico, debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA – Puno

El nombramiento de los médicos gerentes ha afectando la conducción de las CLAS, por la renuncia al cargo debido a la disminución de horas laborales y no cuentan con retribución adicional, creando una actitud negativa hacia el cumplimiento del programa de salud local y de sus funciones.

En el nombramiento del personal no médico y técnico debería ser analizado, con la experiencia del nombramiento de los médicos influiría en el desempeño, reducción de horas de oferta disponibles e impacto sobre el modelo de gestión. La cultura organizacional es poco compartida dentro de los trabajadores, si bien es cierto que se está poniendo énfasis en ello, con reuniones de sensibilización, en algunos casos por la idiosincrasia de la población e intereses de algunos

políticos locales se ha interpretado equivocadamente el papel de los directivos de la asociación CLAS.

CONCLUSIONES

En primer lugar el contraste con la tabla de distribución Chi Cuadrado el valor tabulado para un nivel de significación de 1%, con un grado de libertad igual a 11 es 24.725, por lo que los valores calculados de Chi Cuadrado son mayores, para todas las contrastes de los establecimientos de salud CLAS comparados con la administración por las REDES-DIRESA. Por lo que se concluye que la administración del grado de cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base de los establecimientos de salud CLAS, son diferentes, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA. Puno.

Más bien el cumplimiento de atención de las cohortes y cobertura de base es debido a la gestión de la Gerencia y participación de la comunidad a través de sus representantes en el Consejo Directivo de las CLAS, razón por la cual es diferente a los administrados por la REDES - DIRESA - Puno.

En cuanto a grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años los estadígrafos calculados de Chi Cuadrados son mayores respecto a los valores tabulados, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el incremento del grado de cumplimiento de cinco unidades de base en los dos últimos años de los establecimientos de salud CLAS no está

en relación con los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

Puesto que el valor de Chi Calculado para un nivel de significación de 1%, con 4 grados de libertad es igual 13.277. Por consiguiente, el grado de la atención a la demanda de servicios de salud el estadígrafo Chi Cuadrado estimado arroja también valores que superan a los valores tabulados, es así, se acepta la hipótesis alterna y se concluye que los establecimientos de salud CLAS, incrementan, el grado de cumplimiento de la atención a la demanda de servicios de salud de manera independiente respecto a los administrados por las REDES-DIRESA - Puno.

Puesto que el valor de Chi cuadrado tabulado para un nivel de 1%, con 2 grados de libertad es igual a 9.210 , es decir, que el Chi cuadrado calculado, también con un nivel de significación de 1%, con grado de libertad igual a 2, los valores son mayores, por tanto se concluye que los establecimientos de salud CLAS, si incrementan, el grado de rendimiento del grupo profesional médico, no médico y técnico, debido a la gestión y participación de la comunidad, respecto a los establecimientos de salud administrados por las REDES-DIRESA – Puno

Por tanto los establecimientos de salud de administración compartida con la comunidad organizada, han demostrado mejores resultados en la gestión durante el periodo de estudio, ya que los servicios brindados a la comunidad tienen mayor porcentaje en contraste a los administrados directamente por la REDES-DIRESA. De igual modo encontramos que las diferencias de atención a la salud son significativas entre los indicadores de cada hipótesis.

Además, podemos afirmar, que las causas de morbilidad y mortalidad son diferentes por su ubicación geográfica de los establecimientos de salud y por la población demandante a los servicios de salud e instituciones con quienes coordinan las actividades preventivo y promoción contra las enfermedades.

De igual modo, se cuenta con mayor incidencia en morbilidad debido a que hay distritos con mayor densidad poblacional en comparación con otros establecimientos de salud. Asimismo en las causas de las vías respiratorias la diferencia de porcentajes es mínima, debido a que son distritos con presencia de instituciones con quienes coordinan sus actividades de prevención y promoción contra las enfermedades.

RECOMENDACIONES

El recurso humano médico, no médico, técnico deben ser capacitados permanentemente en los procesos de implementación del modelo de atención integral de salud; y a los miembros representantes del Consejo Directivos de las CLAS en el manejo del presupuesto, gestión. y en los lineamientos de políticas de salud.

La rotación del personal nombrado profesional y técnico que laboran en los Establecimientos de Salud de las CLAS deben ser destacados con el consentimiento y aprobación de los Directivos de las CLAS.

La población beneficiaria debe estar informado de la integración financiera, y de los reembolsos de los recursos ordinarios y recursos directamente recaudados del seguro integral de salud debiendo ser depositados oportuna y directa a la cuenta corriente de las CLAS.

La infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud de las CLAS deben ser funcionales, adecuados, y con tecnología actualizada.

Los Directivos, los Gerentes y trabajadores deben tener conocimiento sobre las modificaciones más importantes de las disposiciones y normas emanadas por el Ministerio de Salud (MINSA)

Incorporar al 100% los establecimientos de salud de las REDES-DIRESA – Puno, al Programa de Administración compartida.

Capacitación permanente y sostenida a los Directores y el personal de REDES–DIRESA en el conocimiento de la Ley General de Salud N° 26842.

BIBLIOGRAFIA

BRONFMAN y M. GLEIZER (1994) Participación Comunitaria. Cuadernos de salud pública.

CORTEZ, Rafael (1998) Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Universidad del Pacífico. Centro de Investigaciones.

CORTEZ Rafael y Paúl PHUMPIU (1998) La entrega de Servicios de Salud en los centros de administración compartida (CLAS): El caso del Perú. Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo – Banco Interamericano de desarrollo.

FERRER HERRERA M y Tania BORROTO SALDIVAR (2001) La participación de la comunidad en Salud. Red Cubana Medicina General Integral

HOMEDES Nuria y Antonio UGALDE (2004) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Revista Panamericana de Salud Pública. 17(3)

MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (1994) Actividades de participación Comunitaria. Documento de Trabajo. Lima Perú

MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE ACUERDOS DE GESTIÓN (1998) Guía II para la organización y la

- gestión de los CLAS (Comités Locales de administración de salud).
Lima-Perú. 177 págs.
- MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE
ACUERDOS DE GESTIÓN (2004) La salud integral: compromiso de
todos. El modelo de Atención Integral de salud. Lima-Perú.
- MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE
ACUERDOS DE GESTIÓN (2005) Organización y funciones de la
asociación CLAS. Administración Compartida. Lima – Perú. 112 págs
- MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE
ACUERDOS DE GESTIÓN (2005) Encuentro macro regional de
administración compartida 2005. Lima - Peru.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD World Health Organization.
USAID 1978 Primary Health care. Geneva
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1987) La carta de
Ottawa suscribe un nuevo concepto: la promoción de la salud.
- PARTICIPACIÓN SOCIAL. SISTEMAS LOCALES DE SALUD.(1990)
HSD/Silo-3. Washington
- PARTICIPACIÓN SOCIAL.(1990) Washington DC: OPS; (Serie
Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
- LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DESARROLLO DE LA SALUD:
EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS.(1995) Washington DC: OPS;
(Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud
República de Colombia.)

POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN EN PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD: VERSIÓN PRELIMINAR (1991). Santa Fe de Bogotá: República de Colombia.

UGALDE, ANTONIO; Y HOMEDES, NURIA (2004) Las reformas neoliberales del sector salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano. Revista Panamericana de Salud Publica.

ACOSTA SAAL, Carlos (2006) RIDAC, Revista Informática de Administración Compartida – Ministerio de Salud

MINISTERIO DE SALUD (2006) Encuentro Macroregional Sur de Administración Compartida – Directiva Administrativa N° 095–MINSA/DGSP-V.01 - Huancayo Perú.

MINISTERIO DE SALUD (2001) Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 – La Salud Integral Compromiso de todos; El Modelo de Atención Integral de Salud.

ANEXOS

TABLA N° 01

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE EJECUTADOS												Capacitación al personal de establecimiento	%
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiseramio en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CREA) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y exámenes de mamas	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes de comunales de salud	12		
ACORA 1/	11,558	371	382	377	2,901	212	248	176	258	216	26	5	16,730	56.61
SULCACATURA 2/	9,150	298	350	357	1,576	281	337	178	175	103	10	8	12,823	43.39
	20,708	669	732	734	4,477	493	585	354	433	319	36	13	29,553	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE ESPERADOS												Capacitación al personal de establecimiento	%
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiseramio en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CREA) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y exámenes de mamas	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes de comunales de salud	12		
ACORA	11,723	379	414	416	2,534	279	331	200	245	181	20	7	16,730	56.61
SULCACATURA	8,985	290	318	318	1,943	214	254	154	188	138	16	6	12,823	43.39
	20,708	669	732	734	4,477	493	585	354	433	319	36	13	29,553	100.00

TABLA N° 02
PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE													
	EJECUTADOS													
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiseramio en niños de 1 año	4 Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y examen de mamas)	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes comunales de salud	12 Capacitación al personal de establecimiento		
MOLINO 1/	2,150	138	164	150	1,608	208	133	125	125	135	8	24	4,968	57.71
LAMPÁ GRANDE 2/	1,865	91	80	143	984	95	112	78	100	73	10	10	3,641	42.29
	4,015	229	244	293	2,592	303	245	203	225	208	18	34	8,609	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE													
	ESPERADOS													
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiseramio en niños de 1 año	4 Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y examen de mamas)	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes comunales de salud	12 Capacitación al personal de establecimiento		
MOLINO	2,317	132	141	169	1,496	175	141	117	130	120	10	20	4,968	
LAMPÁ GRANDE	1,698	97	103	124	1,096	128	104	86	95	88	8	14	3,641	
	4,015	229	244	293	2,592	303	245	203	225	208	18	34	8,609	

TABLA Nº 04

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE EJECUTADOS												%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
QUENUANI 1/	4,163	63	60	63	177	89	78	49	59	48	26	24	4,899	
OLARAYA 2/	3,856	92	95	100	555	96	73	36	53	46	10	21	5,033	
	8,019	155	155	163	732	185	151	85	112	94	36	45	9,932	
FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.														
1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.														
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD														
PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE ESPERADOS														
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Consultas Clínicas	Vacunación DPT < 1 año	Vacunación antisarampio en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	Descarte dental en escolares	Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y examen de mamas)	Controles prnatales (BRO y ARO)	Atención de parto	Control de puerperio	Atención y examen del recién nacido	Capacitación para agentes comunales de salud	Capacitación al personal de establecimiento		
QUENUANI	3,955	76	76	80	361	91	74	42	55	46	18	22	4,899	
OLARAYA	4,064	79	79	83	371	94	77	43	57	48	18	23	5,033	
	8,019	155	155	163	732	185	151	85	112	94	36	45	9,932	

TABLA N° 05

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE EJECUTADOS												%	
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiasmático en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y exámenes de mamas	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes de salud comunales de	12 Capacitación al personal de establecimiento		
NOÏOA 1/	16,717	410	413	409	1,538	730	316	287	316	365	36	20	21,557	49.78
SANTA ROSA 2/	17,535	533	276	367	1,030	694	366	364	257	276	29	21	21,748	50.22
	34,252	943	689	776	2,568	1,424	682	651	573	641	65	41	43,305	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLEC

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE ESPERADOS

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE ESPERADOS												%	
	1 Consultas Clínicas	2 Vacunación DPT < 1 año	3 Vacunación antiasmático en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	6 Descarte de Ca ginecológico (incluye PAP y exámenes de mamas	7 Controles prenatales (BRO y ARO)	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes de salud comunales de	12 Capacitación al personal de establecimiento		
NOÏOA	17,050	469	343	386	1,278	709	339	324	285	319	32	20	21,557	
SANTA ROSA	17,202	474	346	390	1,290	715	343	327	288	322	33	21	21,748	
	34,252	943	689	776	2,568	1,424	682	651	573	641	65	41	43,305	

TABLA N° 06

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE EJECUTADOS												%	
	1 Consultas Clínicas	2 < 1 año Vacunación DPT	3 Vacunación antistampilo en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	Descarte de Ca	6 ginecológico (incluye PAP y examen de mamas	7 ARO) y	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes comunales de salud		12 Capacitación al personal de establecimiento
SAMAN 1/	3,879	246	247	252	246	338	340	197	247	247	11	12	6,262	53.57
TARACO 2/	3,295	189	230	197	557	319	187	152	103	173	9	17	5,428	46.43
	7,174	435	477	449	803	657	527	349	350	420	20	29	11,690	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE ESPERADOS												%	
	1 Consultas Clínicas	2 < 1 año Vacunación DPT	3 Vacunación antistampilo en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	5 Descarte dental en escolares	Descarte de Ca	6 ginecológico (incluye PAP y examen de mamas	7 ARO) y	8 Atención de parto	9 Control de puerperio	10 Atención y examen del recién nacido	11 Capacitación para agentes comunales de salud		12 Capacitación al personal de establecimiento
SAMAN	3,843	233	256	241	430	352	282	187	187	225	11	16	6,262	53.57
TARACO	3,331	202	221	208	373	305	245	162	163	195	9	13	5,428	46.43
	7,174	435	477	449	803	657	527	349	350	420	20	29	11,690	100.00

TABLA Nº 07

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE													
	EJECUTADOS													
PINAYVA 1/	Consultas Clínicas 1	Vacunación DPT < 1 año 2	Vacunación antisarampi o en niños de 1 año 3	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 4 años 4	Descarte dental en escolares 5	Descarte de Ca ginecologico (incluye PAP y exámen de mamas) 6	Controles prnatales (BRO y ARO) 7	Atención de parto 8	Control de puerperio 9	Atención y examen del recién nacido 10	Capacitación para agentes comunales de salud 11	Capacitación al personal de establecimiento 12	3,138 1,946 5,084	% 61.72 38.28 100.00
OCUVIRI 2/	1,341	61	65	52	115	92	48	30	62	59	5	16	19	
	3,784	146	165	144	117	274	105	76	111	106	21	35		

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.
1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLEC

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE

ESPERADOS

PINAYVA	Consultas Clínicas 1	Vacunación DPT < 1 año 2	Vacunación antisarampi o en niños de 1 año 3	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 4 años 4	Descarte dental en escolares 5	Descarte de Ca ginecologico (incluye PAP y exámen de mamas) 6	Controles prnatales (BRO y ARO) 7	Atención de parto 8	Control de puerperio 9	Atención y examen del recién nacido 10	Capacitación para agentes comunales de salud 11	Capacitación al personal de establecimiento 12	3,138 1,946 5,084
OCUVIRI	1,448	56	63	55	45	105	40	29	42	41	8	13	13
	3,784	146	165	144	117	274	105	76	111	106	21	35	

TABLA N° 08

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD		PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE												
		EJECUTADOS												
COATA 1/	8,708	333	307	321	1,243	138	297	340	378	333	8	12	12,418	49.84
CAPACHICA 2/	8,709	335	310	325	1,248	144	304	348	387	343	19	24	12,496	50.16
	17,417	668	617	646	2,491	282	601	688	765	676	27	36	24,914	100.00
FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.														
1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.														
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD														
PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE DOCE INDICADORES DE COHORTE														
ESPERADOS														
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Consultas Clínicas	Vacunación DPT < 1 año	Vacunación antisarampio en niños de 1 año	Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 01 año	Descarte dental en escolares	Descarte de Ca ginecologico (incluye PAP y exámen de mamas)	Controles prnatales (BRO y ARO)	Atención de parto	Control de puerperio	Atención y examen del recién nacido	Capacitación para agentes comunales de salud	Capacitación al personal de establecimiento		
COATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12,418	
CAPACHICA	8,736	335	309	324	1,100	141	301	345	384	339	14	18	12,347	
	17,417	668	617	646	2,342	282	601	688	765	676	27	36	24,765	

TABLA N° 09

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECI-MIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
ACORA 1/	11,558	382	377	248	176	12,741	55.12
SULCACATURA 2/	9,150	350	357	337	178	10,372	44.88
	20,708	732	734	585	354	23,113	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECI-MIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
ACORA	11,415	404	405	322	195	12,741	
SULCACATURA	9,293	328	329	263	159	10,372	
	20,708	732	734	585	354	23,113	

TABLA N° 10

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECI-MIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
MOLINO 1/	2,563	164	150	133	125	3,135	56.84
LAMPÁ GRANDE 2/	1794	166	153	137	130	2,380	43.16
	4,357	330	303	270	255	5,515	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

TIPO DE ESTABLECI-MIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
MOLINO	2,477	188	172	153	145	3,135	
LAMPÁ GRANDE	1,880	142	131	117	110	2,380	
	4,357	330	303	270	255	5,515	

TABLA Nº 11

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisarampion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
PILCUYO 1/	13,554	190	270	178	137	14,329	49.52
MAZOCRUZ 2/	13,957	168	136	214	131	14,606	50.48
	27,511	358	406	392	268	28,935	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisarampion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
PILCUYO	13,624	177	201	194	133	14,329	
MAZOCRUZ	13,887	181	205	198	135	14,606	
	27,511	358	406	392	268	28,935	

TABLA Nº 12

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisarampion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
QUEÑUANI 1/	4,163	60	63	78	49	4,413	49.18
OLLARAYA 2/	4,215	85	96	94	70	4,560	50.82
	8,378	145	159	172	119	8,973	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisarampion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
QUEÑUANI	4,120	71	78	85	59	4,413	
OLLARAYA	4,258	74	81	87	60	4,560	
	8,378	145	159	172	119	8,973	

TABLA N° 13

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
NOÑO A 1/	16,831	413	410	316	287	18,257	48.28
SANTA ROSA 2/	17,836	587	385	357	394	19,559	51.72
	34,667	1,000	795	673	681	37,816	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
NOÑO A	16,737	483	384	325	329	18,257	
SANTA ROSA	17,930	517	411	348	352	19,559	
	34,667	1,000	795	673	681	37,816	

TABLA N° 14

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
SAMAN 1/	4,222	245	248	240	184	5,139	58.07
TARACO 2/	2,785	252	250	237	186	3,710	41.93
	7,007	497	498	477	370	8,849	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
SAMAN	4,069	289	289	277	215	5,139	
TARACO	2,938	208	209	200	155	3,710	
	7,007	497	498	477	370	8,849	

TABLA N° 15

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
PINAYA 1/	2,443	100	92	57	46	2,738	57.75
OCUVIRI 2/	1,690	110	103	62	38	2,003	42.25
	4,133	210	195	119	84	4,741	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
PINAYA	2,387	121	113	69	49	2,738	
OCUVIRI	1,746	89	82	50	35	2,003	
	4,133	210	195	119	84	4,741	

TABLA N° 16

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
COATA 1/	15,072	432	1,508	1,725	510	19,247	51.87
CAPACHICA 2/	13,854	510	1,351	1,460	681	17,856	48.13
	28,926	942	2,859	3,185	1,191	37,103	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO DE 5 INDICADORES DE BASE EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS						%
	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Vacun. Antisaram pion en niño de 1 año.	3 Control de CRED en niños < de 01 año.	4 Controles prenatales (BRO Y ARO)	5 Atención de parto.		
COATA	15,005	489	1,483	1,652	618	19,247	
CAPACHICA	13,921	453	1,376	1,533	573	17,856	
	28,926	942	2,859	3,185	1,191	37,103	

TABLA N° 17

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
ACORA 1/	11,558	3,378	2	3,021	89
SULCACATURA 2/	9,150	3,340	2	2,856	93
	20,708	6,718	4	5,877	182

	%
18,048	53.89
15,441	46.11
33,489	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
ACORA	11,160	3,620	2	3,167	98
SULCACATURA	9,548	3,098	2	2,710	84
	20,708	6,718	4	5,877	182

18,048
15,441
33,489

TABLA N° 18

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
MOLINO 1/	2,563	2,829	2	512	103
LAMPÁ GRANDE 2/	1,979	2,268	2	507	109
	4,542	5,097	4	1,019	212

	%
6,009	55.26
4,865	44.74
10,874	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
MOLINO	2,510	2,817	2	563	117
LAMPÁ GRANDE	2,032	2,280	2	456	95
	4,542	5,097	4	1,019	212

6,009
4,865
10,874

TABLA N° 19

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
PILCUYO 1/	14,553	2,881	2	3,433	141
MAZOCRUZ 2/	14,591	2,945	2	3,613	98
	29,144	5,826	4	7,046	239

		%
21,010	49.72	
21,249	50.28	
42,259	100.00	

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
PILCUYO	14,490	2,897	2	3,503	119
MAZOCRUZ	14,654	2,929	2	3,543	120
	29,144	5,826	4	7,046	239

21,010	
21,249	
42,259	

TABLA N° 20

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
QUEÑUANI 1/	4,163	227	2	2,464	52
OLLARAYA 2/	4,153	393	2	2,338	47
	8,316	620	4	4,802	99

		%
6,908	49.91	
6,933	50.09	
13,841	100.00	

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)
QUEÑUANI	4,150	309	2	2,397	49
OLLARAYA	4,166	311	2	2,405	50
	8,316	620	4	4,802	99

6,908	
6,933	
13,841	

TABLA Nº 21

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
NOÑO A 1/	16,717	2,464	1	2,531	322	22,035	49.15
SANTA ROSA 2/	17,544	2,507	1	2,554	187	22,793	50.85
	34,261	4,971	2	5,085	509	44,828	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
NOÑO A	16,841	2,443	1	2,500	250	22,035	
SANTA ROSA	17,420	2,528	1	2,585	259	22,793	
	34,261	4,971	2	5,085	509	44,828	

TABLA Nº 22

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
SAMAN 1/	4,002	724	1	795	165	5,687	51.40
TARACO 2/	3,754	761	1	759	102	5,377	48.60
	7,756	1,485	2	1,554	267	11,064	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS						
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
SAMAN	3,987	763	1	799	137	5,687	
TARACO	3,769	722	1	755	130	5,377	
	7,756	1,485	2	1,554	267	11,064	

TABLA N° 23

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS					1	%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
PINAYA 1/	2,443	738	2	994	46	4,223	58.33
OCUVIRI 2/	1,535	588	2	862	30	3,017	41.67
	3,978	1,326	4	1,856	76	7,240	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.
1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS					1	%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
PINAYA	2,320	773	2	1,083	44	4,223	
OCUVIRI	1,658	553	2	773	32	3,017	
	3,978	1,326	4	1,856	76	7,240	

TABLA N° 24

PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS 2005 - 2006

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EJECUTADOS					1	%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
COATA 1/	16,024	2,751	1	1,915	10	20,701	50.97
CAPACHICA 2/	15,129	3,035	1	1,740	5	19,910	49.03
	31,153	5,786	2	3,655	15	40,611	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

PROMEDIO DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD							
TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPERADOS					1	%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Consultas de psicología	4 Atenciones de tópico	5 Visitas a pacientes internados (hospitalización u observación)		
COATA	15,880	2,949	1	1,863	8	20,701	
CAPACHICA	15,273	2,837	1	1,792	7	19,910	
	31,153	5,786	2	3,655	15	40,611	

TABLA N° 25

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
ACORA 1/	11,558	3,378	3,021	17,957	53.92
SULCACATURA 2/	9,150	3,340	2,856	15,346	46.08
	20,708	6,718	5,877	33,303	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
ACORA	11,166	3,622	3,169	17,957	
SULCACATURA	9,542	3,096	2,708	15,346	
	20,708	6,718	5,877	33,303	

TABLA N° 26

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
MOLINO 1/	2,563	2,829	512	5,904	55.40
LAMPÁ GRANDE 2/	1,979	2,268	507	4,754	44.60
	4,542	5,097	1,019	10,658	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
MOLINO	2,516	2,823	564	5,904	
LAMPÁ GRANDE	2,026	2,274	455	4,754	
	4,542	5,097	1,019	10,658	

TABLA N° 27

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
PILCUYO 1/	14,553	2,881	3,433	20,867	49.17
MAZOCRUZ 2/	15,742	2,548	3,278	21,568	50.83
	30,295	5,429	6,711	42,435	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
PILCUYO	14,897	2,670	3,300	20,867	
MAZOCRUZ	15,398	2,759	3,411	21,568	
	30,295	5,429	6,711	42,435	

TABLA N° 28

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
QUEÑUANI 1/	4,163	227	2,464	6,854	48.33
OLLARAYA 2/	4,342	393	2,594	7,329	51.67
	8,505	620	5,058	14,183	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
QUEÑUANI	4,110	300	2,444	6,854	
OLLARAYA	4,395	320	2,614	7,329	
	8,505	620	5,058	14,183	

TABLA N° 29

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
NOÑO A 1/	4,163	227	2,464	6,854	49.64
SANTA ROSA 2/	4,223	393	2,338	6,954	50.36
	8,386	620	4,802	13,808	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
NOÑO A	4,163	308	2,384	6,854	
SANTA ROSA	4,223	312	2,418	6,954	
	8,386	620	4,802	13,808	

TABLA N° 30

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
SAMAN 1/	4,002	724	795	5,521	51.92
TARACO 2/	3,754	761	597	5,112	48.08
	7,756	1,485	1,392	10,633	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
SAMAN	4,027	771	723	5,521	
TARACO	3,729	714	669	5,112	
	7,756	1,485	1,392	10,633	

TABLA N° 31

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
PINAYA 1/	2,443	738	994	4,175	58.31
OCUVIRI 2/	1,535	588	862	2,985	41.69
	3,978	1,326	1,856	7,160	100.00

FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
PINAYA	2,320	773	1,082	4,175	
OCUVIRI	1,658	553	774	2,985	
	3,978	1,326	1,856	7,160	

TABLA N° 32

**PRESTACIONES DE SALUD TECNICO SANITARIOS
2005 - 2006**

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	EJECUTADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
COATA 1/	16,024	2,651	1,885	20,560	50.49
CAPACHICA 2/	15,129	4,035	997	20,161	49.51
	31,153	6,686	2,882	40,721	100.00

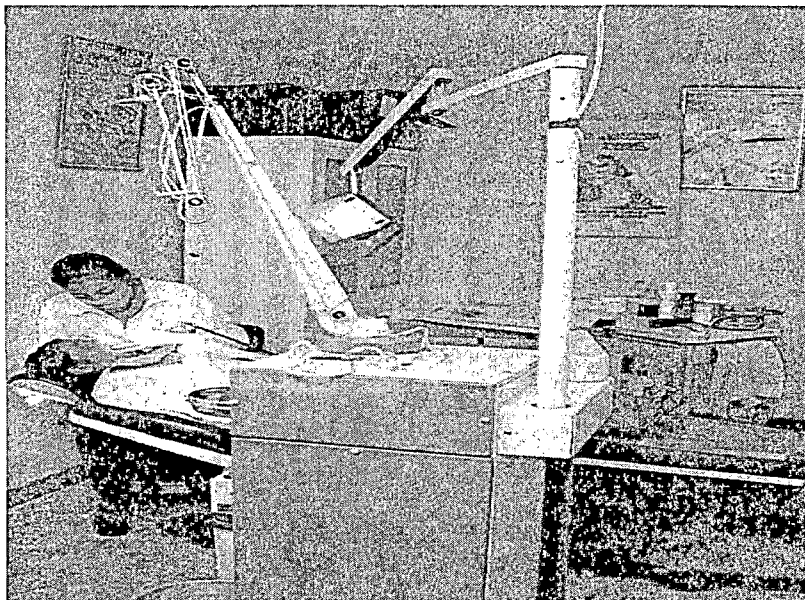
FUENTE: DIRESA - Puno - Programa de Administración Compartida.

1/ CLAS. 2/ Administración directa por REDES.

PROMEDIO DE RENDIMIENTO DEL GRUPO PROFESIONAL MEDICO, NO MEDICO Y TECNICO					
TIPO DE ESTABLECI- MIENTO DE SALUD	ESPERADOS				%
	1 Consultas clínicas	2 Consultas dentales	3 Atenciones de tópico		
COATA	15,729	3,376	1,455	20,560	
CAPACHICA	15,424	3,310	1,427	20,161	
	31,153	6,686	2,882	40,721	

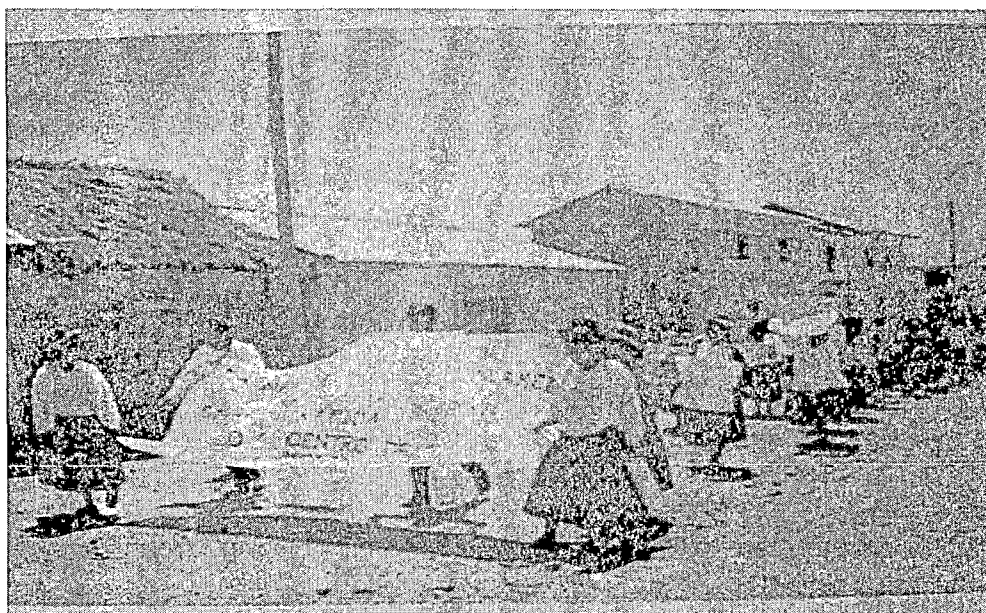
LOGROS EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Equipamiento para la atención con insumos dentales de calidad



LOGROS EN PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

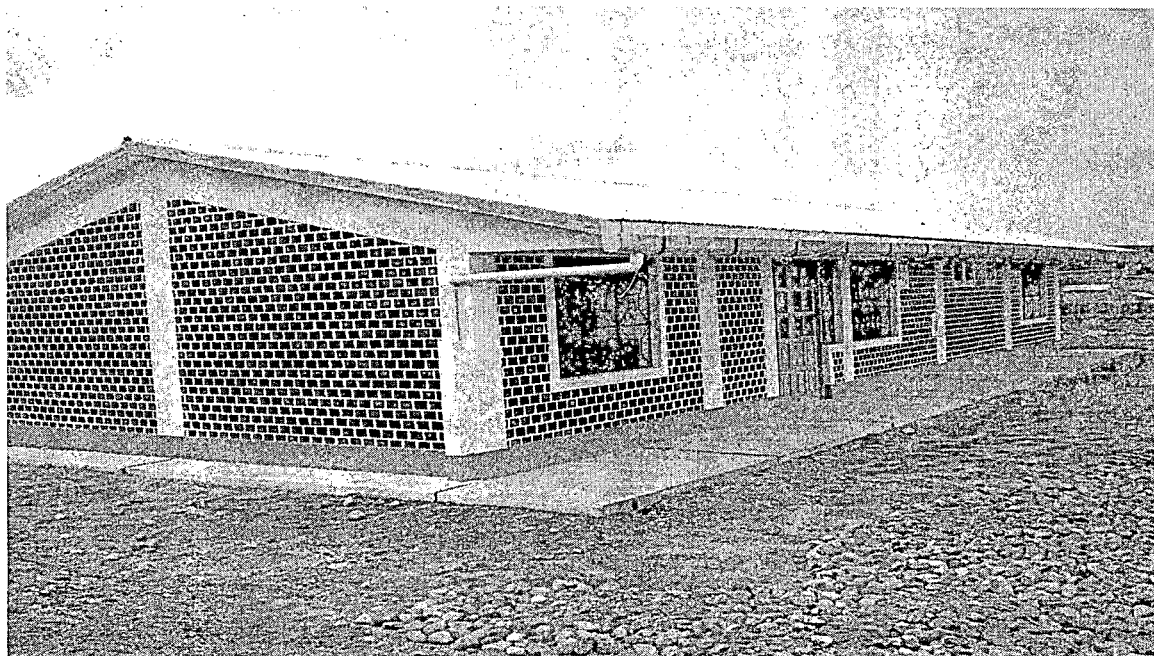
Participación del personal de salud en las actividades festivas
Con la finalidad de ser parte de la comunidad



ENCUENTRO MACRO REGIONAL DE LAS CLAS EN HUANCAYO



GESTIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, CONVENIO: FONCODES – MUNICIPIO - CLAS



INFRAESTRUCTURA DE LA CLAS NUÑO A



INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD - NUÑO A



CLAS AGREGADO DEL CENTRO DE SALUD DE NUÑO



INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD OLLARAYA

