



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Unidad de Posgrado

**Modelo de administración compartida en salud
y su influencia en la participación ciudadana.
El caso del centro de salud Laura Caller
(Los Olivos, 1995-2016)**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social

AUTORA

Pricila LEÓN PRETEL

ASESOR

Dr. Julio Víctor MEJÍA NAVARRETE

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

León, P. (2021). *Modelo de administración compartida en salud y su influencia en la participación ciudadana. El caso del centro de salud Laura Caller (Los Olivos, 1995-2016)*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Pricila León Pretel
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08639095
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4760-4971
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Julio Víctor Mejía Navarrete
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08425674
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4170-5643
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Marino Jaramillo García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07224140
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Pedro Maguin Jacinto Pazo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25628391
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Manuel Jerjes Loayza Javier
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	42187566
Datos de investigación	
Línea de investigación	E.4.7.1. Políticas de salud
Grupo de investigación	Políticas Sociales en Perú - PSP
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento

Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Los Olivos Comunidad: A. H. Laura Caller Latitud -11.970282 Longitud -77.077471
Año o rango de años en que se realizó la investigación	1995 - 2016
URL de disciplinas OCDE	Sociología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.01 Temas sociales http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.05 Otras ciencias sociales http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.09.02



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Lima, a los veintitrés días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno, mediante sustentación virtual a cargo de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 9: 00 a. m.; bajo la presidencia del Dr. Enrique Marino Jaramillo García y con la concurrencia de los demás miembros del Jurado de Tesis, se inició la ceremonia invitando a la graduanda **LEÓN PRETEL, PRICILA**, para que expusiera la Tesis con el objetivo de optar el Grado Académico de Magister en Política Social, titulada:

«MODELO DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA EN SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA. EL CASO DEL CENTRO DE SALUD LAURA CALLER (LOS OLIVOS, 1995-2016)»

A continuación, fue sometida a las objeciones del Jurado. Terminando esta prueba y, verificada la votación, se consignó la calificación correspondiente a:

A EXCELENTE – 19 –

Por tanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magister en Política Social a la Bachiller **LEÓN PRETEL, PRICILA**. Siendo las 10:16 a. m. y para constancia se dispuso se extendiera la presente Acta:

Dr. Pedro Maguín JACINTO PAZO
MIEMBRO

Dr. Manuel Jerjes LOAYZA JAVIER
MIEMBRO

Dr. Julio Víctor MEJÍA NAVARRETE
ASESOR

Dr. Enrique Marino JARAMILLO GARCÍA
PRESIDENTE



Firmado digitalmente por SILVA
SIFUENTES Jorge Elias Tercero FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 30.12.2021 17:28:59 -05:00

Dr. JORGE ELÍAS TERCERO SILVA SIFUENTES
Director

PABELLÓN JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI – CIUDAD UNIVERSITARIA

Teléfono: 6197000 Anexo 4003. Lima – Perú.

Correo: upg.sociales@unmsm.edu.pe, upgss@yahoo.es

Web: <http://sociales.unmsm.edu.pe/>

A mis amados hijos,
Gabriel y Werther,
mi inspiración y motivo.

Agradecimientos

A Dios y a mis padres, que sembraron en mí amor, respeto y solidaridad con quienes más necesitan como principios de vida.

A mi Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde me forjé como mujer fuerte con convicciones de justicia social, especialmente para los más pobres.

A mi asesor, Doctor Julio Víctor Mejía Navarrete, por su motivación permanente para concluir esta investigación.

A Edelmira, María, Jesusa y Joel por su apoyo incondicional en mostrarme la realidad vivida como representantes de la comunidad en la cogestión del CLAS Laura Caller.

A Mariela y David, sanmarquinos que dejan sus vidas en el pueblo, por las largas charlas con nosotros sin escatimar su tiempo, analizando siempre la realidad de los CLAS situados en Confraternidad.

Este es un homenaje póstumo a mi amigo Antonio Moreno, con quien tuvimos la oportunidad de conversar largas horas sobre la participación ciudadana en el asentamiento humano Laura Caller.

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Contexto del problema	1
1.2. Situación problemática.....	4
1.3. Formulación del problema	9
1.3.1. Pregunta general.....	9
1.3.2. Preguntas específicas.....	9
1.4. Justificación teórica.....	9
1.5. Justificación práctica	10
1.6. Objetivos	11
1.6.1. Objetivo general	11
1.6.2. Objetivos específicos	11
1.7. Hipótesis.....	11
1.7.1. Hipótesis general.....	11
1.7.2. Hipótesis específicas.....	12
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Marco epistemológico de la investigación	13
2.2. Antecedentes de la investigación	19
2.3. Bases teóricas.....	29
2.3.1. Salud: un marco conceptual.....	29
2.3.2. Salud pública.....	32
2.3.3. Principales problemas de salud pública en Perú	34
2.3.4. Salud como derecho: el caso de Perú	36
2.3.5. Participación social en salud.....	39
2.3.6. Democracia y participación ciudadana	43
2.3.7. Participación ciudadana en salud	47
2.3.8. Neoliberalismo y participación ciudadana en salud.....	51
2.3.9. Modelo de administración compartida en salud: CLAS	52
2.3.10. Funcionamiento del CLAS: el caso de Laura Caller	58

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	65
3.1. El método cuantitativo en ciencias sociales	65
3.2. Técnicas del método cuantitativo en la presente investigación.....	66
3.2.1. Encuestas.....	67
3.2.2. Observación participante	68
3.2.3. Otros recursos metodológicos	69
3.3. Aplicación del método en la presente investigación.....	70
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	71
4.1. Análisis e interpretación de resultados	71
4.1.1. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la organización de la comunidad para participar en la cogestión del CLAS Laura Caller	71
4.1.2. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la toma de decisiones de los representantes de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller	76
4.1.3. Influencia del modelo de administración compartida de salud en el empoderamiento de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller	82
4.2. Discusión de resultados	87
4.2.1. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la organización de la comunidad para participar en la cogestión del CLAS Laura Caller	87
4.2.2. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la toma de decisiones de los representantes de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller	89
4.2.3. Influencia del modelo de administración compartida de salud en el empoderamiento de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller.....	91
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE CUADROS

- Cuadro 1. Personal del CLAS Laura Caller
- Cuadro 2. Organización de los pobladores
- Cuadro 3. La comunidad elige a sus representantes ante el CLAS
- Cuadro 4. Conocimiento sobre la participación de la comunidad en la gestión del CLAS
- Cuadro 5. Los representantes de la comunidad ante el CLAS son elegidos...
- Cuadro 6. Los representantes de la comunidad participan con decisión en el área de recursos económicos del CLAS para...
- Cuadro 7. El costo de los medicamentos es decidido por...
- Cuadro 8. La compra de los equipos médicos la deciden...
- Cuadro 9. Usted, como exmiembro representante en el CLAS, participó con decisión respecto a los RR.HH.
- Cuadro 10. Los representantes de la comunidad participan con decisión
- Cuadro 11. Los representantes de la comunidad participan con decisión sobre los egresos
- Cuadro 12. El programa de salud local lo elaboran...
- Cuadro 13. Los representantes de la comunidad se capacitan en conocimientos, habilidades y destrezas para cogestionar en el CLAS
- Cuadro 14. ¿Cuántas capacitaciones, al año, reciben los representantes de la comunidad?
- Cuadro 15. Los representantes de la comunidad son capacitados en temas como...

RESUMEN

La presente tesis es un estudio descriptivo acerca de la influencia del modelo de administración compartida de los servicios de salud –implementado en el nivel de atención primaria por el Ministerio de Salud de Perú en el año 1995– en la participación ciudadana de las comunidades en las que se ejecuta. Se analiza el caso del centro de salud Laura Caller del distrito de Los Olivos durante el período de 1995 a 2016, y se ofrece un balance sobre la participación ciudadana en el marco de esta política focalizada de salud.

La investigación adopta un enfoque cuantitativo y utiliza fundamentalmente las técnicas de encuestas y observación participante. Se entrevistó a 103 miembros de la comunidad Laura Caller, elegidos por conveniencia, así como 5 médicos, 5 funcionarios del centro de salud y 8 exrepresentantes de la comunidad. El objetivo principal, en este contexto, consistió en determinar el efecto de dicho modelo tanto en la organización de la comunidad para su participación en la cogestión del centro de salud, como en la toma de decisiones de los representantes y el respectivo empoderamiento de la comunidad.

Los resultados principales muestran que esta política focalizada, mediante el modelo de administración compartida en salud, influye negativamente en la participación ciudadana bajo los tres aspectos analizados (organización, toma de decisiones y empoderamiento), los cuales representan elementos básicos de toda auténtica participación ciudadana. Se constata que la cogestión del centro de salud, impuesta por el Estado, es una forma de responsabilizar a la población de su propia salud, asignando, para ello, escasos presupuestos y descuidando, así, la atención de salud en el primer nivel.

De este modo, se intenta contribuir en el desarrollo y perfeccionamiento de las políticas de salud en dicho nivel, en el sentido de que se fundamenten en las necesidades de la población, la cual debe ser libre para participar en la planificación, implementación y control de su propia salud. Esta es una forma de mejorar la atención de salud como un derecho y no como un servicio impuesto de manera vertical.

Palabras clave: modelo de administración compartida, política de salud, participación ciudadana, CLAS

ABSTRACT

This thesis is a descriptive study about the influence of the shared administration model of health services –implemented at the primary care level by the Ministry of Health of Peru in 1995– on the citizen participation of communities where it is executed. We analyze the case of Laura Caller Health Center from Los Olivos district during the 1995-2016 term and offer a balance on citizen participation within the framework of this focused health policy.

The research adopts a quantitative approach and uses primarily techniques such as surveys and participant observation. We interviewed 103 members of Laura Caller community, chosen for convenience, as well as 5 doctors, 5 health center's officials and 8 former community representatives. The main objective, in this context, was to determine the effect of this model both in the organization of the community for its participation in the co-management of the health center, as in the decision-making of representatives and the respective empowerment of community.

The main results show that this focused policy, through the shared administration model in health, negatively influences citizen participation under the three aspects analyzed (organization, decision-making and empowerment), which represent basic elements of all authentic citizen participation. It is noted that the co-management of the health center, imposed by the State, is a way of holding the population responsible for its own health, allocating, for this purpose, scarce budgets and thus neglecting health care at the primary level.

In this way, we try to contribute to the development and improvement of health policies at this level, in the sense that they are based on the needs of the population, which must be free to participate in the planning, implementation and control of its own health. This is a manner to improve health care as a right and not as a vertically imposed service.

Keywords: shared administration model, health policy, citizen participation, CLAS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Contexto del problema

La salud es una necesidad vital y, al igual que otras necesidades de esta naturaleza, está considerada como un derecho social y universal; por tanto, debería ser responsabilidad del Estado atenderla con prioridad. Sin embargo, vivimos en un sistema donde prevalece la desigualdad social entre países y personas, sustentada en el poder económico. En los países desarrollados, donde se concentra el capital, pese a que subsiste la desigualdad, la brecha es, por cierto, menor que en países menos desarrollados. Los primeros tienen mejores sistemas de distribución y atención de la salud para toda su población; los segundos, dependientes aún, con economías controladas y altos grados de corrupción en todos los órganos del gobierno, atienden la salud con bajos financiamientos y en forma diferenciada, es decir, en salud “para pobres” y “para no pobres”.

En América Latina y el Caribe (ALC), la mayoría de países tiene sistemas de salud fragmentados y con serias deficiencias en salud pública. Según la Organización Panamericana de la Salud, “el Perú invierte cerca del 3% de su producto bruto interno (PBI) en la salud, cifra menor si se toma en cuenta que varios países de América Latina dedican hasta el 6% y otros, como Cuba y Estados Unidos, entre el 8% y el 10%” (como se citó en Diario Oficial El Peruano, 2020). A esta baja inversión en el sector salud por parte del Estado peruano se suma la diferencia en el diseño y la aplicación de las políticas de salud. En efecto, se trata de políticas *ad hoc*, con nombre propio, donde las poblaciones más pobres de la sierra, selva y las que viven en zonas urbano-marginales de la costa como Lima Metropolitana y otras ciudades del Perú, se atienden en centros y puestos de salud que reciben menos

presupuesto, es decir, menos insumos, personal, medicamentos, equipos y una infraestructura deficiente.

Al respecto, Macera (2018) advierte en una nota del diario El Comercio que “el presupuesto institucional modificado (PIM) del Ministerio de Salud (MINSA) para el año 2018 se redujo en 4,6% en relación al monto del año 2017”; asimismo, que desde el año 2013 “la Defensoría del Pueblo encontró que de los 198 establecimientos de salud que supervisó, ninguno de aquellos ubicados en Ica, Ucayali, Cusco, Piura, La Libertad, Lima Metropolitana y Puno tenían siquiera insumos para el lavado de manos”. Esta realidad, que se muestra con mayor crudeza en el primer nivel de atención, la vivimos por décadas. La actual pandemia simplemente ha evidenciado el abandono del Estado en la salud de las poblaciones más vulnerables.

En el Perú, los cambios económicos, sociales y políticos hacia el neoliberalismo se inician en la década de los noventa bajo el mandato del expresidente Alberto Fujimori, quien se encargó de instaurarlos en medio de la crisis política y social que se vivía desde los años ochenta; época en la que se intensificó la pobreza ya existente. Los servicios de salud estaban, en general, colapsados, sin insumos, precaria infraestructura y sin el personal necesario. Ante estas dificultades, el gobierno se vio en la necesidad de mejorarlos y afianzar la gobernabilidad con nuevas políticas. Es así que, de acuerdo con el nuevo Estado mínimo, respaldado por la Constitución de 1993, se reorganiza la atención de la salud en general: por un lado, se establece una salud pública para los pobres, donde se inician los cobros en todos los hospitales, centros y puestos de salud; por otro lado, se establece la atención para los no pobres en el ámbito del libre mercado. Dentro de la salud pública se implementan solamente proyectos de prevención, renunciando a la responsabilidad de la enfermedad y la recuperación del paciente. Es imposible esperar, así, que la salud mejore, por cuanto consultas, medicamentos y otros tienen costos elevados; tan elevados que las familias pobres no pueden financiar (León, 2013, pp. 303-304).

Pero no bastaba una política general donde se atiende a pobres y no pobres. Dentro de la categoría de los primeros se identificó, mediante el

método de mapas de pobreza, a los pobres extremos, especialmente en el interior del país y en los distritos urbano-marginales de Lima Metropolitana, por lo que se hizo necesaria una política de salud especial llamada *focalizada* o *emergente*, dirigida exclusivamente a esta población. Cabe señalar que la política focalizada consideró como estrategia central la participación de la comunidad en la cogestión de los servicios de salud, esperando quizá que el concurso de esta lograra controlar el descontento de la población en general. Se buscó dar una atención más eficiente, equitativa y con mayor cobertura. Se dijo que, por primera vez, la participación de la comunidad era democrática, que gracias a ella se tomarían decisiones respecto a las necesidades de salud de la propia población. Esta política se pone en marcha a partir de 1994 en puestos y centros de salud ubicados en el nivel de atención primaria de salud por medio de los *Comités Locales de Administración Compartida en Salud* (CLAS), años después denominados “Comunidades Locales de Administración de Salud”. En este modelo de cogestión se delega a los ciudadanos la responsabilidad de participar con decisión en los servicios de salud (Frisancho, 2005, pp. 1-2).

Lo que no se dijo es que la política focalizada buscaba con la participación de la comunidad no solo apoyo en actividades de salud, sino también contribución en su financiamiento, con sus propios recursos, pues el nuevo Estado mínimo solo financiaría parte del presupuesto requerido. Se marcan, así, dos períodos distintos de participación: el primero se dio en el contexto del Estado benefactor, que asumía la responsabilidad de financiar la atención de salud de la población, deviniendo la comunidad en objeto de intervención; el segundo se inicia con la implementación del neoliberalismo a través de la mencionada política, donde la comunidad ya no es más objeto de intervención, sino sujeto que interviene, es decir, que se responsabiliza de su salud porque el Estado deja de asumir la responsabilidad total de dichos servicios.

1.2. Situación problemática

El problema de investigación se ubica en el diseño e implementación de la política focalizada en salud dirigida a las poblaciones socialmente más vulnerables del Perú, donde la estrategia principal radica en la participación de la comunidad, denominada *participación democrática*. Sin embargo, aquella forma de participación está lejos de coincidir con esta denominación, ya que el MINSA controla, dirige y organiza a los representantes de la comunidad, impidiendo así una plena participación democrática. Esta situación afecta a toda la comunidad, ya que impide su empoderamiento para velar por su salud a partir de sus propios objetivos, necesidades y toma de decisiones con total libertad. La causa real del problema se remonta a los cambios políticos y económicos del sistema capitalista que siempre afectan a nuestros países; así como a las profundas desigualdades sociales que se pronuncian más cuando el Estado diseña políticas sociales para pobres y no pobres, como es el caso de la salud en Perú.

Demandar el derecho a la salud en nuestro país implica, entonces, bregar por la igualdad social y el auténtico ejercicio de la ciudadanía en las políticas correspondientes. El cuidado de la salud no puede ser un derecho solo para algunos, tampoco se puede aceptar la exclusión de los más necesitados. En un gobierno democrático, la sociedad organizada participa controlando y exigiendo a este no solo un reconocimiento escrito, sino su estricto cumplimiento como derecho social. El responsable de velar por la salud pública es el Estado, pero este va cambiando según como el capitalismo se va reinventando para asegurar sus intereses. Esto es lo que ocurrió en ALC durante los años ochenta del siglo XX, cuando el neoliberalismo impuso sus reglas económicas en nuestra región. Sobre los cambios en el Estado, Kliksberg señala que se pasó

del Estado existente, al que se le atribuyeron calificativos como “obeso”, “omnipresente”, “interventor”, a otro tipo de Estado totalmente diferente caracterizado con frecuencia como “el Estado mínimo”. Se enfatizó que el Estado construido durante las décadas anteriores era

nocivo para la economía y de la más alta ineficiencia, y que la gran mayoría de sus funciones debían ser transferidas a la “mano invisible” del mercado, que estaba en mucho mejores condiciones de ejecutarlas y que tendría niveles muy superiores de utilización productiva de los recursos. (Kliksberg, 2005, p. 1)

Lamentablemente, las evidencias actuales sobre los resultados del Estado mínimo son otras: el crecimiento económico no ha reducido la pobreza significativamente, la corrupción aumentó y los ingresos de la mayoría de los trabajadores no cubren sus necesidades básicas. Mención aparte, la salud y la educación, factores fundamentales del desarrollo social, no son atendidas con prioridad. En nuestro país, a casi 30 años de la política de salud neoliberal, el sistema sanitario no muestra eficiencia en la resolución de problemas, sobre todo para las poblaciones más vulnerables. Como hemos mencionado, la actual pandemia ha evidenciado la precariedad de nuestro sistema de salud con una alta tasa de mortalidad por Covid-19. El primer nivel de atención no ha podido atender ni lo más elemental de esta enfermedad, porque adolece de todo lo necesario.

Un factor fundamental para la mejora y defensa de la salud de peruanas y peruanos que no están en condiciones de pagar cuantiosas sumas de dinero por ella es la participación ciudadana de la comunidad, un derecho universal que el Estado tiene la obligación de atender con eficiencia, justicia y equidad. Este derecho está consagrado en la Constitución del Perú en el capítulo de los derechos económicos y sociales, referidos en los artículos séptimo y noveno. Sin embargo, en la práctica no se está cumpliendo con dicho mandato, la forma de participación de la comunidad se define y se aplica hasta la actualidad verticalmente. La comunidad no participa ni en el diseño ni en la planificación de esta política, es decir, se trata de una imposición que desconoce los derechos ciudadanos de la comunidad e incluso los priva de elegir libremente a sus representantes. Desde el primer momento se habló de una participación democrática en la cogestión de los establecimientos de salud, pero el Estado ya tenía planificado que la asamblea de los CLAS estaría conformada por siete personas: tres elegidas por los órganos de base, un médico jefe y tres personas de la comunidad elegidas por este último, de

acuerdo con su mejor criterio. Como vemos, cuatro de las siete personas no representan a la comunidad (el médico jefe y sus elegidos), y las otras tres no representan a la comunidad en general, sino a los órganos de base. De este modo se inició la participación democrática en los CLAS. Está claro que en este modelo no se promociona la participación ciudadana, sino una suerte de participación controlada (Cortez y Phumpiu, 1999, p. 9).

Históricamente, el concepto de participación ciudadana surgió en la Conferencia de Alma Ata, cuyo eslogan rezaba *Salud para todos en el año 2000*. Debido a la concurrencia mundial de países y los acuerdos tomados en dicho evento, es considerado el referente más importante hasta la actualidad para la concepción y la práctica de la participación ciudadana en salud. Este evento es, para nosotros, un grito universal que demanda una real *participación ciudadana en salud*, concepto que aún se toma como fundamento en muchas investigaciones sobre políticas de salud y pronunciamientos de organismos a nivel mundial. En la séptima declaración de la conferencia, quinto punto, se afirma que la atención primaria de salud

exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 5)

Por parte de los países de ALC que participaron en la conferencia de Alma Ata, un gran número de estos intentaron, a su manera, poner en práctica la participación de la comunidad. Muchos tomaron, lamentablemente, unas puntadas, mas no la costura completa de la idea. Las diversas experiencias se dieron mayormente desde una participación *controlada*. Además, fue muy corto el tiempo para implementar los acuerdos tomados: pronto se inicia la llamada década perdida del siglo XX, donde el mundo entero asiste a profundos cambios de poder por parte de los países capitalistas; estos imponen nuevas reglas para la economía y desde ese momento la llamada

globalización obliga a los Estados nacionales, como los de nuestra región, a diseñar políticas sociales acordes a sus intereses.

En Perú, Alberto Fujimori fue elegido presidente en 1990 y aplicó las normas dictadas por el Consenso de Washington, cuyo objetivo consistía en colocar nuestras economías regionales a merced del capital mundial. En el listado de mandatos de este Consenso se encontraba el de disminuir radicalmente el financiamiento en el área social, especialmente en la salud y educación pública, atentando así contra los derechos fundamentales, particularmente de las poblaciones más vulnerables (León, 2013). Luego del *Fujishock*, la situación interna del país fue muy crítica, mucho más para los pobres. Al mismo tiempo, se vivió un conflicto armado, por lo que la salud pública ha sido descrita para ese período del siguiente modo:

La situación que demandó la atención del Ministro de Salud de inicios de 1994 era la necesidad de consolidar y potenciar la reconstrucción del primer nivel de atención de salud, el mismo que había, prácticamente, “colapsado funcionalmente”, especialmente en las zonas rurales y de mayor pobreza del país, luego de una década de terrorismo y crisis económica. El problema que se planteaba la Autoridad Nacional era ¿cómo mejorar la gestión de dichos establecimientos de salud incrementando el acceso y la calidad de los servicios? (Frisancho, 2005, pp. 4-5)

La respuesta a la interrogante planteada por los gobernantes, luego de un diagnóstico, consistió en crear el *Programa de Administración Compartida* (PAC) mediante D.S. 001-94/SA de fecha dos de mayo de 1994, por parte del MINSA. La implementación de dicho programa se concretó con la formación de asociaciones civiles sin fines de lucro, denominadas CLAS, bajo régimen privado (experiencia sui generis para la atención primaria de salud). Lo peculiar de este modelo fue que, por primera vez, se delegaba a la ciudadanía la responsabilidad de *cogestionar* los servicios de salud, los que funcionarían en adelante con un aporte económico del Estado en función a su demanda: los CLAS debían cumplir tareas y responsabilidades mediante un contrato para diseñar e implementar un plan de salud en la comunidad. Dicha política

aún permanece hasta nuestros días. Si bien ha sufrido ciertos cambios con el tiempo, no se ha resuelto lo central, esto es, dejar que la comunidad participe democráticamente como le corresponde por derecho.

Los CLAS no solo se caracterizan por su singularidad con respecto a la participación de la comunidad, sino que son también una expresión del proceso de descentralización, democratización y modernización del Estado que a partir de entonces comparte responsabilidades en la atención de la salud con la comunidad. Se trata de un espacio supuestamente democrático y donde se reconoce el derecho a la salud de la comunidad. Los gobernantes pregonaban la participación democrática de la comunidad en los servicios de salud, pero se constata de inmediato que el diseño y planeamiento de esta política focalizada la realiza solamente el Estado, sin participación real de la comunidad; hecho que vulnera los derechos ciudadanos al no respetar la autonomía de la población, referida a la forma de organizarse y participar libremente, de acuerdo con sus necesidades identificadas y objetivos trazados por ella misma.

El modelo de cogestión CLAS, en cuanto política, y su influencia en la participación ciudadana de la comunidad es un tema poco estudiado hasta la actualidad, pese a que ha sido difundido a nivel internacional por ser considerado una experiencia democrática sin precedentes. Nuestro interés radica en conocer si, en el caso concreto del CLAS Laura Caller del distrito de Los Olivos durante los años 1995 y 2016, se da realmente una participación ciudadana y de qué forma el modelo de política focalizada influye en el tipo de participación ejercida hasta nuestros días. ¿Cómo evalúan los representantes de la comunidad su experiencia? ¿Qué problemas han encontrado para ejercer su derecho a participar democráticamente?

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Pregunta general

¿De qué manera el modelo de administración compartida en salud influye en el ejercicio de la participación ciudadana en el centro de salud Laura Caller en el distrito de Los Olivos durante el período de 1995 a 2016?

1.3.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es la influencia del modelo de administración compartida en salud en la *organización de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud?
- ¿Cuál es la influencia del modelo de administración compartida en salud en la *toma de decisiones de los representantes de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud?
- ¿Cuál es la influencia del modelo de administración compartida en salud en el *empoderamiento de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud?

1.4. Justificación teórica

El estudio busca profundizar el conocimiento en el área de la participación ciudadana en salud bajo el caso concreto del CLAS Laura Caller, tanto desde la experiencia de los propios representantes de la comunidad, funcionarios y médicos que han gestionado el centro de salud, como desde el marco de la política focalizada en salud, que aún es vigente en el Perú. La participación ciudadana ha sido estudiada en mayor medida a partir de los

objetivos del Estado, representado por el MINSA: sin consideración, no obstante, del concepto propiamente dicho de participación ciudadana, expuesto por diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Constitución del Perú como corresponde a cualquier política social. Los principales estudios que existen sobre ello abordan el tema de la participación ciudadana como parte de la política focalizada y destacan, en cada caso, su importancia y proyección en distintos aspectos (por ejemplo, Altobelli, 2000; Frisancho, 2005; Portocarrero et al., 2006); sin embargo, no se la ha enfocado aún como un elemento decisivo para mejorar la salud de sus agentes. Este vacío en el conocimiento es el que intenta enmendar la presente tesis.

1.5. Justificación práctica

En el aspecto práctico, nuestra investigación busca que la participación de la comunidad sea realmente democrática en el proceso de diseño e implementación de los servicios de salud. Esto significa: que la comunidad sea libre para planificar, identificar sus problemas de salud y decidir a partir de sus propios objetivos y necesidades mediante mecanismos públicos. Asimismo, queremos motivar el empoderamiento de la comunidad, elemento básico para asegurar su incidencia en las políticas de salud y capacitarlos para mejorar, en general, su calidad de vida.

Desde el trabajo social, como profesionales de la salud, nos interesa abordar este tema de organización y empoderamiento de la población, retomando el método pedagógico del maestro Paulo Freire, contribuyendo en la mejora de su salud a partir de los condicionantes sociales. La comunidad debe ser protagonista de este proceso de cambio, ejerciendo autónomamente sus derechos con conocimiento y libertad. El estudio y la práctica sobre la calidad de vida de las personas fundamentan nuestra carrera. Encontramos, pues, en la salud un derecho vital que se debe defender.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar de qué manera el modelo de administración compartida en salud influye en el ejercicio de la participación ciudadana en el centro de salud Laura Caller en el distrito de Los Olivos durante el período de 1995 a 2016.

1.6.2. Objetivos específicos

- Determinar de qué manera el modelo de administración compartida en salud influye en la *organización de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud.
- Determinar de qué manera el modelo de administración compartida en salud influye en la *toma de decisiones de los representantes de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud.
- Determinar de qué manera el modelo de administración compartida en salud influye en el *empoderamiento de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud.

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis general

El modelo de administración compartida en salud influye significativamente en el ejercicio de la participación ciudadana en el centro de salud Laura Caller en el distrito de Los Olivos durante el período de 1995 a 2016.

1.7.2. Hipótesis específicas

- El modelo de administración compartida en salud influye significativamente en la *organización de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud.
- El modelo de administración compartida en salud influye significativamente en la *toma de decisiones de los representantes de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud.
- El modelo de administración compartida en salud influye significativamente en el *empoderamiento de la comunidad* Laura Caller para ejercer su participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco epistemológico de la investigación

En el contexto de las políticas sociales focalizadas de salud, nuestro estudio examina una forma de participación ciudadana promovida por el Estado para las comunidades más pobres del país, denominada Administración Compartida en Salud. La investigación sobre esta forma de participación se realiza desde el campo de las ciencias sociales y específicamente desde la perspectiva del trabajo social. A continuación, justificaremos por qué hemos considerado pertinente abordar el problema desde esta disciplina. Para ello, reflexionaremos brevemente sobre la pertenencia del trabajo social a las ciencias sociales trayendo a colación su definición, su objeto de estudio y los métodos que puede aplicar. Por medio de estas indicaciones ofreceremos el marco epistemológico de nuestro trabajo, ya que la epistemología se entiende como la disciplina filosófica que estudia las bases teóricas, los componentes conceptuales y las herramientas metodológicas del discurso científico en general y de las ciencias o alguna ciencia en particular.

Estamos de acuerdo con Vázquez (1998) en que la epistemología del trabajo social no debe ignorar su origen histórico, ya que solo así se puede entender que sea considerado a veces arte, a veces tecnología y otras veces ciencia. El autor sugiere que hay tres aspectos básicos que explicarían el nacimiento de esta profesión:

En primer lugar, las ciencias sociales en Europa se fueron expandiendo y difundiendo cada vez más durante los siglos XIX y XX, desafiando así el predominio de los procedimientos de las ciencias naturales en la investigación científica. El trabajo social no pudo encajar en ninguno de los bandos, pues

en ese entonces tenía el carácter de un saber meramente empírico, es decir, una asistencia caritativa a los más necesitados de la sociedad. Sin embargo, poco a poco fue requiriendo un tipo de conocimiento y profesionalización que demandaba una formación científica en el ámbito social (Vázquez, 1998, p. 270).

En segundo lugar, la creciente industrialización y sus consecuencias sociales adversas para la clase trabajadora de aquella época provocaron una preocupación más extendida por la tensión y el conflicto que esto generaba. Organizaciones de caridad por un lado y un Estado de Bienestar por el otro trataban de mitigar o abolir por completo las condiciones de vida miserables de los obreros. En este contexto, el trabajo social surge con el objetivo de contribuir a mejorar estas condiciones de vida, aunque no cuestionaba necesariamente el tipo de sistema que creaba estas situaciones de desigualdad (Vázquez, 1998, p. 271).

En tercer lugar, el papel de la mujer en la sociedad occidental durante el siglo XIX era lamentablemente minusvalorado. Junto con los niños, eran consideradas seres débiles y paradójicamente no les asignaban trabajos menos rígidos que a los varones. Con el tiempo, aunque mínimamente, las mujeres fueron ganando una presencia pública que trataba de contrarrestar esta situación. Precisamente la asistencia social, precursora del trabajo social, contribuyó a que esto fuese cambiando y cobró una visibilidad importante entre los discursos emancipatorios de las ciencias sociales (Vázquez, 1998, p. 272).

Creemos que estos tres aspectos señalados por el autor dan testimonio inequívoco del surgimiento del trabajo social como respuesta a fenómenos y problemas que se producen básicamente a partir de relaciones sociales en el sistema capitalista. Un análisis epistemológico del trabajo social en la actualidad debe tener en cuenta esto, ya que la orientación empírica del trabajador o la trabajadora social debe fundamentarse en un conocimiento teórico de la realidad social, un tipo de conocimiento con una estructura sistemática que no imite al esquema de una ciencia natural, sino que recurra a las bases de las ciencias sociales para constituirse como una de sus

disciplinas. Por supuesto, se trata de una relación de retroalimentación y no unidireccional, ya que el trabajo social también tiene mucho que aportar a las ciencias sociales, especialmente a partir de su praxis.

Ahora bien, de las ciencias sociales no se puede decir simplemente que tienen como objeto de estudio lo social, pues la complejidad de este ámbito implica un “conjunto de relaciones, interacciones, actuaciones e influencia de los hombres entre sí y con la sociedad institucional, la cultura y la naturaleza” (Vázquez, 1998, p. 275), e incluso a esta definición se le podría agregar más precisiones. En todo caso, la manera en que las ciencias sociales se aproximan a este fenómeno es siempre metódica. No existe, ciertamente, un método científico único y aplicable a todos los casos, sino una variedad de procedimientos que, según la naturaleza del objeto a estudiar, unos u otros son más o menos pertinentes para cada investigación. Las ciencias sociales cuentan con sus propios métodos, los cuales permiten una aproximación adecuada a la realidad estudiada. Además, la variedad de métodos representa una ventaja, ya que no siempre se encuentran en oposición, sino que pueden complementarse entre sí y ofrecer de este modo una comprensión más integral del fenómeno. Este es también el caso del trabajo social, donde la labor interdisciplinaria y los enfoques diversos son requeridos para el estudio de las problemáticas sociales.

A partir de estas consideraciones generales, podemos comprender mejor la definición, el objeto de estudio y los métodos del trabajo social en el ámbito de las ciencias sociales, y por qué nuestro problema es abordado desde esta disciplina.

Según Vázquez (1998), la definición científica del trabajo social se basa en cinco elementos: empirismo, tecnología, conceptualización, valoración y comentario. Estos aspectos básicos conforman la índole de una ciencia social aplicada que a partir de la estimación de casos particulares abstrae una serie de conceptos referidos a ellos y aplica métodos cualitativos o cuantitativos para estudiarlos, teniendo como objetivo la solución de algún conflicto o problema (Vázquez, 1998, p. 279). A esto añadiríamos que el trabajo social nace y se desarrolla también bajo los lineamientos del sistema actual, el cual

asume la desigualdad social y reconoce la satisfacción de las necesidades básicas como un derecho de las poblaciones vulnerables socialmente. En este contexto, la actuación profesional de los trabajadores y las trabajadoras sociales se concreta en la práctica, estudiando y atendiendo los problemas sociales que impiden el bienestar de las personas; valiéndose de políticas sociales determinadas e implementadas por el Estado. Así pues, la definición esbozada del trabajo social como ciencia aplicada corresponde con su trayectoria histórica y la especificidad de su desempeño en el ámbito de las ciencias sociales.

En este sentido, nuestra investigación analiza concretamente la forma de participación ciudadana promovida por el Estado en un centro de salud situado al norte de Lima, con la finalidad de identificar si realmente la comunidad ejerce el derecho de participar con decisión e incidir en la política de salud; ya que solo así podría tener una atención de calidad en el cuidado de sí mismos. De no cumplirse la participación ciudadana de acuerdo con la ley, el trabajo social (en el marco de un equipo interdisciplinario) es al respecto una disciplina privilegiada de las ciencias sociales que podría contribuir en el empoderamiento de la comunidad para una participación auténtica desde sus propias necesidades y objetivos en relación con su salud. De esta manera, cumple con la acción práctica que le corresponde como ciencia social aplicada.

Acerca del objeto de estudio del trabajo social, Vázquez (1998, p. 279) señala que “se localiza en la realidad social donde interaccionan los individuos entre sí y con los elementos presentes en la misma. Esta interacción determina la existencia de carencias, problemas, necesidades que requieren ser abordadas con un apoyo profesional, experto, para ser superadas”. En esto hay dos puntos por destacar. Por un lado, el trabajo social puede orientarse en mayor o menor medida hacia los aspectos subjetivos del fenómeno que estudia (condiciones individuales) o sus aspectos objetivos (condiciones sociales); sin perder de vista que entre ambos aspectos hay una interrelación que no se puede obviar. Por otro lado, en la medida en que al interior de su objeto de estudio aparecen situaciones adversas o de malestar entre los implicados, encuentra aquí también su finalidad: el control o la

asistencia de estas de una manera profesional y especializada. Nos parece que el autor identifica el objeto de estudio del trabajo social también de manera adecuada: en su devenir histórico y en el desarrollo de las ciencias sociales. Añadiríamos simplemente que en un inicio esta disciplina se encuentra muy influenciada por la psicología, pues se consideraba que el propio individuo era culpable de sus desgracias y el profesional tenía como objetivo readaptarlo al sistema que era “apropiado”, apoyándose en las teorías psicológicas y métodos de la salud para “asistirlo”. Sin embargo, las teorías sociales demostraron luego que los problemas, además de una dimensión individual, tienen también una social. En ese momento, el trabajo social amplía su objeto de estudio, con teorías y métodos de las ciencias sociales, al ámbito de las relaciones sociales en las que también interviene el Estado y otras instituciones, pero no deshecha conocimientos y métodos de su primera etapa más vinculada a la salud y la atención individual, que en adelante se verían desde una perspectiva distinta (León, 2010).

Visto de ese modo, las políticas sociales de salud se presentan como un campo de estudio de carácter multidisciplinar. En nuestro caso, la participación ciudadana en la cogestión de los servicios de salud es una estrategia, aplicada por el Ministerio de Salud con la finalidad de brindar una mejor atención. La cogestión se expresa en la relación Estado-comunidad, siendo la participación de esta un derecho y un deber para asegurar su salud y su bienestar social. El objeto del trabajo social lo identificamos precisamente en esta relación, donde el Estado satisface una necesidad básica y la comunidad debe participar democráticamente para garantizar que su derecho a la salud no sea vulnerado. Por lo tanto, el trabajo social se presenta como una disciplina adecuada para el estudio del tema y su tratamiento en un nivel práctico y transformativo.

Finalmente, ya hemos mencionado, siguiendo también a Vázquez (1998), que los métodos en trabajo social se deben elegir según la naturaleza del fenómeno a investigar y la perspectiva desde donde se quiere enfocar este fenómeno. No hay incompatibilidad entre la creación de un método propio del trabajo social o la adopción de uno desde las ciencias sociales; más aún porque es un sinsentido pensar en un método propio que sea absolutamente

auténtico y novedoso, dejando de lado los elementos ya ganados por otras ciencias sociales y que han de tenerse en cuenta. Además, el trabajo social no toma un método de otra ciencia social sin antes adaptarlo a su objeto y enfoque. En la medida en que tanto las condiciones sociales como las individuales están implicadas en el objeto de estudio del trabajo social, se debe apostar, pues, por la adopción tanto de procedimientos cuantitativos como cualitativos (tomando uno de ellos, priorizando uno de ellos o eventualmente combinándolos).

Estamos de acuerdo con el autor en que los métodos de investigación e intervención en la realidad social son como instrumentos disponibles que cada disciplina, en este caso de las ciencias sociales, aplica de acuerdo con su objeto de estudio y sus objetivos de investigación. Para el trabajo social, los métodos cuantitativos y mixtos son usados mayormente en sociedades con desigualdades y problemas sociales más pronunciados, pues tienen que ver con problemas y necesidades materiales, cuyo estudio y tratamiento requieren de un abordaje más objetivo. Por lo demás, presentaremos con mayores detalles la metodología de esta investigación de tesis en el capítulo correspondiente.

Como se ve, una epistemología del trabajo social es aún un desafío para nosotros, los trabajadores y las trabajadoras sociales. Por ello, es imprescindible seguir promoviendo investigaciones que contribuyan a una teoría del trabajo social, ya que de esta manera nuestra praxis profesional tomará una orientación más clara y, además, podremos contribuir mejor en la ampliación de las ciencias sociales. En cierto modo, la presente tesis busca aportar también algo a la discusión acerca del estatus científico del trabajo social y su pertenencia a las ciencias sociales, pues en ella intentamos mostrar su pertinencia para enfocar y solucionar un problema que corresponde al ámbito de estudio de estas.

2.2. Antecedentes de la investigación

La participación ciudadana como cogestión de la comunidad en los servicios de salud en el Perú data de 25 años atrás, cuando el expresidente Fujimori decidió reformar el sistema de salud, de acuerdo con los nuevos lineamientos políticos exigidos por organismos internacionales en el marco del neoliberalismo. En adelante, la relación entre el Estado y la sociedad sería distinta: los servicios de salud ya no se ofertarían a la población, sino que se atendería a la demanda de esta. Además, el individuo será en adelante responsable de su salud. El Estado asignará pocos recursos para la atención de los más pobres, diseñando e implementando una política de salud focalizada dirigida a los centros y puestos de salud que corresponden al primer nivel de atención en todo el ámbito nacional.

Cabe mencionar que los estudios sobre la participación democrática por los representantes de la comunidad son escasos. La mayoría tiene carácter evaluativo y se refiere al aporte de la comunidad en la eficiencia y equidad de los servicios, y no tanto a su propio desarrollo. En ALC no se registran experiencias de participación ciudadana en cuanto *cogestión*. El ejercicio de la ciudadanía se desarrolla, en varios países, de formas distintas: puede ser en el diseño, planeamiento e implementación de las políticas de salud, o en el control basado en el cumplimiento de normas, atención de la salud, etc. Se trata de una participación ciudadana que se ejerce especialmente desde fuera de las instituciones de salud.

Las experiencias en el Perú con el modelo oficial creado en 1994 por el PAC se concretan en los CLAS, conformados por funcionarios del Estado y representantes de la comunidad que se encargan de la gestión de un centro de salud, cumpliendo lo acordado y dirigido por el MINSA. Es decir, los representantes de la comunidad, profesionales y funcionarios del MINSA se organizan para cogestionar el centro de salud. El compromiso radica propiamente en la elaboración y ejecución de un plan de salud anual. Para ello, deben manejarse según las normas establecidas por el MINSA y cumplir con los objetivos también elaborados por este. Aquí, el elemento *poder* juega

un papel muy importante en la organización de este equipo humano que debe ejercer sus funciones diseñadas y normadas desde arriba. Es importante señalar, además, que la responsabilidad de las decisiones finales recae sobre el médico jefe; sin embargo, él y los representantes de la comunidad, ambos son controlados por las instancias del MINSA.

Sobre este aspecto de organización y poder, Cortez y Phumpiu (1999) desarrollan el estudio evaluativo *La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El Caso del Perú*. Entre sus objetivos se encuentran dos relacionados con nuestro estudio: “identificar cuáles son las modalidades de funcionamiento y gestión de los Centros Locales de Administración de Salud”, y “determinar ¿cuál es el rol que cumplen las autoridades locales en la gestión compartida?” (p. 6). Para esto aplicaron 1053 entrevistas a los usuarios de los servicios de doce establecimientos de salud en los CLAS ubicados en tres regiones: La Libertad, Lima y Junín.

Los resultados más destacables de Cortez y Phumpiu (1999) sobre la relación entre los representantes de la comunidad y los funcionarios del MINSA se expresan en los desacuerdos permanentes. No es fácil consensuar y decidir entre los miembros del CLAS encargados de gestionar los establecimientos de salud, dado que existen intereses encontrados. Por estas razones, han tenido lugar diversos conflictos, determinando varias formas de interrelación que reflejan intereses de dominio y poniendo en riesgo la marcha de los CLAS. Los investigadores en mención identifican dentro de sus hallazgos la existencia de dependencias del MINSA que ejercen control sobre la autodeterminación de los CLAS en cuanto a la entrega de insumos, los procesos de la administración y apoyo tecnológico. Incluso hay autoridades que están en contra de su funcionamiento. Se pone límites para las compras más importantes y poco importa hacer visitas para ver cómo funcionan. Respecto a las relaciones entre el médico jefe y los ciudadanos que representan a la comunidad, hay hasta tres formas que van desde un trato autoritario por parte del jefe hasta uno realmente cordial, dejando que se desempeñen con relativa normalidad.

Cortez y Phumpiu (1999, p. 17) identificaron principalmente las siguientes formas de relación en los centros y puestos de salud de las tres regiones estudiadas: a) el médico jefe es controlado por los representantes de la comunidad, los cuales fiscalizan además las tareas de los funcionarios, por lo que estos muestran desagrado y actúan de manera discriminatoria; b) el gerente se pone de acuerdo con los funcionarios para dirigir el centro de salud, obviando la participación de los representantes de la comunidad (quienes apoyan y celebran esta forma de gestión son los funcionarios, porque consideran que la comunidad no está en condiciones de cogestionar); y c) el gerente se erige como personaje único para gestionar el centro de salud, es decir, el personal de salud y los representantes de la comunidad no tienen ningún margen de participación. Si bien es cierto que en este último caso se afecta el desempeño tanto del personal como de la comunidad, el malestar y la impotencia viene mayormente por parte de los representantes de esta, quienes son marginados por ser considerados no aptos para esas funciones.

Como se constata en el trabajo de Cortez y Phumpiu (1999), el poder transmitido desde los funcionarios del Estado en este contexto está ligado a la discriminación por raza, cultura y posición social. Estos son hechos lamentables que no solo obstruyen el funcionamiento de los centros de salud, sino que atentan principalmente contra el derecho a la salud de la comunidad, así como a ejercer su ciudadanía. Quienes deben capacitar a los representantes de la comunidad son precisamente los que poseen el conocimiento necesario: es decir, el jefe del establecimiento y los funcionarios del MINSA.

En esta misma dirección, Felipe Portocarrero y su equipo dedicaron uno de los capítulos de su libro *Capital Social y Democracia* del 2006 a la investigación de seis CLAS en Lima Metropolitana, Callao y Huaral. Aquí se realizaron sesenta entrevistas a médicos jefes, pobladores y representantes de la comunidad.

De acuerdo con los resultados de Portocarrero et al. (2006), existe una escasa representatividad en las zonas estudiadas, ya que las formas de elección vienen diseñadas desde el Estado por medio del MINSA. Esto

significa que la comunidad no puede elegir a sus representantes libremente. Estos deben ser de una organización de base, tener experiencia, haberse inscrito en los Registros Públicos y otros requisitos exigidos por el médico jefe. Estas imposiciones no solamente atentan contra la autonomía de la comunidad, sino que limitan el número de pobladores que pueden participar. Por ello, algunos representantes suelen quedarse por más tiempo, a veces más de cinco años. Sumado a esto, de los 66 ciudadanos interrogados acerca del significado de *CLAS*, solo el 23% conocía la respuesta. Esto nos indica que no hay una permanente vinculación entre los representantes y la comunidad en general, situación que se repetía en todos los *CLAS* estudiados (Portocarrero et al., 2006, p. 179).

Finalmente, el estudio concluye que las relaciones en los *CLAS* no son las más adecuadas, razón por la que hay enfrentamientos que generan conflictos, impiden las relaciones democráticas y el ejercicio de la ciudadanía. Esta es una limitación que también afecta al desarrollo de los centros de salud. El modelo *CLAS* no ha tenido un buen desempeño, por cuanto la comunidad no ha sido capacitada para su propio empoderamiento; al contrario, sus representantes se han limitado a recolectar fondos monetarios y realizar actividades para mejorar los servicios. No se aprecia el empoderamiento de la comunidad y esto afecta a su bienestar y sobre todo a su salud (Portocarrero et al., 2006, p. 209). Efectivamente, el ejercicio de la ciudadanía, en tanto relación Estado-sociedad, requiere de mecanismos claros, apoyo del Estado y capacitación de la comunidad, para así desarrollar capital social y buena participación ciudadana.

Por su parte, Segundo Cabrera en su tesis doctoral del año 2017, titulada “Nivel de organización y participación ciudadana en la gestión de establecimientos de salud de primer nivel en Lambayeque al 2011”, presenta una investigación cuantitativa en la que describe las limitaciones encontradas en dieciséis *ACLAS* (Asociaciones de Comunidad Local de Administración de Servicios de Salud), en la que se toma una muestra de 76 representantes de la comunidad.

Los resultados de Cabrera (2017, p. 6) sobre la cogestión indican que los representantes de la comunidad son elegidos por sus bases en forma democrática en el 93.42%. Sin embargo, la participación de estos en la elaboración del Plan de Salud Local (PSL) se muestra deficiente en un 42.11% y mala en un 18.42%. En cuanto a la rendición de cuentas al usuario, es deficiente en el 55.26%; siendo la aceptación de iniciativas ciudadanas deficiente en el 42.11% y buena en el 35.53%. La capacitación de los representantes de la comunidad para la gestión es deficiente en el 50% y mala en el 34.21%.

Cabrera (2017) concluye que tanto la comunidad como sus representantes, quienes participan de la cogestión de las ACLAS, tienen limitaciones participativas en un 50%, y de esta manera se constata que no estarían ejerciendo sus derechos ciudadanos. Es importante destacar la falta de preparación de los representantes de la comunidad para su desempeño en la cogestión del centro de salud. Este es un condicionante para el ejercicio de la ciudadanía. Es decir, si bien hay democracia en la elección de los representantes de la comunidad, las trabas ulteriores vienen del Estado. Entonces, ¿quiénes deberían habilitar a estos miembros de la comunidad para cumplir con sus funciones?

La tesis doctoral de Fernando Figueroa de 2017, titulada "Características socio culturales y percepciones de los representantes de la comunidad en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de salud (ACLAS) sobre cogestión de las microredes de la provincia de Arequipa, 2016", utiliza una metodología mixta con una muestra de 66 participantes. Los principales resultados del estudio, en relación con la participación ciudadana señalan que la comunidad no conoce a quienes la representan, no son elegidos por esta, ni tienen vínculos sociales con la población, lo que hace imaginar que su desempeño en las ACLAS puede llegar a ser deficiente. El contexto no es favorable para la cogestión, además, por la injerencia permanente del MINSA: hay dificultades para la toma de decisiones, ya que los médicos jefes tienen controlados a los ciudadanos que, a su vez, cogenestionan los centros de salud junto con los funcionarios del Estado. Asimismo, la falta de capacitación en los aspectos relacionados a sus

facultades como cogestores limita su desempeño ante un médico jefe que está encargado de velar por la eficiencia del establecimiento de salud. Finalmente, el grado de desempeño de los que representan a la población solo asciende a un 29%.

El trabajo de Figueroa (2017) representa uno de los estudios más actuales y consistentes, porque analiza toda una red de ACLAS. Sus resultados son coherentes con otros estudios en relación con el poder, que en este caso está en completa posesión del Estado a través del MINSA y los médicos jefes. Las percepciones aquí mostradas nos convencen de la falsedad en el discurso de los gobernantes: la democracia solo está en papeles y palabras, pero no se hace nada por concretarla y realizarla. Por el contrario, están trabajando para eliminar la participación de la comunidad, negando así su derecho de ejercer su ciudadanía en las políticas de salud. En otras palabras, no se promueve la participación ciudadana y las pocas decisiones que puede tomar la comunidad son insignificantes. Decidir en estas condiciones no es democrático.

La tesis de maestría de Pedro Albuja, "El proceso de participación comunitaria de las CLAS como promotor de ciudadanía. Estudio de caso de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote", es la más cercana a nuestro trabajo. Su objetivo de investigación fue "identificar los principales factores que promueven ciudadanía dentro del proceso de participación comunitaria en la cogestión de las CLAS, desde la experiencia de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote" (Albuja, 2016, p. 1), por lo que utilizó el método mixto para estudiar a los representantes de la población y funcionarios del Estado.

En las conclusiones de Albuja (2016), se afirma que el MINSA y las municipalidades de Chimbote no están interesados en promover las CLAS (ya para esta fecha bajo la denominación de "Comités Locales de Administración de Salud") para mejorar la participación democrática de la población a través de quienes la representan. La elección se realiza con los lineamientos del MINSA: esta situación favorece, entonces, a personas vinculadas al establecimiento de salud y no a la población. Es visible y lamentable la falta de injerencia ciudadana en factores "operativos de planeación y ejecución.

Las dos principales razones son: el nivel de complejidad de la estructura del Plan de Salud Local y la falta de capacitación o asesoría en temas de planeación y gerencia de los representantes de la Asamblea General” (Albujar, 2016, p. 103). Asimismo, la fiscalización sobre la atención de salud es realizada por los pacientes, siendo el desconocimiento del CLAS un fenómeno que se repite, en este caso, con un 87% de personas que ignoran esta experiencia de cogestión.

Una vez más comprobamos que el modelo CLAS no garantiza la participación ciudadana. Una de las causas radica en el desconocimiento que tienen los representantes de la comunidad. Ellos no reciben capacitación para poder cogestionar; por ello, su participación sirve de medio para mejorar los servicios de salud, pero no para empoderarlos.

Hace cuatro años, D’Jamira Montes presentó la tesis “Cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la unidad ejecutora Huánuco, 2017”. Se trata de un estudio descriptivo con método cuantitativo que tomó como muestra veintidós ACLAS y su principal interrogante fue la siguiente: “¿De qué manera la cogestión se relaciona con la gestión de los servicios de salud en los Establecimientos del primer nivel de atención?” (Montes, 2017, p. 6). Los resultados muestran que la cogestión presenta limitaciones por cuanto no se ofrece capacitación para los representantes de la comunidad. No hay participación ciudadana, pues, ya que la población no se traza objetivos propios. Nuevamente el Estado a través del MINSA es el que planifica, diseña e implementa sus políticas que no se sustentan en las necesidades percibidas por la población que se atiende. Por lo tanto, participar de ese modo no garantiza el real ejercicio de la ciudadanía.

En Perú, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) creó un espacio de diálogo efectivo con los usuarios de los servicios de salud. Una relación de cooperación para la formulación de propuestas de mejora de los servicios de salud a partir de la escucha al ciudadano. El nombre es “Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud” (JUS). Sin embargo, estamos aquí ante dos instancias que, si bien guardan relación, presentan una gran diferencia. La participación ciudadana tiene que ver con el derecho de participar en las

políticas de salud porque la democracia lo *garantiza*; en cambio, SUSALUD es una instancia superior que defiende legalmente todos los derechos relacionados a la salud. Nosotros buscamos que la ciudadanía ejerza su derecho ciudadano participando e incidiendo en las políticas de salud. Esto puede darse de forma directa, indirecta o en ambos casos.

La consideración de las investigaciones expuestas hasta aquí nos permite concluir que el ejercicio de la participación ciudadana en salud pública en el Perú es un tema poco tratado tanto por los estudios académicos como por las ONG, el MINSA y sus equipos asesores. Hasta la actualidad, la atención se ha centrado sobre todo en los resultados de la cogestión referidos a la eficiencia, eficacia y cumplimiento de objetivos y metas del Estado, y no tanto en conocer cómo se da realmente la participación ciudadana en los CLAS. En el caso de Laura Caller, pese a ser la primera en crearse en la zona de mayor pobreza del distrito de Los Olivos, no se encuentran estudios sobre el tema, ni tampoco se investiga sobre los mecanismos que el MINSA establece y pone en marcha para promover la participación democrática de la comunidad. La mayoría de estudios se han orientado a conocer cómo la comunidad se vincula con sus representantes y, entre ellos, se pueden reconocer coincidencias en los hallazgos que muestran, por un lado, la representatividad como problema principal en el ejercicio de dicha participación, y, por otro lado, la falta de capacitación y la marginación, en muchos casos, de los pobladores representantes de la comunidad.

Veamos brevemente cuáles son las investigaciones al respecto en otros países de nuestra región.

Según Cancino y Faúndez (2018), la participación ciudadana en Chile se ha ido trabajando y definiendo en lo que va del presente siglo. Propiamente dicha, se inicia en la primera década del 2000, atendiendo a diversos cambios a nivel planetario, donde los países debían adecuarse a los nuevos lineamientos neoliberales, tales como modernizar las instituciones, establecer la salud universal, promover la democracia y participación ciudadana en la gestión de las políticas de salud, atendiendo con eficiencia, eficacia y equidad; además de trabajar por la inclusión y disminuir la desigualdad. La actual

práctica de la participación ciudadana en este país se ha diseñado entre el 2014 y 2017. Las principales características se expresan, en términos generales, en el hecho de que la población se organiza, por su propia voluntad, de diversas formas y en que los ámbitos públicos creados por el Estado se hacen presentes con el fin de democratizar la atención de la salud, entendida como un derecho.

En este contexto, Cancino y Faúndez (2018) consideran también que la participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos representa una oportunidad para superar el tradicional enfoque de respuesta de satisfacción de necesidades (un enfoque asistencial) que predomina en la relación con los usuarios, ampliando y profundizando la concepción de ciudadanía, al promover una nueva relación entre el Estado y la sociedad civil, en la cual las personas, en tanto ciudadanos, pasan a ser sujetos titulares de derechos exigibles (p. 105). Así pues, se busca que la población decida libremente y fiscalice, teniendo como principio que la salud es un derecho. Los resultados se resumen en que los ámbitos de participación ciudadana dependen todavía de la voluntad política de las autoridades de salud; están condicionados por estas, las cuales atribuyen todo lo que ocurre al contexto; además, dicha participación es limitada por la escasa representatividad, dependencia y falta de deliberación de los actores. Pese a tratarse de ámbitos públicos, el Estado chileno, en este caso, no permite que la ciudadanía participe en el control y defensa pública de su derecho a la salud, reconocido en constituciones, acuerdos, políticas, etc. Los reclamos del pueblo no tienen eco en los gobernantes, negándosele, así, el derecho de velar por su salud como ciudadanos.

Para el caso mexicano, este tema es abordado por Lazos (2011) en su tesis doctoral "Más allá de las virtudes del diálogo: La participación ciudadana en el sistema de salud de la Ciudad de México". La investigación se llevó a cabo en cuatro centros comunales. La finalidad consistió en describir la influencia de los mecanismos implementados por el sistema de salud del entonces Distrito Federal para promover la participación. Para ello, se aplicó el método etnográfico. En los resultados de la investigación se señala que los mecanismos e instrumentos sí tuvieron un efecto positivo en la promoción de

la ciudadanía. Se considera, por esta razón, que la participación ciudadana debe incidir en la política de salud, desde espacios públicos, ya que, en países como México, se ha legalizado y se cumple. La población percibe la seguridad de recibir apoyo de algunas organizaciones públicas. Las asociaciones de usuarios son formas de organización respaldadas legalmente. Sin embargo, se evidencia también en los resultados que, en lugar de apoyar a estas organizaciones y capacitar a la población, el Estado pone todas las trabas posibles para impedir su participación.

En el caso de Bolivia, José Crispín, en su tesis de maestría de 2015 titulada “Desarrollo de la participación ciudadana en salud, Servicio Regional de Salud de El Alto, 2014”, aplica un instrumento de evaluación de la función esencial en salud pública de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Con su investigación, Crispín intenta analizar el desarrollo de la participación ciudadana en salud en esta ciudad boliviana durante el año 2014, específicamente en la institución “Servicio Regional de Salud del Municipio de la ciudad de El Alto”. La participación ciudadana en salud está comprendida en la política correspondiente. Aquí, se han incorporado los acuerdos de la población como resultado de las deliberaciones realizadas para modificar la política de salud de acuerdo con sus necesidades. La incidencia de los ciudadanos alcanza hasta el cambio de su Constitución Política de Estado.

Crispín (2015) señala que la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural se expresa en el Plan Nacional de Desarrollo a partir del pilar Bolivia Digna. Esta propuesta de cambio se plasma en el paradigma *Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida para VIVIR BIEN* del Plan de Desarrollo Sectorial que propone cinco políticas: 1) sistema único de salud familiar comunitaria intercultural, 2) rectoría, 3) movilización social, 4) determinantes de la salud, y 5) solidaridad (p. 54). Asimismo, el autor constata que la participación ciudadana en salud sí se viene dando en El Alto, pero hace falta un balance para perfeccionar los planes, programas y proyectos por parte del Estado que tiene como eje la participación ciudadana. Esta forma de participación se fundamenta en la normatividad que fue elaborada tomando en cuenta el aporte de la población. Existen los mecanismos legales para ejercer control, aportar para mejorar los servicios de salud. La deliberación es,

además, permanente por parte de los ciudadanos y, por ello, consideramos que aquí ejercen su derecho.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Salud: un marco conceptual

El concepto de salud ha sido definido de múltiples maneras. Según el momento histórico, es decir, según el grado de desarrollo de las sociedades y de las ciencias sociales y las básicas, lo que se entiende por *salud* ha variado y seguirá variando en el tiempo. Inicialmente, en el contexto de la medicina, se propuso un concepto pragmático, según el cual, la salud es simplemente ausencia de enfermedad. Para ello, se consideró que la función principal de un médico consiste en curar al individuo, usando medicamentos para su sanación y recuperación. Esto, sin embargo, al margen de cualquier consideración social. Este concepto pragmático se encuentra aún vigente para muchos profesionales de la salud, el cual corresponde, por cierto, con la actividad médica que realizan para proporcionar bienestar físico y mental a las personas.

La búsqueda de un concepto de *salud* en un nivel teórico, que oriente en la práctica la atención médica para así poder evaluarla y medirla, siempre ha sido un objetivo importante en lo que respecta a salud pública. En este sentido, Canadá, entre los países desarrollados, se puso a la delantera gracias a las gestiones de Marc Lalonde, Ministro de Salud en 1974, quien propuso un concepto que puede considerarse parte de una propuesta teórica, metodológica y práctica que tiene aún impacto en las actuales acciones de salud pública en todo el mundo. En este contexto, se posibilitó principalmente la organización de los servicios de salud para una atención adecuada. El esquema del exministro canadiense comprende sobre todo cuatro áreas básicas para el campo de la salud: “biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud” (Lalonde, 1974/1996, p. 3).

Cada una de estas dimensiones está conceptualizada y descrita para ser llevada apropiadamente a la práctica. Además, todas ellas, siendo a la vez indicadores, permiten no solo medir el nivel de atención de la salud, sino también mejorarla a partir de los resultados. Desde Lalonde, otros especialistas y principalmente organizaciones internacionales encargadas de abogar por la salud, como la OMS y la OPS, han retomado la idea de salud concebida por él y han enfatizado y aportado otros factores.

A diez años de la implementación de la propuesta de Lalonde, en el mismo país, Canadá, se realizó una evaluación sobre la atención de salud. De acuerdo con los resultados, se concluyó que el ambiente o entorno es, en realidad, el que determina a las otras áreas. Al respecto, Carol Buck afirma que “el entorno es el más importante de los cuatro elementos del concepto de campo de la salud de Lalonde: si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización sanitaria” (Buck, 1984/1996, p. 6). Según la profesora Buck, existen, entonces, entornos, ámbitos físicos o ambientes que influyen de manera determinante en la salud. Como ejemplo se menciona la inseguridad que afecta a la población en todo ámbito: choques y atropellos en las pistas, defunciones en cualquier condición, contaminación ambiental, violencia de todo tipo, etc. (Buck, 1984/1996, pp. 6-7).

En lo que respecta a los organismos internacionales, se ofrecen definiciones sobre la salud orientadas al estado de la persona, pero sin aislarla de su contexto social. La OMS desde 1946 define la salud como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (OMS, 2014, p. 1)

Ciertamente, los conceptos aún están lejos de la realidad en cuanto al cuidado de la salud en distintas sociedades. Las desigualdades entre países desarrollados y no desarrollados, e incluso al interior de estos últimos, se han

profundizado debido al ajuste estructural proveniente de la política neoliberal. El concepto de salud —incluso entendida la salud en contraposición con la enfermedad— involucra determinantes *sociales*. Esto ha sido puesto de relieve por investigadores que asumen una postura crítica como Laurell (1986), quien sostiene que los problemas de salud no se pueden analizar al margen de la historia social: la enfermedad y la muerte son producto de la cultura, los índices de pobreza y riqueza, y las formas de vida de los individuos en comunidad. La importancia de los determinantes sociales expresa y demuestra en la práctica que la salud no es igual para todos porque las condiciones no son las mismas. Por ello, los servicios privados están dirigidos a los que pueden pagarlos, mientras los servicios públicos lo están para los pobres. La diferencia es notoria entre países desarrollados con presupuestos y atención en salud superior y los países no desarrollados que destinan presupuestos precarios comparados con los primeros.

Debates e investigaciones sobre la salud pública y su atención se presentan como importantes para la identificación de los aciertos y desaciertos en este contexto. La denuncia y visibilidad de esta realidad se debe principalmente a los movimientos sociales y políticos en las décadas del 70 y 80 del siglo pasado en nuestro continente. En este tiempo, nace la corriente crítica Medicina Social Latinoamericana (MSL), la cual concibe la salud siempre ligada a la enfermedad, pues es la única forma de dar cuenta de un proceso con carácter sociobiológico, estudio que asumen de manera conjunta las ciencias sociales y las naturales (Laurel, 1986, pp. 1-2). El concepto es de carácter científico y pone en evidencia las relaciones de explotación y dominación que se soslayan en otros conceptos de salud. Va a depender mucho de la población misma para que se concrete en la atención de salud del sistema vigente. Sin embargo, investigar y mostrar la realidad que se pretende esconder tiene trascendencia en la conquista de la salud como derecho para todos y todas. Esta perspectiva que considera a la salud como dos aspectos vinculados, salud-enfermedad, se ha enriquecido con el desarrollo de las ciencias naturales que le son consustanciales como la física, química y biología. Las ciencias sociales, por su parte, han contribuido también descubriendo la estrecha relación entre las condiciones de vida o

determinantes sociales de la salud y los factores biológicos que producen la enfermedad.

2.3.2. Salud pública

Antes de la aparición de las medicinas tal como ahora las conocemos, las necesidades de salud se atendían sobre todo con productos provenientes de la naturaleza. Esto aún se da entre poblaciones marginadas, en grupos no contactados o simplemente donde no se puede recurrir a un médico por alguna razón determinada. Según la cultura y las costumbres de cada población se acude a conocimientos ancestrales que son transmitidos de generaciones en generaciones. Por tanto, la salud pública ha existido *empíricamente* desde tiempos inmemoriales, en los que la humanidad en su conjunto aprendió y aplicó los cuidados necesarios para perpetuar la especie. La salud pública como necesidad básica de todos los seres humanos, de la cual depende la vida misma, siempre ha existido y representa una preocupación permanente en todo tiempo y lugar. Actualmente, su rol se dirige a toda la población en aspectos como prevención, promoción y cuidados en tiempos de pandemias, riesgos climatológicos, epidemias, etc. Sin embargo, la característica principal que se le atribuye es actuar en el nivel de la *atención primaria de salud*, considerando que esta se vincula con las poblaciones vulnerables.

En la Modernidad, la salud pública se gestó principalmente como necesaria para la protección de los obreros de la producción industrial. Ellos requerían de servicios básicos y ambientes físicos adecuados para vivir sanos y trabajar eficientemente. Asimismo, la finalidad seguía siendo controlar pandemias, enfermedades contagiosas, etc. Desde entonces, la salud pública ha ido mejorando, dependiendo de factores políticos y económicos en los diversos países. Por supuesto, los países desarrollados cuentan actualmente con mejores sistemas de salud pública. Con el tiempo fueron incorporándose especialidades interdisciplinarias vinculadas a la salud e instituciones públicas y privadas con el objetivo de conocer la salud pública y asumir responsabilidad en los factores correspondientes. Así pues, esta forma de atender la salud en

general está sujeta a los cambios permanentes del sistema: sobre todo los cambios de índole política y económica, pero también los progresos técnicos, científicos y los movimientos sociales que demandan una atención de calidad. Actualmente, la salud pública es objeto de estudio de varias disciplinas, no solamente de las áreas médicas (Universidad de la Sabana, s.f.).

Instituciones internacionales como la OMS, OPS, UNICEF, entre otras, fueron creadas luego de la Segunda Guerra Mundial para analizar, investigar, difundir información, organizar eventos y todo lo relacionado a la salud pública en los distintos continentes. Actualmente, son ellas las que impulsan y dirigen las políticas de salud, proponiendo objetivos, metodologías y formas en general para atender la salud pública. No pocas veces, estas políticas son consideradas imposiciones a los países menos desarrollados y dependientes. Las acciones de estas organizaciones se encargan de armonizar los cambios económicos y políticos del sistema con la atención de la salud de la población.

En conclusión, la salud pública es considerada actualmente, en algunos países, como una disciplina y, en otros, como un conjunto de acciones dirigidas a atender la salud de la población. Bustíos (1998) afirma lo siguiente:

La Salud Pública, al igual que toda respuesta social, tiene un carácter histórico social ... en cuanto es parte de la sociedad en que se desarrolla y, en consecuencia, está sometida a las mismas determinaciones y a las mismas relaciones que explican el cambio del todo social. (p. 310)

La práctica de la salud pública se realiza mediante la investigación, promoción y prevención desde el campo de la atención primaria de la salud. Si bien la atención no establece diferencias, se orienta básicamente a las poblaciones vulnerables. Se busca modificar, así, estilos de vida, medioambiente, eventos de violencia, etc. En nuestro caso, la salud pública y su atención están condicionadas a los determinantes sociales estructurales que dependen del sistema capitalista y a los determinantes políticos y sociales que caracterizan a la sociedad peruana. Estos últimos tienen que ver con la forma como se diseña la política económica y social.

2.3.3. Principales problemas de salud pública en Perú

En nuestro país, hay fundamentalmente dos problemas referidos a la salud pública que requieren de urgente atención: la enfermedad de la anemia y la tasa de mortalidad infantil.

Anemia. Se trata de una enfermedad vinculada a múltiples factores biológicos y sociales. Afecta a todas las edades, pero especialmente a los niños y las niñas en sus primeros cinco años de vida. Esta enfermedad se presenta mayormente en sociedades donde hay desigualdades más acentuadas en cuanto a oportunidades, educación, ingresos, trabajo y exclusión entre otros determinantes sociales. Estudios realizados sobre la anemia indican a la desnutrición como uno de los principales factores de riesgo. Asimismo, esta tiene determinantes específicos, entre los cuales juegan un papel relevante también los factores sociales:

Los determinantes que implicaron el incremento del riesgo de presentar desnutrición crónica en un menor de 5 años son la pobreza extrema ... antecedente de bajo peso al nacer ... y ningún nivel educativo de la madre ... Los determinantes que involucran protección son el antecedente de parto en un establecimiento de salud ... ingerir hierro durante la gestación ... y haber tenido control prenatal completo en el 1er trimestre ... (Mariños-Anticona et al., 2014, p. 1)

Según el MINSA (2017), 43.6% de niños y niñas afectados por anemia en Perú se encuentran entre los 6 y 36 meses de edad, llevándose la peor parte los que se encuentran entre los 6 y 18 meses. Entre otros factores, la nutrición es un elemento esencial para el desarrollo del individuo. La anemia es producida por la desnutrición y conlleva serios problemas de salud que limitan el desarrollo físico y social de quienes la padecen:

La anemia, entre los niños peruanos, ocurre en la etapa de mayor velocidad de crecimiento y diferenciación de células cerebrales, como son los primeros 24 meses de vida y la gestación ...

La anemia por deficiencia de hierro se debe a un bajo consumo de alimentos que contienen este mineral ... (MINSA, 2017, p. 7).

La desnutrición infantil se presenta con mayor preponderancia en las ciudades de mayor pobreza, como son las zonas de la sierra del Perú. Este flagelo pervive sobre todo en las zonas rurales y amazónicas del Perú, donde hay un 26.5% de afectados, mientras en las zonas urbanas es de 7.9%. En Ayacucho el 90% de infantes carecen de los nutrientes adecuados. Según las apreciaciones de la OMS, la anemia en Perú constituye un problema muy serio de salud pública que debe ser atendido con urgencia (MINSA, 2017, pp. 7-8).

Tasa de mortalidad infantil. Esta hace referencia al número de fallecimientos de infantes menores de un año por cada 1000 nacidos en un período anual. Este indicador se usa para determinar el nivel de salud en un país. De acuerdo con el INEI (2017), en el Perú, durante la última década del siglo XX, se estimó 48 defunciones por mil nacidos vivos. Conforme a las siguientes cifras, en el presente siglo disminuyó el porcentaje de esta tasa gracias a las políticas sociales de salud. Sin embargo, el descenso no se da del mismo modo para todas las regiones. Por ejemplo, para el quinquenio 1995-2000, se muestra que, por cada mil nacidos vivos, el departamento de Huancavelica tuvo una tasa de 68,5 defunciones, seguido de Apurímac con 60,4; Ayacucho con 58,7; Cusco con 56,7; Loreto con 60,6; Puno con 50,6; y Ucayali con 47,1. Para el quinquenio 2010-2015, la mortalidad infantil descendió a un promedio nacional de 18 defunciones, pero en los extremos encontramos nuevamente a Puno con 43,6 y Cusco con 35,6; mientras que Lima con 12 y Moquegua con 13,8 alcanzaron las cifras más bajas.

Ahora bien, la vigilancia epidemiológica reporta otro tipo de defunciones denominado *mortalidad fetal*. El MINSA (2019) define este tipo como la “defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos” (p. 348). Estas muertes se producen principalmente por la atención deficiente en los establecimientos de salud. El MINSA (2019) informa también que “8 de cada 10 defunciones fetales ocurren en el último trimestre de la gestación”, y, además, “13 de cada 100 defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto. En el año 2018 esta proporción fue de 12% al término del año” (p. 349). Los establecimientos que reportan en mayor medida estas defunciones son los de Loreto, La

Libertad y Cusco. A partir de esta información, el MINSA opina que existe una deficiencia en el monitoreo y atención oportuna del parto, por lo que ellos tomarán las medidas correspondientes. Hasta el primer trimestre de 2019 se reportaron 1467 defunciones, el 50% corresponden a ocho DIRESA: DIRIS Lima Centro, La Libertad, Cusco, Loreto, Callao, DIRIS Lima Norte, Piura y Junín (MINSA, 2019, p. 348).

2.3.4. Salud como derecho: el caso de Perú

El derecho a la salud es de común reconocimiento desde el siglo pasado por organizaciones internacionales que emiten normas y directrices para todo el mundo, sin diferenciar a los países desarrollados de los países no desarrollados. En la concepción de la OMS, este derecho tiene que ver con todos los determinantes sociales, donde la participación ciudadana en salud es una estrategia importante que forma parte de los sistemas de salud. El sistema neoliberal, con su programa impuesto hace prácticamente 40 años, ha acentuado más las desigualdades, particularmente en los países como los de nuestra región. Las políticas de salud han reducido sus presupuestos y elaborado programas para pobres y no pobres (políticas de salud focalizadas); sin considerar que la salud como derecho fundamental es aplicable a todos por igual.

La declaración de los derechos humanos a nivel internacional tuvo lugar hace más de 72 años. Desde entonces están presentes en los discursos de los organismos internacionales, gobernantes y políticos. Están contemplados, además, en constituciones, políticas públicas, programas y proyectos en distintos países. Sin embargo, en la realidad no se ejercen a cabalidad. El pueblo lucha y demanda su cumplimiento, sin encontrar eco en los gobernantes. La prevención en salud está vinculada, como se ha mencionado, a los determinantes sociales. La enfermedad se produce por la ausencia de algo, generalmente por formas precarias de vida. Lograr, en términos reales, el derecho a la salud sigue siendo un largo sacrificio. El Estado atiende la salud sin consideración de la vida de la población,

preocupándose fríamente por el financiamiento asignado (Manchola et al., 2017).

El derecho a la salud no puede ser solo una declaración. Para garantizarlo es necesario prevenir y tratar sus determinantes, tales como alimentación, servicios básicos, medioambiente, educación, viviendas dignas y –lo que es indispensable– un sistema de salud que permita atender con igualdad a las personas, es decir, establecimientos de salud equipados con el personal suficiente, medicamentos, infraestructura y participación ciudadana con conocimientos, capacidades, empoderamiento y libertad. Lamentablemente, los determinantes de la salud no son considerados por Estados de países dependientes como el nuestro, pese a haber acordado y aceptado el cumplimiento de acuerdos internacionales como los contenidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que señala: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Organización de las Naciones Unidas, 1966, Artículo 12).

La OMS es el principal organismo internacional que delinea las políticas de salud a nivel mundial, conceptúa y establece indicadores de evaluación a partir de un enfoque y recomendaciones que, en la práctica, no se suelen cumplir. A continuación, una definición de salud como derecho:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Constitución de la OMS)

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. (OMS, 2007, p. 1)

En Perú, la salud no se atiende como derecho. La pobreza y pobreza extrema en las zonas rurales y zonas marginadas de las ciudades son

producto del abandono del Estado y evidencia de la desigualdad social. La salud pública es atendida con serias deficiencias. El primer nivel de atención no cuenta con insumos, equipos ni personal suficiente. Sin embargo, existen documentos importantes que declaran y asumen la salud como derecho. Por ejemplo, la Carta Magna afirma: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa” (Constitución Política del Perú, 1993, Artículo 7).

Durante el gobierno de Alberto Fujimori, en 1997, se da la Ley General de Salud n.º 26842 que dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud (Ley n.º 26842, 1997, Título preliminar III)

Analizando la misma ley, encontramos que no es claro el compromiso del Estado para garantizar la salud como derecho. Basta leer lo que expresa a continuación esta misma ley:

- La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.
- El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado (Ley n.º 26842, 1997, Títulos preliminares IV y VIII).

Según lo contenido en esta ley, el Estado solo se compromete con la salud pública, no con la salud individual, y con el subsidio parcial de la salud de los pobres. La salud pública comprende aspectos preventivos (vacunación, promoción, educación, información, atención en desastres, organización de la comunidad, entre otros). Pero aun siendo ese el caso, ni siquiera esas

funciones se cumplen responsablemente. El primer nivel de atención es lamentablemente el más abandonado.

Concluimos señalando que el derecho a la salud y su atención por parte del Estado peruano depende, entre otros factores, de la política económica neoliberal capitalista que se impone a todos los países dependientes del globo, del modo como los gobernantes aceptan y aplican estos lineamientos, del monto de inversión asignado, en los que aparecen los problemas de corrupción y los criterios de soberanía que no se aplican. Estos últimos criterios sí son puestos en práctica por los países de la región que actualmente cuentan con mejores políticas para la salud de su población.

2.3.5. Participación social en salud

La atención de la salud con participación de poblaciones vulnerables no es un fenómeno reciente, se da desde mediados del siglo XX en todo ALC bajo el nombre de participación comunitaria. La salud fue considerada uno de los factores para impulsar el desarrollo sanitario como elemento del desarrollo en general, por lo que las actividades se orientaron a la infraestructura del sector, la concientización y sensibilización de las personas, entre otros. La participación también se ha dado en dependencia de las ONG, caracterizándose por contar con financiamiento privado para el desarrollo de actividades y por abordar diversas áreas vinculadas a los determinantes de la salud, tales como alimentación, capacitación, información, estilos de vida saludables, etc. Las decisiones y la planificación de proyectos y programas están, por lo demás, a cargo de las ONG. La comunidad se organiza para cumplir tareas, que, si bien tienen que ver con su bienestar, no son dirigidas autónomamente, sino por los funcionarios de dichas organizaciones. Generalmente, se le llama *apoyo* a los fondos que provienen de instituciones extranjeras. Se trata, pues, de una participación controlada, sin decisión y con objetivos diseñados externamente, que pueden muchas veces no responder a los intereses de la comunidad.

Según Oakley (1990), la participación de la comunidad vinculada con el Estado se remonta, en ALC, a los años 50 y abarca los inicios de los 70 del

siglo pasado. Las actividades realizadas por la población estaban dirigidas por instituciones estatales e internacionales, orientadas siempre al desarrollo en general, incluida la salud. En este contexto, durante las décadas 50 y 60 acontecieron grandes movilizaciones bajo la consigna del desarrollo comunitario, impulsadas principalmente por organismos internacionales, gobiernos de turno y organismos privados. El objetivo principal que animó estas movilizaciones consistió en alcanzar mejores niveles de vida, con menos explotación de recursos, en el marco del modelo económico desarrollista. Durante este período, la OMS impulsó la participación de las comunidades como parte del desarrollo general de cada sociedad, con el rótulo de Intervención de la Comunidad en el Desarrollo Sanitario (ICS). Las actividades se desarrollaban en el contexto de los proyectos y programas de desarrollo planificados desde el gobierno. Estos consistían en agenciarse de recursos, considerando que los del Estado siempre fueron escasos. Ciertamente, la participación social tuvo un gran peso en este tiempo. Se trató de contribuir a la mejora de la cobertura, hacer que los servicios se adecúen óptimamente a las necesidades de la comunidad y sean priorizados por la población misma, algo que redundaba en eficiencia y eficacia de los programas y proyectos sanitarios. De este modo, la ICS propugnó la independencia de criterio y promovió la participación ciudadana (Oakley, 1990, pp. 1-6).

En su evaluación, Oakley (1990) considera que la atención de salud estuvo guiada por planes que no eran propios de la comunidad, cuya influencia provenía básicamente de países europeos. En los estudios desarrollados en aquel entonces, se expusieron dos puntos de vista. Por un lado, la participación sí fue muy importante, aunque no pudo dar sus frutos porque las personas no fueron capacitadas, ni se les dio los conocimientos que debieron poseer; por esa razón, en un momento ya no quisieron involucrarse en los programas y trabajos correspondientes. Por otro lado, la participación no falló por falta de preparación no dada a las personas comprometidas para desempeñarse, sino porque han tenido un rol controlado, cumpliendo tareas y objetivos planificados y dirigidos por otros de manera vertical. La participación sí es importante, pero hay que involucrar a la

comunidad considerando sus propios conocimientos, sus necesidades y objetivos.

De acuerdo con Sanabria (2004), durante tres décadas, la participación comunitaria en salud se implementó en todos los países de América Latina bajo distintos enfoques políticos, métodos y contenidos que no siempre se tradujeron en desarrollo para nuestros países. Los objetivos fueron generalmente ajenos a las verdaderas necesidades del pueblo. Por ejemplo, se pensó que la participación era un factor fundamental para el desarrollo, especialmente para la salud de los pueblos en general; se capacitó a promotoras de salud (las mujeres mayormente han asumido esas responsabilidades); se organizó comités de salud, grupos de apoyo, etc. Todas estas formas de participación fueron evaluadas en diversos países y el resultado mostró que no tuvieron éxito.

Para Ugalde (1988), la contribución de la comunidad en el campo de la salud no tuvo éxito, por cuanto la cultura de los pueblos latinoamericanos –quienes sí sabían de solidaridad, ayuda mutua y organización expresada en toda su historia– no concebía una participación dirigida por organismos internacionales, donde no se sentía que su trabajo los beneficiaba: todo era impuesto por instituciones internacionales, conferencias, congresos donde se tocaban aspectos de la salud, como si todos los países tuvieran los mismos problemas y la misma cultura. Panamá fue el primer país en formar comités de salud a nivel nacional que fueron la excepción. Dichas organizaciones se reunieron con mucha euforia y deliberaron sobre sus necesidades; pero la sorpresa llegó al demandar a las autoridades la atención adecuada de su salud: estas no estaban interesadas ni preparadas para atender las necesidades de la población. Así es como surgió el desánimo en la participación. Agregado a ello, algunos funcionarios se mostraban celosos por creer que la intromisión de la comunidad los haría perder el poder que ejercían (pp. 273-274).

Las primeras experiencias de participación social en salud, como parte del desarrollo general en ALC (1960-1980), han sido evaluadas con la finalidad de elaborar un concepto que guíe la práctica y mejore esta forma de

participación. En este sentido, tratando de caracterizarla y definirla, Oakley (1990) afirma que tiene fases que van de menor a mayor, existiendo siempre un límite. Por este motivo, desde su punto de vista, hay dos formas de participación que se configuran según los alcances de la libertad o dependencia de la población respecto al Estado. Así pues, tenemos una participación como “forma estática, pasiva y controlable ... un aporte necesario para poder alcanzar los objetivos” (p. 10) que no provienen de la comunidad sino del Estado, el cual, de esta manera, consigue la eficiencia y eficacia de sus programas y proyectos. Hay, empero, otro tipo de participación, en la que la población se involucra en actividades vinculadas a la satisfacción de sus necesidades: esta “participación como un fin en sí presupone sentar las bases para que la gente pueda influir o intervenir desde las bases hasta los niveles superiores”, se trata de “una forma activa de participación que responde a las necesidades y circunstancias cambiantes de cada lugar” (p. 11)

Los organismos internacionales consejeros en el diseño de las políticas sociales para atender la salud en nuestros países, entre los que se encuentra el Perú, han considerado a la participación de la población como un principal determinante social en el diseño, planificación e implementación de las políticas de salud. Cabe mencionar eventos como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en la que se buscó evaluar los avances de los acuerdos tomados en la Conferencia de Alma Ata y brindar las oportunidades y medios para el desarrollo de la salud. Esta Carta reclama una participación de la comunidad para promocionar la salud, la cual debe darse con libertad, información y capacitación, buscando el empoderamiento y control sobre los determinantes de su salud. Aquí un párrafo de este documento:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (OMS, 1986, sección “El reforzamiento de la acción comunitaria”)

2.3.6. Democracia y participación ciudadana

La participación ciudadana en salud es una de las formas de ejercer la democracia. Explicaremos brevemente algunos conceptos que nos facilitarán abordar el tema apropiadamente.

Hace aproximadamente 2500 años, en la Antigua Grecia, nace el término *democracia* con el significado de *poder del pueblo*. Esta concepción y su implementación correspondió, por cierto, a una realidad social distinta, poblaciones pequeñas donde la política y la filosofía eran los temas centrales en los debates públicos. Entre los filósofos de aquella época, uno de los legados más importantes al respecto proviene de Aristóteles y su obra *Política*, cuyos planteamientos fueron retomados luego por los teóricos de la Revolución Francesa (hecho histórico que materializa el fin de la sociedad feudal e inicio del capitalismo, etapa liderada por la burguesía). Entre los teóricos más importantes de dicha revolución se encuentran Alexis de Tocqueville y Jean-Jacques Rousseau, cuyos planteamientos son aún vigentes en la producción teórica y aplicación práctica en torno a la democracia.

En cuanto a la posición aristotélica, Guariglia (2010) considera que la nota distintiva de esta concepción radicaría en la conexión esencial entre democracia e *isonomía* (igualdad ante la ley), es decir, “el derecho igual de todos a participar del poder, con las mismas prerrogativas y responsabilidades” (p. 163). De esta manera, y en el sentido más cercano a su origen, la igualdad de derechos estaría en la base del concepto de democracia. Así pues, el tipo de democracia en la que todos los ciudadanos –sean pobres o ricos– poseen los mismos *derechos*, es el ideal político según la propuesta aristotélica. Si queremos sintetizar el concepto de democracia planteada por Aristóteles en *Política*, diríamos que se trata de un régimen donde los hombres pueden “governarse mediante las mejores leyes, que no apuntan a los intereses particulares sino al interés de la comunidad en vista de una vida feliz” (Guariglia, 2010, p. 176).

Aristóteles nos ha transmitido un concepto de democracia que fue aplicable a su tiempo. Debemos reconocer que, frente a la dificultad de aplicarlo en la realidad actual, contamos con teóricos que muestran que nuestra comprensión habitual de democracia no parece estar afectada hoy por ninguna ambigüedad. Al respecto, Sartori (1993) señala lo siguiente:

Decimos democracia para aludir, a grandes rasgos, a una sociedad libre, no oprimida por un poder político discrecional e incontrolable ni dominada por una oligarquía cerrada y restringida, en la cual los gobernantes “respondan” a los gobernados. Hay democracia cuando existe una sociedad abierta en la que la relación entre gobernantes y gobernados es entendida en el sentido de que el Estado está al servicio de los ciudadanos y no los ciudadanos al servicio del Estado, en la cual el gobierno existe para el pueblo y no viceversa. (pp. 23-24)

La *libertad e independencia* de participación en las políticas de salud son, pues, dos elementos claves sin los cuales no se concretaría el ejercicio de la ciudadanía y, dado que el pueblo deposita su poder en los gobernantes, estos deben cumplir con sus promesas procurando el bienestar de la sociedad.

Según Bobbio (1986), una sociedad democrática se caracteriza “por un conjunto de reglas (primarias o fundamentales) que establecen *quién* está autorizado para tomar las decisiones colectivas y bajo qué *procedimientos*” (p. 14). En esta breve y concreta observación conceptual sobre la democracia, se ha de reparar en los términos subrayados por el propio autor: los individuos con la facultad de dirigir (*quién*) y la manera de ejecutar su dirección (*procedimientos*). Ciertamente, ambos aspectos se constituyen a partir de ciertas reglas. En una sociedad democrática, estas reglas son –o deberían ser– dictadas por la voluntad de la comunidad. Los individuos que toman decisiones representan una cantidad muy importante de miembros de esta comunidad (los niños, por ejemplo, no participan del voto); y el procedimiento obedece a la regla de la mayoría, es decir, las decisiones colectivas solo proceden si son decisiones tomadas por la mayor cantidad de miembros de la comunidad o de manera unánime (Bobbio, 1986, pp. 14-15).

Son importantes las precisiones del autor, cuando afirma que las decisiones y mecanismos para ejercer la democracia corresponden a las mayorías. Pero aparte de estos elementos básicos de la democracia, se plantea también una condición más: “es indispensable que aquellos que están llamados a decidir o a elegir a quienes deberán decidir, se planteen alternativas reales y estén en condiciones de seleccionar entre una y otra” (Bobbio, 1986, p. 15). Esto significa que las poblaciones o comunidades deben estar informadas, capacitadas y ser libres para ejercer su ciudadanía en condiciones de aportar para los cambios que requieren y para defender sus derechos, por ejemplo, el derecho a la salud. Este tipo de planteamiento y selección por parte de los individuos solo es posible si se les garantiza ciertos derechos fundamentales. Así pues, estas observaciones de Bobbio nos permiten introducirnos un poco más en el concepto de democracia y participación ciudadana.

Ahora bien, estamos convencidos de que la democracia es un elemento importante para la participación ciudadana y el desarrollo, porque está vinculada con las libertades de los individuos y de las poblaciones en general para participar en todo lo que concierne a la satisfacción de sus necesidades: tal como sucede en la participación ciudadana en el diseño, evaluación y ejecución de las políticas de salud. Para Sen (2000), se requiere eliminar las causas que impiden la libertad a las personas para participar en su propio desarrollo. Al respecto, afirma lo siguiente:

En otros casos, la violación de la libertad se debe directamente a la negativa de los regímenes autoritarios a reconocer las libertades políticas y civiles y a la imposición de restricciones a la libertad para participar en la vida social, política y económica de la comunidad. (p. 20)

El principal indicador de desarrollo es, pues, el grado de libertad de que gozan las personas. Por ejemplo, la libertad de participar con decisión en las políticas sociales brindaría una mejor salud a la población y de ese modo podría aprovechar diversas coyunturas para su progreso. La participación social con libertad democrática representa una de las capacidades que

contribuyen al desarrollo de las personas, la cual debe ser ejercitada en todo lo relacionado a la satisfacción de sus necesidades con autodeterminación, empoderamiento y libertad de los grupos y personas; todos ellos elementos importantes que no pueden ser negados por ningún Estado (Sen, 2000, pp. 20-21).

La teoría y práctica de la democracia, en su larga data, cuentan con múltiples conceptos, dimensiones, indicadores y perspectivas. En este contexto se ha seleccionado autores representativos congruentes con nuestro objeto de estudio. En realidad, hay componentes esenciales del concepto de democracia que permanecen en el tiempo: desde la Antigüedad, pasando por la Revolución Francesa, hasta la actualidad. Estos son, por ejemplo, el gobierno del pueblo, la igualdad, la libertad, el derecho y el poder. Las formas de concreción de estos elementos han dependido históricamente de la lucha de clases y el desarrollo de las sociedades.

En suma, los autores aquí abordados pueden no tener las mismas perspectivas, tener valoraciones distintas sobre la democracia, poner énfasis en algunos u otros elementos, pero lo que debemos establecer claramente es que todos defienden la democracia como la mejor forma de convivencia social. Hay una coincidencia en comprender a la democracia como el poder del pueblo y en que la participación social es un derecho de las personas. Nosotros pretendemos ofrecer una tesis cuyo objeto de estudio se ubica en el contexto de la democracia liberal, cuestionándola a partir de su aplicación desde la participación ciudadana como derecho en la salud.

Para nuestra investigación asumimos sobre todo los planteamientos de Norberto Bobbio sobre la democracia y el derecho a la salud. En él, encontramos una explicación de cómo la teoría se lleva a la práctica, pone el acento en los mecanismos y formas de ejercer la democracia en la relación Estado-sociedad y en el ámbito de los derechos sociales; muestra las especificaciones de cómo participar, analizar la participación dentro de los contextos sociales, políticos y económicos. Bobbio propone, en definitiva, un método para el ejercicio de la democracia, asumiendo que esta tiene viabilidad y también escollos: no se da de la misma manera en países desarrollados y

países atrasados, por ejemplo. Sus análisis de la realidad social y la democracia se caracterizan por ser históricos, filosóficos y relacionados siempre con la ley: él está convencido de que tan solo con la democracia se puede alcanzar la justicia social y que los derechos humanos no requieren demostraciones, sino defensa y amparo.

2.3.7. Participación ciudadana en salud

La idea de lo que significa ser ciudadana o ciudadano es bastante antigua y siempre se ha entendido como un derecho social reconocido por constituciones y documentos innumerables en el mundo. Sin embargo, este concepto adquiere relevancia en nuestra región por los cambios ocurridos en las políticas públicas, luego de muchos intentos fallidos para reducir la pobreza, desigualdad, exclusión y descontento de las poblaciones de los países con deficiente desarrollo. El factor determinante para poner en práctica la ciudadanía como derecho ha sido la privatización de los servicios sociales y la imposición del Estado mínimo por parte del neoliberalismo, en esta realidad con grandes brechas sociales donde el acceso al poder por parte de la población es algo que le confiere posesión e identidad (Cunill, 2010).

Con la implementación del proyecto neoliberal, llamado también ajuste estructural, la expresión *participación ciudadana* asumió una importancia imprevista en el sector salud. La transformación del Estado de bienestar a un Estado mínimo trajo consecuentemente políticas de salud descentralizadas: la población, las regiones y municipalidades debían cumplir las funciones que ya no podía desempeñar el Estado (Briceño-León, 1998). En este contexto se hacía necesario mejorar las relaciones Estado-sociedad, atendiendo la salud de los más pobres, quienes fueron los más golpeados por las medidas del ajuste y la crisis en la región. A nivel micro, donde se ejercita esta forma de participación intervienen factores como objetivos de la política de salud, cultura de los funcionarios, condición social de quienes la practican, grado de decisión, involucramiento y control social de la comunidad en las prestaciones de salud. Por las razones expuestas, la conceptualización de la participación ciudadana en salud es compleja, ya que, si bien se mantienen algunos

elementos, hay otros que varían permanentemente. Podemos concluir aquí reconociendo que los conceptos de participación ciudadana en salud son vastos, pero ninguno podría considerarse definitivo o único.

Es muy importante distinguir el significado de participación ciudadana de otras formas de participación. Según Ziccardi (2004), ella se refiere a la intervención de las ciudadanas y los ciudadanos en las políticas públicas para mejorar los procesos y alcanzar las metas, desarrollando así la ciudadanía que hace de lo público un espacio democrático y de corresponsabilidad compartido con el Estado. Refiriéndose más a las acciones que caracterizan a esta participación, Sáez (2016) nos dice que es un concepto de variados usos en las ciencias sociales: puede decirse que no hay consenso al respecto; sin embargo, este es un instrumento de ciudadanía muy valorado, tratándose de la salud debe comprender el “involucramiento activo y constante de las personas, comunidades y organizaciones en los procesos que van desde la toma de decisiones, hasta la ejecución y puesta en práctica de políticas y/o programas relacionados con la salud” (Sáez, 2016, p. 132).

Desde el punto de vista de Pérez (2012), la participación ciudadana en salud se produce cuando el Estado y sus instituciones son incapaces de prestar servicios de salud con calidad que respondan a las demandas de la población. Se inicia, entonces, la descentralización y democratización que, en resumen, consiste en transferir poder y autonomía de decisión a la ciudadanía con el fin de descongestionar al Estado y aportar a la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. Se hace, así, necesaria una relación Estado-sociedad que permita tomar decisiones compartidas:

Debe darse de manera horizontal y no vertical, donde gobierno-comunidad trabajen conjuntamente y se retroalimenten. Está vinculada al amplio proceso decisorio que se registra en todas las instancias político-administrativas en donde se diseñan, formulan y ejecutan las políticas; y al control que sobre los recursos, los sujetos, los grupos y los actores sociopolíticos puedan alcanzar. (Pérez, 2012, p. 154)

La participación ciudadana en los servicios de salud forma parte del desarrollo social visto desde el concepto de desarrollo humano. Se trata de

“un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaran los individuos. En este enfoque, se considera que la expansión de la libertad es 1) el *fin primordial* y 2) el *medio principal* del desarrollo” (Sen, 2000, p. 55). En consecuencia, las políticas de salud deben respetar las libertades democráticas promocionando la participación ciudadana en salud, con real decisión en consonancia con los objetivos del desarrollo sostenible.

La participación ciudadana en salud no es un conjunto de acciones sin sentido, dispersas y sin fundamento, sino un proceso que involucra requisitos como cosmovisión, organización, conciencia social, liderazgo, conocimiento de la problemática y de sus derechos ciudadanos, entre otros. Estos aspectos permiten visualizar todo el proceso en la implementación de la política de salud. Solo así la comunidad estará en condiciones de involucrarse en la administración de los servicios sociales, tomar decisiones y ejercer control social: es decir, ejercer una real participación democrática en salud. Cada etapa de este proceso es importante para la participación de la comunidad, en el grado más elevado, como lo es la toma de decisiones y control social (Ferrer et al., 2001).

Los diversos conceptos de participación ciudadana en salud consideran que la *toma de decisiones* es una de las características más importantes. Además, el control de los servicios y la rendición de cuentas por parte de los establecimientos de salud a la ciudadanía muestran un proceso democrático, cuyo resultado sería mucho más beneficioso para las poblaciones vulnerables. Esta real participación puede darse como parte del equipo en un establecimiento de salud, desde afuera o desde adentro. Lo que significa que la comunidad se organiza para controlar los servicios: nadie como la propia comunidad para diagnosticar su situación de salud, priorizar, identificar causas visibles de las enfermedades, etc. Las instituciones gubernamentales requieren y aceptan que la participación de la comunidad es necesaria; pero no siempre están dispuestos a darles capacitación y libertad de decidir en aspectos que corresponden a su salud y bienestar general, promoviendo la participación ciudadana.

Resumiendo los factores de la participación ciudadana, los estudios analizados coinciden en que no siempre se presentan todos en un solo momento: dependen del lugar, situación política, social, cultural, empoderamiento y grado de preparación de las comunidades donde se implementa. Además, hay consenso en que ella no se lleva a la práctica en su real dimensión, si no existe la toma de decisiones y control de los programas y proyectos de salud en su ámbito correspondiente. Zakus (1988) considera que estamos ante un fenómeno complicado de conceptualizar y valora el grado de decisión de la comunidad como elemento principal de la participación ciudadana en salud:

De este modo, el concepto de participación comunitaria es bastante complejo. En este trabajo sus principales componentes serán: el grado de toma de decisiones en el inicio de las actividades, el grado de toma de decisiones en el control sobre las acciones y el grado de participación real en la realización de las actividades, es decir, el grado de toma de decisión a lo largo del *continuum* de participación activa a pasiva. (pp. 155-156)

Así pues, la auténtica participación ciudadana en salud se fundamenta en la toma de decisiones por parte de la comunidad, es decir, en una buena política de salud. El control en los servicios y la rendición de cuentas no es posible sin dicho fundamento. Las ciudadanas y los ciudadanos participan, organizándose, para controlar los servicios de salud, diagnosticar su situación, priorizar e identificar causas visibles de las enfermedades, determinantes sociales y formas de solución. Las instituciones gubernamentales requieren y aceptan que la participación de la comunidad es necesaria, pero no siempre están dispuestas a darles capacitación y libertad para decidir en aspectos que corresponden a su condición de salud y bienestar general. El artículo IV de la Declaración de Alma-Ata establece que "el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud" (OMS, 1978, p. 3).

2.3.8. Neoliberalismo y participación ciudadana en salud

En el marco de la globalización, donde el neoliberalismo impone sus reglas económicas y políticas a los países como los nuestros, se hacía necesario mejorar las relaciones Estado-sociedad, atendiendo la salud de los más pobres que fueron los más golpeados por la crisis en nuestra región. Los cambios como el desmantelamiento del Estado de bienestar, privatización de los servicios sociales, de las empresas estatales, prohibición a los Estados nacionales para intervenir en la marcha de sus economías y la reducción del gasto social impulsaron a los gobernantes a diseñar políticas focalizadas para atender la salud de los más vulnerables, cuyo elemento fundamental sería la participación ciudadana en salud reconocida, que involucraba el derecho a la salud.

Esta forma de participación en salud no cuenta con conceptos definidos, por su carácter cambiante y diverso. Durante su evolución en el tiempo se han ido proponiendo conceptos a partir de los requerimientos del sistema y objetivos de las políticas sociales de salud en cada país. En salud pública, la participación es destacada como estrategia en la implementación de políticas de salud por su aporte en la mejora de los servicios, se trata de un proceso que se inicia hace aproximadamente 40 años. Ser parte de la estructura le imprime un carácter de cambio permanente, de acuerdo con los vaivenes del sistema imperante; por ejemplo, a nivel macro, los cambios económicos y políticos en la estructura global y nacional, su ejercicio en un país desarrollado o poco desarrollado.

Como se ha mencionado, uno de los eventos más importantes donde se acuerda un concepto que involucra a la comunidad con derechos a participar en la atención de su salud es la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, realizada en Alma Ata. Ella marca un hito histórico al convertirse en la antesala de la implementación del neoliberalismo. Este evento logró acordar un concepto que reconocía el derecho a la salud y un involucramiento que fomenta la participación ciudadana. Aunque no se expresa claramente que se trata de este tipo de participación, la comunidad debe participar con decisión en todo el proceso de la atención en salud. Se

pone énfasis en la capacitación que debe tener la población para participar. A partir de entonces, las políticas focalizadas asumen la participación de la comunidad como estrategia en la atención primaria de salud.

Las formas de participación son definidas por las políticas y los funcionarios de salud. A veces solo es incorporada con fines de apoyo en trabajo, para ahorrar recursos, encaminada hacia los intereses de la institución sin reconocer los derechos de la comunidad para decidir aspectos importantes de su salud. Para Kroeger y Luna (1992) hay dos formas de participación que se dan en salud: prescriptiva e integral. Esta última es la que nos interesa. La participación integral según los autores en mención es difícil de lograr, pero es la mejor porque es más beneficiosa a la salud de la comunidad. Por ello, “hay que integrarla al proceso de diagnóstico-programación-implantación-evaluación. La comunidad debe participar en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud” (Kroeger y Luna, 1992, p. 81). Aquí la población se convierte en un sujeto de acción que decide, prioriza, se empodera, conoce su situación y mejora la política social.

2.3.9. Modelo de administración compartida en salud: CLAS

Focalización en las políticas de salud. Como se ha explicado, entre las imposiciones del ajuste estructural impuesto por el programa neoliberal se encuentra el cambio del Estado benefactor o interventor por un Estado mínimo o no interventor. Este último debe reducir el gasto social como medida principal y dar apoyo solamente a los más pobres; los demás deben pagar por su salud. Este es uno de los factores principales para el diseño de las políticas focalizadas de salud en toda la región, debido a la desigualdad social que caracteriza a todos nuestros países y la crisis generalizada que se vivía en la década de los ochenta del siglo pasado.

La focalización en las políticas de salud es el tema más estudiado y abordado desde los cambios políticos y económicos obligados por la globalización capitalista. Esto implica que el gasto en salud solo debe ser direccionado hacia las poblaciones vulnerables con el objeto de paliar las

secuelas del ajuste estructural y reducir las brechas sociales. El supuesto consiste en que, al dar solo a los que necesitan, se ahorra lo que se daba a los que no requieren apoyo del Estado porque pueden pagar. El argumento proviene de que la focalización era una política superior, ya que beneficiaría más a los necesitados y, además, aumentaría los recursos para ellos en pos de la justicia social en salud. Los beneficiarios serían las poblaciones que según la medición se encuentren por debajo de la línea de pobreza (Raczynski, 1995).

Según Candia (1998), el término *focalización* está vinculado sobre todo a la aplicación de las políticas de salud, a su organización, elección de las poblaciones vulnerables socialmente y diseño de instrumentos adecuados para su implementación. En cuanto los beneficios de este modelo, se pueden resaltar dos: el aumento del efecto positivo hacia los beneficiarios con menos costo del Estado y la mejora en el planteamiento de la política. Sin embargo, según las evaluaciones en la región, se han identificado carencias en relación con los métodos de selección, con indicadores diversos, y se considera que el indicador de distribución es el mejor para medir el impacto de la política en salud. El autor define así la focalización:

El concepto de focalización se sitúa en una instancia principalmente instrumental y operativa. Expresada esta idea en su definición más simple, puede afirmarse que focalizar es establecer mecanismos idóneos para determinar quiénes tienen derecho a acceder a los servicios básicos que se otorgarán como parte de los subsidios públicos. (Candia, 1998, p. 7)

La focalización no ha demostrado ser buena medida para buscar la equidad e igualdad social. Los mecanismos de focalización no alcanzan estos objetivos. Hay métodos monetarios y de la línea de pobreza como mecanismos de elección de los pobres y pobres extremos. Por ejemplo, en Perú se identifica a los pobres mediante el método monetario, esto se realiza considerando el valor de la canasta básica completa, que contiene artículos comestibles y otros artículos básicos. Según información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI):

En el Perú para medir la pobreza monetaria se considera al gasto como indicador de bienestar, donde el valor de la canasta mínima total (alimentos y no alimentos) fue valorizada para el año 2019 en 352 soles mensuales por persona (para una familia de cuatro miembros el costo de la canasta familiar es de 1,408 soles)

En el caso de las personas cuyo gasto per cápita mensual es menor a 352 soles son considerados pobres. (Agencia Peruana de Noticias Andina, 2020)

Para medir la pobreza extrema se utiliza el mismo método, con la diferencia de que el valor de la canasta esta vez es mínima en base solo a los productos alimenticios. Para el 2019 se calculó “en 187 soles mensuales por persona. Para una familia de cuatro miembros asciende a 748 soles” (Agencia Peruana de Noticias Andina, 2020). De acuerdo con esto, se consideran pobres extremos a todas aquellas y todos aquellos que gastan 187 nuevos soles en sus alimentos. Como vemos, a estos dos grupos solo los diferencian 13 soles, cantidad obviamente insignificante para determinar quién no es pobre y quién sí lo es. Nos preguntamos: ¿cómo pueden vivir 4 personas con 748 soles?

Política focalizada en salud. En la década de los noventa del siglo pasado, el país estuvo marcado por acontecimientos políticos conflictivos y, además, altamente endeudado con organismos internacionales como el FMI, con problemas de inflación, servicios de educación y salud colapsados, pobreza hasta en más del 50% de la población, etc. Otros especialistas en salud dan cuenta de lo vivido en ese período de nuestra historia señalando que decenas de establecimientos del primer nivel de atención, debido a la violencia y ruina del Estado, ya no prestaban ningún servicio. Esto ocurría en los lugares donde viven las familias más vulnerables y con mayor violencia, quienes se encuentran en los lugares más apartados del país. El monto para financiar la salud se iba reduciendo desde el segundo lustro de la década del ochenta. En los dos últimos años, este se había reducido a un 25% respecto a los montos anteriores. Así los peruanos más pobres solo podían recurrir a la medicina ancestral o improvisar sobre la marcha (Salazar et al., 1999, p. 2).

En este breve contexto, se elige como presidente a Alberto Fujimori en 1990, quien decidió instaurar un modelo neoliberal en el país. Para ser elegido, prometió que no habría *shock*, que los cambios económicos serían graduales, pero actuó contrariamente a su discurso. Reyes (1999) afirma que el “neoliberalismo ha logrado la estabilidad macroeconómica a costa de una recesión muy extendida del aparato productivo, que simultáneamente ha deteriorado las economías familiares” (p. 61). Consecuentemente, el Estado peruano minimizado, sin poder intervenir en la economía, con escasos recursos y un pueblo aún no pacificado, decide diseñar e implementar la política focalizada para el primer nivel de salud. Para ello, el MINSA (1995) realizó un diagnóstico en todos los centros y puestos de salud de todo el país, cuyos resultados son los siguientes:

- Cuantioso daño en las estructuras físicas, falta de insumos y de equipos necesarios.
- Trabajadores del MINSA desalentados para cumplir sus funciones.
- Usuarios descontentos por las pocas horas de atención (seis al día).
- Sistemas de movilidad de pacientes colapsadas (referencia y contra referencia).
- Poblaciones ajenas en el desarrollo de la atención.
- Limitada supervisión en el desempeño del personal del MINSA.
- Administración centralizada y sin planificación.
- Mala utilización de los reducidos medios financieros y otros.

Identificadas las poblaciones vulnerables y la situación de abandono del primer nivel de salud, se crea el Programa de Administración Compartida (PAC), a través del cual se organizaría y se pondría en práctica la política focalizada, aplicando los principios de descentralización y democratización, en concordancia con los lineamientos de los organismos internacionales (BM, BID, FMI). El PAC optó por un nuevo modelo para la atención de la salud en el Perú dentro de los marcos de la focalización, caracterizado por su fácil adaptación con los cambios que exigía el momento, una nueva forma de administrar los recursos que distara de la que se había implementado por muchos años, basada en las políticas que se venían ejecutando en América

Latina. El Estado y la comunidad debían compartir responsabilidad. Se buscaba el control del Estado y una mayor productividad (MINSa, 1995).

El PAC diseña su propuesta creando organizaciones donde participen la comunidad y el Estado, con carácter privado y sin perseguir lucro alguno. Estas organizaciones nacen con el nombre de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Según la normatividad, por primera vez se incluye a la comunidad, con decisión, en la cogestión de los servicios de salud. El objetivo principal radicó en controlar los recursos materiales, así como al personal, que de acuerdo con el diagnóstico eran factores importantes que resolver.

Objetivos del PAC. Los objetivos del PAC se diseñaron a partir del diagnóstico y considerando los cambios perseguidos por el Estado. Quizás el más importante fue encontrar la forma para atender la salud del primer nivel con los pocos recursos destinados. Los objetivos:

- Incrementar la cobertura de los servicios de Salud.
- Propiciar la calidad en el gasto público, de manera que se obtengan mayores rendimientos en el servicio y mejoras en la calidad de vida de la población.
- Estructurar una organización más simple, dinámica y funcional, que sea el soporte de una administración pública más competente.
- Que la población no sólo perciba el cambio en la cantidad y calidad del servicio público, sino que se integre directa o indirectamente a instituciones descentralizadas y por su intermedio asuma responsabilidades en la toma de decisiones (MINSa, 1995).

Creación de los CLAS.

El CLAS es una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, integrada por representantes de la comunidad organizada, para administrar un puesto o centro de salud, con el fin de mejorar la salud de la comunidad.

Es una modalidad descentralizada de administración, donde el Estado comparte esfuerzos y recursos con la comunidad. (MINSA, 1996, p. 13)

Al ser un ente privado, dispone de sus recursos, pero siempre con la supervisión de las instituciones dependientes del MINSA. Por esa misma condición, se maneja con herramientas de gestión privada, que, para el caso, se traduce en cumplir con un contrato para elaborar y ejecutar un plan de salud (Frisancho, 2005).

Elección de los representantes. La forma de elección de los representantes de la comunidad, que conforman la junta directiva del CLAS, está normada y controlada por el MINSA. Lo que deben y no deben hacer, también la corresponsabilidad o cogestión, se expresa básicamente en un contrato privado para diseñar y ejecutar un plan de salud. El financiamiento para ejecutar dicho plan y atender otras necesidades de salud proviene del Estado y de los recursos que genere el mismo establecimiento, proveniente de los pagos por consulta y otros servicios como laboratorio, rayos X, ecografías, etc. (MINSA, 1996).

Responsabilidades del CLAS.

- Ejecutar el Programa de Salud Local contratado con el Estado a través de la Sub Región de Salud e informar a la autoridad de salud de los avances, problemas, estadísticas, etc.
- Administrar los recursos humanos, materiales y presupuestales, rendir cuenta de su empleo y responsabilizarse de su seguridad y mantenimiento.
- Supervisar el cumplimiento de las normas administrativas.
- Disponer de los ingresos propios.
- Nombrar, de común acuerdo con la Sub Región, al jefe del establecimiento y contratar al personal.
- Establecer las tarifas de cobro y las condiciones de gratuidad de los servicios. (MINSA, 1995)

Finalmente, en el único objetivo trazado para el CLAS se evidencia la verdadera intención del Estado, a través del MINSA, esto es, la participación de la comunidad está pensada para ahorrar recursos y conseguir otras fuentes de financiamiento:

Asegurar que el puesto o centro de salud que administra ofrezca eficientes servicios de salud a las personas y a la comunidad, haciendo uso eficiente y transparente de los recursos públicos, aportes de la comunidad u otros que consiga CLAS. (MINSA, 1996, p. 13)

2.3.10. Funcionamiento del CLAS: el caso de Laura Caller

La comunidad Laura Caller. Los Olivos es el distrito al que pertenece la comunidad Laura Caller. Se trata de uno de los 43 distritos de Lima Metropolitana, ubicado al norte de la ciudad y reconocido por el protagonismo expresado en su permanente desarrollo.

Los Olivos posee una extensión territorial de 17,25 kilómetros cuadrados y limita con cuatro distritos: Comas e Independencia por el este, San Martín de Porres por el suroeste y Puente Piedra por el noroeste. En este último punto es preciso mencionar la presencia del río Chillón como zona limítrofe. (Táccunan, 2017, p. 19)

Actualmente, Los Olivos es reconocido como un distrito emprendedor, existen grandes negocios que no tienen nada que envidiar a muchos otros de Lima e incluso de otros países. Cuenta con 10 universidades privadas y varios institutos, como el emblemático SENATI. La comunidad Laura Caller se ubica, pues, en el distrito mencionado y forma parte del programa municipal de vivienda *Confraternidad*, junto con otros asentamientos humanos como Los Norteños, Armando Villanueva Del Campo, Olivos de Pro, Los Olivos, San Martín de Porres, Enrique Milla Ochoa y Juan Pablo II (Municipalidad de Lima Metropolitana, 1994, Resolución 715). Según los participantes de este estudio, los lotes de los asentamientos son casi 12 mil, de los cuales Laura Caller tiene 1473 actualmente, con un aproximado de 14,730 habitantes.

La historia de esta comunidad está plagada de sufrimientos y esperanzas, de peruanos que llegan a la capital buscando mejorar su calidad de vida, pero se encuentran con situaciones difíciles cuando, por los bajos ingresos que perciben, no está a su alcance obtener una vivienda propia. Como se sabe, lo que los migrantes estaban obligados a hacer desde que llegaron a Lima, por la década de los cuarenta del siglo pasado, era resolver su problema de vivienda invadiendo terrenos públicos y a veces privados. Hoy, a más de 80 años, contamos con poblaciones que han invadido inclusive los cerros de Lima. Para nadie es un secreto la precariedad vivida día a día por estas poblaciones en pobreza y pobreza extrema, donde muchas personas no tienen agua, luz, alcantarillado, ni siquiera recojo de basura por las municipalidades. Además, son hogares que viven violencia familiar que afecta más a niñas y niños, ancianas y ancianos, pero sobre todo mujeres en general.

Una de esas tantas poblaciones en pobreza extrema llegó a Los Olivos el 5 de mayo de 1989 a invadir los terrenos que hoy habitan. Fueron 3,000 familias que tomaron posesión de este espacio, pese a que sabían que iniciaban una lucha por años para conseguir la propiedad del lugar y al fin cumplir con el llamado sueño de la casa propia. Increíblemente, hasta la fecha, esta situación aún no ha sido resuelta para muchos. El nombre *Laura Caller* fue acordado por los pobladores, ya que quisieron rendir un homenaje póstumo a una abogada cusqueña que llevó ese nombre. La doctora Caller fue reconocida por defender las causas de los pobres, campesinos y políticos en aquellos tiempos de crisis política y social. Ella estudió en Cusco y en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, falleció en 1988 por una grave dolencia debido a un cuadro de diabetes. Los dirigentes del mencionado asentamiento quisieron reconocer su labor de ese modo.

Respecto a la procedencia, actividad y organización de los pobladores: según los mismos dirigentes, la mayoría proviene del norte (Trujillo, Cajamarca y Ancash) y la minoría del centro y sur del país. Su vida laboral se expresa en un conjunto de actividades básicas como el comercio (fuera y dentro del asentamiento), transporte con taxi o mototaxi, construcción civil, entre otras. En cuanto a su organización, están representados por una junta

directiva general de todo el asentamiento (seis zonas). Cuentan con un mercado en el que se vende lo necesario: los dueños son pobladores del mismo asentamiento. Además, cuentan con cuatro Programas No Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI), una oficina del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) y un auditorio donde se realizan las reuniones de los pobladores y eventos en general. Respecto a la alimentación: se atiende con cinco comedores populares y cinco vasos de leche, distribuidos por zonas.

Una de las preocupaciones principales ha sido y es aún la naturaleza de su organización: factor decisivo para resolver sus necesidades más inmediatas como alimentación, salud y sostener el juicio para obtener la propiedad del terreno. Según los participantes, la entrega de títulos de propiedad ya está en la fase final. Los dirigentes han llegado hasta el Congreso de la República para que intercedan con el Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI) para la entrega de estos títulos. Según los dirigentes, pronto se hará realidad su sueño de la casa propia después de casi 30 años de lucha.

En este contexto, en 1994, se funda el CLAS Laura Caller, luego de tener como antecedente una posta de 1992, en la manzana 10 A, lote s/n, zona 5 del asentamiento humano Laura Caller. Los vecinos construyeron este centro de salud con adobe en un terreno del asentamiento. Luego se mejoró con un apoyo recibido del MINSA y del gobierno japonés. Especialmente las mujeres organizadas como promotoras de salud, con su presidenta Edelmira Yapias a la cabeza, fueron las que pusieron el empeño en esta obra, todavía precaria e inconclusa por falta de atención del Estado (Ariza, 2018, p. 25-26).

La señora Yapias fue la primera presidenta del CLAS. Ella nos relató en una entrevista su experiencia de dos períodos como representante de la comunidad:

En el período del señor Pascual Vílchez se hizo realidad la posta. Para entonces yo trabajaba como asistente social de todo el asentamiento y me dieron un plan de trabajo. En ese plan de trabajo me pusieron que una tarea iba a ser terminar la posta y traer a los profesionales. Eso se

hizo también realidad en nuestro período de entonces como dirigentes, dirigido por el señor Pascual Vílchez.

El Centro de Salud Laura Caller. El centro de salud para la comunidad Laura Caller, como muchos establecimientos del primer nivel de atención en el Perú, carece de insumos básicos como guantes, mascarillas, materiales de limpieza, mandiles, etc. En cuanto a equipos, solo tienen los más elementales, debido a que el MINSA considera que, por ser una atención preventiva, no requiere ni de equipos, ni de médicos especialistas. Por estas razones, el centro de salud no puede atender una emergencia compleja, porque no cuenta con todas las especialidades, equipos, ni materiales para ello. Los recursos financieros son naturalmente escasos: la misma comunidad gestiona para obtener algunos apoyos de instituciones públicas y privadas.

Con el fin de conocer acerca de las enfermedades más comunes, entrevistamos a una funcionaria del CLAS, a quien llamaremos Gladys, y le planteamos la siguiente interrogante: “Licenciada, por favor, ¿me podría informar cuáles son las enfermedades más comunes en el centro de salud Laura Caller?”. Esta fue parte de su respuesta:

[Enfermedades] de las vías respiratorias; luego tenemos enfermedades de piel y los problemas dentales que también son altos; problemas del aparato gastrointestinal y una gama de enfermedades crónicas, empezando por la hipertensión arterial, diabetes, obesidad. Eso es, en ese orden, la prevalencia de enfermedades.

Cuadro 1:*Personal del CLAS Laura Caller*

	Nombrados	Contrato-CAS	Terceros	Total
Médicos	3	1	0	4
Técnico médico	0	0	1	1
Obstetras	1	1	0	2
Psicólogos	1	0	0	1
Odontólogo	1	0	1	2
Enfermeras	0	2	1	3
Técnica enfermería	11	3	1	15
Auxiliar enfermería	1			1
Administrativos	2	1	0	3
Técnica en farmacia	0	1	0	1
Técnico en rayos X	0	0	1	1
Técnico en laboratorio	0	0	1	1
Técnicos digitadores SIS	0	0	2	2
Cajeros	0	0	2	2
Vigilantes	0	1	2	3
TOTAL	19	10	12	41

Fuente. Elaboración propia

Como podemos observar en el Cuadro 1, con este personal se atiende de lunes a domingo en dos turnos (mañana y tarde). El número de pobladores, potenciales pacientes, es aproximadamente de 14,000 personas de Laura Caller, sin contar las que se atienden de otros asentamientos cercanos. Si las enfermedades más prevalentes son gastrointestinales e hipertensión, vemos que no hay médicos especialistas para estos casos. Todos son médicos generales que no podrían atender enfermedad complejas, porque, además, no hay equipos ni laboratorios adecuados. Los pobladores deben, entonces, asistir a los hospitales para poder atenderse, gastando más dinero y perdiendo valioso tiempo. Por ejemplo, no hay pediatras, geriatras, otorrinolaringólogos, etc. Finalmente, la estructura material del centro de salud es totalmente reducida para la atención de pacientes. Estos datos nos muestran, pues, la precariedad en la que se atiende la salud de la comunidad.

Salud e inseguridad ciudadana en Laura Caller. Un problema que afecta directamente la salud de la población tiene su causa en la inseguridad ciudadana que se presenta en todo lugar donde se asienta la comunidad Laura Caller. La policía no se abastece. Generalmente, recorre las zonas donde no viven los pobres. En la comunidad uno se encuentra con bandas criminales, pandillas y delincuentes de toda clase que a menudo se enfrentan entre ellos. Los robos a las personas y sus viviendas son pan de cada día. Hay una sola comisaría cercana que lleva el mismo nombre de la comunidad. Sin embargo, esta logra atender pocos casos. Según los pobladores, desde hace 10 años se vienen incrementando los conflictos, peleas y enfrentamientos de los barristas, delincuentes y drogadictos. Los vecinos se ven gravemente afectados y no pueden resolver nada, ya que sería muy peligroso. Estos son algunos testimonios y algunas notas periodísticas sobre estos acontecimientos en los últimos años:

Acá no hay tranquilidad. Esto es tierra de nadie y no existe respeto a nada. Nadie está libre. Ni los ancianos ni los niños. Y menos nuestros hijos adolescentes. Si no son golpeados, son cortados y apuñalados para que entreguen sus zapatos, casacas, relojes o teléfonos celulares. Es un infierno. Acá, señor, ningún muchacho puede pasear en bicicleta y lo peor es que todo el mundo lo sabe, el serenazgo y la Policía, pero nadie hace nada. (Velásquez, 2005)

El trabajador Polo Pajilla fue asesinado por delincuentes que le golpearon y lo dejaron tirado en la acera de la calle 50, de la tercera etapa del AA.HH. Villa Sol, en Los Olivos. Según reportó ATV Noticias, policías de la comisaría Laura Caller encontraron que la víctima tenía el rostro hinchado y ensangrentado. (Radio Programas del Perú, 2017)

Delincuentes hirieron de bala a una de sus víctimas cuando asaltaban a un grupo de jóvenes en Los Olivos... Tras ello, los ladrones huyeron con todo el botín. En tanto, los amigos del herido lo llevaron a un puesto del Serenazgo y posteriormente trasladado al hospital Cayetano Heredia. La policía de la comisaría de Laura Caller se encarga de las investigaciones. (América Noticias, 2018)

Unos delincuentes ingresaron a una vivienda ubicada en la Calle 39 de la urbanización Laura Caller, en el distrito de Los Olivos y se llevaron equipos topográficos, tablets, drones y computadoras. Los artículos tecnológicos estaban valorizados en aproximadamente S/ 190 mil. (Portal PERU.COM, 2019)

Un ciudadano venezolano identificado como José Gabriel Rojas Peña fue detenido por la Policía Nacional, luego de que golpeará en el rostro a un efectivo en Los Olivos. El sujeto, en estado de ebriedad, le propinó varios puñetes al suboficial tras ser intervenido en el Parque de la Amistad ubicado en la urbanización Villa Sol. Minutos antes, el extranjero había golpeado a su pareja y agredido al personal de Serenazgo del distrito. Fue en ese momento que el policía de la Comisaría Laura Caller intervino para calmarlo, pero el venezolano arremetió a golpes contra la autoridad. (Canal N, 2020)

Si la inseguridad es una amenaza permanente, sobre todo en Lima, lo es más en zonas abandonadas a su suerte. Por ello, los vecinos del lugar se organizan constantemente y muchas veces intentan hacer justicia con sus propias manos. Los casos aquí presentados solo son los que hacen noticia. Detrás de estos hay muchos más, cuyos únicos testigos son los pobladores que sufren este problema. La inseguridad es, pues, un determinante de la salud. Ninguna persona puede convivir con la zozobra permanente que altera su calidad de vida.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. El método cuantitativo en ciencias sociales

En habla hispana, el libro *Metodología de la investigación* de Roberto Hernández Sampieri, en colaboración con Fernández Collado y Baptista Lucio, de 2014, se ha consolidado como una guía didáctica y a la vez rigurosa para aquellas y aquellos que emprendemos un estudio en el ámbito de las ciencias humanas, en general, y las ciencias sociales, en particular. Esta obra ha servido como base para la concepción y aplicación del método utilizado en la presente tesis. En primer lugar, se explicará qué significa investigar con un método cuantitativo en ciencias sociales; luego, cuáles son las técnicas propias de este método; y, finalmente, de qué modo ha sido aplicado en nuestro estudio.

Enfocar un objeto de estudio de manera cuantitativa significa observarlo en su secuencia con la finalidad de probar nuestra hipótesis de trabajo. Eso quiere decir que el enfoque cuenta con fases o etapas que deben seguirse rigurosa y cuidadosamente desde el inicio hasta el final de la investigación. Estas fases definen al proceso cuantitativo de investigación y van desde la concepción de una idea, pasando por el planteamiento del problema, la revisión de la literatura, recolección y análisis de datos, hasta la elaboración final del reporte de resultados (Hernández et al., 2014, pp. 4-5).

Entre las múltiples características de este enfoque, las más relevantes son las siguientes: el objetivo de la investigación consiste en la medición o estimación del fenómeno a estudiar, ya sea en su frecuencia o en su magnitud; con este fin, se recolectan datos del ámbito concreto en el que se encuentra el objeto de estudio, ubicándose este siempre en la realidad externa, es decir, fuera de las experiencias o vivencias subjetivas de los seres humanos; los

datos se cuantifican, es decir, son representados y expresados numéricamente o cantidades susceptibles de un análisis con procedimientos estadísticos; finalmente, este análisis es interpretado de manera explicativa, teniendo en cuenta cuál fue la hipótesis de trabajo y el marco teórico de la investigación. Así pues, estas características del enfoque cuantitativo indican que se trata de un método adecuado para fenómenos objetivos, concretos, observables y medibles. Estos fenómenos deben ser descritos de la manera más neutral posible por la o el que investiga, intentando analizar los datos con vistas a la generación de algún conocimiento ahí donde se encuentre un vacío (Hernández et al., 2014, pp. 5-6).

Así pues, para un enfoque cuantitativo no es importante tanto el descubrimiento o la construcción de la realidad, cuanto la descripción y explicación de datos tomados de una exterioridad medible e interpretable. Los participantes del estudio serán implicados también en la medida en que sus testimonios y experiencias refuerzan lo que los datos empíricos muestran. Un enfoque de esa naturaleza puede ser utilizado en ciencias sociales, cuando lo que se busca es la comprensión, medición, explicación e interpretación de algún fenómeno social. Este tipo de fenómenos posee, ciertamente, una complejidad y estructura que un método puramente cuantitativo, puramente cualitativo o incluso uno mixto, no pueden agotar por completo. Eso no significa, sin embargo, que se deba renunciar a su investigación y análisis, especialmente ahí donde la situación problemática es expresión de una condición precaria padecida por determinados agentes sociales y se precisa una transformación del estado de cosas.

Finalmente, la investigación llevada aquí a cabo puede considerarse *no experimental*. En un estudio de este tipo, se observan fenómenos o problemas que afectan a una población determinada (situación no creada por quien investiga); se describen o detallan algunas características relevantes de las personas o fenómenos del estudio; se explica el estado de cosas en la medida en que se da cuenta de las razones de fondo por las cuales se relacionan las distintas variables de la investigación; en este caso, no solo se describen los problemas sociales a estudiar, también se trata de responder por qué un fenómeno social ocurre de tal o cual manera y en qué contexto; finalmente, se

examinan fenómenos o hechos que ya se han dado o se están dando durante el desarrollo de la investigación y se informa sobre lo observado y medido de manera objetiva.

3.2. Técnicas del método cuantitativo en la presente investigación

Especialmente dos técnicas del método cuantitativo fueron de suma importancia en nuestra investigación: encuestas y observación participante. A continuación, se explica brevemente qué debe entenderse por cada una.

3.2.1. Encuestas

Se trata de una técnica muy difundida en las ciencias sociales en general y de uso prácticamente obligatorio en los estudios realizados desde el trabajo social como disciplina científica, perspectiva que es adoptada en la presente tesis. Demás está decir que la investigación debe hacer un uso absolutamente sincero y objetivo de las encuestas, renunciando en todo momento a cualquier tipo de instrumentalización o manipulación que persiga algún interés de por medio, tal como, lamentablemente, sucede a menudo en el ámbito periodístico o incluso en el político.

Como aclaran López-Roldán y Fachelli (2015), “en la investigación social, la encuesta se considera en primera instancia como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos” (p. 8). El propósito de la encuesta radica en alcanzar sistemáticamente ciertas medidas acerca de las categorías y los conceptos implicados en el estudio. Esta recolección de datos es posible por la aplicación de cuestionarios en el contexto de un encuentro o entrevista con los participantes del estudio. El cuestionario es, pues, el instrumento que se utiliza para la elaboración de las encuestas.

Hay, entonces, todo un proceso de preparación para poder concebir y aplicar las encuestas en el estudio. Los autores mencionados lo describen del siguiente modo:

Entre estas técnicas presentes en toda práctica de investigación con encuesta se encuentran: el diseño de la muestra, la construcción del cuestionario, la medición y la construcción de índices y escalas, la entrevista, la codificación, la organización y seguimiento del trabajo de campo, la preparación de los datos para el análisis, las técnicas de análisis, el software de registro y análisis, la presentación de resultados. (López-Roldán y Fachelli, 2015, p. 9)

En cierto modo, las encuestas son un tipo de entrevista, aunque la dirección de la conversación se establece de antemano por medio de un cuestionario con determinadas preguntas y respuestas. La entrevistada o el entrevistado se sitúa, pues, en un ámbito de alternativas ya establecido, en donde la negativa a responder también representa una opción. No es, sin embargo, el único tipo de entrevistas que ha sido utilizado para la presente investigación. Antes de explicar esto último, abordemos el tema de la observación participante.

3.2.2. Observación participante

La observación participante es una técnica utilizada tanto en investigaciones cuantitativas como cualitativas: la diferencia entre ambos usos radicará en la naturaleza de los datos que se recolecten por medio de ella y la función que cumple para este propósito (Kawulich, 2005). En ciencias sociales, este tipo de observación es valorada por su sistematicidad, es decir, por su capacidad de comprender y sintetizar una serie de mecanismos necesarios para la investigación *in situ*, tales como la aplicación de entrevistas, el análisis de fuentes y documentos, recopilación de datos de todo tipo o el empleo de informantes. Sin embargo, lo que hace de una observación verdaderamente *participante* es el involucramiento del investigador en las actividades que configuran la realidad de su objeto de estudio. Fernández

(2009), toma distintas definiciones de este tipo de observación y las resume del siguiente modo:

La observación participante se define como un método de investigación que implica la inserción del investigador en el lugar de la observación, suponiendo una mirada distante, lejana, extraña del observador hacia lo observado. El sujeto se inserta en la realidad observada, pero siempre como un intruso. En este sentido, toda observación participante constituye una observación externa, ya que el distanciamiento del investigador frente a lo observado garantizaría la confiabilidad y validez de su registro. (p. 54)

La distancia mencionada entre el observador y la realidad observada es, por lo tanto, una distancia teórica. En la práctica, el observador participa de manera activa en los ámbitos de la realidad que se propone estudiar. Obviamente, esto no significa, por ejemplo, involucrarse en una comunidad con el objetivo de crear relaciones de amistad, identificar aliados políticos o contactos laborales. La prioridad del investigador o la investigadora sigue siendo de carácter científico y su finalidad, por tanto, la producción de conocimiento. Con esta perspectiva, la observación participante con un enfoque cuantitativo se da en el campo mismo, de manera directa y con la finalidad de recopilar los datos, por medio de encuestas, que luego puedan ser expresados numéricamente e interpretados por medio del análisis.

3.2.3. Otros recursos metodológicos

Aparte de la observación participante y las encuestas con cuestionarios predeterminados, las entrevistas dirigidas han sido también un recurso metodológico importante durante el desarrollo de esta investigación. López-Roldán y Fachelli (2015) ofrecen la siguiente definición de esta clase de entrevista:

La entrevista dirigida consiste en un cuestionario de preguntas abiertas donde existe un importante grado de direccionalidad en la formulación y el orden de las preguntas pues éstas están preestablecidas, pero no

la respuesta, ni su extensión ni la posibilidad de intervención del entrevistador, por lo que permite enriquecer y profundizar en el tipo de información que se busca. (p. 10)

A pesar de que este recurso es utilizado sobre todo en enfoques cualitativos, en nuestro caso ha sido utilizado con el único fin de confirmar lo que indican los datos ya cuantificados o reforzar la plausibilidad de nuestras hipótesis de trabajo. En ningún caso se realizaron entrevistas con el propósito de indagar en los estados subjetivos, sentimientos, creencias u opiniones personales de las y los entrevistados. Las entrevistas abordaron siempre la temática de la realidad externa en la que se encuentra nuestro objeto de estudio y cumplieron, de este modo, una función acorde con el enfoque elegido para esta investigación.

3.3. Aplicación del método en la presente investigación

Durante el desarrollo de la tesis se seleccionó una muestra por conveniencia y se encuestó a 103 pobladores. La unidad de análisis fue definida de la siguiente manera: hombres y mujeres mayores de edad que asisten al centro de salud (CLAS Laura Caller), con residencia no menor de quince años en este asentamiento humano. De este modo, se aseguraron datos basados en el conocimiento de la organización comunal y el vínculo con sus representantes ante el CLAS. Se consideró el 8.5% del total de atendidos en el centro de salud durante un mes (1680 personas). La encuesta se llevó cabo durante una semana.

Para el acopio de información respecto al grupo médico, se determinó la unidad de análisis como médicas y médicos que hayan laborado en el CLAS como gerentes mínimamente tres años entre 1995 y 2016. De esta forma, se obtuvo información sobre la participación de los representantes de la comunidad en todo el proceso de cogestión. En cuanto a estos últimos, se ubicó a cinco de ellos, teniendo en cuenta que el tiempo promedio de gestión sería tres años para el diseño e implementación del plan de salud.

Los funcionarios son los que permanecen por más tiempo en el CLAS por lo que la unidad de análisis fue definida como funcionarios, hombres o mujeres, que hayan laborado como mínimo cinco años entre 1995-2016. Ellos tenían contacto con los dirigentes representantes de la comunidad porque estos últimos tenían una tarea encargada por el Estado, fiscalizar el cumplimiento de horarios y funciones de los primeros. La muestra de 5 de ellos fue por conveniencia. Finalmente, para recoger información de los exrepresentantes de la comunidad ante el CLAS, cogestionando los servicios de salud, la unidad de análisis quedó definida como los ex representantes de la comunidad que se han desempeñado en el CLAS, en algún periodo de tiempo comprendido entre los años 1995-2016.

La observación participante se llevó a cabo por medio de la asesoría de prácticas preprofesionales de las alumnas y los alumnos de la Escuela Profesional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Esto tuvo lugar a fines de la última década del siglo pasado, entre 1995 y 1999. En este tiempo se dio un acercamiento a la comunidad y a algunos representantes, participando en sus reuniones y realizando actividades de capacitación para los comités de salud: compartíamos con pobladores de la comunidad, promotoras, funcionarios de salud, vasos de leche, comedores, etc. Además, nos asociamos con dirigentes y trabajadoras sociales que se desempeñaban en el centro de salud motivadas por conocer si se trataba de una situación como la que percibíamos a primera vista, es decir, de un lamentable engaño del Estado a la gente humilde, o realmente era un beneficio en la atención de su salud. Esta época se remonta a los inicios de la investigación. Durante 2016-2019, se ha hecho nuevamente visitas al asentamiento humano y nos hemos encontrado gratamente con sanmarquinas y sanmarquinos que laboran por años ahí y han colaborado con valiosa información en relación con nuestro tema de estudio.

En cuanto a las entrevistas dirigidas, se elaboró una serie de preguntas abiertas, pero muy concretas, con el objetivo de evidenciar mejor la relación entre la teoría y la realidad misma que hemos confirmado. Este modo de entrevistas se aplicó únicamente a los exdirigentes, con la finalidad de verificar algunos números y clarificar algunos aspectos que pueden llegar a ser

relevantes para la investigación. Estas entrevistas tuvieron lugar en el mismo asentamiento humano con cuatro señoras y un señor, exdirigentes del CLAS Laura Caller, quienes participaron en la cogestión en diferentes períodos. Así pues, los testimonios son producto de este tipo de entrevistas.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis e interpretación de resultados

El objetivo principal del estudio consiste en determinar la influencia de la política focalizada de salud, llamado modelo de administración compartida, en la participación ciudadana de la comunidad. Dicha política fue diseñada por el gobierno fujimorista. Actualmente, se sigue implementando, aunque con ciertas modificaciones que no alteran en nada la finalidad que tiene el Estado con la participación de la comunidad. Buscamos verificar si esta política de salud promueve o impide la real participación ciudadana. Para ello, se ha elegido estudiar el Comité Local de Administración de Salud (CLAS) Laura Caller, situado en el distrito de Los Olivos. El análisis e interpretación se aborda desde los siguientes aspectos teóricos y operativos correspondientes a cada objetivo de investigación:

- Organización de la comunidad para co-gestionar los servicios de salud en el CLAS Laura Caller.
- Toma de decisiones de los representantes de la comunidad.
- Empoderamiento de la comunidad.

4.1.1. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la organización de la comunidad para participar en la gestión del CLAS Laura Caller

En principio, las poblaciones vulnerables, como lo es la comunidad “Laura Caller”, se caracterizan por tener carencias en cuanto a recursos económicos, trabajo, salud, educación, entre otras necesidades que las impulsan a organizarse y apoyarse mutuamente. Ellas comparten, además,

una cultura solidaria, empatía, necesidades y otros valores que les dan solidez y sostenibilidad. La forma de organización es libre y democrática, de acuerdo a los objetivos que persiguen. La comunidad cuenta con junta directiva central y organizaciones de base. Su lucha permanente, por años, ha sido principalmente legalizar el terreno donde habitan, obtener sus alimentos y ver por su salud. La población se divide en seis zonas organizadas con comedores, vasos de leche, PRONOEIS, centro cívico, comisaría y un mercado que pertenece a todo el asentamiento. Los pobladores también han conseguido servicios de luz, agua, alcantarillado: todo ello gracias a su organización.

Las normas del MINSA para elegir a los representantes de la comunidad ante el CLAS están expresadas en los siguientes documentos (MINSA, 1996):

- Decreto Supremo N.º 01-94-SA. Disposiciones destinadas a mejorar la prestación de los Servicios de Salud en el Nivel Básico de Atención.
- Directiva Base N.º 01-SA/DM-94. Disposiciones para el desarrollo del Programa de Administración Compartida (PAC).

Según la normatividad oficial, un CLAS está conformado por un médico que representa al MINSA, tres miembros de la comunidad que representan al Estado (propuestos por el médico jefe ante la Dirección Sub Regional de Salud) y tres representantes de la comunidad, elegidos por las organizaciones de base: comedores populares, vasos de leche y comités de salud. Una vez conformada la Asamblea General del CLAS (7 miembros), esta elige al consejo directivo tomando en cuenta cualidades personales de los representantes, como grado de instrucción, experiencia en temas de salud, entre otros. Los miembros del consejo directivo son tres: presidente, secretario y tesorero. El médico jefe del centro de salud también forma parte del consejo directivo (MINSA, 1996, p. 14).

Frente a estas disposiciones, queremos verificar cómo estas normas operan en la práctica. Para ello, preguntamos a las y los habitantes de la

comunidad si esta elige a sus representantes ante el CLAS (“comunidad” es entendida como el total de pobladores).

Cuadro 2

Organización de los pobladores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	6,8	12,1	12,1
	No	51	49,5	87,9	100,0
	Total	58	56,3	100,0	
Perdidos	No sabe / No opina	45	43,7		
Total		103	100,0		

Fuente. Elaboración propia

La organización de los pobladores es vital para garantizar que la participación en la cogestión del centro de salud se constituya en un factor de desarrollo de toda la población. Al respecto, vemos en el Cuadro 2 que un significativo 49,5% considera que los pobladores no están organizados, mientras un 6,8% manifiesta que sí lo están. Estos datos confirman lo que venimos señalando, esto es, el verticalismo del Estado en la implementación de su política focalizada produce un cisma en la comunidad obstaculizando el desarrollo de su capital social y quebrantando su autonomía para ejercer la democracia en su propio territorio.

Cuadro 3*La comunidad elige a sus representantes ante el CLAS*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siempre	32	31,1	84,2	84,2
	A veces	3	2,9	7,9	92,1
	Casi siempre	2	1,9	5,3	97,4
	Nunca	1	1,0	2,6	100,0
	Total	38	36,9	100,0	
Perdidos	No sabe / No opina	65	63,1		
Total		103	100,0		

Fuente. Elaboración propia

La comunidad no elige a sus representantes. La junta directiva central no convoca para estos eventos: son las organizaciones de base y el médico jefe quienes eligen. Vemos en el Cuadro 3 que el 31,1% de los encuestados afirman que la comunidad siempre elige a sus representantes ante el CLAS, mientras un significativo 63.1% no sabe nada. Es claro que el MINSA ha desconocido un derecho fundamental de la comunidad, sometiéndola y privándola de su libertad de elección. Esto implica que, al no ser elegidos libremente los representantes de la comunidad, no existe representatividad.

Cuadro 4*Conocimiento sobre la participación de la comunidad en la gestión del CLAS*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	42	40,8	89,4	89,4
	No	5	4,9	10,6	100,0
	Total	47	45,6	100,0	
Perdidos	No sabe / No opina	56	54,4		
Total		103	100,0		

Fuente. Elaboración propia

Quisimos cerciorarnos si la comunidad estaba informada sobre su participación en la cogestión del CLAS. Como se aprecia en el Cuadro 4, un 40,8% respondió afirmativamente, mientras los que no saben ni opinan son un significativo 54,4% del total. Estos números expresan claramente que no hay vinculación entre la comunidad en general y sus representantes, o en todo caso esta es muy relativa. Los representantes están involucrados en actividades de administración del CLAS buscando de algún modo mejorar los servicios de salud, pero no como ellos realmente quisieran. Su participación está destinada a la mejora de los servicios con los escasos recursos que cuentan.

Cuadro 5

Los representantes de la comunidad ante el CLAS son elegidos...

	Frecuencia	Porcentaje
Entre todos los pobladores	3	60,00
Del conjunto de promotoras(es)	0	0,00
De los pobladores que pertenecen a las organizaciones de base	2	40,00
Entre los pobladores que pertenecen a los comités de salud	0	0,00
Por el jefe del CLAS, según su criterio	0	0,00
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

De acuerdo con los señores médicos encuestados, se puede apreciar en los resultados que el 60% respondió que los representantes de la comunidad son elegidos entre todos los pobladores, mientras que un 40% dijo que son elegidos entre los pobladores que pertenecen a las organizaciones de base. En el caso de los médicos, se diferencian los que están de acuerdo con el modelo CLAS, pero no conocen detalles de la elección de los representantes de la comunidad, a veces son destacados a un CLAS donde ya se han elegido los representantes, y los médicos que trabajan mayormente con los otros profesionales de su área y funcionarios, muy pocas veces con

los que representan a la comunidad. Se puede observar, pues, una población dividida, la mayoría alejada de sus representantes. Este es el resultado de una elección no realizada por la comunidad, sino por el MINSA.

Así pues, según los resultados de las encuestas, la comunidad no tiene autodeterminación ni libertad para elegir a sus representantes. El Estado mediante sus funcionarios dirige la implementación de la política de salud en cuyo diseño, planificación y ejecución no participa la comunidad, ni se considera sus necesidades o propósitos. Claramente, este hecho es atentatorio contra la democracia participativa.

4.1.2. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la toma de decisiones de los representantes de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller

Cuadro 6

Los representantes de la comunidad participan con decisión en el área de recursos económicos del CLAS para...

	Frecuencia	Porcentaje
Aprobar el presupuesto anual	0	0,00
Determinar prioridades de gastos	0	0,00
Aprobar monto de caja chica	0	0,00
Determinar monto de remuneraciones del personal	0	0,00
Todas las anteriores	4	0,80
Ninguna de las anteriores	1	0,20
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

Para el 80% de los médicos jefes, los representantes de la comunidad participan con decisión en el área de recursos económicos en aspectos como aprobar el presupuesto anual, determinar prioridades de gastos, aprobar monto de caja chica y determinar monto de remuneraciones del personal. Solo el 20% mencionó que los representantes de la comunidad no participan en ninguna de las actividades mencionadas. Se concluye que el porcentaje

mayor emitido por los médicos debe estar sustentado en alguna razón. Por tanto, los representantes de la comunidad sí participarían con decisiones en el área de recursos económicos del CLAS.

Cuadro 7

El costo de los medicamentos es decidido por...

	Frecuencia	Porcentaje
Toda la junta Directiva del CLAS	5	100,00
El médico jefe	0	0,00
Una parte de la junta Directiva y el medico jefe	0	0,00
El MINSA	0	0,00
El medico jefe y sus funcionarios	0	0,00
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

Los medicamentos y sus costos son factores muy importantes para cualquier establecimiento de salud; más aún para los del primer nivel de atención. En consideración de ello, preguntamos quiénes deciden el precio de los medicamentos en el CLAS Laura Caller. De acuerdo con las respuestas emitidas, por el 100% de los médicos jefes, el costo de los medicamentos que se venden en el centro de salud es decidido por la Junta Directiva del CLAS. Aquí participan tres representantes de la comunidad, pero que representan al Estado, elegidos por la asamblea general del CLAS, considerando sus cualidades, como ser profesionales, tener experiencia en gestión, grado de instrucción, entre otros.

Cuadro 8

La compra de los equipos médicos la deciden...

	Frecuencia	Porcentaje
La junta Directiva del CLAS	4	80,00
El médico jefe	0	0,00
Parte de la junta Directiva y el medico jefe	1	20,00
El medico jefe y sus funcionarios	0	0,00
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

El equipamiento del primer nivel de atención es muy básico. En algunos centros y puestos de salud, a veces los médicos no tienen ni guantes quirúrgicos. Especialmente en el contexto de la pandemia actual, se ha demostrado que no están equipados ni siquiera los hospitales. Esta situación se vive, en realidad, hace varios años, principalmente desde que se privatizó la salud, incluidos los CLAS. Sin embargo, estos procuran comprar al menos lo más básico. Aquí también el 80% de los médicos informan que la compra de los equipos es decidida por la Junta directiva del CLAS, solo un 20% señala que esta compra es decidida por la Junta Directiva y el medico jefe. Cabe mencionar que para los establecimientos de salud del primer nivel, el MINSA solo aprueba la compra de equipos más básicos.

Cuadro 9

Usted, como exmiembro representante en el CLAS, participó con decisión respecto a los RR.HH.

Respuesta Múltiple	Frecuencia	%
Designar personal	4	50,00
Contratar personal	1	12,50
Autorizar el desplazamiento del personal	0	0,00
Evaluar el comportamiento del personal contratado	3	37,50
Amonestar al personal contratado	3	37,50
Suspender al personal contratado	0	0,00
Multar al personal contratado	0	0,00
Despedir al personal contratado	0	0,00
Otorgar licencias al personal contratado por el CLAS	2	25,00
Otorgar permisos al personal contratado	4	50,00
Fijar las remuneraciones para personal contratado	1	12,50
Autorizar pagos por ampliación de horarios al personal contratado por el CLAS	2	25,00
Supervisar el comportamiento laboral del personal de la administración pública	4	50,00
Pagar subvenciones al personal	1	12,50
Pagos de personal	0	0,00
Funciones del personal	6	75,00
Horarios de labor	2	25,00

Fuente. Elaboración propia

Como se observa en esta pregunta de respuesta múltiple, el 75% de los ex representantes de la comunidad participó con decisión respecto a todas las funciones desempeñadas por el personal que involucra aspectos de la atención a los pacientes que se busca mejorar; esta no tiene que ver solo con los profesionales de la salud, también con la parte administrativa, técnica y de servicios. 50% mencionó que participaron en supervisar solo el comportamiento laboral del personal de la administración pública, otorgando permisos al personal contratado y designando personal para determinadas actividades en el CLAS. Luego, el 37,5% de ellos afirma que participan amonestando al personal contratado como técnicos, funcionarios y de servicios, asimismo evaluando el comportamiento de los mismos. 25%

menciona que participa en el control de horarios de labor de los funcionarios, autorizando pagos por ampliación de horarios al personal contratado y otorgando licencias al personal contratado por el CLAS. Finalmente, el 12,5% de ellos menciona que participa pagando subvenciones al personal, fijando remuneraciones para personal contratado y contratando personal. En resumen, las decisiones de los representantes de la comunidad, en relación con los recursos humanos, se concentraban en una especie de control sobre el comportamiento y desempeño laboral del personal CLAS.

Cuadro 10

Los representantes de la comunidad participan con decisión

Respuesta Múltiple	Frecuencia	%
Fiscalizando los ingresos del CLAS	1	20,00
Buscando ingresos para el CLAS	3	60,00
Determinando los montos para financiar la ejecución del plan local de salud	3	60,00
Otros	0	0,00

Fuente. Elaboración propia

Los ingresos del CLAS siempre son insuficientes, porque el Estado solo financia una parte, lo demás se cubre con recursos propios que provienen del pago por laboratorio, venta de medicamentos, atenciones SIS y consultas. Tratándose de la condición en las que vive la comunidad, estos ingresos son muy bajos. Sumado a ello, hay exoneraciones para familias sin recursos. El Estado no proporciona insumos so pretexto de que los CLAS no aportan nada a la caja central: por eso muchas veces la comunidad tiene que salir a buscar recursos. Aquí, las respuestas de los funcionarios sobre decisiones tomadas por los representantes de la comunidad en relación a los ingresos del CLAS es importante. En esta pregunta de respuesta múltiple, se obtuvo que el 60% de los funcionarios afirmó que los representantes de la comunidad participan buscando ingresos para cubrir las necesidades del CLAS. Igualmente, otro 60% informa que participan en la determinación de los montos para financiar

el plan de salud local. Finalmente, un 20% respondió que participan fiscalizando los ingresos.

Nuestra reflexión es la siguiente: como los recursos escasean y, además, son agenciados por los representantes de la comunidad, es lógico que deben decidir cómo se gastan, considerando que el Estado prácticamente los ha abandonado, con ínfimos presupuestos, con el claro objetivo de que ellos se ocupen de su salud.

Cuadro 11

Los representantes de la comunidad participan con decisión sobre los egresos

Respuesta Múltiple	Frecuencia	%
Fiscalizando los egresos	0	0,00
Controlando en qué se gasta la caja chica	5	100,00
Acordando prioridades de gasto	3	60,00
Determinando sueldos de los contratos hechos por el CLAS	2	40,00
Acordando subvenciones para los funcionarios del CLAS	0	0,00

Fuente. Elaboración propia

Los temas económicos del CLAS deben ser muy bien controlados debido a los bajos ingresos. Por tanto, hay que cuidar también los egresos. En esta pregunta, los resultados de la respuesta múltiple indican que el 100% de los funcionarios afirma que los gastos de caja chica son controlados por los representantes de la comunidad; 60% de ellos respondió que los representantes de la comunidad participan con decisión solo en la priorización de los gastos y 40% respondió que dichos representantes de la comunidad participan en los acuerdos sobre el monto de pago al personal contratado. En conclusión, los representantes de la comunidad sí toman decisiones con el objetivo de cuidar diligentemente los escasos recursos del CLAS.

También en relación con las decisiones de los representantes, una funcionaria que llamaremos Nadia nos respondió a la siguiente pregunta:

“¿puede decirme en qué han participado con decisión propia los representantes de la comunidad?”. Ella nos da el siguiente testimonio:

Claro. No podían decidir nada, incluyendo al médico jefe, que en ese tiempo estaba entre la espada y la pared, con miedo a tomar alguna decisión. Se suponía que el CLAS decidía todo en ese tiempo, pero siempre tenía que tener autorización del MINSA. Incluso para contratar al personal no se podía hacer nada. Ya después el doctor decía “ya, háganlo, pero adecúenlo de acuerdo al informe que se tiene que presentar al MINSA”

En suma, los datos recogidos en general sugieren que las decisiones de los representantes de la comunidad se dan parcialmente, pero lo más destacado es que dichas decisiones son totalmente controladas por el Estado a través del MINSA y solamente se dan en el espacio administrativo. Una cosa muy distinta sería tomar decisiones en libertad como comunidad e incidir, así, en la política de salud, fiscalizando y controlando la calidad de los servicios que presta el Estado en el primer nivel de atención.

4.1.3. Influencia del modelo de administración compartida de salud en el empoderamiento de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller

El tema del empoderamiento, en cuanto elemento de la participación social, es abordado multidisciplinariamente por las ciencias sociales y las humanidades, en cada caso según su especificidad. Para nosotros, se trata de un indicador importante para demostrar si existe una participación ciudadana auténtica en el CLAS Laura Caller. Para ello, esbozaremos algunos conceptos sobre el empoderamiento social, teniendo siempre en cuenta que, de acuerdo a los objetivos que se persigue, el empoderamiento puede ser enfatizado en una u otra de sus distintas dimensiones.

En las ciencias sociales, los elementos para el empoderamiento de la comunidad se remiten a los conocimientos: en este caso sobre salud y sus determinantes sociales, los derechos ciudadanos, salud como derecho y no como servicio, la libertad y autodeterminación. Por ello, consideramos que las

capacitaciones deben desarrollarse desde el centro de salud en cuanto CLAS): no solo para los representantes, sino para toda la comunidad en general, preparándola, así, para cualquier situación, incluso para epidemias o pandemias. La comunidad organizada y capacitada hubiese, ciertamente, respondido de una manera distinta a la que se dio al inicio de la pandemia actual, ya que, entre otras cosas, la solidaridad estuvo presente, lo que faltó fue capacitación. Una buena capacitación hubiera podido ayudar a salvar muchas vidas.

Cuadro 12

El programa de salud local lo elaboran...

	Frecuencia	Porcentaje
El médico jefe	0	0,00
El médico jefe y los representantes de la comunidad	3	60,00
El médico jefe y los funcionarios	2	40,00
Solo los funcionarios	0	0,00
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

Planificar el plan o programa de salud local es una actividad que requiere el conocimiento sobre las necesidades de la comunidad, mediante un diagnóstico, formas como ser atendidas, prioridades, etc. Estamos convencidos de que esta etapa del proceso de atención de la salud tiene una relevancia esencial en el desarrollo de la comunidad representada en el CLAS. Esta es la razón por la que quisimos conocer cuál es la participación de sus representantes. Como podemos apreciar, 60% de los funcionarios responde que el programa de salud local lo elaboran el médico jefe y los representantes de la comunidad, mientras que 40% menciona que lo elaboran el médico jefe y los funcionarios. En realidad, estas cifras indican que no existe un conocimiento al respecto o podría ser que el plan de salud algunas veces lo elaboran los representantes y el médico jefe y otras los funcionarios y el médico jefe.

Cuadro 13

Los representantes de la comunidad se capacitan en conocimientos, habilidades y destrezas para cogestionar en el CLAS

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez cada año	1	20,00
Cada medio año	0	0,00
Cada mes	1	20,00
Cuando hay que realizar una actividad	3	60,00
De vez en cuando	0	0,00
No se capacitan	0	0,00
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

A nuestra interrogante sobre cada cuánto tiempo se capacita a los representantes de la comunidad para cogestionar en el CLAS, la respuesta del 60% de los médicos jefes fue que los representantes de la comunidad se capacitan en conocimientos, habilidades y destrezas para cogestionar en el CLAS, cuando hay que realizar una actividad, mientras que un 20% dijo que se realiza una vez cada año y, finalmente, otro 20% dijo que se realiza cada mes. Estas respuestas indican que, lamentablemente, la comunidad no es capacitada sino solo para alguna actividad, es decir, no hay planificación para su empoderamiento. El MINSA no se traza ese objetivo.

Cuadro 14

¿Cuántas capacitaciones, al año, reciben los representantes de la comunidad?

	Frecuencia	Porcentaje
Una	2	40,00
Dos	2	40,00
Tres	1	20,00
Cuatro	0	0,00

Fuente. Elaboración propia

Sobre las capacitaciones, 40% de los funcionarios señala que las capacitaciones que reciben los representantes de la comunidad se dan una vez al año, otro 40% indica que son dos veces al año y un 20% informa que son tres veces al año. Consideramos que la capacitación de los representantes de la comunidad, según los funcionarios, es esporádica y con el fin de realizar alguna actividad. Tener informes tan distintos lleva a presumir que la capacitación de la comunidad no es tampoco un tema importante para el MINSA.

Cuadro 15

Los representantes de la comunidad son capacitados en temas como...

	Frecuencia	Porcentaje
Organización de la comunidad	0	0,00
Estructura de organización del MINSA	4	80,00
Empoderamiento de la comunidad	0	0,00
Gestión del CLAS	0	0,00
Liderazgo	0	0,00
Conocimientos básicos de contabilidad	0	0,00
Conocimientos básicos sobre derechos sociales	0	0,00
Conocimientos básicos sobre participación ciudadana	0	0,00
Plan de salud local	1	20,00
Total	5	100,00

Fuente. Elaboración propia

Estos resultados de la encuesta confirman que los representantes solo se capacitan en conocimientos para poder cogestionar, reportarse, informar al MINSA todo lo relacionado a la gestión del CLAS, especialmente sobre el cumplimiento de actividades para implementar el plan de salud local del CLAS. Como se puede apreciar, 80% de los médicos jefes menciona que los representantes de la comunidad son capacitados en temas como estructura de organización del MINSA, mientras que solo un 20% dijo que son capacitados en el plan de salud local. Queda muy claro, así, que la cogestión

de la comunidad en el CLAS no tiene ninguna relación con su empoderamiento.

Ahora bien, en el caso de las capacitaciones, como factor de empoderamiento, se preguntó a una representante de la comunidad a la que llamaremos Liliana sobre en qué temas recibían capacitación. Se transcribe a continuación su respuesta:

Las capacitaciones solamente eran para ver las estadísticas del plan de salud que hacía cada centro de salud y para ver cuántos pacientes estaban atendiendo por SIS, y tanto por los que no tenían SIS. Entonces, eso es lo único que... cositas, pues. Las enfermedades, las campañas, que mayormente se hacían durante todo el periodo.

Lo mismo le preguntamos a una participante a la que llamaremos Rosa, a lo que respondió:

Capacitaciones seguidas no hemos tenido. Quizás una vez al año hemos tenido, siempre para ver a nivel de todos los CLAS. Allí nos decían que el MINSA siempre tiraba para su lado. Que al personal teníamos que respetarle: al personal como CLAS, darles las facilidades, darles todo. Pero lamentablemente, lógicamente, nosotros siempre veíamos, siempre refutábamos que ellos lo que tenían que cumplir. Reclamábamos siempre en todas las reuniones que deben tener un buen trato con los pacientes. Un buen trato con los pacientes para que así también el personal sea un poco más humano con los pacientitos, porque se veía acá, en el CLAS, una doctorcita que no quería tocarle al pacientito, solamente lo sentaba frente al escritorio y allí nomás lo evaluaba. Entonces, de todas esas cosas nosotros hacíamos nuestra queja. Todas esas cositas hacíamos ver y, aparte de eso, veían también en el presupuesto, pues, que enviaban del Estado y que no alcanzaba.

Estos testimonios son de mujeres representantes que conocen muy bien el CLAS y su funcionamiento. Sus respuestas refuerzan las encuestas presentadas sobre el tema de la capacitación. Es incuestionable que los representantes de la comunidad solo estaban ahí para realizar actividades

relacionadas a la gestión: siempre con la voluntad y el espíritu solidario para contribuir a una mejora en la atención de la población, nunca, sin embargo, para empoderarse y exigir una política de salud acorde con sus necesidades.

4.2. Discusión de resultados

4.2.1. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la organización de la comunidad para participar en la cogestión del CLAS Laura Caller

La organización grupal para resolver necesidades básicas (vivienda, salud, trabajo, alimentación, educación, etc.) caracteriza a las mayorías en el Perú, especialmente a poblaciones vulnerables. La solidaridad se realiza gracias a la organización, las reivindicaciones sociales, las justas protestas por alguna razón, todo depende de la organización de las afectadas y los afectados. En este caso, la comunidad “Laura Caller” estuvo organizada, así pudo agenciarse de un terreno para vivienda, coordinar comedores, vasos de leche, mercado y el mismo centro de salud en terreno de la propia comunidad. Obviamente, esta organización se ha construido en libertad, con autonomía, con sus propios objetivos y de acuerdo con sus necesidades inmediatas.

Lamentablemente, esta organización, con las características señaladas, se ve subordinada con las imposiciones provenientes del MINSA (por medio del modelo de administración compartida en salud), al desconocer a la comunidad total en la elección de sus representantes ante el CLAS. Según los resultados de las encuestas, la comunidad no tiene autonomía ni libertad para elegir, sus representantes son elegidos verticalmente con normas del MINSA. El Estado, mediante sus funcionarios, dirige la implementación de la política de salud, en cuyo diseño y planificación no participa la comunidad. Tampoco se han considerado sus necesidades ni propósitos. Por esta razón, este hecho se presenta como un atentado contra la democracia participativa.

Desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978, con la concurrencia de la mayoría de los países del mundo, se acordó la forma de “participación de la

comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud” (OMS, 1978, p. 5). Se entiende que la comunidad organizada participa en todo el proceso de elaboración y ejecución de la política de salud, incluida su organización.

Según la Carta Magna de nuestro país, “la República del Perú es democrática, social, independiente y soberana” (Constitución Política del Perú, 1993, Artículo 43). Sin embargo, la política de salud implementada para los más pobres no se condice con la democracia expresada en nuestra constitución. El ejercicio de la ciudadanía como parte de la descentralización no se opera, lamentablemente, en el CLAS Laura Caller. Descentralizar significa transferir poder, medios, libertades y capacidades para empoderar a la comunidad y, así, ella pueda participar en la política de salud. Esto último lo expresa Amartya Sen del siguiente modo:

La violación de la libertad se debe directamente a la negativa de los regímenes autoritarios a reconocer las libertades políticas y civiles y a la imposición de restricciones a la libertad para participar en la vida social, política y económica de la comunidad. (Sen, 2000, p. 20)

No respetar la autodeterminación en la organización de la comunidad para elegir a sus representantes es un desconocimiento a su libertad. Aquella es un factor importante de la democracia, en cuya ausencia se limita por completo la participación ciudadana. En el CLAS Laura Caller, de acuerdo con las encuestas ejecutadas, encontramos que la mayor parte de la comunidad no conoce a sus representantes ni qué hacen en el CLAS. Esto se debe a que ellos no los han elegido. Por tanto, existe un problema de representatividad que afecta a la democracia participativa. Esta situación se repite, además, en otros centros de salud de la zona.

En Chancayllo, la población realiza una festividad patronal anualmente. El CLAS también se une a esta fiesta popular, en la que mediante una tómbola se trata de agenciar de recursos para sostener el centro de salud. El médico jefe afirma que la colaboración de la comunidad es total. Pero al preguntar a estos pobladores sobre el CLAS, la mayoría no conoce, ni tampoco participa. Igualmente en Esperanza Baja: los pobladores están contentos con la

atención de su salud, pero señalan que no participan en el CLAS. Se lo percibe como algo privado, que pertenece a los que lo dirigen. En “Laura Caller”, los pobladores no están de acuerdo con los requisitos que pide el MINSA para que los ciudadanos puedan participar; por ejemplo, que pertenezcan al comedor o vasos de leche inscritos en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, que tengan experiencia, etc. (Portocarrero et al., 2006).

En suma, la influencia del modelo de administración compartida en salud en la organización del CLAS Laura Caller se expresa en la afectación de la libertad, autodeterminación y de sus propias normas de organización para que la comunidad elija sus representantes.

4.2.2. Influencia del modelo de administración compartida de salud en la toma de decisiones de los representantes de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller

La toma de decisiones surge de la autodeterminación, la reflexión y la elección con alternativas. En la participación ciudadana de salud, significa determinar con autonomía y libertad sobre los recursos materiales y humanos e incidir en las decisiones del Estado en relación a la planeación e implementación de la política de salud. Sin embargo, en nuestro caso sí hay decisiones tomadas por los representantes de la comunidad, pero en un ambiente donde la deliberación, consenso, acuerdos es casi impensable, y aparece una situación de incertidumbre. La presencia del médico jefe impone una autoridad donde los representantes se sienten menos. Además, es finalmente el jefe el que tiene el poder sobre los demás: el MINSA lo responsabiliza de la gestión total del establecimiento de salud.

En la participación ciudadana existen dos enfoques: uno realmente democrático que reconoce la libertad, autodeterminación y protagonismo de los ciudadanos y ciudadanas, así como el poder y la libertad para decidir de acuerdo a sus intereses y expectativas; y otro que se fundamenta en la tecnocracia como crear leyes, normas, cambios de constitución, etc., para democratizar al Estado a través de la descentralización. Es decir, en este último caso, la democracia es diseñada y aplicada, al margen de la población

y sus organizaciones, como un instrumento para gestionar con objetivos, los cuales buscan eficiencia y eficacia en la implementación de las políticas públicas o sociales como la de salud. Sin embargo, no hay resultados positivos en la democratización, porque esas decisiones no las toman los ciudadanos; por tanto, no los representa (Córdova y Ávila, 2017).

En todo caso, el Estado y el poder sobre el cual se sustenta, intentará la cooptación, las iniciativas de organización popular pasando éstas a constituir parte del Estado, en tanto son controladas por el gobierno mediante presupuestos, planes y proyectos concebidos en el ámbito de la administración pública ... (Córdova y Ávila, 2017, p. 137)

Nosotros hallamos que la participación ciudadana en el CLAS Laura Caller corresponde al primer enfoque neoliberal sobre la democracia participativa, cooptada totalmente. Las decisiones de sus representantes no se toman en un contexto de autonomía, no representan a su comunidad y sus necesidades de salud.

Los resultados de las encuestas muestran que la participación con decisión de los representantes de la comunidad se da más sobre el control del personal en general, especialmente de los contratados, esto es, el control de caja chica. Obviamente, esto redundará de cierto modo en la calidad de la atención en el centro de salud, que es muy distinto a un control en la atención de la salud total, no solo sobre el personal. Hay otros factores como insumos, equipos, financiamiento que son necesarios para una atención adecuada o igual que en otros establecimientos. Una de las funciones más importantes que se le encarga a la comunidad consiste en controlar a los funcionarios por una razón. El diagnóstico del Programa de Administración Compartida realizado por el MINSA, diagnóstico previo a la implementación de la política focalizada de salud, reveló que aparte de no contar con insumos, equipos ni personal adecuado, este último demostraba gran irresponsabilidad en el cumplimiento de sus funciones, expresado en los siguientes términos: “Ausencia de motivación en el trabajo desplegado por profesionales y auxiliares a cargo de los Centros y Puestos”; “Insatisfacción manifiesta de la población por los

servicios que recibían en horarios limitados a escasas 6 horas diarias” (MINSA, 1995, p. 1).

La toma de decisiones es producto del empoderamiento de la comunidad, siempre que esta sea consciente de sus derechos y deberes, goce de libertad, y visualice sus objetivos y metas a alcanzar. “El empoderamiento individual es el motor que promueve el cambio en la cadena de toma de decisiones y es quien impulsa la ruptura de las estructuras de poder” (San Pedro, 2006, p. 7). La comunidad “Laura Caller” no está empoderada, su participación es limitada por las normativas del MINSA, sus decisiones no responden a sus auténticos intereses, ni tampoco repercuten en el fortalecimiento de la democracia.

4.2.3. Influencia del modelo de administración compartida de salud en el empoderamiento de la comunidad en el caso del CLAS Laura Caller

Para la participación ciudadana, el empoderamiento se refiere al estado donde la comunidad pueda asumir con solvencia la tarea de defender su salud y su participación como derechos humanos irrenunciables. Desde las ciencias sociales, el empoderamiento representa un elemento muy importante de una verdadera participación ciudadana, un proceso donde la comunidad es consciente de su problemática, sus metas, sus derechos, donde ella conoce, además, cómo controlar los recursos en favor de su desarrollo. La salud no solo es ausencia de enfermedad, está vinculada a los determinantes sociales, es decir, a las condiciones de vida. Eso implica defender la calidad de vida frente al Estado en el marco de las políticas sociales y la democracia participativa, expresada en la participación ciudadana. El empoderamiento se posiciona, en definitiva, contra la desigualdad, la injusticia y la pobreza (González, 2016).

De acuerdo con los resultados de las encuestas, la influencia de la política focalizada en salud se presenta como negativa, ya que tanto los representantes como la comunidad no son capacitados en conocimientos de su propia realidad. Las capacitaciones se realizan exclusivamente para ejecutar tareas prescritas por el MINSA, informar permanentemente y

recepcionar las indicaciones y requerimientos del mismo. Vulnerar la organización de la comunidad va en contra de su empoderamiento.

En las políticas sociales de un Estado democrático y de derecho, “el pueblo es quien decide de manera directa si está conforme o no con los planes, programas, procedimientos, entre otros; empleados por el Estado en el desarrollo de su gestión” (González, 2016, p. 190). Claramente, el Estado debe crear los mecanismos de participación, ejercitar la transparencia y rendición de cuentas, sin exclusiones de ningún tipo. Al respecto, es necesaria la observación de que

el empoderamiento se entiende como la expansión de recursos y capacidades de los individuos para participar, negociar, influir, controlar y exigir la rendición de cuentas a las instituciones que afectan a sus vidas. La transformación de las estructuras tradicionales de poder, intrínseco a la noción de empoderamiento, debe incluir por tanto las relaciones institucionales. (San Pedro, 2006, p. 6)

La sujeción por el Estado, mediante la política de salud que no permite la libertad y la autodeterminación, no puede generar empoderamiento de la comunidad.

Las políticas neoliberales en el ámbito de la salud, implementadas en la mayoría de los países latinoamericanos, no promueven, por tanto, la participación ciudadana. La comunidad es utilizada para realizar actividades sin pago, es decir, trabajar para ahorrar gastos al Estado apoyando a alcanzar objetivos que son delineados por las autoridades de salud. De esta forma, se impide el empoderamiento de la comunidad cumpliendo tareas generadas a partir de una relación vertical, no democrática. Asimismo, es una “participación restringida en la toma de decisiones en materia de salud, que queda en evidencia en la ausencia de mecanismos concretos para que efectivamente se produzca”. (Pagnamento, 2017, p. 243). En conclusión, las políticas sociales neoliberales no estimulan el empoderamiento de las ciudadanas y los ciudadanos; por el contrario, lo limitan, considerando que la participación auténtica es también uno de las dimensiones de su realización.

CONCLUSIONES

1. La influencia del modelo de participación compartida en salud en la participación ciudadana y su organización se demuestra con la imposición de normas por parte del MINSA, eligiendo a sus representantes para coger el CLAS Laura Caller. En este caso, se ve afectada la libertad, elemento básico de la participación ciudadana, y se vulnera la organización de la comunidad, teniendo como resultado una población dividida, esto es, un grupo encargado de administrar el establecimiento de salud separado de la comunidad.
2. La comunidad no está empoderada, sus representantes ante el CLAS reciben conocimientos solamente para tareas básicas determinadas como parte de su gestión. El MINSA no los capacita para afrontar eventos más complejos, como, por ejemplo, la actual pandemia. La comunidad no ha podido rechazar el verticalismo del Estado, porque no está cohesionada y no se siente con poder y capacidades. En la actualidad, se está organizando de manera independientemente para contener los estragos de la enfermedad COVID-19.
3. La influencia del modelo de administración compartida en salud no solo limita la real participación ciudadana, sino también la auténtica descentralización del Estado, ya que no cede poder de decisión a la ciudadanía. La comunidad es controlada y utilizada para ahorrar gastos y mejorar la implementación de programas estatales que se encuentran muy distantes de las necesidades de salud de la población más vulnerable, basadas en los determinantes sociales. Las decisiones tomadas están normadas y focalizadas por los organismos del MINSA.
4. La política neoliberal en salud, promocionada por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano para el Desarrollo, no propugna la participación ciudadana. Esto se ha visto de manera ejemplar en el caso de la comunidad Laura Caller. Aquí, la democracia se ejercita no desde el pueblo, sino desde el Estado que

impone todas las reglas aparentemente democráticas: no se asume la salud ni la participación ciudadana como derechos humanos fundamentales.

5. La salud pública del primer nivel de atención sigue estando abandonada, más aún en la sierra y la selva del país, en cuyos centros y puestos de salud, aparte de no contar con las camas necesarias, no hay medicamentos, insumos, equipos, ni la cantidad requerida de personal. Eso no quiere decir que los hospitales se encuentren en mejores condiciones. La pandemia de COVID-19 ha develado, en el último año, la cruda realidad de todo el sistema de salud en el país. No hay duda de que con un sistema de salud adecuado se hubiese podido soportar mejor las olas de contagios y muertes, evitando así el luto de tantos peruanos.
6. Hasta el momento, los estudios realizados sobre la participación ciudadana en la política focalizada de salud son escasos en Perú, pese a que esta se viene implementando desde hace más de 25 años. Las investigaciones que tenemos sobre la participación de la comunidad tienen un carácter más evaluativo en relación con el modelo de administración compartida en salud; este se estudia a partir de los objetivos y metas del Estado, no de la población, de sus necesidades e intereses. La presente tesis ha intentado contribuir a llenar este vacío en el conocimiento.
7. Las relaciones entre funcionarios, autoridades y comunidad en los CLAS expresan desencuentros donde se presentan problemas como racismo, exclusión, celos por el poder y hasta desprecios hacia los representantes de la comunidad por considerarlos no preparados para intervenir en la cogestión de los establecimientos de salud. Los enfrentamientos entre los funcionarios y la comunidad son los más comunes. También han surgido problemas con los profesionales de salud, por cuanto el régimen privado de los CLAS negaba beneficios laborales como nombramientos, bonos y otros a los profesionales. Esto terminó cuando dichos

profesionales ganaron la lucha y obtuvieron atención a sus reclamos por el Ministerio de Trabajo (MINTRA) y el MINSA.

8. Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que la participación ciudadana de la comunidad en la cogestión del CLAS Laura Caller es muy limitada como para llamarla tal. Puede considerarse un espacio de participación con toma de decisiones sobre la implementación de la política focalizada, pero sin libertad, poder ni autodeterminación, con objetivos y planes, además, impuestos por el Estado.
9. Lo positivo de esta experiencia radica en que la comunidad ha podido conocer cómo funciona un centro de salud, cuáles son sus limitaciones, los ínfimos financiamientos que recibe el primer nivel de salud y el poder que ejerce el estado a través del MINSA. Por tales razones, podemos concluir reconociendo que esta forma de participar en la cogestión del centro de salud es en alguna medida útil para que en otras condiciones de real participación ciudadana puedan tener mayor conocimiento de cómo funciona administrativamente el centro de salud.
10. La comunidad y los dirigentes sí están de acuerdo con que continúe el sistema CLAS, ya que la forma de organización los faculta a resolver problemas por ellos mismos, como contratar personal, comprar medicamentos, insumos, construir su local, comprar algún equipo básico, etc. Peor es para ellos el olvido del Estado y no poder hacer nada al respecto, aunque las adquisiciones llegan por lo general con recursos que no son del Estado. Cuando no hay, solo queda esperar.
11. Finalmente, esta investigación se ha realizado desde la perspectiva del trabajo social, asumiendo que la participación ciudadana y la política social en el ámbito de la salud constituyen temas propios de las ciencias sociales, sobre todo de la especialidad mencionada, ya que se encuentran involucrados problemas surgidos de las relaciones Estado-sociedad, donde la calidad de vida de la población está comprometida.

RECOMENDACIONES

La participación ciudadana en salud es un tema de actualidad y de suma importancia en nuestro país. Las familias vulnerables deben estar organizadas, empoderadas, capacitadas, contar con libertad y autodeterminación para defender su derecho a la salud. Esta es una tarea pendiente de las ciencias sociales. Por lo demás, la defensa de la democracia participativa es un tema donde la academia puede desarrollar una línea tanto teórica como práctica.

Es necesario, por ello, realizar más investigaciones en los CLAS, buscando que la universidad incida en la política de salud, contribuyendo a que la comunidad participe con libertad mediante mecanismos de deliberación, que le permitan a esta llegar a consensos para mejorar su calidad de vida y, por ende, su salud. En países como Brasil, Nicaragua, Bolivia y Colombia, la comunidad ejerce su auténtica participación ciudadana, con mejores resultados.

El empoderamiento apunta a modificar algunos aspectos de la estructura del sistema que se basan en teorías, pero con poca proyección práctica. Se dice que la educación impartida por Paulo Freire tenía objetivos políticos, pero no era en el sentido de cambiar el sistema. Él concientizaba a la población y alentaba, así, a cuestionar el régimen instituido en busca de justicia y mayor igualdad. Se trataba de un empoderamiento mediante la educación para las poblaciones oprimidas que luchaban por cambios más equitativos. En este sentido, la Facultad de Ciencias Sociales y particularmente la Escuela Profesional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos pueden elaborar un proyecto de responsabilidad social para trabajar con los asentamientos humanos y empoderar a las comunidades, en coordinación constante con los centros de salud. Esta es la única forma como ellas podrían exigir al Estado una salud de calidad, basada en la modificación de los determinantes sociales, y participar democráticamente con una auténtica repercusión en las políticas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Peruana de Noticias Andina. (20 de mayo de 2020). *Pobreza monetaria se redujo en el Perú de 20.5% a 20.2% en el 2019*.
<https://andina.pe/agencia/noticia-pobreza-monetaria-se-redujo-el-peru-205-a-202-el-2019-798177.aspx>
- Albujar Moreno, P. J. (2016). *El proceso de participación comunitaria de las CLAS como promotor de ciudadanía. Estudio de caso de la CLAS de Miraflores Alto de Chimbote* [Tesis para optar el título de magíster en Gerencia Social, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio digital de tesis y trabajos de investigación PUCP.
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6970>
- Altobelli, L. (24-26 de mayo del 2000). *Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en Perú*. El desafío de la reforma en salud: Alcanzando a los pobres. El Foro de Europa y las Américas sobre reforma del sector salud, San José, Costa Rica.
- América Noticias. (31 de agosto de 2018). *Los Olivos: delincuentes hirieron de bala a joven durante asalto*.
<https://www.americatv.com.pe/noticias/actualidad/olivos-delincuentes-hirieron-bala-joven-durante-asalto-n336666>
- Ariza Salgado, D. M. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores del centro de salud Laura Caller, Los Olivos - 2016* [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad de Ciencias y Humanidades]. Repositorio Institucional UCH.
<https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/193>
- Bobbio, N. (1986). *El futuro de la democracia*. Fondo de Cultura Económica.
- Briceño-León, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos Saúde Pública*, 14(2), 141-147.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600013>

- Buck, C. (1996). Después de Lalonde: La creación de la salud. En H. Restrepo (Dir.), *Promoción de la salud: una antología* (pp. 6-14). Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/3318> (Trabajo original publicado en 1984)
- Bustíos, C. (1998). La Salud Pública al Final del Siglo XX. *Anales de la Facultad de Medicina*, 59(4), 309-320.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/issue/view/492>
- Cabrera Gastelo, S. A. (2017). *Nivel de organización y participación ciudadana en la gestión de establecimientos de salud de primer nivel en Lambayeque al 2011* [Tesis para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG.
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/2444>
- Canal N. (8 de febrero de 2020). *Los Olivos: Extranjero golpeó a un policía para evitar ser detenido*. <https://canaln.pe/actualidad/olivos-extranjero-golpeo-cara-policia-evitar-detenido-n404829>
- Cancino, A. & Faúndez, R. (noviembre 2018). Factores dinamizadores para la participación ciudadana en políticas de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 103-110.
- Candia, J. M. (julio-agosto 1998). Exclusión y pobreza. La focalización de las políticas sociales. *Nueva Sociedad*, núm. 156, 116-126.
<https://nuso.org/articulo/exclusion-y-pobreza-la-focalizacion-de-las-politicas-sociales/>
- Constitución Política del Perú [Const] Art. 7 y 43, 29 de diciembre de 1993 (Perú).
- Córdova, E. & Ávila, F. (2017). Democracia y Participación ciudadana en los procesos de la Administración Pública. *Opción*, 33(82), 134-159.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6233622>

- Cortez, R. & Phumpiu, P. (1999). *La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El Caso del Perú*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID)
- Crispín Huacana, J. I. (2015). *Desarrollo de la participación ciudadana en salud. Servicio Regional de Salud de El Alto, 2014*. [Tesis para optar el título de Magister Scientiarum, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio Institucional Universidad Mayor de San Andrés. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/15351>
- Cunill, N. (febrero 2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 46, 41-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533678002>
- Diario Oficial El Peruano. (30 de julio de 2020). *Presupuesto histórico*. <https://elperuano.pe/noticia/100391-presupuesto-historico>
- Fernández, F. (2009). Discusiones de metodología. La observación en la investigación social: la observación participante como construcción analítica. *Revista Temas Sociológicos*, núm. 13, 49-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6780076>
- Ferrer, I., Borroto, T., Sánchez, M. & Álvarez, J. (2001). La participación de la comunidad en salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 268-273. https://www.researchgate.net/publication/237787215_La_participacion_de_la_comunidad_en_salud
- Figuroa Calachahui, F. A. (2017). *Características socio culturales y percepciones de los representantes de la comunidad en las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS) sobre cogestión de las microredes de la provincia de Arequipa, 2016* [Tesis para optar el grado académico de doctor en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Santa María].

Repositorio de la Universidad Católica de Santa María.
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6498>

- Frisancho, A. D. (18-21 de octubre de 2005). *Participación ciudadana en la cogestión local de salud: el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999)*. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile.
- González, R. (2016). Estrategia para el empoderamiento y participación ciudadana en el control de la gestión pública. *Revista Memoria Política. Nueva Etapa*, núm. 5, 185-210.
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/index3.htm>
- Guariglia, O. (2010). Democracia: origen, concepto y evolución según Aristóteles. *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, núm. 33, 157-190. <https://doxa.ua.es/article/view/2010-n33-democracia-origen-concepto-y-evolucion-segun-aristoteles>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (Sexta edición). McGraw-Hill; Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Comportamiento de la Mortalidad Infantil por departamento. Síntesis Metodológica N° 4*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1478/libro.pdf
- Kawulich, B. (mayo de 2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 43. <http://diverrisa.es/uploads/documentos/LA-OBSERVACION-PARTICIPANTE.pdf>
- Kliksberg, B. (junio de 2005). Hacia un nuevo perfil del Estado en América Latina: los cambios en las percepciones y las demandas de la ciudadanía. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 32, 1-24.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533664003>
- Kroeger, A. & Luna, R. (Comps.). (1992). *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. Organización Panamericana de la Salud.

- Lalonde, M. (1996). El concepto de "Campo de la salud": Una perspectiva canadiense. En H. Restrepo (Dir.), *Promoción de la salud: una antología* (pp. 3-5). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3318> (Trabajo original publicado en 1974)
- Lazos Ramírez, L. (2011). *Más allá de las virtudes del diálogo: La participación ciudadana en el sistema de salud de la Ciudad de México* [Tesis para optar el grado académico de Doctora en Filosofía de la Ciencia, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/mas-alla-de-las-virtudes-del-dialogo-la-participacion-ciudadana-en-el-sistema-de-salud-de-la-ciudad-de-mexico-91118>
- León, P. (2010). Se busca objeto de estudio para Trabajo Social en San Marcos. *Praxis Social. Revista de Trabajo Social*, 1(1), 55-68.
- León, P. (2013). Política de salud privatizadora y participación controlada de la población. *Investigaciones Sociales*, 17(30), 301-312. <https://doi.org/10.15381/is.v17i30.8039>
- Ley N° 26842, Ley General de Salud. (15 de julio de 1997). Diario Oficial El Peruano, 20 de julio de 1997, núm. 6232.
- López-Roldán, P. & Fachelli, S. (2015). Metodología de la investigación social cuantitativa. Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163564/metinvsocua_a2016_cap1-2.pdf
- Macera, D. (26 de febrero de 2018). ¿Cuánto dinero destina el Estado al sector Salud? *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/economia/dia-1/dinero-destina-sector-salud-noticia-500315-noticia/>
- Manchola, C. H., Garrafa, V., Cunha, T. & Hellmann, F. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde*

Coletiva, 22(7), 2151-2160. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>

- Mariños-Anticona, C., Chaña-Toledo, R., Vidal-Anzardo, M. & Valdez-Huarcaya, W. (2014). Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología (Online)*, 18(1), 1-7.
https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/publicaciones/desnutricion_cronica_infantil.pdf
- Ministerio de Salud (1995). *Antecedentes, diseño del programa, situación actual y perspectivas del Programa de Administración Compartida (PAC)*. <https://www.future.edu/wp-content/uploads/2018/06/vera-juan-j-minsa-1995-informe-final-de-consultoria-programa-de-administracion-compartida.pdf>
- Ministerio de Salud (1996). *Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Organización y Modelo de Gestión. El Programa de Salud Local*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3089.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). *Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
- Ministerio de Salud (2019). *Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28 - SE 14*.
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/28.pdf>
- Montes Gómez, D. B. (2017). *Cogestión y la gestión de los servicios de salud en los establecimientos del primer nivel de atención de la unidad ejecutora Huánuco, 2017* [Tesis para optar el título de Licenciado en Administración, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional de la Universidad de Huánuco.
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/838>

- Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39398>
- Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 16 de diciembre de 1966, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-21 de noviembre de 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (agosto de 2007). *El derecho a la salud. Nota descriptiva N°323*. <http://biblioteca.fdi.cr/oms-nota-descriptiva-323-2007-el-derecho-a-la-salud-244/>
- Pagnamento, L. V. (2017). *La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015)* [Tesis para optar el grado de Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata]. Memoria Académica. www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1492/te.1492.pdf
- Pérez, J. E. (enero-abril 2012). Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos. *Omnia*, 18(1), 148-162. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73722545012>
- Portal PERU.COM. (15 de abril de 2019). *Los Olivos: delincuentes roban equipos tecnológicos valorizados en S/ 190 mil*.

<https://peru.com/actualidad/mi-ciudad/olivos-delincuentes-roban-equipos-tecnologicos-valorizados-s-190-mil-nndc-noticia-603405>

- Portocarrero, F., Millán, A., Loveday, J., Tarazona, B. & Portugal, A. (2006). *Capital social y democracia. Explorando normas, valores y redes sociales en el Perú*. Universidad del Pacífico. Centro de Investigación. <https://ciup.up.edu.pe/publicaciones/capital-social-democracia-explorando-normas-valores-redes-sociales-peru/>
- Raczynski, D. (1995). Focalización de programas sociales: Lecciones de la experiencia chilena. En Pizarro, C., Raczynski, D. & Vial, J. (Eds.), *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático* (pp. 217-255). CIEPLAN; UNICEF.
- Radio Programas del Perú. (24 de julio de 2017). *La delincuencia dejó tres muertos este fin de semana en Los Olivos*. <https://rpp.pe/lima/policiales-crimenes/la-delincuencia-dejo-tres-muertos-este-fin-de-semana-en-los-olivos-noticia-1066171>
- Resolución de Alcaldía N.º 715 [Municipalidad de Lima Metropolitana]. Se resuelve que la Secretaría Municipal de Desarrollo Urbano y la Dirección General de Asentamientos prosigan con el proceso de Saneamiento físico-legal del Programa Municipal de Vivienda "Confraternidad". 27 de abril de 1994.
- Reyes, L. (1999). Neoliberalismo, pobreza y políticas sociales en el Perú de los noventa. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas*, 4(14), 61-74. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/economia/numeros/1999_n14.htm
- Sáez, R. (2016). Participación social en salud. Un análisis político y normativo. *Cuestiones Políticas*, 31(55), 132-158 <https://produccioncientificaluz.org/index.php/cuestiones/article/view/20989>
- Salazar, F., Carrasco, V., Arroyo, J. & Mendoza, W. (1999). *El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de*

Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones en Salud Pública, Documentos Técnicos, núm. 15.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-380190>

San Pedro, P. (diciembre de 2006). *El Individuo como agente del cambio: El proceso de empoderamiento.* FRIDE, Desarrollo "En Perspectiva" 01. www.asocam.org/sites/default/files/publicaciones/files/42c9b2dc22b2031384a3d5353517b779.pdf

Sanabria, G. (julio-septiembre 2004). Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620040003

Sartori, G. (1993). *¿Qué es la democracia?* Tribunal Federal Electoral; Instituto Federal Electoral; Editorial Patria.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad.* Editorial Planeta Argentina.

Táncunan, S. (2017). *Los Olivos: historia de un distrito emprendedor de Lima-Norte.* Universidad San Ignacio de Loyola. Fondo Editorial.

Ugalde, A. (30 de abril al 7 de mayo de 1988). *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica.* Extraído y traducido de Social Science and Medicine, Vol. 21 N°1. En II Jornadas de A.P.S. - CONAMER - A.R.H.N.R.G., Buenos Aires, Argentina.

Universidad de la Sabana (s.f.). *La construcción de la Salud Pública en la historia.* <https://www.unisabana.edu.co/programas/posgrados/facultad-de-medicina/maestria-en-salud-publica/historia-de-la-salud-publica/>

Vázquez, O. (octubre de 1998). Pensar la epistemología del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 6, 269-286.

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5807/1/ALT_06_13.pdf

- Velásquez, L. (19 de noviembre de 2005). Pandillas asolan Los Olivos. *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/295228-pandillas-asolan-los-olivos/>
- Zakus, D. (marzo-abril 1988). La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. *Salud Pública de México*, 30(2), 151-174.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/189/181/244>
- Ziccardi, A. (Coord.). (2004). *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales.