

Políticas de salud y la participación comunitaria en el Perú, 1990-2006

Health policy and community participation in Peru

Recibido: 19/04/2011
Aprobado: 29/04/2011

Esther Vidal Córdova
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
<esthervidalcordova@hotmail.com>

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer la relación que existe entre la política social de salud y la participación comunitaria entre los años 1990 y 2006. Se estudia la política sectorial en sus diferentes expresiones como son: Lineamientos de política, el Sistema Nacional de Salud, los programas y actividades vinculadas directamente a la participación comunitaria. En suma se describe cómo el sector salud incorpora a la población organizada en las acciones de política social, sostenemos que el reforzamiento de la participación de los agentes comunitarios, como interlocutores entre el Estado y la sociedad civil, permitirá que las actividades de salud impacten eficazmente en la población.

PALABRAS CLAVE: Políticas de salud, participación comunitaria, Perú.

ABSTRACT

This paper aims to present the relationship between Social Policy Health and community participation between 1990 and 2006. Sectoral policy is studied in its various expressions such as: Policy Guidelines, the National Health System, programs and activities directly related to community participation. In sum is described as the Health Sector organized people joined in the actions of Social Policy, argue that strengthening the participation of the community, as interlocutors between the state and civil society, will allow activities to effectively impact health in the population.

KEYWORDS: Health policies, Community involvement, Peru.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SOCIAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La Constitución Política del Perú, elaborada en 1993, establece en su Artículo 7° que todos tenemos derecho a la protección de la salud, la de nuestra familia y de la comunidad.

Asimismo, indica en su Artículo 9°, que el Estado determina la política nacional de salud, por la cual el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación de manera plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. En el Artículo 11°, el Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas y privadas supervisando su funcionamiento. De esta manera, la Carta Magna garantiza el derecho de todos los peruanos a la protección de la salud.

Desde 1990 hasta nuestros días, la política social de salud ha venido experimentando diversos reajustes, en función de los cambios sociales y políticos operados en el país. Recordemos que en 1990, cuando asume el Gobierno el ingeniero Alberto Fujimori Fujimori, el país se encontraba en una crisis económica muy grave y los movimientos políticos alzados en armas propiciaban un clima de violencia política generalizada, en donde el vivir era una incertidumbre para toda la población. En este lapso, el sector salud diseña la política sectorial en la cual subyace la intención de superar ese momento crítico.

En el documento oficial «Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud, objetivos y metas» (ver Cuadros 1 y 2), elaborado por el sector salud en 1990, cuando Carlos Vidal Layseca era ministro de Salud, se señala como primer objetivo de política social:

«Defensa de la vida y la salud de los peruanos». En un país donde la vida ha perdido su valor social, lo ha perdido también la salud. Por ello es objetivo imprescindible y perentorio promover la movilización de recursos del Estado y de la sociedad en su conjunto y enfrentar los problemas y carencias, para generar conciencia de esta situación [...] que la defensa de la vida y la salud sean el centro de un llamado a la pacificación nacional.

Como se aprecia, este objetivo de política social de salud, encajaba perfectamente con los objetivos centrales del gobierno, que era lograr la pacificación del país con la participación de todos los actores sociales involucrados en este proceso; era el momento de defender la vida y, por consiguiente, la salud.

Asimismo, si observamos el cuadro comparativo de los lineamientos de política social (ver Cuadro 1) vamos a ver que desde 1990 hasta 1993 los lineamientos no varían, enfatizan la atención integral de salud y la responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad civil. Como la investigación está centrada en la participación de la población organizada en las acciones de salud, notamos que en la

primera propuesta de política social de salud se considera como primera estrategia la movilización social.

Difusión y movilización social por la salud, la participación social no es en sentido estricto una estrategia sino un derecho de la población. La creación de condiciones para el ejercicio efectivo de ese derecho, constituye unos lineamientos estratégicos que facilita la definición de formas efectivas de relación democrática entre la población y sus organizaciones y los servicios de salud. La activación del proceso de participación social requiere tener en cuenta las posibilidades reales de deliberación y concertación existentes en las comunidades de análisis colectivos y programas concertados mediante una planificación participativa.

La política de salud en el primer momento de la primera gestión gubernamental de Alberto Fujimori, toma en cuenta la participación organizada de la población en las acciones de política social de salud; como estrategia inclusive es concebida como un derecho social, por lo cual la población ejerce una relación democrática con los servicios de salud.

Asimismo, plantea la planificación participativa que permite a la población tener acceso al análisis colectivo de sus problemas y a diseñar programas mediante la concertación con el sector.

En un segundo momento, durante la gestión del ministro de Salud Víctor Paredes Guerra, entre 1991 y 1993 (ver Cuadro 4), se diseña otra propuesta de política de salud, en la cual la estrategia varía, se trata esta vez de la reorganización y reestructuración del Ministerio de Salud y la reforma sectorial a través de:

I. El fortalecimiento institucional para una nueva atención de la salud

A través de los principios de solidaridad, equidad y universalidad, se lograría el fortalecimiento institucional, con la *incorporación de la población* y de los *agentes sanitarios* en las acciones de salud pública, bajo los siguientes ejes:

- Impulso de la descentralización y desconcentración.
- El desarrollo de capacidades médicas, técnico-sanitario y de gerencia, para buscar la eficiencia de los servicios de salud.
- La adopción de estrategias de la salud, dando prioridad al nivel primario y a las acciones preventivo-promocionales, además de asistenciales.

II. Reorganización sectorial

Por el reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por D.S.N. 002-92-SA, se definen y reestructuran los roles, normas y funciones de los niveles central, regional y local del sector.

El cambio consistió en *fortalecer el nivel regional y local* mediante la transferencia del poder de decisión y de recursos complementarios, de manera que fueran

capaces de articular, organizar y conducir en forma más racional y complementaria las acciones de salud.

En el nivel central, el Ministerio de Salud mantuvo la facultad de normatización y control de la salud, asignación de recursos económicos a las regiones, mediante fondos especiales, ordenamiento de la prestación de servicios, concertación, coordinación y articulación de las acciones de salud con los niveles regionales y locales, lo que se manifiesta en la Constitución de 1993.

a. *El Sistema Nacional de Salud*

Por Resolución Ministerial N° 0650-92-SA/DM, se constituye una comisión de alto nivel, encargada de proponer el Sistema Nacional de Salud (PAREDES, 1993), organizado en tres niveles: central, regional y local.

En el nivel central cumple funciones de conducción, concertación, coordinación, planificación y control en el ámbito nacional; en el nivel regional, concerta, coordina y planifica dentro de su ámbito enmarcado en la normatividad y políticas de carácter nacional; en el nivel local fundamentalmente tiene función de articulación, programación y de ejecución.

Los órganos de concertación y coordinación del sistema serían el Consejo Nacional, el Comité Regional de Salud, el Comité Zonal de Salud y el Comité de Participación Comunal, que están conformados por las instituciones, dependencias y organizaciones participantes en los distintos niveles.

b. *Zona de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS)*

La ZONADIS constituye el espacio de articulación de actividades de todos los actores de salud, en su correspondiente ámbito.

La descentralización, desconcentración, intersectorialidad y participación de la comunidad son los elementos esenciales de la ZONADIS.

Como observamos mediante la participación de la población, se fortalece la relación entre Estado y sociedad, conociendo sus demandas a fin de decidir lo concerniente a los servicios de salud. Asimismo, como estrategia de salud se señala: lograr mayor efectividad, eficiencia y eficacia en la atención de la salud, la modernización de los servicios de salud, además de la formación y capacitación de los recursos humanos, y lograr un mayor financiamiento.

Lo más importante en esta gestión ministerial fue la creación del Nuevo Sistema Nacional de Salud y de las ZONADIS, en el marco de la reforma sectorial.

En este lapso la meta continúa siendo «Salud para todos los peruanos», en la cual subyace la intención de que es responsabilidad del Estado garantizar la salud de toda la población.

La política social diseñada para los años 1996-2000 se orienta a la consolidación y modernización definitiva del sector salud.

Los objetivos de la política social de salud, en este período, ya no son la defensa de la vida y la salud de los peruanos, como se planteó inicialmente, recordemos que ya se había avanzado buen trecho en el proceso de pacificación, ahora son propósitos que tienden a mejorar la administración del sector. Dentro de ellos figura un sector salud con equidad, eficiente y con calidad (ver Cuadro 2).

Entre los lineamientos de política, se perfilan la focalización de la atención de la salud, la incorporación del sector a la revolución científica y tecnológica, la reestructuración del sector, el control de los problemas prioritarios en salud, además de promover condiciones y estilos de vida saludables.

Los lineamientos de política social del período 1990-1995, pasan a ser estrategias de política de salud para el período 1995-2000 (ver Cuadro 4).

Respecto a la planificación de la política se adopta el modelo de planificación estratégica, superando el modelo inicial de planificación participativa.

Es interesante resaltar que en esta oportunidad el sector posibilita a la población, además del ejercicio de sus derechos de usuario, a tener acceso a los reclamos pertinentes.

La misión es salud para todos y por todos (ver Cuadro 2), es decir la atención de la salud no es solo responsabilidad del Estado sino de la sociedad civil. Se establece una nueva relación que deja de lado la solución estatal del problema de salud, y se genera la corresponsabilidad con la sociedad civil. El gobierno facilita la inversión privada en salud, con la creación de la Superintendencia de entidades prestadoras de salud para autorizar, supervisar y regular a las entidades proveedoras de seguros en ramas de salud. El gobierno de Fujimori, caracterizado por la corrupción y el autoritarismo, hizo que la población organizada se movilizara en defensa de sus derechos y de la democracia, movimiento encabezado por los jóvenes, e hizo que asumiera la Presidencia de la República el economista Alejandro Toledo Manrique.

Una vez en el poder, el nuevo equipo especialista en temas de salud diseñó los lineamientos de política del sector. En el documento oficial «Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012. Principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006» (ver Cuadros 1 y 2), se señala como meta:

Proteger la dignidad de todos los peruanos protegiendo su derecho a la vida y a la salud, mediante el acceso a los servicios de salud.

Esta meta refleja el momento reivindicativo al recuperar la democracia, se plantea que los peruanos tenemos derecho a la vida y a la salud mediante el acceso a los servicios de salud. En esta propuesta de política de salud vemos que el primer objetivo y el primer lineamiento coinciden, «promoción de la salud», y nos parece

muy acertado, ya que por primera vez en un documento oficial se toma en cuenta la dimensión social de la salud, no solo como ausencia de la enfermedad, sino tratar con los condicionantes educativos, económicos y culturales que puedan generar un problema de salud.

CUADRO 1
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 1990-2006

1990	1992-1995	1996-2000	2002-2006
DOCUMENTO OFICIAL	DOCUMENTO OFICIAL	DOCUMENTO OFICIAL	DOCUMENTO OFICIAL
«Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de la salud»	«Nuestra gestión participación con concertación» Periodo 1991-1993	«El desafío del cambio del milenio, un sector salud con equidad, eficiencia y calidad, lineamientos de política de salud» Periodo 1995-2000	«Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012. Principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio» Periodo 2001-2006
RESPONSABLE DEL SECTOR	RESPONSABLE DEL SECTOR	RESPONSABLE DEL SECTOR	RESPONSABLE DEL SECTOR
MINISTRO DE SALUD Dr. Vidal Layseca	MINISTRO DE SALUD Dr. Víctor Paredes Guerra	MINISTRO DE SALUD Dr. Eduardo Wog Motta	MINISTRO DE SALUD Dr. Fernando Carbone Campo Verde

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración propia.

CUADRO 2
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 1990-2006

1990	1992-1995	1996-2000	2001-2006
META Salud para toda la población	META Salud para todos los peruanos	META Salud para todos por todos	META Proteger la dignidad de todos los peruanos protegiendo su derecho a la vida y a la salud, mediante el acceso a los servicios de salud
OBJETIVOS a. Defensa de la vida y la salud de todos los peruanos. b. Democratización de la salud. c. Reconstrucción y revalorización del seguro social.	OBJETIVOS a. Defensa de la vida y la salud de los peruanos. b. Democratización de la salud. c. Reconstrucción y revalorización del Seguro social.	OBJETIVOS a. Un sector salud con equidad. b. Un sector salud eficiente c. Un sector salud con calidad.	OBJETIVOS a. Promoción de la salud y vigilancia de funciones esenciales de salud pública. b. Prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas. c. Educación para mejorar el acceso a alimentos de calidad. d. Desarrollo del seguro integral de salud y mejoramiento del seguro social. e. Reducción de la morbilidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. f. Política de ampliación del acceso y uso racional de medicamentos. g. Reestructuración integral de los servicios administrativos y operativos del MINSA. h. Inicio del proceso de integración y descentralización sectorial. i. Implementación de políticas comunes en la región andina.

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración propia.

CUADRO 3
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 1990-2006

1990	1992-1995	1996-2000	2001-2006
<u>LINEAMIENTOS DE POLÍTICA</u>	<u>LINEAMIENTOS DE POLÍTICA</u>	<u>LINEAMIENTOS DE POLÍTICA</u>	<u>LINEAMIENTOS DE POLÍTICA</u>
1. Salud integral 2. Salud responsabilidad de todos. 3. Descentralización y regionalización. 4. Priorización del ámbito local. 5. Revalorización de los recursos humanos. 6. Desarrollo científico y producción tecnológica. 7. Medicamentos como bien social. 8. Recuperación de los establecimientos de salud. 9. Promover la reorientación del Instituto Peruano de Seguridad Social. 10. Reorientación de la cooperación técnica.	1. Atención integral de la salud. 2. Salud responsabilidad de todos. 3. Descentralización y desconcentración de las actividades del sector salud. 4. Priorización del ámbito local de las acciones preventivo-promocional. 5. Revalorización de los recursos humanos. 6. Promoción del desarrollo científico y producción tecnológica. 7. Medicamentos como bien social. 8. Recuperación de los establecimientos de salud. 9. Coordinación y concentración con el IPSS, Sanidad de las FF.AA. y Policía Nacional y Sector Privado. 10. Reorientación de la cooperación técnica, financiera e internacional optimizando su aplicación y eficacia social.	1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual priorizando los sectores más pobres. 2. Modernizar el sector de salud incorporación del sector a la revolución científico-tecnológico revisión de los enfoques de salud. 3. Reestructurar el sector en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de la salud. 4. Prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud. 5. Promover condiciones y estilos de vida saludables.	1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2. Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (SIS). 3. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. 4. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad. 5. Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud. 6. Impulsar el nuevo modelo de atención integral de salud. 7. Modernización del Minsa y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial. 8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad. 9. Democratización de la salud.

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración propia.

CUADRO 4
LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 1990-2006

1990	1992-1995	1996-2000	2001-2006
ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS
1. Difusión y movilización social por la salud. 2. Concertación social para el cambio en la salud. Fortalecimiento y legitimidad del sector salud. 3. Profundización del proceso de descentralización en salud, en el proceso de la regionalización nacional, poniendo énfasis en el nivel local. 4. Promoción de las condiciones laborales y recalificación de los recursos humanos en salud. 5. Reorientación de la atención sanitaria. 5. Difusión e intercambio del conocimiento y de las experiencias sanitarias. 6. Reorientación al financiamiento para el logro de la equidad.	1. Reorganización y reestructuración del Ministerio de Salud y de las direcciones regionales y subregionales de salud de los Gobiernos regionales, que permitan: • Transformar sus servicios y Dependencias en los niveles nacional, regional y local con la estrategia de atención. • Lograr la participación de la comunidad organizada y de su activa interacción en los servicios de salud. • Coordinar la participación multisectorial en todos los niveles y alrededor de los problemas de salud, basado en el compromiso del sector público y privado, gobiernos locales, universidades, organizaciones comunitarias y organizaciones gubernamentales. 2. Mayor efectividad, eficacia y eficiencia en la atención integral de salud. 3. Modernización de las normas reguladoras del sector. 4. Formación y capacitación de recursos humanos con la estrategia de docencia, atención de salud, investigación orientada a la solución de las necesidades nacionales de salud. 5. Redifusión del programa nacional ajustado a la capacidad de ahorro del erario nacional. 6. Mayor financiamiento en salud mediante la obtención de préstamos blandos procedentes de la banca internacional de fomento así como la canalización de recursos de la cooperación técnica internacional.	1. Atención integral de salud. 2. Focalización del gasto público en salud. 3. Desarrollar los primeros niveles de atención. 4. Generar normas e instancias para el ejercicio de los derechos de los usuarios. 5. Restablecer la coordinación interinstitucional. 6. Reestructurar el Minsa. 7. Reactivar la articulación con las instituciones. 8. Cambiar las modalidades de asignación de recursos. 9. Establecer procesos de determinación de cortes. 10. Desarrollar un sistema de información estratégica. 11. Fortalecer la descentralización de la autoridad en salud. 12. Propiciar la participación social y la corresponsabilidad Estado-población. 13. Promover la de los servicios. 14. Desarrollar experiencias de su implementación progresiva.	1. Participación y control ciudadano. 2. Adecuación de la estructura del Ministerio de Salud para ejercer la concertación y conducción sectorial. 3. Compromiso de los recursos humanos con los objetivos sectoriales. 4. Diálogo sectorial e intersectorial. 5. Descentralización del sector. 6. Reorientación del financiamiento para cubrir las necesidades del sector. 7. Agenda compartida y concertación con la cooperación técnica internacional. 8. Establecer políticas nacionales andinas comunes.

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración propia.

EL SISTEMA DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La primera vez que se incorporó a los representantes de la comunidad en la estructura orgánica del Ministerio de Salud fue durante el primer gobierno de Alan García Pérez, en 1985. En aquella oportunidad se determinó la conformación de la Comisión de Asesoramiento en las Unidades Departamentales de Salud, integrada por el director de la UDES, el director adjunto, cuatro representantes de los trabajadores de la UDES (dos profesionales y dos no profesionales), un representante del IPSS, un representante de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, 1 representante de la Beneficencia Pública y 2 representantes de la comunidad.

Las UDES estaban encargadas de la adecuación, aplicación y supervisión de la política de salud a nivel departamental y debían promover la participación activa de la comunidad en la identificación y priorización de los problemas de salud, en la prestación de servicios y el control social de la gestión (Ministerio de Salud, 1989).

Los puestos y centros de salud tenían como funciones la movilización y participación de la comunidad, la programación conjunta de las actividades de salud, y la educación sanitaria permanente.

El sistema de prestación de salud se basaba en:

- a.- El respeto a los valores sociales y culturales de la comunidad.
- b.- La promoción de la movilización y participación comunitaria en todos los niveles del sistema de salud.
- c.- La aplicación de la planificación, participación y programación local (a nivel de puestos y centros de salud con la comunidad), como mecanismos viabilizadores de la articulación de los servicios de salud con la comunidad (MINISTERIO DE SALUD, 1990).

Entendemos que esta etapa fue la que abrió la mayor posibilidad de una intervención formal de los representantes de la comunidad al sistema de salud, recordemos que es aquí donde se crea la Dirección Nacional de Apoyo a la Participación Comunitaria y forma parte del despacho ministerial.

Con fecha 16 de abril de 1990, se promulga el Decreto Legislativo N°84, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, a través del cual se crea la nueva estructura del Ministerio, las direcciones subregionales de salud de Lima y Callao y las unidades básicas de servicios de salud, ambas reemplazan a las unidades departamentales de salud y a las unidades territoriales de salud, respectivamente.

Se observa que los representantes de la comunidad como parte de la Comisión de Asesoramiento en las diferentes estructuras del sistema ya no existen. Así, la conducción de los centros y puestos de salud está a cargo de un profesional de sa-

lud, quien a su vez es responsable de la programación y ejecución de los programas integrales de salud.

Además, la Dirección Ejecutiva de participación comunitaria forma parte del Organismo Central, siendo el órgano de línea técnico-normativo a nivel subregional, según el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones Subregionales de Lima y Callao, aprobado mediante Resolución Ministerial N°0805-92-SA/DM del 31 de diciembre de 1992. Se menciona como funciones de la Dirección Ejecutiva de participación comunitaria (MINISTERIO DE SALUD, 2001, 2002):

- a. Promover la movilización y participación activa y permanente de la comunidad con las acciones de desarrollo integral de la salud, con énfasis en la atención primaria de salud.
- b. Coordinar y desarrollar la participación de la comunidad organizada, el gobierno local, entidades cooperantes y demás sectores del Estado en la solución de los problemas de salud.
- c. Ejecutar acciones de capacitación de las organizaciones comunales en coordinación con las dependencias de la Dirección Subregional de Salud.
- d. Coordinar, supervisar y evaluar a nivel subregional las actividades que en aspectos de salud realizan las organizaciones no gubernamentales (ONG), informando permanentemente a la Dirección General.
- e. Implementar las zonas de desarrollo integral de la salud en el ámbito de su jurisdicción.

Lo que sí es pertinente resaltar es la coestión de la población con el Estado, a través de la creación del denominado Comité Local de Administración de Salud (CLAS).

Por Decreto Supremo N°001-94-SA, de fecha 28 de abril de 1994, se crea el programa de administración, compartida en los establecimientos de salud del nivel básico de atención, con la finalidad de ampliar la cobertura y el mejoramiento de los servicios y puestos de salud en las zonas de pobreza crítica, potenciando los recursos del Estado y de la comunidad organizada.

Este programa forma parte del Programa de Focalización del Gasto Social Básico, aprobado por la ley del presupuesto público para 1994.

El CLAS es una persona jurídica conformada por un número impar de miembros, un máximo de 7, incluyendo el responsable del establecimiento de salud, que es miembro nato. La mitad de los integrantes, sin considerar al responsable del establecimiento, son elegidos entre los miembros de la comunidad, propuestos por las organizaciones locales que trabajan en el campo de la salud. El presidente del CLAS es elegido entre sus miembros por un período de un año, pudiendo ser reelegido por un período adicional.

El sector público de salud es responsable de:

- a. Proporcionar la infraestructura física adecuada, el mobiliario, equipos, medicamentos, insumos y la cobertura de plazas necesarias para cada establecimiento que hagan posible el cumplimiento del programa de salud local.
- b. Formular con el apoyo de la comunidad el programa de salud local.
- c. Supervisar el cumplimiento de las actividades de salud programadas y la calidad de los servicios proporcionados.
- d. Controlar al CLAS por el buen uso de los recursos financieros, bienes, materiales, equipos y otros proporcionados, así como los que se obtengan por acción comunitaria para la ejecución del programa de salud local.

El Comité Local de Administración de Salud es responsable de:

- a. Velar por la adecuada ejecución del programa de salud local y evaluar su cumplimiento.
- b. Adoptar las medidas organizativas para optimizar la administración y financiamiento del establecimiento.
- c. Recepcionar y administrar las transferencias de recursos financieros, bienes, servicios, equipos, medicinas e infraestructura que proporcione el Estado según lo establecido en el contrato.
- d. Rendir cuentas de acuerdo a las exigencias puestas en la ley de presupuesto y normatividades consecuentes.
- e. Disponer del total de los ingresos provenientes de la prestación de servicios, así como las originadas por acciones complementarias efectuadas y donaciones.
- f. Contratar personal adicional; efectivizar el pago de horas extraordinarias; promover mejoras en las condiciones laborales de todo el personal; realizar los gastos presupuestados para ejecutar el programa de salud local.
- g. Establecer las condiciones de gratuidad y la escala de tarifas aplicables a la prestación de los servicios, en función de las características socioeconómicas del ámbito y de los individuos.
- h. Proporcionar el mantenimiento adecuado a la infraestructura, maquinaria y equipos de servicios, dentro de las normas y responsabilidades establecidas por el Minsa.
- i. Informar a la autoridad de salud correspondiente y a la comunidad de los avances en la ejecución del programa de salud local y proporcionar las estadísticas que se requieran.

Los CLAS actualmente representa la opción de la población a participar en la gerencia de los establecimientos de salud básica, generalmente son los promotores de salud los que conforman los CLAS, permitiéndoles desarrollar funciones de planificación, administración, evaluación y control. Algunos sec-

tores de la población, como en el Cono Sur, se mantuvieron reticentes a formar parte del CLAS, argumentando que se trataba de una estrategia que tendía a la privatización de los servicios de salud, al responsabilizarse la población de la atención de salud.

Ambas situaciones se dan porque no se puede negar la tendencia a la privatización de la salud, pero también es una oportunidad que tiene la población de desarrollar acciones de política social, realizando funciones de mayor envergadura. Sería interesante abrir una línea de investigación en los procesos de cogestión de los CLAS, ya que vienen ejecutándose hace más de 10 años.

En el gobierno de Alejandro Toledo la participación comunitaria se sitúa como una primera estrategia.

Se promoverá el protagonismo de usuarios y prestadores en forma conjunta, ejerciendo sus derechos y cumpliendo sus responsabilidades, como forma de garantizar una adecuada interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud en el ámbito local. Para ello se propiciará la creación de la Defensoría de la Salud. Se defenderá el derecho ciudadano de vigilancia de la calidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los compromisos que la familia y la comunidad asumen en el cuidado de la salud.

Se dará un gran impulso a los mecanismos de rendición de cuentas ante la comunidad por parte del Ministerio de Salud y los prestadores de los servicios de salud, como expresión del respeto al derecho de los ciudadanos a recibir información oportuna y confiable para decidir sobre el uso y condiciones de uso de los servicios. Se apoyará la participación democrática de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud.

Esta propuesta hace que la comunidad no solo participe en la planificación y evaluación de las actividades de salud, sino que va más allá, ya que otorga a la población el derecho de controlar la gestión sanitaria.

LOS PROGRAMAS DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La política social de salud, a través de sus programas, ha incorporado a la población en las actividades de salud, con el objeto de lograr el impacto estimado con la participación activa y consciente de la misma.

Esta estrategia se remonta a 1976, con el Programa de Extensión de Servicios de Salud y el Sub-Programa «Promotores de salud» realizado en la Región de Salud del Altiplano en Puno, en convenio con UNICEF, OPS/OMS.

Según el programa, para ser promotor de salud, éste debería ser designado por la comunidad, dominar el idioma de la región (quechua o aimara), hablar el castellano, gozar de buena salud, de preferencia del sexo masculino, tener más de

18 años, saber leer y escribir correctamente, tener ascendencia en la comunidad y estar dispuesto a trabajar en forma voluntaria y desinteresada.

Se puede deducir que el promotor de salud, en ese tiempo, tenía como funciones «diagnosticar» clínicamente el problema de salud que presentaba el miembro de la comunidad, prescribía y dotaba de medicinas, aplicaba inyectables, controlaba la presión arterial, realizaba curaciones y atendía los partos. Era conocido como el «médico de la comunidad», sus funciones eran eminentemente curativas y recuperativas y muy tangencialmente preventivas.

La capacitación era dirigida al tratamiento de la enfermedad, en la cual subyace la concepción de la salud como la ausencia de enfermedad.

A partir de 1978, en la celebración de la Conferencia Internacional de Alma Atta (URSS), las experiencias de salud en la formación de promotores cobra mucha importancia, definiéndose al promotor de salud como un recurso humano extraído de la comunidad, formado con una mentalidad médico-curativa, donde el 80% de sus actividades era de tipo asistencial y el 20% de tipo preventivo promocional.

Teniendo en cuenta este precedente, mencionaremos dos programas nacionales desarrollados en la presente década en la que se circunscribe esta investigación:

Las Uro comunales

Con la aparición de la epidemia del cólera en el Perú, en 1991, como consecuencia de los altos niveles de pobreza promovido por la política de ajuste estructural, el Ministerio de Salud emite una directiva para la implementación de una estrategia del tratamiento del cólera donde se indicaba que solo con la «participación de la comunidad organizada sería posible combatir esta mortal enfermedad» (MINISTERIO DE SALUD, 1991).

Para ellos era necesario crear una Red de Distribución Comunitaria de Sales de Rehidratación Oral (URO comunales, en convenio con UNICEF), las cuales cumplirían las siguientes funciones:

- Proveer de Sales de Rehidratación Oral e instrucciones para su uso a toda persona con enfermedad diarreica aguda (EDA).
- Enviar a las personas con sospecha de cólera al servicio de salud más cercano.
- Notificar al centro de la ocurrencia de fallecimiento en la comunidad debido al cólera.
- Promover acciones de educación sobre prevención de la enfermedad, así como la ejecución de actividades comunales de saneamiento.

Para lograr estos objetivos era necesario conformar un Comité de Lucha Contra el Cólera, donde concurrirían todos los organismos representativos del Estado y de la sociedad civil, para enfrentar en forma conjunta el problema sanitario.

Asimismo, se ubicó a los responsables de la comunidad que asumirían las tareas implícitas a este programa (promotor de la URO comunal), estas personas eran capacitadas por el centro de salud en los siguientes aspectos:

- Preparación y administración de las sales de rehidratación.
- Reconocimiento y referencia de casos.
- Medidas de prevención.

El centro o puesto de salud tendría que desarrollar esta red en la comunidad, realizando el seguimiento respectivo al responsable de la URO y dotando de cien sobres de rehidratación como mínimo a cada uno de ellos.

Las funciones que cumplirían cada promotor de la URO serían las siguientes:

- Distribución de cuatro sobres de suero de rehidratación oral a cada paciente de la comunidad que presente síntomas de deshidratación.
- Vigilancia del cólera en la comunidad.

Toda persona con EDA debía ser registrada en la URO comunal, esta información era transmitida al centro de salud o puesto de salud, conjuntamente con la relación de los sobres de rehidratación oral distribuidos. Cuando se presentara algún caso sospechoso de cólera, o un fallecido por diarrea no registrado en el centro de salud el responsable de la URO debería reportarse inmediatamente al establecimiento de salud.

- Era encargado además de la educación preventiva comunal sobre aspectos de higiene y saneamiento ambiental. En este caso muy particular, el promotor de la URO comunal cumplió un rol muy importante, tenía como objetivo detener el avance del cólera en su comunidad.
- Era el que detectaba los casos de la enfermedad, distribuía sobres de suero de rehidratación oral e instruía sobre su uso a cada paciente.

La capacitación del promotor estaba orientada al tratamiento, reconocimiento y referencia de la enfermedad, así como a las medidas preventivas. Las funciones que cumplieron fueron de tipo recuperativo y preventivo promocional. Sin embargo, cabe señalar que sin la participación de la comunidad organizada no hubiera sido posible combatir este mal. Se llevó a cabo una educación sanitaria agresiva, con la participación de los organismos sociales de base y las instituciones tanto públicas como privadas, y los medios de comunicación masiva. Esto también permitió, en algunos casos, la centralización de las acciones de salud en la población, al conformarse los comités de lucha contra el cólera en algunos distritos; por ejemplo, fue el precedente de la formación del comité de gestión multisectorial en la salud en el distrito de San Martín de Porres.

Sistema de Vigilancia Comunal en Tuberculosis

Otro programa que es importante señalar es el de Vigilancia Comunal en Tuberculosis, desarrollado por la Dirección Sub-Regional Lima Norte AIS-SBS-Rímac, San Juan de Lurigancho y Puente Piedra, en 1995-1996, financiado por Foncodes.

El sistema de vigilancia comunal se define como el conjunto de acciones que la población organizada realiza para controlar la tuberculosis como problema nacional (MINISTERIO DE SALUD, 1995).

Su objetivo es implementar una Red de Vigilancia Comunal de la Tuberculosis, como un mecanismo que contribuya al incremento de la cobertura de capacitación de sintomáticos respiratorios, control de contactos y prevención del abandono, a través de la implementación progresiva de Comités de Lucha y Vigilancia de la Tuberculosis.

Los niveles de atención a este programa está constituido por:

- a. La Unidad Comunal de Vigilancia, que es la unidad fundamental de todo el sistema, corresponde al ámbito local, constituida por los comités de Vaso de Leche, Club de Madres, asociaciones de pobladores y otros.
- b. Comité Local, corresponde al ámbito jurisdiccional del puesto de salud y comprometerá a las unidades comunales de su ámbito.
- c. Comité Zonal, es el órgano correspondiente al área del centro de salud, constituido por el conjunto de comités locales de su territorio.
- d. Comité Distrital, integrado por los comités zonales y otras instituciones prestadoras de servicios de salud (IPSS, Sanidad de la PNP, FF.AA.).

Con el fin de impartir conocimientos específicos sobre tuberculosis a los representantes de la comunidad organizada, el equipo de trabajadores sociales de la Oficina de Participación Comunitaria y Trabajo Social de la Dirección Sub-Regional de Salud Lima Norte elaboró un módulo que se constituye en una guía para la capacitación de los promotores de vigilancia comunal, haciendo uso de una metodología participativa, por medio de técnicas lúdicas, a fin de motivar al participante en la identificación y reconocimiento de su problemática, para la búsqueda de estrategias que conlleven a su solución.

Es importante afirmar que, según la última norma del Programa Nacional de Tuberculosis, la función de promoción social es responsabilidad del trabajador social como parte del equipo multidisciplinario.

Considerando que los promotores de vigilancia comunal son los elementos clave en esta estrategia, es indispensable conocer cuáles son los requisitos que deben cumplir para ser tales:

- Ser reservado.
- Tener buen trato.

- Inspirar confianza.
- Ser responsable.
- Conocer los problemas de salud de la comunidad.
- Tener compromiso con la comunidad.
- Tener instrucción básica.
- Tener ascendencia con los demás.
- Ser motivador.
- Tener espíritu de superación.
- Brindar su trabajo voluntariamente (de manera incondicional, sin retribución económica).
- Ser líder de la comunidad.
- Tener responsabilidad social.

Estas cualidades y habilidades indicadas para el promotor de salud garantizarán la óptima conducción del programa, y nos hace recordar algunos requisitos exigidos a los promotores de atención primaria en la ciudad de Puno (1978).

Las funciones que realizan los promotores son las siguientes:

- Identificación del sintomático respiratorio (persona con tos por más de 15 días).
- Revisión de la vacuna BCG en menores de cinco años.
- Visitas domiciliarias y entrevistas al paciente que abandonó el tratamiento y a los contactos.
- Educación sanitaria a la comunidad.
- Difusión de las actividades de la unidad de vigilancia comunal.

Así, las funciones asignadas al promotor en este programa son de carácter preventivo-promocional, recuperativa y de rehabilitación.

El promotor de vigilancia comunal, además registra los casos detectados detalladamente en los formatos asignados por la unidad de vigilancia comunal.

Este programa, con financiamiento del Foncodes, es un ejemplo de cómo el Estado y el concurso de la comunidad organizada pueden bajar los índices de la tuberculosis en el país, lo ideal sería que los otros programas reciban también este tipo de financiamiento para optimizar su rendimiento.

Si se indican las acciones del trabajador social en el sector salud entre 1990 y 2006 tendríamos las siguientes (ver cuadro 5).

Entre 1990-1992:

- Identificación de los líderes comunitarios.
- Capacitación para la formación de promotores de salud.
- Organización de las Unidades de Rehidratación Oral.

- Fortalecimiento de las organizaciones sociales de base.
- Formación de los comités locales de salud.
- Acompañamiento del programa.

En el período 1992-1995, al crearse a nivel nacional el Sistema de Vigilancia Comunal de Tuberculosis, a través de los Comités de Vigilancia Comunal, donde la comunidad organizada tiene como responsabilidad el control del tratamiento de la TBC, las funciones del trabajador social fueron las siguientes:

- Organización del Comité de Vigilancia Comunal.
- Formación del club de pacientes con TBC.
- Elaboración de una guía para la capacitación de los promotores de vigilancia comunal haciendo uso de la metodología participativa.
- Capacitación de los miembros del comité haciendo uso de la guía.
- Información técnica del seguimiento a la Dirección de Participación Comunitaria del Ministerio de Salud.

En el período 1996-2000, la reforma y la modernización de la salud hacen que los actores que comprende a la sociedad civil lleven a cabo acciones conjuntas conducentes a preservar la salud de la localidad.

Se crean en cada distrito los Comités de Gestión Distrital de Salud; los profesionales del trabajo social del Ministerio de Salud, ubicados en las postas, centros de salud, hospitales generales e institutos especializados, se constituyen como actores sociales al lado de los representantes de los municipios, las instituciones educativas, los comités del vaso de leche, entre otros. Ellos planifican y ejecutan las actividades de salud distrital de manera concertada.

El trabajador social desarrolla las siguientes acciones:

- Formación de redes distritales en salud, articulando a las instituciones del Estado y de la sociedad civil en la prevención y promoción de la salud.
- Impulsar la creación de mesas de concertación en salud.
- Cogestión de las acciones de salud.
- Fortalecer los comités de gestión distrital de salud.
- Evaluación y monitoreo de las actividades de salud implementadas por el comité de gestión distrital de salud.

El representante del Estado en el comité de gestión distrital de salud es el responsable de las acciones de salud en el distrito, el Ministerio de Salud es el ente rector a nivel nacional.

En el período 2001-2006, se diseña el Programa Nacional de Estrategias Sanitarias.

Las principales actividades del trabajador social son las siguientes:

- Fortalecimiento de las organizaciones sociales de base.
- Captación y capacitación de promotores comunales, escolares y juveniles.
- Participación directa en las mesas de concertación de lucha contra la pobreza, tuberculosis y contra la violencia familiar.
- Capacitación a los actores sociales para lograr hábitos de vida saludables.

En el segundo gobierno de Alan García Pérez, 2006-2011, «La salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas...». Salud para todos/as.

Asimismo, como sexto lineamiento de política de salud se planteaba la «Prioridad de las gestiones de promoción y prevención de la salud».

Los trabajadores sociales del sistema de salud tienen la tarea de capacitar a los agentes comunitarios aplicando la guía «Promoviendo buenas prácticas para lograr una familia saludable».

Como podemos observar, en nuestro país la participación comunitaria por medio de la formación de promotores de salud, ahora llamados agentes comunitarios, se constituye como el componente esencial en las acciones de política social de salud.

Este artículo constituye una forma de mirar la política social desde la participación comunitaria y desde la acción profesional, así se han analizado los diferentes momentos históricos que atravesó nuestro país.

CUADRO 5
PROGRAMAS NACIONALES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL
1990-2006

1990	1992-1995	1996-2000	2001-2006
Programa Nacional de Lucha contra las Enfermedades Prevalentes: Desnutrición Infantil Enfermedades Diarreicas: Epidemias de El Cólera Red de Unidades de Rehidratación Oral Comunes(UROC) en convenio con UNICEF Comité de Lucha contra el cólera	Programas Verticales de Salud. Sistema de Vigilancia Comunal en Tuberculosis	Programa Nacional de Salud Comité de Gestión Distrital de Salud	Programa Nacional de Estrategias sanitarias
Funciones del Trabajador Social	Funciones del Trabajador Social	Funciones del Trabajador Social	Funciones del Trabajador Social
• Identificación de líderes comunitarios. • Capacitación para la formación de promotores de salud • Organización de la UROS comunales. • Fortalecimiento de las OSB • Formación de los Comités locales de salud • Acompañamiento del Programa.	• Organización del Comité de Vigilancia. • Formación del club de pacientes • Capacitación de los miembros del comité. • Elaboración de una guía para la capacitación de los promotores de vigilancia comunal, haciendo uso de la metodología participativa.	• Formación de redes en salud, articulando a las instituciones del Estado y la sociedad • Civil en acciones Preventivas y promocionales de la salud.	• Fortalecimiento de las OSB • Captación y capacitación de promotores comunales, escolares y juveniles. • Participación directa en las mesas de concertación de lucha contra la pobreza tuberculosis y contra la violencia familiar • Capacitación a los actores sociales para lograr hábitos de vida saludable.

Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MINISTERIO DE SALUD (1989). *Reglamento de organización y funciones de la UDES*, Lima.
- MINISTERIO DE SALUD (1990). *Manual de Organización Básica del Ministerio de Salud*, Lima.
- MINISTERIO DE SALUD (1990). *Hacia un sistema nacional regionalizado integrado de la salud, objetivos y metas*. Lima.
- MINISTERIO DE SALUD (1991). *Directiva para la implementación de la estrategia del tratamiento del cólera en la comunidad*, Lima.
- MINISTERIO DE SALUD (1995). *Actualización de la Doctrina Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú*. Lima.
- MINISTERIO DE SALUD (1995). *El desafío del cambio del milenio, un sector salud con equidad, eficiencia y calidad, lineamientos de política de salud. Período 1995-2000*. Lima.
- MINISTERIO DE SALUD (2001). *Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y Principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006*. Lima.
- PAREDES, Víctor (1993). *Nuestra gestión: participación con concertación. Período 1991-1993*. Lima: Ministerio de Salud.