

Política de salud privatizadora y participación controlada de la población

Pricila León Pretel

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

<pricilalp@hotmail.com>

RESUMEN

El estudio da cuenta sobre las características y aplicación de la política de salud en el Perú a partir de la década de los 90, poniendo en práctica las medidas económicas contenidas en el Consenso de Washington (WC). Específicamente en el aspecto de privatización para los estratos más pobres del país (rurales y urbanos). Describe la política neoliberal sustentada en el individualismo y la forma como se despoja a los peruanos de un derecho reconocido en múltiples tratados, como es la salud. Presenta y analiza la experiencia de los *Comités Locales de Administración Compartida en Salud* (CLAS) a nivel nacional; reconociendo las mejoras en los servicios, pero también mostrando cómo en la co-gestión de los servicios de este sector el Estado norma e implementa la participación de la comunidad sin decisión y sin representación; finalmente, se define a la participación de la comunidad como pasiva y controlada sin desmerecer que en algunos establecimientos ha habido resultados más cercanos a una real participación de la población.

PALABRAS CLAVE: Política de salud, privatización, participación, co-gestión.

Health policy privatization and participation of the population controlled

ABSTRACT

This research reports on the characteristics and application of health policy in Peru since the 90s, implementing economic measures contained in the Washington Agreement. Specifically on the aspect of privatization to the poorest stratum of the country (rural and urban). Describes the neoliberal politics based on individualism and how Peruvian are divested of a right which is recognized in many treaties, as is health. It presents and analyzes the experience of *Local Committees of Shared Administration in Health* at national level, recognizing the improvements in the services, but also showing how in the co-management of the services of this sector the State establishes norms and implements the community involvement without decision and without representation; finally the participation is defined as passive and controlled without demeriting that in some places there have been closer results to real participation of the population.

KEYWORDS: Health policy, privatization, participation, co-managment.

Introducción

La participación de la comunidad es un tema muy importante en el diseño e implementación de las políticas sociales de salud. Esta ha sido reconocida, desde la década de los 70 del siglo pasado, como un elemento sin el cual sería imposible mejorar los servicios de salud y menos aún lograr la accesibilidad universal de las personas. Un análisis ligero o equivocado de la participación puede generar conflictos y poner en riesgo los programas y por ende los servicios de salud. El estudio que presentamos pretende ser un aporte para el análisis de la privatización de la salud para los estratos más pobres del Perú. El tema ha llamado nuestra atención porque es la primera experiencia en nuestro medio donde la comunidad participa como cogestora de los servicios de salud; esta participación tiene como contexto la privatización de los servicios como parte de la implementación de la política neoliberal en el Perú, específicamente en las zonas urbanas marginales y rurales del país.

El desarrollo del tema se inicia caracterizando la política de salud como neoliberal, sustentada en el individualismo y el libre mercado; que promueve la privatización de la salud convirtiéndola en mercancía y despojando a las personas de un derecho reconocido por múltiples acuerdos y tratados internacionales. La salud recuperativa pasa a ser responsabilidad de las personas y sus familias. El Estado, que ya no interviene en la economía y además ha reducido el gasto social, solo garantiza la salud pública basada en la prevención. En un segundo momento presentamos la experiencia de los *Comités Locales de Administración Compartida en Salud* (CLAS), y se analiza con datos de estudios previos el alcance de esta experiencia, concluyendo que desde un inicio los objetivos del Estado no fueron, principalmente, mejorar los servicios de salud, sino iniciar un proceso de privatización de los mismos, aprovechando los recursos humanos y económicos conseguidos por los CLAS para financiar las mejoras de los servicios. El apogeo de estas instituciones dura 7 años aproximadamente; luego —como era de esperarse— el Estado las abandona, quitándoles poco a poco el financiamiento. Finalmente, de acuerdo con las evidencias demostradas en diversos estudios, concluimos definiendo a la participación de la comunidad en los CLAS como controlada y como medio para alcanzar objetivos no de ella sino del Estado privatizador.

Política de salud neoliberal

Queremos dejar por sentado que en esta primera parte no pretendemos hacer un análisis filosófico ni económico exhaustivo sobre el neoliberalismo. Nuestro interés consiste en explicar, en forma general, los fundamentos que sostienen la política de salud implementada en América Latina a partir de las recetas del *Consenso de Washington* (WC). En el caso de nuestro país, nos centraremos específicamente en el aspecto de privatización de los servicios impartidos a los más pobres por el Ministerio de Salud (MINSA) a partir de 1990, momento histórico que registra el desarrollo sistemático de la doctrina neoliberal en nuestra economía.

Iniciamos, pues, la explicación de esta etapa del capitalismo, el capitalismo neoliberal, identificando al *individualismo* como uno de sus principios más importantes en que se sustenta. El individualismo es entendido como un comportamiento propio de la naturaleza humana, donde se considera a cada persona libre y responsable de sus propios actos, pero no de los actos colectivos; por lo tanto, también es responsable de las consecuencias de lo que él ha decidido con libertad. En el ámbito de la filosofía política, John Locke (1996) fue el defensor de la libertad del individuo por encima de la autoridad de la sociedad. La convivencia es necesaria, pero los derechos del individuo son naturales e inalienables. En Economía esta visión utilitarista se convierte en guía del agente económico individual (comprador o vendedor), quien propugna la eliminación de toda traba que se interponga al libre mercado, principalmente si proviene del Estado. Al ubicar así al individuo, el neoliberalismo no distingue condiciones sociales, grados de desarrollo, ni grupos que económicamente son claramente opuestos; es decir, se ve al individuo despojado de su historia, separado de la sociedad y de este modo se pretende ocultar las verdaderas diferencias de clase que existen en el actual sistema. Este principio es usado por los capitalistas en busca de sus propios intereses; no reconocer las diferencias que existen en la sociedad, basadas en la economía, es una forma que tienen para pasar desapercibidos ante los ojos del mundo e imponer sus propios intereses económicos. Al sobrevalorar la libertad, el ánimo de lucro y de poder, el individuo contrapone sus propios intereses a los objetivos e intereses sociales; así, uno de sus efectos será la violencia extrema y criminalidad, sobre todo en los países atrasados como los de América Latina.



En relación con la economía, el neoliberalismo no reconoce los grados de desarrollo alcanzados por los diferentes países. Bajo este credo, las grandes empresas transnacionales se lanzan a conquistar los mercados de todo el mundo en nombre de la libertad, que en este caso se materializa como libre competencia con las pequeñas empresas de los países atrasados que no cuentan con capital ni tecnología. De esta forma se apoderan de los recursos naturales y abarrotan nuestro mercado —con las concesiones de nuestros gobernantes— obstaculizando así el mínimo desarrollo industrial. Los resultados sociales de este modelo económico no están precisamente relacionados al desarrollo de nuestro país, como lo pregonan en su discurso los organismos internacionales (BM, FMI, BID). Gonzales de Olarte (2008), en la conferencia “Crecimiento sin equidad: un desafío para la democracia en el Perú”, ofrecida con motivo de recibir la distinción de Honoris Causa otorgado por la Universidad San Agustín de Arequipa, se refirió a la situación social del país para señalar que la desigualdad y la pobreza se mantienen pese al crecimiento económico experimentado. Expresó que habría un milagro debido a que:

Existe cierta tolerancia a esta situación porque hay grupos que se están beneficiando por el chorreo o por lo menos goteo y hay cierta movilidad social, pese a ello grupos no favorecidos o politizados están en el origen de la turbulencia social existente, pese a los 75 meses de crecimiento económico.

Así, el neoliberalismo, impuesto desde los organismos internacionales, dirige y controla las economías de países como los de América Latina, aplicando sus principios en el diseño e implementación de las políticas económicas y sociales. El listado de medidas contenidas en el documento elaborado a partir del WC señala claramente los aspectos principales para el reordenamiento de nuestras economías en el plano internacional y nacional. Dichas medidas favorecen mucho más a los intereses del gran capital extranjero que al desarrollo de nuestros países. Las disposiciones más resaltantes del listado en mención están relacionadas con: a) impedir que el Estado intervenga en la dirección de la economía nacional; b) reducir drásticamente el gasto social; c) liberalizar el mercado; d) privatizar las empresas públicas y los servicios sociales (educación y salud).

¿Cómo afecta esta situación a la salud? La respuesta es que al impedir que el Estado intervenga en la econo-

mía y además reduzca el gasto social, tenemos entonces que la salud, que venía siendo una responsabilidad del Estado y era considerada un derecho, desde la óptica individualista neoliberal, pasa a ser responsabilidad de cada persona y familia. La salud como mercancía debe ser comprada en el mercado de acuerdo con la condición social de cada uno. En la experiencia de México, Laurell (1994: 1 y 2) realiza un análisis de la política de salud propuesta por el Banco Mundial (BM) en su “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud”. Aquí muestra cuáles fueron las premisas fundamentadas desde el BM, principal impulsor de la política neoliberal, en el proceso de privatización de los servicios de salud, que hasta ese entonces estaban bajo la responsabilidad económica del Estado: a) la salud pertenece al ámbito privado; b) el Estado solo resuelve lo que los privados no pueden o quieren hacerlo; c) el sector público es ineficiente e inequitativo por la presión que ejercen distintos grupos, en cambio, lo privado es más equitativo y eficiente porque obedece a la competencia y a la libre elección en el mercado; d) los recursos para la salud siempre serán escasos. A todas luces, la presencia del neoliberalismo en nuestros países ha dejado muy lejos aquel lema “Salud para todos en el año 2000”, que se pronunció en *La Declaración de Alma-Atá* (1978), donde se proclamó la salud como un derecho fundamental para todas las personas, habiendo reconocido las graves desigualdades en salud y las brechas existentes entre los países desarrollados y los países atrasados. La actual política de salud *ha separado*, por un lado, la *salud recuperativa*, la más costosa, a cargo del individuo-familia, y la *salud preventiva*, a cargo del Estado. La persona y su familia son los principales responsables de su salud: deben asumir conductas saludables y resolver sus problemas de enfermedad en el mercado. Los resultados no son halagadores porque la privatización se fundamenta en principios de rentabilidad y beneficio privado, despojando a las personas de un derecho fundamental reconocido mundialmente en múltiples tratados internacionales, como la Observación N° 14 de las Naciones Unidas que afirma: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

La política de salud neoliberal es implementada, en la década del 90 del siglo pasado, durante el gobierno del presidente Alberto Fujimori; este ejecuta los cambios en función a las medidas impuestas por el WC

desde la misma Constitución de 1993, que es elaborada para compatibilizar la política en general y la de salud en particular con la doctrina neoliberal. Así, se observa que en la Constitución de 1979 el Estado asumía la responsabilidad de planificar, supervisar, controlar y aplicar la política de salud; facilitando el acceso universal e igualitario a los servicios de salud, con calidad adecuada y tendencia a la gratuidad (Art. 16). Por el contrario, en la Constitución de 1993 dice: “El Estado garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud y a las pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento” (Art. 11).

Cuando el Estado señala que solo *garantiza* el libre acceso a los servicios de salud, no lo entendemos como una obligación de velar por la salud de la población, sino como un facilitador del libre tránsito de la ciudadanía al ámbito del mercado donde se compra servicios de salud, como está ocurriendo actualmente. Alva-Díaz (2012: 51) se refiere a los servicios de salud en el Perú que existieron antes de 1990, y opina que los peruanos en realidad nunca hemos gozado del derecho universal a la salud. El acceso a los servicios siempre ha estado condicionado por las brechas económicas que caracterizan a nuestro país desde la colonia. Él asevera que siempre ha existido *salud para ricos y una para pobres*. Pero en esta etapa neoliberal la privatización ha agravado más aun la situación de la mayoría de peruanos: no existe ningún servicio de salud donde no se pague, incluido el Sistema Integral de Salud, por las limitaciones que presenta para los beneficiarios.

Según Alva-Díaz, en la actualidad los servicios de salud siempre se pagan, ya sea por “cofinanciamiento, copagos o pagos de bolsillo. Es decir, el pago parcial o total, directo o indirecto de la prestación del servicio por parte de los usuarios”. Para llegar a esta situación se ha pasado por un proceso que se hacía visible desde la década de los 80 del siglo pasado; en 1987 la crisis económica se sintió en infraestructura y mantenimiento de los servicios en los hospitales y con mayor intensidad en los puestos y centros de salud. Al respecto, Petrer (1993: 7) dice que los componentes del gasto en salud más sacrificados fueron: remuneraciones, inversión hospitalaria (incluido su mantenimiento), medicamentos, alimentos para los enfermos, e incluso vestuario (sábanas, por ejemplo). La capacidad de compra quedó reducida a tal punto que el 85% del presupuesto del MINSa estuvo destinado al pago de remuneraciones, sufriendo sus remuneraciones una caída del 70%.

Los hospitales se sostenían con los aportes externos de la iglesia y algunos gobiernos, que en el lapso 1985-1990 se cuadruplicaron, según acota la misma autora.

Podemos concluir esta parte, con González-Poso (1997), señalando que la política de salud para América Latina y el Perú fue planificada, diseñada e impuesta por el neoliberalismo desde afuera. Teniendo como escenario internacional el debilitamiento de la ideología socialista, donde se derrumba el poder del Estado (estatismo) en el manejo de la economía, dejando a Estados Unidos como única potencia económica mundial libre para intervenir en la economía de todos los países del mundo. Además una América Latina donde todos sus países estaban endeudados, con economías en crisis, conflictos políticos internos, gobernantes corruptos y partidos políticos desprestigiados; como se encontraba el Perú en 1990. Esta situación es aprovechada por el gran capital para imponer sus reglas de juego con el fin de controlar totalmente nuestros mercados y economías respectivas, como una forma de palear la crisis del sistema que empezó sintiéndose en los países más desarrollados como Estados Unidos. Dicha política sustentada en el lucro coloca a la salud en el ámbito del libre mercado, el que se encargará en adelante de que estos servicios sean equitativos, eficientes y accesibles a todos, gracias al milagro de la competencia. Pero la salud es un factor que está ligado a las condiciones de vida de los pueblos. Hablar de buena salud es contradictorio cuando todavía la pobreza muestra indicadores importantes. La evidencia histórica muestra que puede coincidir crecimiento, ampliación del mercado y empeoramiento de las condiciones de vida; tal como lo ha señalado Gonzales de Olarte, líneas antes.

Según la CEPAL, hasta el año 2011 existían en América Latina 174 millones de habitantes en situación de pobreza, 73 millones de ellos en condiciones de pobreza extrema o indigencia. En 2010 se contabilizaron 177 millones de personas pobres, de los cuales 70 millones eran indigentes. Como vemos, las cifras bajan lentamente en este período de dos décadas de implementación de la política neoliberal, pero este porcentaje, que indica la desigualdad, es muy alto, más aún considerando que los métodos de medición de la pobreza que se utilizan siempre obvian aspectos muy importantes. Para el caso del Perú, el INEI informó que la pobreza en el 2012 alcanzó a 27.8% de los peruanos; indigentes 6.3%. Si la salud ha sido convertida en una mercancía, más del 30% de peruanos no estaría en las mejores condiciones de comprarla.



Privatización social de la salud en los estratos más pobres del Perú

La privatización de los servicios de salud para los más pobres, igual que para otros estratos, significa en principio *trasladar la responsabilidad de su financiamiento a los propios usuarios*; proceso que puede ser más o menos lento y puede tener varias formas de ejecutar, pero el objetivo, desde la óptica del Estado, es finalmente sustraerse de esta responsabilidad social. En el Perú, este proceso consiste en el tránsito de un Estado protector de la salud, considerada como un bien y un derecho inalienable por múltiples tratados y convenios internacionales, a un Estado convertido en protector del gran capital, facilitador y promotor del libre mercado; este último no interviene para dirigir la economía del país, pero sí para facilitar el libre mercado bajo las reglas de juego del capitalismo, impuestas con la globalización. Un factor económico importante vinculado a la nueva forma de atender la *salud primaria* de los más pobres, desde la denominada “modernización del sector salud”, fue el pago de la deuda externa. El Estado debía, en primer lugar, garantizar los recursos financieros para tal fin y, en segundo, amortiguar los resultados del Programa de Ajuste Estructural (PAE). También existieron factores como la situación social que se vivía luego de más de diez años de conflicto interno (Frisancho, 2005): los puestos de salud estaban colapsados, la pobreza y descontento eran sentidos mucho más en las zonas rurales del país. Además, era necesario para los gobernantes de entonces ganar adeptos para las elecciones de 1995. La interrogante era: ¿cómo mejorar los servicios de salud de estas poblaciones empobrecidas, que habían sido las más afectadas con el PAE, cuando el MINSA no contaba con recursos humanos ni financieros? Como recordamos, el *shock* de 1990 fue un gran golpe para la mayoría de los peruanos, pero mucho más para los sectores urbano marginales y rurales. No solo fue la devaluación de la moneda, sino que el Estado ya no controlaría los precios de las mercancías básicas; los servicios de luz, agua, telefonía tuvieron fuertes alzas; los precios de la energía también aumentaron desproporcionadamente. Sheahan (2001: 206) describe así esta situación:

Aparecieron ‘comedores populares’ por todas partes, servidos por voluntarios que usaban ingredientes donados, sin ayuda del gobierno. El único signo de que el gobierno se preocupaba por algo era la presencia

de vehículos militares abiertos, llenos de soldados con rifles, manejando lentamente a través de las calles casi vacías.

En este crítico estado del país, el gobierno del entonces presidente Alberto Fujimori aplica las medidas respecto a la privatización de la salud. Los pocos recursos de salud disponibles fueron dirigidos a las poblaciones más pobres del Perú, en riesgo social; tanto en las zonas urbanas marginales como en las zonas rurales; tal como lo establecía el WC. Sin embargo, los recursos destinados a atender la salud de estos sectores solo estaban orientados a cubrir principalmente lo que se denomina la salud pública. Como ya se ha señalado, esta solo se encarga del *aspecto preventivo*; la salud recuperativa, por cualquier enfermedad, pasa a ser responsabilidad de cada individuo y familia; el Sistema Integral de Salud se presenta como una forma de atender a los pobres extremos, pero, por sus limitaciones ya comprobadas, no cubre los gastos totales de recuperación.

Adecuar el nuevo sistema de salud para los más pobres conllevó a elaborar e implementar la estrategia de focalización del gasto en salud, realizar la medición de la pobreza y pobreza extrema (mapa de pobreza) para identificar las zonas con mayores necesidades, así como convocar a todas las instituciones públicas y privadas y a los beneficiarios, que eran sujetos *pasivos hasta entonces* y ahora serían *activos*, para cofinanciar los servicios de salud y ejecutar proyectos en el nivel de salud primaria, donde se prioriza la prevención. Parodi (2013: 348 ss.), refiriéndose a los paradigmas de política social, describe a la focalización como una estrategia que tiene como objetivo atender solo a los más necesitados y se opone al universalismo, característica del paradigma dominante. “Como consecuencia, el indicador utilizado para evaluar los logros en la reducción de la pobreza, no es el gasto social sino el *impacto* que cada proyecto genere en la *población objetivo* para el cual fue diseñado”. Como veremos, las funciones que antes realizaba el Estado son trasladadas a estos nuevos actores. Para tal fin, el discurso de los gobernantes fue *democratización y descentralización en los servicios de salud*. La privatización de estos servicios en el Perú, como en toda América Latina, se fundamentó en las siguientes afirmaciones: a) el Estado no tiene recursos; b) el Estado no es eficiente como el sector privado; c) así se resolverá el problema de la *inequidad* en el acceso a los servicios de salud de los más pobres.

La reestructuración del modelo de salud se inicia en enero de 1991 a partir de un documento de gestión

gubernamental elaborado por el MINSA, en calidad de propuesta, para el período 1990-1995, con el objetivo de crear un sistema nacional regionalizado e integrado de salud para reorientar el modelo de atención existente hasta la fecha. Aquí se crea el Programa de Administración Compartida (PAC) como parte del programa Salud Básica para Todos (PSBPT). El PAC será en adelante el encargado de organizar los *Comités Locales de Administración Compartida en Salud* (CLAS); aunque la organización formal se hizo en 1994, mediante Decreto Supremo N° 01-94-SA, desde el año 1992 ya se venían organizando los primeros CLAS. El mencionado documento de gestión resalta la profundización del proceso de descentralización en salud, en el marco de la regionalización nacional, poniendo énfasis en el nivel local (Ministerio de Salud, 1991: 3). Los objetivos que el MINSA se proponía alcanzar con la creación de los CLAS fueron los siguientes: elevar la equidad y eficacia de las intervenciones en el nivel primario de salud, haciendo uso adecuado y transparente de los recursos públicos, aportes de la comunidad u otros que consiga el CLAS. De esta forma se acortarían las brechas entre los pobres y no pobres. Desde 1994 el PAC intensifica la conformación de CLAS, asociaciones civiles sin fines de lucro, bajo régimen privado. Lo nuevo en este modelo de atención es que por primera vez se delega a los ciudadanos la responsabilidad de *cogestionar los servicios de salud de primer nivel* en el ámbito de sus jurisdicciones. Los directivos de los CLAS están integrados por representantes de la comunidad y personal médico de los puestos o centros de salud.

¿Quiénes son y cómo se eligen a los miembros directivos del CLAS? Cabe señalar que en 18 años estas asociaciones han sufrido varios cambios hasta la actualidad. Inicialmente los miembros que conforman la Asamblea General eran siete: tres miembros representantes de la comunidad, elegidos entre los representantes de las organizaciones vinculadas a la salud o desarrollo local; tres miembros de la comunidad que representan al Estado y son elegidos por la autoridad regional de salud, a propuesta del Jefe del Establecimiento, quien se constituye a su vez en miembro nato de la asamblea. La Asamblea General elige al Consejo Directivo (CD) (Presidente, Secretario y Tesorero), teniendo en cuenta sus cualidades personales; el Jefe del CLAS se incorpora al CD como miembro nato. De acuerdo con la organización del MINSA, el CD es el encargado de controlar el establecimiento; de manera particular el médico Jefe. Observemos sus funciones

(MINSA y UNICEF, 1996: 14 y 15): “Consejo Directivo del CLAS. Es el órgano responsable de la marcha administrativa del CLAS, está conformado por el Presidente, Secretario y Tesorero, elegidos en Asamblea General y por el jefe del establecimiento en condición de Gerente [...]”. El gerente es la máxima autoridad en los aspectos técnicos del establecimiento de salud, y como tal es el responsable del cumplimiento de objetivos y metas del Programa de Salud Local.

Esta forma de elección se modifica a partir del año 2000 como producto de algunas evaluaciones realizadas. En adelante se considera que los representantes de la comunidad deben ser elegidos por esta y no como se venía haciendo hasta esa fecha. Finalmente, en el año 2007 se da la Ley 29124 que integra a los CLAS a los Gobiernos Regionales (GR) y Gobiernos Locales (GL), quitándoles autonomía y afectando mucho más la participación de la comunidad. Según el Art. 5 de dicha Ley, la Asamblea General será compuesta por los siguientes representantes (*El Peruano*, 2007): uno de cada GR, uno de cada GL, uno de los trabajadores del CLAS, uno de la Red de Salud, el gerente, Jefe de los Establecimientos, y representantes de las organizaciones comunales vinculadas al desarrollo local procedentes de la jurisdicción del CLAS. No se señala el número de representantes de la comunidad. Igualmente para el Consejo Directivo no se señala el número de representantes. A partir del año 2008, el Reglamento de la Ley 29124 precisa la composición de la Asamblea General y las instancias que designan a sus representantes, de acuerdo con el ámbito de su jurisdicción, en los siguientes términos: uno por cada CLAS elegido por cada GR; uno por cada CLAS elegido por cada GL; uno por cada CLAS elegido por los trabajadores de establecimientos de salud; uno por cada CLAS de su jurisdicción elegido por la Micro-red de Salud; uno por cada organización de base, uno por los agentes comunitarios, autoridades comunales, uno por cada comunidad donde existe un CLAS, todos elegidos por la comunidad. Los representantes de la comunidad deben acreditar haber sido elegidos democráticamente por su comunidad (Ministerio de Salud, 2008: 38-39).

La relación Estado-CLAS se da mediante dos contratos: uno para proveer al establecimiento de salud de infraestructura, equipos, medicamentos y el personal para ejecutar el Programa de Salud Local (PSL); este contrato es renovable cada 3 años; otro, llamado *contrato de gestión*, consistente en el compromiso del CLAS para diseñar e implementar el PSL de acuerdo con los



objetivos planteados por el Estado; la Sub-Región de Salud se compromete a *cofinanciar* el PSL. A partir de la Ley 29124 serán los GR y GL los que garanticen los recursos para el funcionamiento de los CLAS. En esta nueva forma de brindar los servicios de salud se requiere una mayor participación de la comunidad, no solo para apoyar las actividades de salud, sino también para financiarlas con sus propios recursos; porque en adelante el Estado solo financiará parte del presupuesto, pagando a algunos profesionales y funcionarios, y entregando algunos equipos y presupuesto a la comunidad. Pero no olvidemos que el PSL solo tiene que ver con la salud preventiva que el Estado está comprometido a financiar. Sin embargo, a las poblaciones más pobres, con el pretexto de democratizar la salud, hacerlos partícipes de la gestión, vigilantes de los funcionarios, etc., se las involucra en la *cogestión* de los servicios de *salud preventiva*, donde además adquieren el compromiso de cofinanciarla; como si no bastara ya haberlas responsabilizado de su propia salud recuperativa.

Por otro lado, cabe mencionar que desde el momento de su creación, los CLAS fueron en aumento hasta alcanzar una cobertura del 33 % del total de establecimientos de Atención Primaria a nivel nacional. En el 2008 existían 763 asociaciones CLAS que administraban hasta 2,152 puestos y/o centros de salud, y atendían a una población aproximada de 8'500,000 habitantes en las zonas rurales y urbanas marginales del país. Existen algunos estudios de evaluación, parciales, sobre el desempeño de los CLAS; la mayor parte en los primeros 10 años de su funcionamiento, tratando de encontrar las bondades y vacíos o errores; partiendo de los objetivos que orientaron su creación. Entre sus bondades, la mayoría de estudios coincide en que los servicios de salud habían mejorado en cuanto a la atención con menos tiempo de espera, precios de consulta más bajos que en otros establecimientos no CLAS, mayor número de exoneraciones, medicamentos a menos costo, mayor orientación a los pacientes, y horarios más amplios de atención. Se ha reconocido dos factores a los que se atribuye estos resultados: uno, la disposición de los recursos económicos propios generados por los CLAS y dos, la participación de la comunidad. Entre los obstáculos para un buen funcionamiento se ha dicho que estos estarían relacionados a tres factores (Altobelli, 2000): “problemas en el seno del sector público; problemas entre el personal profesional en salud y problemas en los propios CLAS”. En el seno del sector salud existía un desconocimiento de las autoridades

del MINSA y de las Regiones de Salud sobre las funciones del Programa de Administración Compartida. Si la autoridad central no tenía responsabilidad sobre el programa, dejándolo incluso sin recursos para la supervisión de los CLAS, menos responsabilidad sentían las autoridades de las regiones de salud. En relación con el personal de los CLAS, la falta de información y comprensión de la realidad por parte de los médicos y empleados del sector público hizo que vieran amenazada su seguridad laboral; primaron sus intereses personales y más les interesó su seguridad laboral. Por esta razón se enfrentaron al sistema CLAS hasta que finalmente entraron en serias contradicciones los representantes de la comunidad y los funcionarios del establecimiento, que se movilizaron con su sindicato hasta lograr su nombramiento como empleados públicos. Este hecho fue uno de los mayores obstáculos que experimentó la comunidad: desde ese momento perdió poder y los servicios de salud ya no tendrían los horarios que beneficiaban a la comunidad. El tiempo de orientaciones y otras tareas se vieron trunca, porque los médicos solo trabajarían 6 horas diarias: pagar profesionales para dos turnos era imposible. En cuanto a los obstáculos en relación a la operatividad de los CLAS, sobre todo en los primeros años, habrían existido dificultades para adaptarse a un sistema privado; por parte de los funcionarios del MINSA fue difícil. Igual los representantes de la comunidad no conocían nada de esta nueva forma de participar: los mismos médicos no tenían la capacitación para gestionar los establecimientos. Frente a todo esto, las autoridades muchas veces eran intolerantes y desprestigiaban a los CLAS.

Participación de la población en el proceso de privatización

La participación de la comunidad en los servicios de salud tiene variados enfoques, de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado en la historia de cada sociedad. Ha ido evolucionando desde una visión cientificista que pretendía organizar a la comunidad para transferirle conocimientos y tecnologías para que alcancen su bienestar, hasta una participación desde la propia comunidad en pro de resolver problemas comunes (Reyes Álvarez *et alii*, 1996). Los organismos internacionales y nacionales, desde la década de los 70 del siglo pasado, declararon que sin la participación de la comunidad sería imposible resolver los problemas de salud, sobre todo en los países atrasados, siendo la con-

ferencia de Alma-Atá (1978) la más importante donde se proclama la salud como un derecho para todos en el año 2000. Acerca de los efectos de la participación para mejorar los servicios de salud y la definición de esta, existen diversas interpretaciones estrechamente vinculadas a las formas de normarla e implementarla.

Oakley (1990: 10-11), uno de los colaboradores más importantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la inclusión de la participación de la comunidad en los servicios de salud puede ser considerada *como medio o como fin*, de acuerdo al grado de involucramiento y control que tenga sobre los recursos, gestión y principalmente decisión. La participación como medio se explica por el aprovechamiento de los recursos económicos y sociales de las poblaciones con la finalidad de alcanzar metas y objetivos trazados por instituciones y/o personas ajenas a la comunidad, como el Estado. Esta intervención externa a la comunidad pone *énfasis en los resultados* y no en la participación misma. Los organismos públicos requieren la participación comunitaria para mejorar la eficiencia de los servicios de salud, de este modo se considera una técnica de gestión que beneficia a los gobernantes y a los consumidores. La comunidad lejos de tener decisión queda sometida a las órdenes de los funcionarios. Oakley dice que es una forma indirecta de participar porque se basa en observaciones y consejos, sin ningún control: es una participación pasiva y controlada. La participación como fin, por otro lado, se caracteriza por responder a las necesidades de cada realidad; tiene objetivos propios, une más a la comunidad y va más allá de cualquier proyecto o política, para contribuir a un desarrollo sostenible. Es una participación directa que influye desde abajo para determinar las prioridades e introducir cambios en las instituciones y en las políticas sociales (para ello debe nacer de la propia comunidad), y no está diseñada e impuesta desde afuera por instituciones que tienen sus propios objetivos, muchas veces en contra del mismo desarrollo. Oakley (1990: 12) afirma lo siguiente a propósito de esta última forma de participación:

Es una modalidad intrínsecamente superior de participación, los participantes cuentan con algunas atribuciones, que van desde el derecho a imponer su veto temporal o permanente al de participar de modo directo en el proceso decisorio... Las relaciones entre quienes deciden y los afectados por sus decisiones pueden dar lugar a muy diversas formas de participación.

Sobre la participación dependiente a instituciones externas se ocupa Sanabria (2004). Esta autora sostiene que las formas de participación siempre han estado vinculadas a los intereses políticos en momentos y contextos determinados. Y para analizar la participación es necesario considerar los siguientes elementos: conocimiento de la comunidad sobre su capacidad de organización, normas socioculturales, experiencias previas y principalmente capacidad gerencial. En cuanto a incluir la participación de la comunidad en la implementación de los programas de salud, existe un estudio en Río de Janeiro realizado por dos autores, Bronfman y Gleizer (1994), donde identifican dos grandes enfoques sobre la participación. En el primero se acepta la inclusión y se diferencia tres variantes, según los objetivos que persigan las políticas y programas de salud: 1) argumenta que los aspectos políticos y sociales de la participación hacen de ella una actividad necesaria por sus efectos democratizadores en la sociedad; dota de autonomía a la comunidad, aporta al desarrollo social y puede servir de base para resolver problemas de otra naturaleza; 2) la participación comunitaria se constituye en una estrategia que asegura el éxito a los programas de salud: es un medio; 3) considera que la participación esconde, bajo el pretexto de apoyo por sus aportes para elevar el nivel de salud, una intención de manipulación política y social. Desde este punto de vista la participación es contemplada por el Estado como una herramienta para reducir gastos en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, gracias a que los usuarios financian directa o indirectamente sus servicios. En la segunda posición se rechaza la participación comunitaria en los servicios de salud desde diversos argumentos tales como: 1) la participación es un medio político de manipulación, esta posición cuestiona su inclusión en los programas de salud porque es negativa para la comunidad. 2) la participación de personas no capacitadas y con menores recursos materiales hace que los servicios no tengan calidad, es decir, que sean de segunda clase; 3) los programas con participación son locales, eso hace que sean más costosos, poco factibles, y finalmente obstaculizan para que los servicios lleguen a la población.

Otros especialistas, como Celedón y Noé (2000), interpretan la participación de la comunidad en salud desde un enfoque de derechos. La población puede participar como *beneficiaria* en los servicios, con escasos espacios de participación, y como *contribuyente*, donde el funcionario de salud ejerce un control vertical



con las personas que colaboran, éstas son vistas como instrumento que facilitan la acción del Estado. Finalmente, aportan identificando una forma de participación que se acerca a la llamada cogestión, modalidad implementada en el Perú a través de los CLAS. En la cogestión, la población es vista como usuaria pero a la vez como un conjunto de ciudadanos a quienes, en nuestro caso, el MINSA debe dar cuenta de la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios prestados, a través de sus establecimientos de salud; respetando así el derecho a proteger su salud.

Sobre la definición de la participación en salud, una de las instituciones más representativas como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994), dice lo siguiente:

La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

Estamos ante una conceptualización completa y pertinente de la participación comunitaria en salud: democrática, independiente, responsable y lo más importante es que considera las capacidades, habilidades y oportunidades, aspectos decisivos desde el enfoque de desarrollo sostenible.

Para definir el tipo y grado de participación de la comunidad en la cogestión de los CLAS existen estudios evaluativos realizados por el MINSA y por académicos interesados en la salud. Todos ellos han identificado: participación limitada debido al no conocimiento de cómo funcionan los servicios con modelo CLAS, desinterés de participar y algunas veces conflictos en la propia comunidad. Entre las razones de la escasa participación también se reconoce que los funcionarios del MINSA no tienen interés en empoderar a la comunidad. Díaz (2001), en una exposición denominada “CLAS: Una experiencia peruana de empoderamiento en salud”, preparada para el Taller Internacional sobre Participación y Empoderamiento para un Desarrollo Inclusivo, expresó que entre lo que había que corregir en los CLAS estaba la participación de la comunidad,

pues del 100% de CLAS el 60% funcionaban bien, mientras que 30 % regular, y 10% mal. Esto se debería a la escasa capacitación que reciben los miembros del CLAS (una vez al año) y a la inasistencia de los mismos. La propia comunidad no conoce o conoce muy poco sobre el funcionamiento, objetivos, resultados de la gestión de los CLAS, mucho menos la importancia de su participación. En el mismo sentido, Bardález (2005: 8) ha elaborado un estudio sobre la descentralización del sector de salud en el Perú, financiado por Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), donde al referirse a los CLAS señala:

Existe una limitada legitimidad y una controlada representatividad de los miembros de la comunidad en el CLAS: El decreto supremo establece la participación comunitaria, pero con la particularidad de que la mayoría de sus miembros son designados directa o indirectamente por las autoridades sanitarias (el jefe del establecimiento y tres miembros son elegidos por este último, de un total de siete miembros).

Este mismo estudio demuestra que la participación de la comunidad tiene un carácter instrumental por cuanto los representantes se limitan a participar en campañas de salud, charlas, censos y otras actividades que no podrían llamarse de cogestión. Lo que es notorio en algunos establecimientos es la preocupación en vigilar la administración de los servicios. Un aspecto importante, como es el presupuesto del CLAS, es realizado por los gerentes y por su equipo de gestión; la participación de los representantes de la comunidad es muy limitada. El tema de la representatividad de la comunidad en la cogestión de los servicios de salud es fundamental al analizar el nivel y tipo de participación de esta. Si los miembros del CLAS no son elegidos directamente por la comunidad, esta no tiene participación. Cortez y Phumpiu (2000: 21) presentan un trabajo, producto de encuestas aplicadas por el Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico, ejecutado en las subregiones de Lima, La Libertad y Junín. Ahí se constata que los miembros o ex miembros que representan a la comunidad provienen en su mayoría de organizaciones de base o personas de buena voluntad y que han demostrado tener experiencia de servicio a la comunidad. Este informe también señala que el CLAS no exige representatividad de la comunidad. El 80% de los casos estudiados contestó que no sabía que el centro o puesto de salud funciona en la modalidad de CLAS. Los mismos representantes no conocían las normas básicas de

desenvolvimiento del CLAS. Otro dato importante de este informe es que los *insumos materiales e infraestructura no son propiedad del CLAS sino del Estado*.

Lo que venimos apreciando es que la comunidad, al no elegir a sus representantes para la Asamblea General, al menos en la primera década desde la creación de los CLAS, no ha participado en el cogobierno. Y, si queriendo ser generosos, aceptamos que sí hubo miembros de la comunidad que participaron en la gestión de los CLAS, eso es cierto pero en total minoría. Recordemos que el total de miembros, procedentes de la comunidad, que conforman la Asamblea General del CLAS, el 50% era elegido por el médico gerente entre las personas con experiencia de servicio u otras que él considere; el otro 50% proviene de entre los miembros de alguna organización de base o también voluntarios. Conclusión, en la Asamblea General la mayor parte de miembros (los 3 elegidos por el gerente más él mismo) no necesariamente podían estar identificados con los intereses de la comunidad. El Estado ha transferido a la comunidad responsabilidades en la implementación de los servicios de salud, mas no poder de decidir lo conveniente de acuerdo con sus necesidades y expectativas. Simplemente la democratización de los servicios de salud para los más pobres es así; entonces no es cierto que exista democratización de salud en el ámbito de los CLAS.

Por otro lado, una de las principales áreas administrativas donde los representantes de la comunidad estaban facultados a participar con decisión es en recursos humanos. Pero al surgir el conflicto con los profesionales de la salud —particularmente con los médicos que prefirieron cambiar los beneficios del régimen privado por asegurar un nombramiento en el sector público— los miembros de la comunidad dejaron de tener el control sobre dichos recursos. Ante esta situación el MINSA decidió atender los reclamos de los funcionarios y profesionales, procediendo a su nombramiento, dejando así sin efecto una de las funciones importantes de la comunidad ante el CLAS: gestionar los recursos humanos. Sobre este y otros puntos, Francke (2006) reconoce en una entrevista que le hiciera Promoviendo Alianzas y Estrategias (PRAES) que estas organizaciones han mejorado la eficiencia y equidad de los servicios de los pobres y da las siguientes recomendaciones para mejorar el funcionamiento de los CLAS:

Reforzar la participación ciudadana en los CLAS, haciendo obligatorias consultas amplias a la comu-

nidad antes de la aprobación de los planes locales de salud y con procesos de elección de representantes comunitarios a los CLAS abiertas y transparentes; que la comunidad pueda participar, a través de sus representantes o bajo diversas modalidades de participación directa, en los distintos procesos de gestión de los recursos humanos (selección, establecimiento de horarios y condiciones de trabajo, evaluación) y establecer roles para las municipalidades en los CLAS [...]

Es importante anotar que a partir del año 2001 hasta el 2007, año en el que pasan los CLAS bajo control de las municipalidades mediante la Ley N° 29124, se fueron desarticulando principalmente por el abandono del Estado, que iba recortando el presupuesto; lo que conllevaba a un alza en las tarifas de consulta, menos exoneraciones, menos personal, entre otros. En este período hay pronunciamientos de académicos y especialistas en el sentido de no abandonar a los CLAS: Francke es uno de ellos, y también Díaz Romero, miembro de la Comisión de Salud Pública del Colegio Médico del Perú y directivo de Foro Salud, quien tiene varios artículos sobre la experiencia de los CLAS en el Perú. Los contenidos de dichos artículos siempre han resaltado los aspectos positivos de la experiencia y han solicitado públicamente el apoyo del estado. Díaz (s. a.) da una ponencia titulada “Falta de apoyo y presupuesto frenan crecimiento de CLAS desde 2002”. Aquí argumenta la importancia de la participación para mejorar los servicios del primer nivel de atención, y plantea que teniendo en marcha el proceso de descentralización los CLAS deben pasar a formar parte de los gobiernos regionales y locales con la finalidad de potenciar los programas de salud con funciones como: “vacunaciones, controles prenatales, programas nutricionales, conservación ambiental y saneamiento básico”. Pero lo que más reclama Díaz es el financiamiento que venía siendo recortado por el Estado:

A partir de ahí se ha producido un recorte sistemático. Por eso en la propuesta legislativa se está planteando un artículo específico sobre financiamiento, y es que este sea un programa del gasto social protegido, tal como existen otros programas.

En defensa de los CLAS hay personalidades muy destacadas. Una de ellas es Laura Altobelli, quien como especialista en el tema reclama el empoderamiento de la comunidad y el funcionamiento de los CLAS. Una de



sus apreciaciones relacionadas a la crisis de los CLAS es que desde un inicio no hubo un concepto, unificado y claro en el mismo MINSA, sobre lo que es la *participación*. También considera que los miembros del CLAS deben tener un rol protagónico en el empoderamiento de la comunidad y deben estrechar el nexo de manera permanente; así todos conocerían sus derechos, votarían y estarían interesados en participar.

El estudio del proceso histórico de la Administración Compartida en Salud demuestra que efectivamente los objetivos del Estado expresados en la política neoliberal de salud no estaban dirigidos a un programa sostenido de mejoras en los servicios para los más pobres, respaldada económicamente y con interés en empoderar a la comunidad, sino conseguir que la población participe de manera controlada bajo las ordenes e intereses que apuntan a que el Estado se sustraiga de su responsabilidad de velar por la salud de los que menos tienen.

Conclusiones

La política de salud neoliberal llevada a la práctica durante el gobierno de Alberto Fujimori, es diseñada e impuesta por los organismos internacionales, como BM, Fondo Monetario Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo, mediante el conjunto de medidas económicas elaboradas en el WC. Esta política se sustenta en el individualismo y el libre mercado; privatiza los servicios de salud en las zonas rurales y urbanas marginales utilizando como instrumento a los CLAS. Los objetivos, expresados por el MINSA, para estos establecimientos fueron lograr la eficiencia y calidad de los servicios del primer nivel de salud-atención primaria y ejercer vigilancia administrativa para garantizar el uso adecuado de los recursos. Pero sus objetivos ocultos fueron privatizar en parte o totalmente los servicios de salud de los más pobres.

Desde 1994 hasta la actualidad, los CLAS han tenido un proceso con tres etapas. Primera, desde su creación hasta el año 2000. En este período crecieron en número hasta el 2007 abarcando más del 30% de los servicios a nivel nacional. Segunda, a partir del año 2000 el Estado va quitándoles financiamiento en forma sistemática, motivo por el cual los especialistas, principalmente del sector salud, se pronuncian mostrando las bondades de este modelo. Tercera, del 2007 hasta la actualidad han pasado bajo el control de los gobiernos locales y regionales. Este es un período que no se ha

evaluado hasta la fecha. De las evaluaciones realizadas a los CLAS se ha llegado a identificar los resultados, por lo menos de la primera década. Entre los aspectos positivos se mejoró la atención en los puestos y centros de salud en lo que respecta a menos tiempo de espera, mejor trato de los funcionarios, tarifas más bajas, mayor cantidad de exoneraciones, entre otros. Los obstáculos estarían representados por: la incomprensión de los profesionales y funcionarios sobre la participación de la comunidad, sintiéndose como invadidos en su espacio de poder (estos solo defendieron sus intereses llegando a un conflicto con la comunidad en vez de empoderarla); la poca capacitación de los miembros de la comunidad que conformaban la directiva de los CLAS; la no representatividad de la comunidad, por ende su desmotivación, por cuanto no elegía representantes para la directiva del CLAS; asimismo, por la forma de elección —tres miembros de la comunidad son elegidos por el Jefe del establecimiento y éste como miembro nato— se dejaba en minoría a los tres que procedían de las organizaciones de base. El abandono económico de modo sistemático por parte del Estado y la no capacitación a los miembros directivos fue otro factor en contra, y quizá el más importante.

En este artículo se ha demostrado principalmente, en relación con la participación de la comunidad, que ha sido una participación pasiva y controlada por parte del Estado, sin decisión y sin objetivos propios.

Referencias bibliográficas

- ALTOBELLI, Laura C. (2000). «Programa de Administración compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en Perú». Informe de caso. Reporte final. Lima: IESE / Banco Mundial.
- ALVA-DÍAZ, Carlos Alexander (2012). «¿Universalizar o privatizar los servicios de salud?». En: *Cuerpo médico del HNA-AA*, vol. 5 (N° 3).
- BARDÁLEZ, Carlos (2005). *Descentralización en salud y gobiernos locales*. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias.
- BRONFMAN, Mario & Marcela GLEIZER (1994). «Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria». En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 10 (N° 1).
- CELEDÓN, Carmen & Marcela NOÉ (2000). «Reformas del sector de la salud y participación social». En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8 (N° 1/2).
- CORTEZ, R. & PHUMPIU, P. (2000). *La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida*

- (CLAS): *El Caso del Perú*. Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico.
- DÍAZ ROMERO, Ricardo (s. a.). «Falta de apoyo y presupuesto frenan crecimiento de CLAS desde el 2002». Recuperado de http://www.forosalud.org.pe/clas_falta_apoyo_presupuesto.pdf
- DÍAZ ROMERO, Ricardo (2001). «CLAS: Una experiencia peruana de empoderamiento en salud». Recuperado de http://www.forosalud.org.pe/clas_experiencia_peruana_empoderamiento.pdf
- EL PERUANO (2007). Diario oficial del estado peruano en el que se publican todos los decretos emitidos. Sección “Normas legales”. Lima, martes 30 de octubre.
- FRANCKE, Pedro (2006). «CLAS deben ser readequados y fortalecidos». Entrevista difundida en el Boletín N° 5 de PRAES. Recuperado de http://www.forosalud.org.pe/clas_entrevista_p_francke.pdf
- FRISANCHO ARROYO, Ariel David (2005). *La viabilidad de los programas de participación ciudadana en la cogestión local de salud: El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994 – 1999)*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo / Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).
- GONZALES DE OLARTE, Efraín (2008). «Crecimiento sin equidad: un desafío para la democracia en el Perú». Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/item/22367/crecimiento-sin-equidad-un-desafio-para-la-democracia-en-el-peru>
- GONZÁLEZ-POSO, C. (1997). *Dos décadas de reestructuración neoliberal y la búsqueda de alternativas*. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo.
- LAURELL, Asa Cristina (coord.) (1994). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- LOCKE, John (1996). *Dos ensayos sobre el gobierno civil*. Madrid: Planeta-Agostini.
- MINISTERIO DE SALUD (1991). *Hacia un sistema nacional regionalizado e integrado de salud*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD (2008). *Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA & UNICEF (1996). *Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)*. Lima: Ministerio de Salud.
- OAKLEY, Peter (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario: examen de los aspectos esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1994). *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*. Washington D.C: OPS / OMS.
- PARODI TRECE, Carlos (2013). *Perú 1960-2000. Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- PETRERA, Margarita (1993). «Privatización de la salud». En: Margarita Petrerá *et alii*. *La gestión estatal y la privatización en el sector salud, la seguridad social y el sector financiero*. Lima: IEP.
- REYES ÁLVAREZ, Iliana *et alii* (1996). «Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud». En: *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 22 (N° 1).
- SANABRIA RAMOS, Gisela (2004). «Participación social en el campo de la salud». En: *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30 (N° 3).
- SHEAHAN, John (2001). *La economía peruana desde 1950. Buscando una sociedad mejor*. Lima: IEP.