



Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de Enfoque Basado en Derechos

Propuesta técnica



Setiembre 2007

© **CARE Perú**

Av. General Santa Cruz 659, Jesús María
Lima – Perú

ISBN

Hecho el depósito legal N°

Tiraje: mil ejemplares

Primera edición

“Orientaciones para una conformación más participativa de las CLAS y su vínculo a los gobiernos locales, en un marco de Enfoque Basado en derecho”. Propuesta técnica.

Coordinador Nacional Programa Derecho en Salud:

Ariel Frisancho Arroyo

Elaboración de propuestas:

Area de Evaluación y Aprendizajes

Programa Derechos en Salud

Revisión Técnica

Marisol Vicuña Olivera

Consultor

Oscar Cosavalente Vidarte

Diseño e impresión

Publimagen ABC sac

El Programa *Mejorando la Salud de los Pobres: un enfoque de derechos* (Derechos en Salud) es una iniciativa conjunta de CARE Perú y CARE Reino Unido, en el marco de un acuerdo programático entre éste último y el DFID - Ministerio del Reino Unido para el Desarrollo Internacional. Su propósito es facilitar una mejor relación entre el Estado y la sociedad civil, y así contribuir con el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan de manera eficaz a la realización del derecho a la salud de la población peruana, priorizando a las personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión.

C ONTENIDO

AGRADECIMIENTO	7
INTRODUCCIÓN	9
RESUMEN EJECUTIVO	13
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA DE LAS CLAS	17
1. ¿Por qué revisar y ampliar el marco conceptual?	18
Inclusión	19
Participación	19
Cumplimiento de las obligaciones del Estado	19
2. La participación ciudadana en salud	19
Pobreza y exclusión en salud: razones para fomentar la participación	21
Características de una participación ciudadana de calidad	22
a. Representación	22
b. Representatividad	22
c. Representabilidad	22
3. El enfoque político para una conformación más participativa	23
Democracia	23
Ciudadanía	23
Poder	23
4. El enfoque social para una conformación más participativa	24
Capital social	24

5. El enfoque técnico para una conformación más participativa	25
Articulación de la participación en la planificación con la gestión	26
6. El enfoque operativo para una conformación más participativa	26
Institucionalidad comunal	26
Institucionalidad gubernamental	27
Objetivos y funciones de la participación ciudadana en salud	27

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	29
1. Los supuestos y el modelo de análisis	29
2. Situación actual	31
3. Resultados del estudio cualitativo	32
La institucionalidad gubernamental	32
La institucionalidad comunal	33
Aplicación del proceso de convocatoria y conformación	34
Aceptación de posibles reformas al modelo	35
4. La caracterización de los factores facilitadores y obstaculizadores	35

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE REFORMAS PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA EN LAS CLAS	37
1. Los cinco ejes estratégicos para una conformación más participativa	37
2. Premisas para una nueva propuesta de conformación	39
3. Propuesta de reformas al modelo de gestión	40
Reformas a los esquemas de conformación	40
Reformas en los esquemas de organización	49
4. Los escenarios para una conformación más participativa	50
Los escenarios definidos por la agregación de establecimientos	50
Los escenarios definidos por la urbanidad /ruralidad	52
5. Propuesta de procesos de conformación de una CLAS	53
a. La convocatoria	54
b. La elección de la Asamblea General	54
c. La elección del Consejo Directivo	54
d. La incorporación de los miembros natos	54
6. Pautas universales para la conformación más participativa	55
7. Pautas específicas para la conformación más participativa	56
Pautas para escenarios definidos por la agregación	56
Pautas para escenarios definidos por la urbanidad/ruralidad	59

8. Criterios de elección para la convocatoria	60
a. Criterios de filiación	60
b. Criterios jurídicos	60
c. Criterios de territorialidad	61
d. Criterios de representatividad	61
e. Criterios de legitimidad social	61
9. Regulación local – mecanismo clave para la sostenibilidad local	61
Propuesta de pautas universales	61
Propuesta de pautas de aplicación diferenciada	62
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	65

A GRADECIMIENTO

A los miembros de las comunidades que participaron en el estudio cualitativo exploratorio de las regiones de Huancavelica, Piura y Lima, quienes no sólo son conscientes de su corresponsabilidad en el cuidado de la salud, y que luchan día a día por lograr que más peruanos tengan acceso a servicios de salud eficientes y de calidad, sino que asumen una posición crítica y constructiva respecto al estado actual de la participación ciudadana en las CLAS.

A la sociedad civil organizada y organismos cooperantes, porque son cada vez más los esfuerzos que hacen para que el sistema de salud responda a las necesidades y expectativas de la población y están colaborando activamente en la ardua tarea de democratizar el Estado.

Al personal de salud de los diferentes establecimientos de salud visitados en las regiones, quienes, de una u otra forma, fortalecen procesos para una gestión participativa en los servicios de salud.

I NTRODUCCIÓN

Desde unos años atrás el Perú tiene una agenda pendiente con la administración compartida de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Una agenda trunca que ha afectado el perfeccionamiento del modelo y la consecución de los grandes objetivos para los cuales fue creado. A entender de la sociedad civil organizada, de los académicos, de la clase política y de ciertos sectores de los profesionales de la salud, los espacios de cogestión que se dan en las CLAS representan un mecanismo de gobierno y gerencia en el ámbito local, que es viable, factible y que mejora sustancialmente la capacidad de respuesta de la atención primaria orientada a combatir la exclusión social en salud.

Es importante reafirmar que en nuestro país la exclusión en salud aparece asociada a diversas condiciones como la pobreza, la inequidad, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género), patrones culturales como el idioma; y la religión, la informalidad en el empleo, el subempleo, el desempleo; el aislamiento geográfico, y un bajo nivel de educación e información de la población así como factores internos de estructura del sistema de salud¹.

Entre los factores internos estructurales del sistema de salud se puede mencionar que son múltiples los factores que condicionan el decreciente dinamismo institucional de la administración compartida en salud. Como resultado, se debe afirmar, que más de un tercio de los establecimientos de salud de la red asistencial del MINSA, y, por ende, alrededor de siete millones de ciudadanos peruanos, están siendo afectados por las distorsiones de los elementos originales del modelo; distorsiones que deben ser abordadas en su conjunto para mejorar la institucionalidad de la administración compartida, para adecuarse a la necesidad

¹ MINSA-OPS. 2003. Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú, pp. 27-70.

de fortalecer el reciente pacto social y político, y así poder influir en la modulación de una nueva agenda para la construcción de políticas públicas que permitan a ciudadanos y ciudadanas ampliar y mejorar sus oportunidades de participación e involucramiento en la provisión de soluciones cooperativas para lograr mejores niveles de protección social en salud.

Cada vez son más los espacios relacionados a la discusión y consenso de un nuevo pacto social, casi todos influenciados por la necesidad de la búsqueda de una sociedad más igualitaria y equitativa. Se podría afirmar que existe un nuevo escenario social en el que se desarrolla la participación ciudadana en salud, donde la sociedad peruana está migrando sus idearios de desarrollo y se orienta a la organización de una sociedad que sea considerada justa por la mayoría². Sin este propósito claro es poco probable que se alcancen los objetivos de desarrollo. Por lo tanto, la participación ciudadana en la construcción de una sociedad justa tiene que ver con las convicciones individuales, acerca de cómo debemos acceder a los bienes –individuales y colectivos; públicos o privados– que necesitamos, y qué tanto debemos repartir o redistribuir, no sólo entre los ricos y pobres, sino entre los pobres y los más pobres.

En el año 2002, nuestra sociedad, a través de sus partidos políticos ha decidido regirse por los principios de un Estado social de Derecho, lo que implica una adecuada interrelación entre los diversos grupos de interés, tanto del Estado, sociedad y del mercado para lograr superar aquellas áreas que nos colocan y eternizan entre los países con mayores niveles de desigualdad. En este marco se está invocando con mayor énfasis el enfoque de derechos, como criterio fundamental orientador de la política social y constructor de mejores niveles de ciudadanía.

Se trata de un desafío sistémico, que exige cambios relevantes en las reglas de juego, en la definición de funciones y competencias no sólo para los actores del poder político, sino para los actores que manejan la agenda técnica, y también para aquellos miles de ciudadanos (as) peruanos (as) que han creído en el modelo y están exponiendo su seguridad civil siendo parte formal de las más de mil asociaciones CLAS existentes en la actualidad. Y por encima de todo, un reto del cual se deben beneficiar todos aquellos ciudadanos (as) que viven en la exclusión.

El modelo de administración compartida en salud es un modelo organizativo, de casi ya doce años de implementación en la red asistencial del Ministerio de Salud del Perú, bajo el cual el Estado establece lazos formales con la sociedad civil, de aquellas zonas urbanas y rurales del Perú que son calificadas pobres, para gestionar los puestos y centros de salud, bajo los supuestos de que con este mecanismo de asociatividad, de iniciativa gubernamental, se lograrían mejores niveles de efectividad organizacional. Y de hecho, diversos estudios y publicaciones demuestran excepcionales casos de haber superado ampliamente esos niveles y comparativamente exponen mejores logros que los establecimientos de salud no comprendidos en el

² Prueba de ello son: el predominio del discurso político casi homogéneo de la necesidad de reforzar los compromisos para mejorar la política social y luchar contra la exclusión social observado en las últimas elecciones presidenciales; también, se puede afirmar que la empresa privada ha iniciado múltiples acciones explícitas de responsabilidad social en diversos ámbitos geográficos de nuestro país.

modelo, pero que debe ser sometido a constantes y racionales ajustes para mejorar su desempeño en el actual contexto sociopolítico de nuestra nación.

La experiencia acumulada nos indica serias distorsiones en diversos aspectos. Uno de ellos, quizá, el elemento más clave, es la manera cómo se conforma una Asociación Comunidad Local de Administración de Salud –CLAS, que ha producido efectos poco alentadores en el grado de representatividad y representación, que a su vez incide negativamente en la institucionalidad del modelo y en el cumplimiento de los objetivos de equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud en el país. Esta situación nos aleja del logro de mejores niveles de protección social en salud, a pesar, de que en los últimos cuatro años se han desarrollado estrategias de financiamiento de la salud, bajo esquemas del aseguramiento público.

El reconocimiento de esta realidad sirve para contrarrestar la visión idealizada del modelo para –a partir de un diagnóstico de factores obstaculizadores y facilitadores– caracterizar el grado de representatividad de la ciudadanía en los espacios de cogestión de la salud. Sólo con la extracción y exposición de hechos que están ocurriendo en las esferas del primer nivel de atención y de la autoridad sanitaria regional es posible asumir responsabilidades y así poder rediseñar aquellos aspectos débiles del modelo de administración compartida a partir de la revalorización de prácticas locales, diseñadas por los actores ejecutores del modelo en el nivel local.

La revalorización presentada en este documento considerará la necesidad de conciliar los objetivos originales del modelo con los cambios del contexto político que ocurre en el país. Se trata de la ya iniciada descentralización, es decir la transferencia de funciones y competencias y de poder, cuyo objetivo democrático es equilibrar la mayor injerencia que normalmente tienen en las decisiones públicas las élites políticas y económicas, mediante una mayor participación directa y de las organizaciones de los sectores sociales mayoritarios o de minorías discriminadas (Finot, 2003). En este panorama el modelo de administración compartida contribuye con la descentralización en la ampliación de oportunidades de participación ciudadana, lo que implicaría un máximo nivel de aproximación de los gobiernos locales hacia el ciudadano, que permita articular los intereses individuales con los colectivos, mecanismo que contribuirá con la eficiencia de la gestión pública.

Este documento desarrolla una propuesta que incluye: El marco conceptual de un proceso más participativo de conformación de las CLAS desde un Enfoque Basado en Derechos; las conclusiones de un diagnóstico rápido de los factores facilitadores y obstaculizadores para una conformación más participativa en los esquemas actuales; pautas y criterios de conformación más participativa de las CLAS a partir de seis decisiones clave que debe tomar el órgano rector, que persigue niveles superiores de organización para responder desde el nivel micro a los retos acumulados en el país, como respuesta a la insuficiente participación comunitaria que se muestra como el elemento más débil del modelo de gestión. Así mismo, una propuesta inicial de vinculación del modelo CLAS a los gobiernos locales en el nuevo marco de la “descentralización de la función en salud”.

La propuesta que se presenta en este documento responde a la siguiente necesidad **“la representatividad de los integrantes de las CLAS y el grado y la continuidad de la participación de las organizaciones sociales de base, agentes comunitarios de salud y los ciudadanos de la comunidad debe mejorarse en la conformación de CLAS”**, la cual ha sido definida como el principal problema a abordar para mejorar la institucionalidad del modelo de gestión. Ante esta necesidad, se proponen reformas a los esquemas de conformación y organización de las CLAS. Entre los mecanismos propuestos resalta – en el contexto actual- el establecimiento de tres tipos de vínculos con el gobierno local.

El propósito de este documento es proporcionar orientaciones técnicas para generar mejores y nuevos mecanismos y esquemas de participación ciudadana en el actual modelo de gestión compartida de la servicios, desde un enfoque de derechos en salud y orientados al cumplimiento de los objetivos de equidad, eficiencia y calidad, basada en experiencias locales a nivel nacional que contribuya a fortalecer los procesos de descentralización y con ello garantizar mejores niveles de salud y desarrollo social.

R ESUMEN EJECUTIVO

Para la elaboración de una propuesta de nuevos mecanismos de conformación de las CLAS, que signifiquen esquemas más participativos desde un Enfoque Basado en Derechos se realizó un estudio exploratorio cualitativo en las regiones de Huancavelica, Piura y Lima, y se revisaron estudios y propuestas técnicas publicados sobre el modelo de gestión³. A partir del estudio se encontró que el proceso y la calidad de la renovación de los miembros de las CLAS son altamente heterogéneos. Las experiencias revisadas varían desde convocatorias dirigidas por algunos actores -básicamente por intereses del Gerente- donde la participación resulta pasiva, hasta convocatorias altamente interactivas y autónomas que resultan en una participación sustantiva, aunque no tan efectiva sobre todo desde el Enfoque Basado en Derechos. También se pudo establecer que las organizaciones comunales que usualmente participan -Comedores Populares, Vasos de Leche y Clubes de Madres- están agrupadas por intereses en el acceso a bienes privados y que no necesariamente representan los intereses de la mayoría o de los pobres extremos, y que en la práctica se traduce en una agenda que podría estar privilegiando objetivos de eficiencia sacrificando los de equidad.

En este documento se exponen propuestas de nuevos mecanismos de conformación y organización de las CLAS, para lo cual debe revisarse la dinámica social en el nivel comunal. Se expone la necesidad de clasificar las organizaciones comunales en tres, teniendo en cuenta el tipo de intereses que los congrega y cómo se relacionan al sector salud: i) organizaciones sociales de base, agrupados por el interés de perseguir bienes privados grupales y que tienen poca interacción con los asuntos de la protección de la salud en el nivel comunal; ii) organizaciones que son órganos de gobierno de la comunidad, agrupados para la producción de bienes privados y

³ Campana Segovia, Juana Pilar, *et al.* (2005); Sobrevilla, Alfredo. (2000); Velarde, Nicolás, *et al.* (2002).

oportunidades de desarrollo comunal o gremial, y, iii) agentes comunales de salud, quienes atienden necesidades en salud en el territorio y se constituyen en el contacto entre los prestadores y la población, mejorando así las oportunidades de los pobres y más pobres en acceder a los servicios de salud.

La propuesta se basa en cinco ejes estratégicos para la conformación más participativa de las CLAS, los cuales están orientados a fortalecer la democracia participativa en materia de salud en el ámbito local, mediante la creación de mayores oportunidades para el ejercicio de ciudadanía y del poder político que gozan las organizaciones comunales en sus relaciones con y ante el Estado. La propuesta reconoce la complejidad del contexto social y político peruano actual -producto de reformas como la descentralización de la función salud y el interés de democratizar el Estado-, e incluye, entre otras, mecanismos orientados al establecimiento de vínculos entre el gobierno local y las CLAS, al incremento de representantes en las CLAS desde un enfoque más territorial y a la agregación de establecimientos de salud en una CLAS según su condición de microrred.

Este documento despliega seis tipos de reformas para una conformación y gestión más participativa en el modelo de cogestión: i) Garantía de representación de tres tipos de actores comunales; ii) Establecimiento de vínculos con el gobierno local; iii) Fortalecimiento de la Asamblea General mediante la ampliación del número de representantes comunales; iv) Fortalecimiento de la Asamblea General mediante la inclusión de nuevos miembros natos; v) Agregación de establecimientos de salud en una CLAS según su condición de microrred; y, vi) Creación de Comités Satélites de Salud en cada establecimiento de salud.

Las reformas propuestas pretenden mejorar los dos elementos distintivos del modelo de administración compartida: 1) la participación social en la gestión de los servicios de salud y 2) la autonomía administrativa que gozan las CLAS para la gestión de todos los recursos.

En relación al primer elemento se espera que incida en la calidad de la participación ciudadana y así migrar de los actuales esquemas de participación utilitaria a una participación activa, representativa y representable que fomente mejores opciones de acceso a los bienes, servicios y oportunidades en salud de los ciudadanos peruanos, especialmente de los pobres y extremos pobres. Se argumenta la necesidad de establecer nuevos mecanismos organizativos para privilegiar las funciones de planeamiento y control de los representantes comunales en la gestión de los servicios y se delimiten las funciones de operación. En relación al segundo elemento se procura mejorar los esquemas de autonomía administrativa a nivel de un mayor número de establecimientos de salud y poder resolver aquellos factores que impiden especializar y fortalecer la función de prestación de servicios de salud que recae sobre la red asistencial. Se espera la generación de nuevas condiciones estructurales en el nivel micro para mejorar la capacidad de respuesta de la acción comunal en el asunto de la salud en el territorio local.

También se detallan dos alternativas para la renovación de una conformación más participativa, determinadas por el tipo de agregación de establecimientos de salud en una CLAS y por el grado de urbanidad y ruralidad. Se presentan pautas

universales para la convocatoria que deberían ser incluidas y aceptadas por todos los escenarios, y pautas específicas según los dos escenarios. Sin embargo, se encuentra que existe una imperativa necesidad de agregar CLAS establecimientos en CLAS agregados los que se deben orientar con la lógica de organización de microrredes con la finalidad de que nuestro sistema prestador de salud no resulte atomizado en un escenario de transferencia de funciones al gobierno local, situación que dificultaría la prestación de calidad por restricciones para la realización de las funciones de asistencia técnica, coordinación y control desde la autoridad sanitaria local.

Se describe un proceso de conformación que inicia con la formación de Comités de Salud en cada establecimiento de salud para el caso de un CLAS agregado y de la Asamblea General para el caso de una CLAS establecimiento. Para ambos casos se trata de una elección universal y secreta con representantes enviados por cada uno de los tres tipos de organizaciones comunales que existen en la práctica en cada territorio. Se describe cuatro momentos en el proceso de conformación: (1) Convocatoria, (2) Elección de Asamblea General, (3) Elección de Consejo Directivo, y, (4) Conformación de Comités de Trabajo.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA DE LAS CLAS

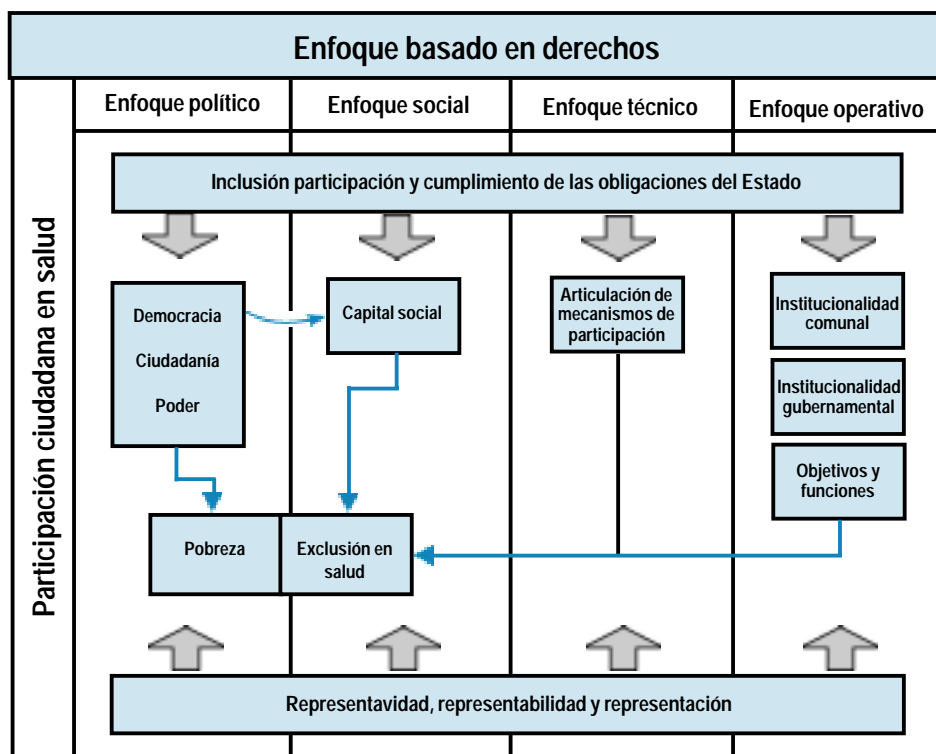
El presente marco conceptual se ha desarrollado desde el enfoque basado en derechos, desde el cual se expone un mayor despliegue de conceptos en cuatro dimensiones. Se pretende establecer vínculos conceptuales entre algunos determinantes sociales de la situación de salud de la población y algunos factores institucionales que resultan siendo determinantes de la operatividad e institucionalidad del modelo.

Con los conceptos expuestos se busca sustentar nuevas razones para la renovación de los esquemas actuales de conformación de las CLAS, además, deben servir como fuente para la discusión acerca de la necesidad de focalizar y jerarquizar los objetivos como revalorizar ciertas funciones que cumplen las CLAS en la actualidad.

Para el desarrollo de la propuesta se partió de las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo el enfoque de derechos, como principio orientador de la política de salud, identifica la necesidad de ajustes en los actuales esquemas de participación ciudadana en la gestión de la salud?
2. ¿Cuál es el tipo de participación ciudadana que se debe fomentar para acercarnos al logro de los objetivos del modelo de cogestión de administración compartida?
3. ¿Cuál es el grado de institucionalidad deseada en el modelo de administración compartida en salud?

Diagrama 1: Marco conceptual para una conformación más participativa en las CLAS



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

1. ¿POR QUÉ REVISAR Y AMPLIAR EL MARCO CONCEPTUAL?

- Porque el poder que se está delegando a la ciudadanía para gestionar localmente la atención de la salud tiene que incrementarse mediante nuevos mecanismos que logren una participación más interactiva, autónoma y relacionada con las necesidades reales de la población.
- Porque existe suficiente evidencia de que los actuales esquemas de conformación de las CLAS han facilitado prácticas que afectan la representatividad, representación y representabilidad esperadas en los inicios del modelo.
- Porque los actuales esquemas de conformación muchas veces han beneficiado intereses grupales de los representantes sobre los intereses colectivos.
- Porque la acción ciudadana efectiva en las CLAS está condicionada a la manera cómo se aplican los conceptos, se construye una lógica de trabajo y se toman decisiones en el nivel local.

2. EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS

El enfoque de derechos constituye el horizonte normativo y programático del desarrollo social, que según Arroyo (2004) logra garantizar la convivencia y el bienestar, mediante el empoderamiento de las personas en la conducción de sus propias vidas.

El enfoque de derechos que se aplica para el desarrollo de una sociedad en términos de desarrollo sanitario, económico, social y cultural supone mayores niveles de igualdad para su ejercicio y exigibilidad. El ejercicio de ciudadanía es un mecanismo indispensable para orientar las políticas públicas a la satisfacción de necesidades poblacionales, involucrando a las personas que viven y conocen a sus comunidades y en especial a los grupos excluidos en la toma de decisiones para lograr una vida más saludable y digna. El enfoque de derechos está basado en tres principios: inclusión, participación y cumplimiento de las obligaciones del Estado.

■ INCLUSIÓN

El concepto de inclusión exige la construcción de sociedades basadas en valores de igualdad y equidad social. La poca práctica de este concepto en las decisiones colectivas –de la sociedad o de las organizaciones estatales– afecta esta capacidad y produce la exclusión social que no es más que la falta de membresía de un individuo o grupo de individuos a bienes, servicios y oportunidades que otras personas sí disfrutan. Para generar inclusión se requiere

la generación de procesos de participación ciudadana que promuevan el reconocimiento y cumplimiento de ciudadanía en salud y fomenten el despliegue de funciones en el quehacer estatal.

■ PARTICIPACIÓN

Existe la opinión que la participación es esencial para un Estado democrático y para el desarrollo sostenible de un país pobre. Según el Nóbel en Economía, Amartya Sen, la libertad de participar y tomar decisiones en forma democrática es esencial para el desarrollo, necesitando que la gente tenga la libertad de participar y tomar decisiones (Sen, 1999)⁴.

■ CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO

Usualmente las organizaciones públicas, cualquiera sea el rubro al que pertenece y los líderes de las organizaciones sociales promueven el cumplimiento de la obligación del Estado para la generación de mecanismos legales que revaloricen el reconocimiento, ejercicio y promoción del derecho a la salud. El establecimiento de pautas claras y la definición específica de sus derechos permite a la sociedad civil organizada y a la población en general, especialmente los más pobres, reclamar sus derechos y participar en la elaboración de las normas, como en el control y evaluación del cumplimiento gubernamental⁵.

3. LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD

La participación es entendida como un proceso social que resulta de la acción intencionada de

individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses sobre

⁴ Tomado de la cita que hace Altobelli, Laura en Participación comunitaria en la salud: La experiencia peruana en los CLAS. En: La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de política. Arroyo, Juan, editor. CIES. Lima.

⁵ Tomado de Campana, Juana Pilar, *et al.* 2005. Informe técnico final de Diagnóstico de Base Participativo de Derechos en Salud. Lima, CARE Perú.

bienes diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder⁶. Participar es un proceso dinámico, gradual, y continuo, que significa tener iniciativas que contribuyan a la solución de un problema; a partir de procesos de concertación y

negociación o fiscalización del cumplimiento de acuerdos, objetivos y decisiones previas. Así mismo es una expresión, o un mecanismo que desarrolla la democracia y fortalece la ciudadanía en términos prácticos.

Tabla 1. Contextos de la participación

Grado de complejidad	Bajo	Medio	Alto
Características de las poblaciones	Pequeñas, homogéneas, aisladas. Pobreza extrema	Grandes, heterogéneas, integradas a centros urbanos	Espacios urbanos
Principales bienes involucrados	Bienes públicos	Bienes públicos y semipúblicos	Bienes semipúblicos y privados
Formas de participación	Involucramiento colectivo generalizado	Intermediación	Pluralismo
Actores principales	Líderes comunales	Intermediarios	Líderes sociales-políticos
Formas de participación de la población	Participación con poca calificación	Grupos de interés	Grupos de interés y lógicas individuales
Desafíos	Desarrollo de capacidades en el nivel de base	Formación de líderes democráticos	Coordinación y control horizontal de líderes sociales

Fuente: Tomado de Informe Final de Consultoría (Velarde, et al. 2003) "Revisión y Propuesta de Ajustes para el modelo de cogestión de servicios de salud del Ministerio de Salud, el cual adaptó de Tanaka (2001)

La participación ciudadana es un proceso, que se desarrolla en función a ciertos bienes, públicos o privados, y mediante el cual se interviene, directamente o por medio de sus representantes, en la marcha de la vida colectiva

con el fin de mantener, reformas o transformar los sistemas vigentes de organización social y política⁷ Para ello debe garantizarse el cumplimiento de tres características mínimas de una participación ciudadana de calidad: representación, representatividad y representabilidad.

⁶ Adaptado por autor a la definición de Velásquez, Fabio, "¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?", Fundación Corona, 2003. p. 19.

⁷ Velásquez, Fabio, "Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia", en Revista Foro, n° 1, Bogotá, septiembre de 1986, p.22.

En este marco, es preciso preguntarse ¿por qué y para qué la participación ciudadana en salud? Porque, para el caso de las CLAS, mejora la eficiencia y la eficacia de la gestión pública en la prestación de servicios de salud en el nivel local; porque permite mejores posibilidades en la construcción de consensos locales logrando por esa vía resultados que cuentan con la aceptación de los interesados. Además, produce un efecto dentro de las administraciones públicas al facilitar el diálogo horizontal entre sus miembros, coordinar mejor las acciones y evitar la segmentación de responsabilidades. Por último, mejora el rendimiento organizacional, es decir, la capacidad de las instituciones públicas y comunales para enfrentarse y responder frente a los problemas que afectan el desarrollo sanitario local. Es claro que muchos de los resultados en modelo de administración compartida se han relacionado fundamentalmente con la eficiencia por la Autonomía administrativa que gozan, lo que ha facilitado procesos en la contratación de recursos humanos, y adquisición de bienes y materiales; sin embargo se requiere de una transferencia de competencias y el fortalecimiento de los espacios de participación ciudadana a fin de asegurar mejores niveles de equidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Tanaka establece que existen dos tipos de participación ciudadana: de “complejidad baja”, cuando la participación involucra la vida colectiva comunitaria; y de “complejidad media y alta” según el tipo de bienes que se buscan con la participación, dependiendo de si son públicos o privados (Tanaka, 2001). Además, establece tres contextos de la participación, que son determinados por la manera cómo se despliegan las formas de organización para la participación y de qué bienes están involucrados.

■ POBREZA Y EXCLUSIÓN EN SALUD: RAZONES PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN

La participación ciudadana según la CEPAL refuerza la toma de conciencia de los beneficiarios sobre sus derechos, exigiendo éstos al Estado el cumplimiento de sus obligaciones y supone una mayor interlocución de los beneficiarios. La participación ciudadana resulta siendo un importante aprendizaje social para los grupos más pobres, que permite ir revirtiendo el círculo vicioso -creado por la falta de poder y la falta de recursos - hacia un círculo virtuoso que relaciona positivamente un mayor empoderamiento con una mayor capacidad para exigir bienes y servicios⁸ y mayor transparencia en la rendición de cuentas de la actividad pública, limitando las deficiencias en la gestión en las organizaciones gubernamentales y comunales.

Existen muchas razones para fomentar la participación ciudadana. Razones como la pobreza y la exclusión social. La primera impide a los ciudadanos participar debidamente de los beneficios del desarrollo, vale decir, gozar de un estándar y una calidad de vida que debieran garantizarse de acuerdo al nivel de progreso y bienestar medios de una sociedad. La carencia de ciudadanía, asociada a la pobreza, priva a los más pobres de beneficios y mecanismos de pertenencia a los que debieran tener acceso por ser parte de la sociedad. La pobreza impide el ejercicio del derecho individual a una vida digna, que supone estar en condiciones de satisfacer las necesidades básicas entre las cuales está la atención a la salud.

Si tanto la pobreza como las carencias en lo que respecta a la titularidad de derechos se relacionan con el acceso limitado a los recursos

⁸ CEPAL, 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.

productivos y con la escasa participación en las instituciones sociales y políticas, las demandas en el campo de la ciudadanía son también demandas de recursos que permitan superar la pobreza. Como reconocimiento de derechos exigibles, la asignación de los recursos es responsabilidad del Estado y de la sociedad.

Por otro lado, la exclusión en salud es la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan (Leivcovitz, 2003). Se caracteriza por la falta de membresía o pertenencia a una red social, a un grupo o a una institución., asociada a la inequidad, - existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades- (Whitehead, 1992).

Es relevante el conocimiento de las causas de exclusión en salud en el diseño de mejores formas de participación y por ende de mejores niveles de representación, representatividad y representabilidad, como características claves de una conformación más participativa. Según Leivcovitz y Acuña (2003) las causas de la exclusión en salud se puede agrupar en siete ejes: (1) barreras económicas; (2) barreras geográficas; (3) barreras culturales; (4) déficit de infraestructura de los servicios de salud; (5) deficiente calidad de prestación de los servicios de salud; (6) insuficiente información y reconocimiento de los derechos en salud y la vida; (7) fragmentación y segmentación del sistema de salud.

Para intervenir en la reversión de la pobreza y la exclusión en salud, no sólo es importante la acción social, sino la capacidad de respuesta del sistema de salud, de tal manera que se atiendan las necesidades –percibidas y no percibidas– de salud de las personas.

■ CARACTERÍSTICAS DE UNA PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE CALIDAD

La participación ciudadana, entendida como un mecanismo central para fomentar mejores

niveles de ciudadanía y democracia en una sociedad moderna, debe garantizar el cumplimiento de tres características mínimas: representación, representatividad y representabilidad.

a. Representación

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

b. Representatividad

Noción que postula que el elegido sea, de alguna manera, una suerte de símil existencial de aquel que le confirió su cargo político, que representante y representado se parezcan, que compartan –hasta donde puedan- las mismas características (Grompone, 2005) o intereses agregados, implica la existencia de actores sociales de los que los agentes políticos sean los instrumentos, los representantes (Touraine, 2003).

Para que haya representatividad, es preciso que exista una fuerte agregación de las demandas provenientes de individuos y de sectores de la vida social muy diversos (Touraine, 2003), y que las categorías sociales sean capaces de organización autónoma en el nivel mismo de la vida social. La representatividad supone también que las mismas demandas sociales se pretendan representables.

c. Representabilidad

Nivel en que se aceptan las reglas de juego político y la decisión de la mayoría (Touraine, 2003).

4. EL ENFOQUE POLÍTICO PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

Los conceptos expuestos desde este enfoque servirán como sustento para establecer los criterios políticos para una conformación más participativa de las CLAS y así poder mejorar el poder político de la ciudadanía, a través de las CLAS en el ámbito local, regional y nacional. En el desarrollo de este enfoque se responderá a la pregunta ¿para qué hacer una conformación más participativa en las CLAS? La respuesta sería para fortalecer la democracia peruana en el ámbito local, fortalecer el ejercicio de ciudadanía, sobretodo de los más pobres y excluidos, para equilibrar el ejercicio del poder entre los agentes del sistema de salud y la sociedad en su conjunto.

■ DEMOCRACIA

La participación social, como una expresión de una sociedad democrática, representa una de las formas de organización política que tiene su máxima expresión en el nivel local.

Actualmente, el haber concretado espacios para que los ciudadanos colaboren con el sistema social tomando decisiones, es una condición necesaria, pero no suficiente para la democracia. Para ello es preciso garantizar niveles de pluralismo o corporativismo, como formas de asociatividad, de tal manera que se representen los intereses de la mayoría al mismo tiempo se genere conciencia en todos los ciudadanos sobre su responsabilidad en el orden social (Touraine, 1995).

Para que la democracia sea participativa y no procesal⁹, se requiere de altos niveles de compromisos individuales con el desarrollo de los derechos humanos, pero, también, tiene que ver con los deberes ciudadanos individuales, sobretodo con el principio de subsidiariedad que los caracteriza, que para el caso de la

participación social se despliega en elementos operativos. En esta dimensión está presente el desafío de equilibrar los deberes del ciudadano (a) con las demandas del consumidor.

■ CIUDADANÍA

Touraine afirma que no hay democracia sin conciencia de pertenencia a una colectividad política, una nación o a una comunidad y que la democracia se asienta sobre la responsabilidad de los ciudadanos de un país respecto a las acciones del gobierno, en cualquier nivel que éste se dé.

La relevancia de incluir este concepto como criterio básico para la participación, radica, en que influye en el modelo de desarrollo basado en la ciudadanía. Según la CEPAL, esto implica la decisión de una sociedad de vivir entre iguales, y no la homogeneidad en las formas de vivir y pensar, sino una institucionalidad incluyente que garantiza a todos las mismas oportunidades de participar en los beneficios de la vida colectiva y en las decisiones que se toman respecto de cómo orientarla. Modelo que exige responsabilidad de los ciudadanos para influir en las decisiones de producción y reparto de bienes.

La ciudadanía, entendida como pertenencia a una comunidad, implica por lo tanto un freno a las desigualdades económicas mediante la acción deliberada del Estado, pues tales desigualdades, más allá de cierto punto, impiden la real pertenencia a ésta a muchos miembros de la sociedad (CEPAL, 2006)¹⁰.

■ PODER

La capacidad de las personas o grupos de ejercer presión sobre sí mismas o sobre otros

⁹ Que no cumple objetivos.

¹⁰ Tomado de CEPAL, 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.

agentes, para transformar su realidad, se denomina poder. Implica centrarse en el desarrollo de capacidades y potencialidades en las personas, como sujetos libres y conscientes de sus responsabilidades y derechos, y en las comunidades, como sujetos que pertenecen a un grupo social.

La OPS define el poder de la comunidad, como empoderamiento colectivo, el cual involucra a los individuos que actúan corporativamente para ganar mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad¹¹. Así, la participación ciudadana puede asumir un papel determinante en la transformación de la realidad, la cual depende de por los menos dos condiciones: (1) una decidida voluntad de los gobiernos (nacional, regional y local) de crear las oportunidades para el ejercicio de la participación, y, (2) la existencia de ciudadanos, agrupados o individualmente, ya sea de organizaciones sociales u otros agentes

participativos que hagan uso de esas oportunidades.

La participación ciudadana que fortalece el poder colectivo es necesaria para revertir la asimetría existente entre quienes consiguen hacer oír su voz y quienes, por tener menos poder e influencia, no logran hacer efectivos esos mismos derechos. Por lo mismo, un orden basado en derechos sociales tiene que ocuparse de contrapesar la relación de poderes e influencias, a fin de evitar el círculo vicioso en que los más excluidos socialmente sean los más débiles desde el punto de vista político (CEPAL, 2006).

La transformación de las relaciones entre la ciudadanía y los diversos niveles de gobierno político supone y exige nuevas formas de participación, y debe entenderse de la necesidad de crear espacios para que ambos agentes gocen de oportunidades más evidentes y creativas en aras de objetivos sociales

5. EL ENFOQUE SOCIAL PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

El enfoque social permitirá desarrollar propuestas para mejorar las capacidades de las CLAS en el ejercicio de sus responsabilidades ciudadanas como promotores del desarrollo sanitario local, así como el capital humano y social de sus comunidades a través de una conformación más participativa, basada en relaciones de confianza, reciprocidad y cooperación que les permita a los ciudadanos acceder a los bienes, servicios y oportunidades en salud.

■ CAPITAL SOCIAL

La inclusión de dimensiones no materiales y simbólicas¹² en el concepto de pobreza suele

estar vinculado al capital social-activo intangible que facilita el acceso a otros recursos (Arriagada y Miranda, 2005)¹³ - de que disponen los miembros de una sociedad, organizados en comunidades, por su participación en redes sociales de intercambio que les proporcionan conocimientos, información, capacidad de gestión e incluso poder político. Se argumenta que quienes carecen de capital humano, físico y monetario tienden a perpetuar las condiciones de pobreza material, mientras que el acceso a bienes simbólicos y el fortalecimiento del capital social constituyen palancas eficaces para poner fin a los círculos viciosos de la pobreza y su transmisión intergeneracional (CEPAL, 2006).

¹¹ Extraído y adaptado de cita bibliográfica de CARE, p. 31.

¹² Conceptos desarrollados por la sociología moderna.

¹³ Tomado de Protección Social en Salud, CEPAL, 2006.

El fomento del capital social como parte del enfoque basado en derechos para el desarrollo de la administración compartida de la salud, y como medio para superar la pobreza en el ámbito local, puede propiciar mayor inclusión social, porque exige y supone prestar especial atención a las redes que permiten vincular a los sectores pobres entre sí y con los demás sectores de la población. Este enfoque debe, a su vez, orientar las políticas de formación y mantenimiento de fuentes de actores locales capaces de representar los intereses de los pobres.

Para facilitar el desarrollo del capital social en los programas sociales es necesario considerar simultáneamente tanto cuestiones de índole técnico y metodológicas (sistema de prestación de los bienes y servicios, papel de los agentes intermedios y formas de participación de los beneficiarios, entre otras) y las cuestiones relacionadas con el diseño e inserción institucional y la gestión de los proyectos. La forma de hacer las cosas, los acuerdos que se toman y las responsabilidades compartidas a las que responden son la base de la sostenibilidad de los procesos ligados al capital social.

Según Arriagada, Miranda y Pavez (2004), para fortalecer la organización comunitaria y para la creación de capital social o su ampliación, convendría que los programas incluyeran: Diagnóstico de las dinámicas de cooperación y

conflicto predominantes en las comunidades, y entre las comunidades y las instituciones sociales; definición de los efectos proyectados en términos de capital social; herramientas metodológicas que fortalezcan la identidad, la asociación y el liderazgo local; consideración del papel de los promotores en lo relativo a sus vínculos con el territorio, el carácter horizontal de la labor que realizan y su experiencia en actividades de desarrollo, y el fortalecimiento institucional.

El concepto de capital social es relacionado al de redes sociales, al tratar de identificar la manera cómo se agregan las personas en una comunidad, en un territorio, en búsqueda de bienes, servicios y oportunidades. Incorporar el criterio de redes sociales en la participación comunitaria significa dar prioridad a las relaciones sociales existentes en las comunidades en las que se va a intervenir y a las modalidades previas y primarias de participación en la toma de decisiones de los miembros de la comunidad. Es importante, también, respetar las características específicas de la comunidad, ya sea por otro tipo de criterios, como los de organización geográfica, política, etc. De allí que una propuesta de conformación más participativa debe considerar el nivel de desarrollo del capital social en las comunidades, y también debe apuntar a que sus agentes tengan una mayor participación y un mayor protagonismo en la solución de sus problemas.

6. EL ENFOQUE TÉCNICO PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

El enfoque técnico permitirá identificar oportunidades para una adecuada articulación entre la participación comunitaria en la gestión de la salud con otros procesos o espacios de participación ciudadana en la planificación de las acciones en salud y así mejorar las posibilidades de cumplimiento y consecución de los objetivos locales, regionales y nacionales

en materia de salud, para contribuir a garantizar mejores condiciones de los prestadores de la salud y que podrían estar basados en el nuevo concepto de protección social en salud. Este enfoque consta de intervenciones públicas: i) para asistir a los individuos, hogares y comunidades a fin de manejar el riesgo (eventos predecibles o no) de mejor forma y ii) para

prestar apoyo a los pobres en situación crítica. (Holzmann y Jorgensen 2000)

Leivcovitz y Acuña (2003) describen cuatro ejes para definir e implementar estrategias y mecanismos de protección social en salud: un eje que tiene que ver con la necesidad de crear espacios públicos articulados para la protección social en salud: la promoción y desarrollo de sistemas innovadores de protección, incluyendo iniciativas de base comunitaria. Se trata de todas aquellas acciones que tradicionalmente se efectúan por iniciativa comunal ante hechos de enfermedad grave, pérdida de la capacidad de producción y muerte. La participación ciudadana en salud debe retomar y valorizar las iniciativas de solidaridad para la protección social de los individuos e incorporar en los criterios de manejo social, como fuente para la conformación. Por lo tanto, se requiere mejorar la representación de los actores que son la fuente de este tipo de iniciativas.

■ ARTICULACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN CON LA GESTIÓN

En la actualidad, tanto la sociedad civil peruana como el Estado han desarrollado diversos tipos de experiencias de participación ciudadana. La mayoría de ellas están orientadas a la participación en la planificación de acciones y la asignación de recursos en diversas áreas que influyen en el desarrollo local, pocas de ellas han sido diseñadas para participar en la gestión sanitaria como el caso de las CLAS.

La importancia de generar sinergias entre las acciones de participación en la planificación de la salud, con la experiencia de las CLAS en la gestión en salud radica en que se necesitan otros espacios que articulen agendas, objetivos y aproximaciones para maximizar los beneficios esperados en materia de salud. Este concepto debe servir como base para definir criterios para la convocatoria de actores comunales, sociales y civiles para la participación en las CLAS.

7. EL ENFOQUE OPERATIVO PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

Bajo este enfoque se desarrollarán las propuestas para la implementación de los procesos, actividades y tareas para la convocatoria, la selección, y la oficialización de la Asamblea General de una CLAS, todos orientados al cumplimiento de objetivos y funciones claras para mejorar el estado de salud de la población que atienden.

■ INSTITUCIONALIDAD COMUNAL

La presencia y disponibilidad de organizaciones comunales no son elementos suficientes para el desarrollo de capital social y el fomento del desarrollo sanitario local. Se requiere, además, de mecanismos de cumplimiento definidos por los mismos actores para llevar a cabo una participación ciudadana

informada, autónoma e interactiva, que sea capaz de impedir la concentración del poder político local en *brokers* o intermediarios que no necesariamente representan los intereses o las demandas de la mayoría, sobretodo de los excluidos y de los pobres y que antes podrían estar sirviendo como instrumentos para la legitimación política del gobierno de turno y a la aparición de *brokers* o intermediarios¹⁴.

La institucionalidad comunal supone altos niveles de manejo de información social, que debe actuar como fuente de definiciones y acuerdos para el reparto de los bienes, servicios y oportunidades hacia los más pobres, eliminando con ello la perpetuación de la exclusión en salud por causas originadas en la comunidad.

¹⁴ Tanaka, 200.

■ INSTITUCIONALIDAD GUBERNAMENTAL

El derecho a la salud, específicamente el derecho a la participación, como uno de los derechos económicos, sociales y culturales, requiere de recursos, organizaciones y capacidades públicas. Así mismo, requiere de la existencia de un sistema que vaya perfeccionando organizaciones, ampliando la provisión de recursos y activos, para la esperada oferta de bienes y servicios de salud y así atender de manera gradual y progresiva las demandas sociales.

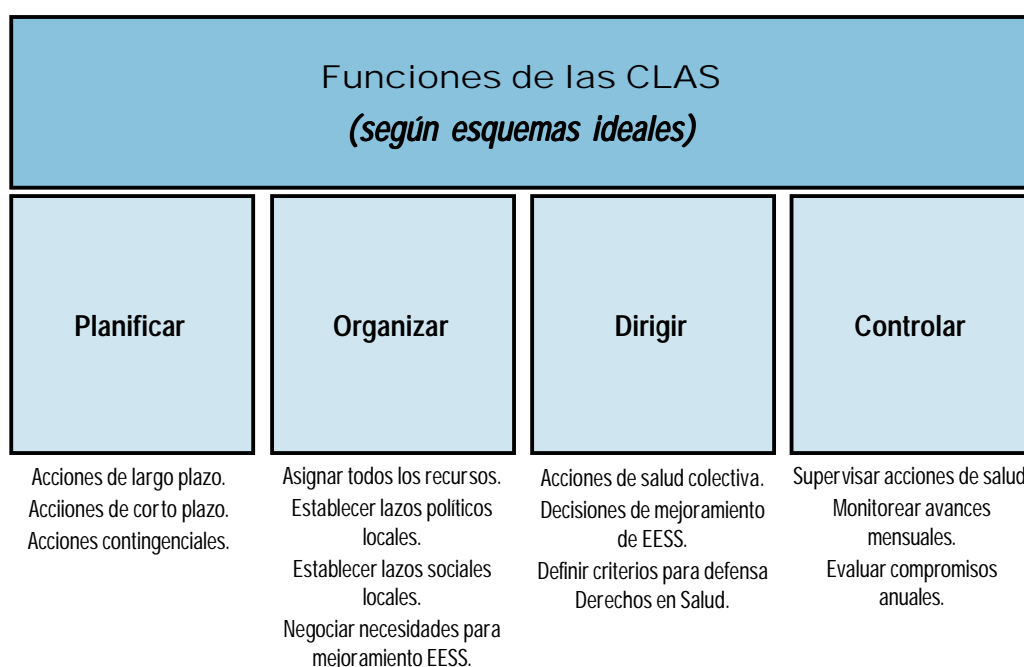
También, requiere de pautas claras que invoquen a las organizaciones gubernamentales a desempeñar acciones establecidas para satisfacer las demandas sociales y de cómo el poder público orienta y garantiza en la práctica la participación de los ciudadanos en los asuntos de la salud en el ámbito local. Para tal fin, los gobernantes de turno –del nivel nacional, regional y local– necesitan equilibrar las condiciones organizacionales para responder a las decisiones que la sociedad y el Estado les encargan en materia de desarrollo sanitario. Es entonces crucial el papel que deben asumir los gobiernos de turno en la negociación de un nuevo contrato social, donde la participación ciudadana constituye uno de

los mecanismos disponibles para lograr mejores niveles de efectividad organizacional que es el eje clave de la institucionalidad gubernamental.

■ OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD

La regulación del modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención establece que las CLAS persiguen tres objetivos: equidad, eficiencia y calidad. La evidencia de estos años de implementación del modelo ha demostrado que los mayores logros del modelo han estado relacionados con la eficiencia, sobretudo en la asignación y uso de los recursos públicos para mejorar infraestructura, la disponibilidad de recursos humanos en salud, entre otros. También, se han demostrado logros en materia de calidad, relacionados con la dimensión de la calidad percibida, básicamente relacionado con la disponibilidad de mejores ambientes para la atención, disponibilidad de mecanismos de escucha al usuario, entre otros. Sin embargo, los logros relacionados al objetivo de equidad no ha sido un rasgo distintivo del modelo.

Diagrama 2. Funciones de las CLAS según esquemas ideales



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

En este orden de evidencias se requiere jerarquizar los objetivos de las CLAS para así dar prioridad a los objetivos que, por su incumplimiento, permiten altos niveles de desigualdad y de exclusión social en salud. Para tal efecto se propone la delimitación explícita de las funciones que deben realizar las CLAS desde un Enfoque Basado en Derechos.

Adicionalmente, es preciso caracterizar algunas de las funciones que deberían ejercer las CLAS para mitigar o eliminar las causas de la exclusión en salud. Se presenta una propuesta de funciones que deben cumplir las CLAS¹⁵, orientadas a cumplir los objetivos de equidad, eficiencia y calidad mediante el abordaje de las barreras de la exclusión en salud expuestas por Leivcovitz y Acuña (2003).

Tabla 2. Funciones que deben cumplir las CLAS desde un Enfoque Basado en Derechos

Causas de la exclusión en salud	Estrategias para reducirla	Funciones que deben cumplir las CLAS
Deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento y vigilancia de estándares de calidad para la prestación de servicios. 	<p>Planificar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estableciendo los requisitos de calidad desde la perspectiva del usuario. <p>Controlar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participando en la definición de los niveles de cumplimiento de estándares de calidad según la percepción del usuario y del proveedor. - Siendo canales importantes o interlocutores para la exigibilidad del derecho a la salud por causas relacionadas con los servicios de salud
Fallas en la asignación y gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega y disponibilidad de bienes-servicios de salud o que afectan la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoramiento en la gestión y asignación de recursos humanos 2. Mejoramiento del sistema de planificación, adquisición, distribución, utilización de los recursos materiales, insumos y medicamentos 	<p>Organizar, dirigir, controlar los recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formando comités de trabajo especializado compuestos por representantes de cada EESS de una CLAS agregado. - Estableciendo comisiones conjuntas de negociación con la autoridad sanitaria.
Débil información y reconocimiento de los derechos y responsabilidades ciudadanas a la salud y a la vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generación de espacios públicos de información del derecho a la salud. 2. Promoción de espacios de participación de la comunidad en la toma de decisiones de salud y control social sobre la gestión local. 3. Acciones intersectoriales para la educación e información en salud. 4. Creación de unidades de reclamo y sugerencias en los establecimientos. 	<p>Organizar, dirigir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participando en la atención de las unidades de reclamo. - Difundiendo los derechos en salud en sus jurisdicciones a público general como poblaciones cautivas comunales. - Participando en espacios de concertación con el gobierno local.

Fuente: Adaptado por Programa Derechos en Salud, CARE Perú, de material elaborado por Leivcovitz, Acuña (2003).

¹⁵ Adaptación de dicha fuente.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El diagnóstico situacional tuvo como objetivo: explorar las percepciones de los actores clave respecto a la conformación de una CLAS. Adicionalmente, se pretendió conocer el nivel de cumplimiento de lo establecido por la normatividad por parte de la autoridad sanitaria regional respecto a la convocatoria para la renovación de miembros de una CLAS.

Se empleó el diagnóstico rápido para obtener información real en un determinado tiempo y espacio relacionado con los factores

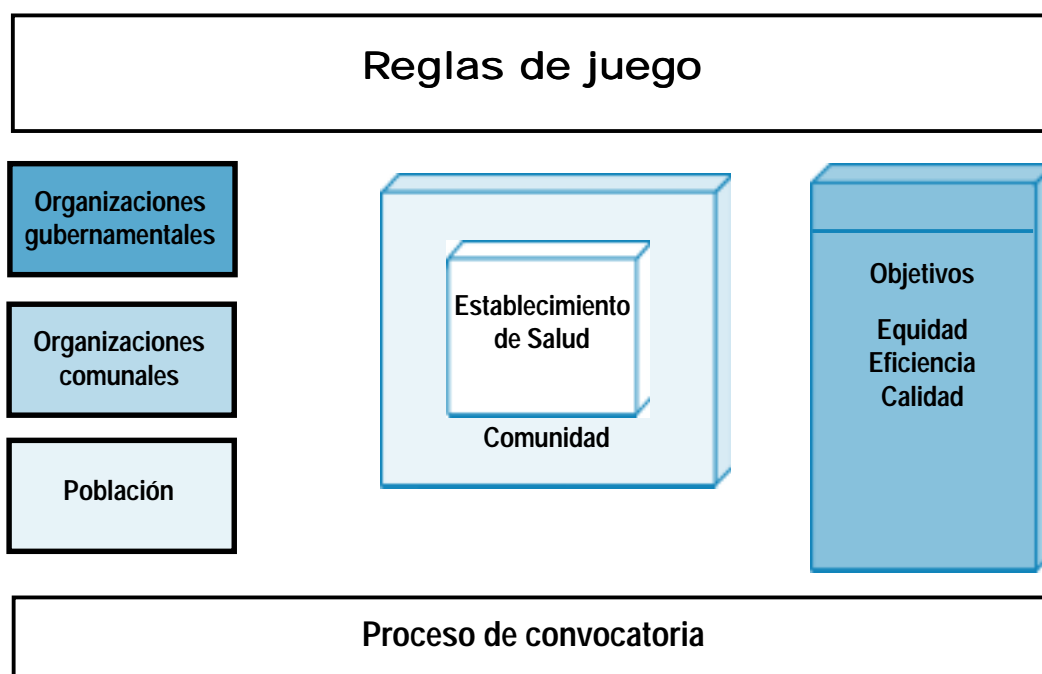
facilitadores y obstaculizadores para la conformación de las CLAS, a través de la metodología de grupos focales, con la participación en promedio de seis personas, así como de las entrevistas a profundidad a actores político-técnicos – actores claves en las Diresas de Piura y Huancavelica y en la DISA Lima Norte; y revisión documentaria de expedientes de conformación de las CLAS según los esquemas normados en el D.S. N° 01-94-SA/DM y R.M. N° 176-2000/MINSA.

1. LOS SUPUESTOS Y EL MODELO DE ANÁLISIS

El estudio abordó cuatro variables a) Institucionalidad gubernamental: establecimiento de reglas de juego, efectividad organizacional e involucramiento del gobierno

local b) Institucionalidad comunal: disponibilidad y aceptabilidad; c) Aplicación del proceso d) Aceptación de posibles reformas al modelo (ver Diagrama 3).

Diagrama 3. Modelo de análisis de factores para la conformación de las CLAS



Fuente: Programa Derechos en Salud

Las variables señaladas anteriormente se basaron en cinco supuestos:

- El nivel de identificación de los objetivos del modelo de Administración Compartida por parte de los actores clave determina el despliegue de las funciones en las CLAS, lo cual caracteriza el tipo de participación y la agenda del establecimiento de salud.
- El establecimiento de reglas claras y el diseño de mecanismos de cumplimiento –institucionalidad¹⁶– por parte de las entidades gubernamentales que gestionan el modelo de Administración Compartida (a nivel nacional, regional y local) son un factor clave para el éxito de la implementación del modelo.
- El nivel de cumplimiento de los mecanismos disponibles de participación ciudadana en salud en la actualidad no sólo depende de la institucionalidad por parte de la autoridad sanitaria sino que también depende del grado de institucionalidad que se despliega en las organizaciones sociales comunales.
- El grado de involucramiento de los gobiernos locales en la convocatoria de los agentes comunales, según lo establecido por normativa del Ministerio de Salud desde el año 2002...
- La experiencia acumulada es un elemento relevante que debe ser explorado y debe abarcar el nivel de

¹⁶ De acuerdo a la teoría institucionalista de Douglas North (2002).

competencias individuales y colectivas requeridas para participar, así como la aceptación de posibles cambios en la convocatoria de los actores comunales.

Se pretendió conocer lo siguiente:

1. En relación a las reglas de juego se pretendió explorar si éstas son suficientes, si son adecuadas al enfoque basado en derechos, si son aceptadas por los actores clave, si han sido moduladas desde su emisión en el año 2000, y si han sido o son vigiladas.
2. En relación a las organizaciones gubernamentales –institucionalidad gubernamental- se pretendió conocer si éstas cumplen el rol esperado como autoridad sanitaria en el nivel regional, si facilitan la aplicación de las reglas establecidas para el proceso y si modulan la normatividad.
3. En relación a las organizaciones comunales –institucionalidad comunal- se buscó establecer si las fuentes convocadas y existentes, de las cuales se extraen los representantes para las CLAS, son suficientes, son politizadas, son organizadas, representan los intereses de los pobres y pobres extremos y cuáles son las que gozan de mayor poder político.
4. En relación a las organizaciones comunales, como fuentes de representantes de la población –institucionalidad comunal- se buscó establecer si el ciudadano está interesado en participar, si el ciudadano conforma las organizaciones sociales de base pensando en demandas sociales concretas, si los más pobres están organizados de alguna manera.
5. En relación al proceso de convocatoria de los miembros de las CLAS, se pretendió explorar si el proceso se realiza a partir de un inventario establecido y conocido de actores comunales formales, si el proceso es difundido idóneamente, si existe acompañamiento en el proceso por parte de la autoridad sanitaria y el gobierno local, y hasta qué punto el proceso es objetado por la autoridad sanitaria cuando éste no cumple con lo establecido en el momento que se solicita la formalización.

2. SITUACIÓN ACTUAL

La normatividad vigente al mes de julio de 2006, fecha de inicio del trabajo de campo¹⁷, establece el procedimiento para la convocatoria de los representantes de la comunidad, quienes en forma paritaria acceden a la Asamblea General de una CLAS. Se estableció que tres representantes son elegidos por la comunidad a partir de los representantes de las

organizaciones sociales de base¹⁸, y los tres restantes son elegidos a partir de las organizaciones sociales de base que trabajan en el campo de la salud¹⁹. La participación del gobierno local está establecida en la verificación de la lista de organizaciones sociales de base de la jurisdicción a la que presta servicios la CLAS.

¹⁷ D.S. N° 01-94-SA/DM Y R.M. N° 176-2000/MINSA, El 30 de julio del 2006 fue aprobada la Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA

¹⁸ Aunque establece que pueden ser elegidos personas naturales.

¹⁹ Deja una posibilidad amplia que ha creado confusión en su aplicación.

3. RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO

A partir de los elementos extraídos en el estudio exploratorio cualitativo se determina que la manera cómo se realiza la renovación de los miembros de las CLAS es altamente heterogénea. Las experiencias revisadas varían desde convocatorias manipuladas –básicamente por intereses del Gerente– donde la participación resulta pasiva, hasta convocatorias altamente interactivas y autónomas que resultan en una participación sustantiva aunque no tan efectiva sobre todo desde el Enfoque Basado en Derechos.

En todas las experiencias no se pudo establecer relaciones exactas entre las organizaciones sociales de base fuente de los representantes con la representabilidad de los intereses de los pobres. Sin embargo, los promotores de salud fueron considerados como los actores que más podrían representar los intereses de los pobres y pobres extremos en asuntos relacionados con la salud.

Adicionalmente, se determina que la disponibilidad de fuentes comunales para la representación de los intereses de los ciudadanos, pobres y pobres extremos, no es una limitante en ninguno de los escenarios revisados sino lo es la calidad de la agregación de las demandas en dichas organizaciones.

■ LA INSTITUCIONALIDAD GUBERNAMENTAL

- Es un denominador común la nula participación de representantes del gobierno local y de la DIRESA, autoridades que tienen explícita su participación en la normatividad vigente

al momento del estudio. Llama la atención que el rol reconocido e identificado por los actores clave acerca del rol que le compete a la DIRESA como autoridad sanitaria en el nivel regional es el de formalizar la elección de los miembros.

- Las escasas veces que la DIRESA participa en la conformación de las CLAS están relacionadas con procesos conflictivos
- La escasa descripción del proceso de convocatoria en la normatividad ha permitido una alta variabilidad de ésta y ha sido un factor determinante de la distorsión del proceso en el nivel operativo. Situación que se agrava con la nula regulación complementaria del proceso por parte de la autoridad sanitaria regional o local. Las normas existentes²⁰ para la convocatoria y conformación de las CLAS resultan insuficientes.
- Las DIRESAS y las Redes de Servicios de Salud no realizan acciones de vigilancia de las condiciones que existieron para la conformación, ni del origen de los representantes –algunos actores comunales no necesariamente representan los intereses de los pobres y generalmente son los mismos actores²¹, en un momento ex –post; situación que genera importantes distorsiones en la continuidad del proceso. Las organizaciones gubernamentales no facilitan la aplicación del proceso en el nivel local sino que generan situaciones que afectan la efectividad organizacional.

²⁰ Al momento del estudio las normas vigentes estaban contempladas en la R.M. N° 176-2000/MINSA y la Directiva 003-2002-PAAG.

²¹ Se puede afirmar que se está dando una suerte de “burocracia comunal” o de “elites locales” ya que generalmente el nivel de recambio de representantes es bastante bajo.

■ LA INSTITUCIONALIDAD COMUNAL

- La fuente de representantes es ampliamente variada, pero la mayoría de organizaciones sociales de base de las cuales provienen se agregan alrededor de demandas relacionadas con bienes privados pero grupales. Esta situación no permite una adecuada representación de los intereses de los ciudadanos en materia de salud y aún más de los ciudadanos pobres o pobres extremos.
- En todas las zonas investigadas existen tres tipos de organizaciones sociales de base: Clubes de Madres, Comedores Populares y Promotores de Vaso de Leche –agrupados alrededor de bienes privados grupales (alimentación).
- Otro denominador común es la existencia de organizaciones sociales relacionadas con un bien público difuso: la seguridad. Existen Comités de Vigilancia, en las zonas urbano-marginales; Ronderos Comunales, en las zonas rurales. Ambos tipos de organizaciones son fuentes de representantes en una CLAS.
- También existen organizaciones comunales que juegan un rol de gobierno y administración en el ámbito local y que tienen distintas denominaciones: Juntas Vecinales Comunales (JUVECOS) en las zonas urbano-marginales, Comunidades Campesinas y Comités de Desarrollo Comunal (CODECOS) en las zonas rurales y que están agrupadas por bienes públicos difusos: la seguridad, servicios públicos, recreación, etc.
- Ninguna organización social de base es reconocida como fuente de representantes que a su vez sean usuarios de los servicios de salud que oferta el o los establecimientos de salud administrados por una CLAS. Se considera que esto afecta el conocimiento y las funciones que puedan desempeñar para mejorar la calidad del servicio con un enfoque de género.
- Llama la atención la casi nula representatividad de los pobres extremos en estas organizaciones. Las organizaciones están ligadas en su mayoría a la representación de pobladores con intereses comunes en la producción de bienes privados, como la producción del café, limón, papa, pescado, productos de *pan llevar*, crianza de animales, etc.
- Se reconoce que los ciudadanos que participan en una CLAS pierden su condición de representante y el fin que se le delega. Es común que la comunidad refiera que cuando están en una CLAS sólo velan por sus propios intereses y no por los demás, y que no existe forma alguna que impida esta situación. Se puede afirmar que los representantes según los esquemas actuales se constituyen en *intermediarios* ineficaces condicionados por el origen de la organización social de base de la cual provienen y por la poca disponibilidad de agregación de demanda en torno a la salud, como bien público difuso según los conceptos establecidos por Tanaka (2001).
- Otro factor clave que obstaculiza el esperado desarrollo de la participación comunitaria en salud es el bajo conocimiento y reconocimiento de los objetivos de una CLAS y las funciones que desempeñan sus miembros. Existe un denominador común: todas las CLAS sin excepción explicitan el objetivo de “*mejorar la posta de salud y que tengan buenos equipos, buenas instalaciones*” y sólo un actor clave reconoció uno de los verdaderos objetivos del modelo de gestión. Sin embargo, otros consideran que la participación no es la esperada y que en la práctica no ejercen sus funciones a

plenitud como lo establece la norma. Esta realidad afecta el nivel de credibilidad del modelo en el ámbito comunal y se constituye en uno de los factores negativos que desmotiva la participación de la población.

- La manera cómo se implementan los procesos de participación y se demuestran los beneficios de ésta a la población influye en la credibilidad del modelo y estimula la participación en la convocatoria.
- Los actores clave explicitan que las organizaciones sociales de base con mayor riesgo de caer en juegos partidistas ligados a gobiernos locales de turno son los Clubes de Madres, Vasos de Leche y Comedores Populares, por la naturaleza del objeto social y las relaciones que mantienen con el gobierno local.
- Las organizaciones sociales de base que están mejor organizadas son las mismas que son reconocidas como politizadas.

■ APLICACIÓN DEL PROCESO DE CONVOCATORIA Y CONFORMACIÓN

- Las experiencias revisadas muestran extremos muy heterogéneos a la hora de convocar a las organizaciones sociales de base. Aparte de la convocatoria de los Clubes de Madres, Vasos del Leche y Comedores Populares, visto en todos los escenarios explorados, no existe un denominador común en relación a las organizaciones que sirven como fuente de representantes y que éstos a su vez representen los intereses en salud de los pobres y más pobres. Esta situación afecta el grado de agregación de las demandas comunales en salud y afecta directamente el tipo de participación ya que los representantes se convierten en *brokers* o intermediarios ineficaces.
- Existen experiencias que convocan sólo a estas tres organizaciones de base, hasta aquellas que convocan a representantes de instituciones educativas, Asociación de Padres de Familia (APAFAS), autoridades gubernamentales locales, y pobladores que no pertenecen a ninguna organización comunal.
- El no disponer de un inventario preestablecido por la autoridad sanitaria y validado por la comunidad es un factor que afecta la representatividad de los intereses de la ciudadanía en materia de salud.
- La manera cómo se despliega la difusión del proceso de conformación, que inicia con la convocatoria es otro de las fuentes de factores obstaculizadores. Cuando la convocatoria está a cargo sólo del establecimiento de salud se afecta la credibilidad y la validez del proceso. Este tipo de convocatorias se da en establecimientos de salud donde la participación de la CLAS es manipulada y donde el rol del Gerente es hegemónico. Se puede afirmar que este tipo de convocatorias responde a intereses individuales del Gerente que requiere de representantes con poca capacidad de ejercer poder y desplegar sus funciones a cabalidad.
- Esta aplicación errónea del proceso genera desconfianza entre la ciudadanía y a su vez afecta el interés en participar tanto en la convocatoria de las CLAS como en la vigilancia ciudadana de su accionar. Se puede afirmar que se constituye en una determinante de la poca aceptabilidad de los espacios de rendición de cuentas en la comunidad.
- La normatividad establece que la autoridad sanitaria debe asesorar y participar en el proceso de convocatoria y elección de los miembros de las CLAS.

Sin embargo, en la práctica de todas las experiencias revisadas sólo una tuvo el acompañamiento de la DIRESA y ninguna de la Red de Servicios de Salud. El acompañamiento de la DIRESA estuvo fundamentado por la necesidad de ésta en *orientar la elección* hacia las razones del ente gubernamental.

- La DIRESA, como autoridad sanitaria en el nivel regional, formaliza la elección de los miembros de una CLAS, realizada por el establecimiento de salud. La manera cómo se realiza este acto que culmina en una Resolución Directoral –firmada por la máxima autoridad del ente

gubernamental–. En ninguno de los casos revisados se hizo algún tipo de acción para afirmar o desestimar si las condiciones en que se produjo la elección fueron las establecidas.

■ ACEPTACIÓN DE POSIBLES REFORMAS AL MODELO

Los actores clave identifican necesidades y oportunidades de reformas al modelo en tres ejes: a) en la convocatoria b) en la conformación c) en las funciones y objetivos. Este insumo ha servido para definir algunas de las reformas que se exponen en el capítulo 3.

4. LA CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES

De la caracterización de los factores facilitadores y obstaculizadores para una mejor conformación en el esquema actual se puede resumir que las experiencias exitosas se debe a que existe el compromiso del Gerente de la CLAS, se establecen reglas de juego en las CLAS con aval de la comunidad, se amplía la base de la convocatoria, se convoca abiertamente y con anticipación, la convocatoria se comparte con la organización social de base, el voto es universal y secreto, se conoce el universo real de las organizaciones sociales de base, se sensibiliza constantemente, se establecen cupos por cada establecimiento de salud o por criterios geográficos, se formaliza el envío del representante, se participa en los espacios de definición de los representantes, se establecen incentivos a la participación.

De este listado simplificado de **factores facilitadores** se puede extraer que la ejecución del proceso de convocatoria con criterios democráticos, que fortalecen el ejercicio de ciudadanía en el ámbito comunal y equilibra el poder político del cual gozan ciertas

organizaciones sociales de base es un elemento que genera círculos virtuosos de confianza y credibilidad en el modelo de gestión, lo cual a su vez estimula una mayor participación de la población en general y mayor involucramiento de las organizaciones en la agenda comunal en salud. Todo conlleva a la creación de capital social y de redes sociales que al unirse con el poder político local generan condiciones para articular las agendas sociales tan necesarias para el desarrollo sanitario local. Sin embargo, es preciso fortalecer la definición de los objetivos y funciones de la participación ciudadana en salud para dinamizar la agenda diaria de las CLAS y reorientarlas a los objetivos de equidad y calidad en la prestación, más que centrarse en los criterios de eficiencia.

Por otro lado los factores obstaculizadores están relacionados al escaso o nulo involucramiento de las DIRESAS y Redes, que otorga el aval sin haber participado en el proceso; a la manipulación de la convocatoria avalada o promovida por Gerente de la CLAS, cuando se incluyen a organizaciones no establecidas ni consensuadas por la CLAS ni

por la comunidad; cuando la convocatoria se concentra en los Clubes de Madres, Vasos de Leche, Comedores Populares y se excluye a los agentes comunales de salud; cuando las mujeres son excluidas de la convocatoria; cuando las CLAS no realizan o poco realizan rendición de cuentas, generando desconfianza entre los ciudadanos y representantes de los actores comunales; cuando no se difunde información acerca del modelo, no se forma ni mantiene nuevos actores comunales; cuando se concentra la convocatoria en las mismas organizaciones; cuando los mecanismos de elección no se respetan ni mantienen en el tiempo adicional a la existencia de experiencias de imposición de representantes por la autoridad sanitaria; cuando el gobierno local no cumple con la misión

encargada en la Directiva N° 003-2002/PAAG, la población no tiene a dónde acudir en caso existan controversias en la convocatoria, las autoridades políticas locales son elegidos como miembros de una CLAS; cuando los representantes elegidos no son y no han sido usuarios de los servicios del establecimiento de salud; cuando los representantes provienen de la jurisdicción de la cabecera de la CLAS, cuando se conocen casos de beneficios personales de los representantes; existen actos de corrupción de conocimiento público que no son resueltos; cuando resultan elegidos representantes que no residen en la zona; y por último, cuando la elección de representantes ha estado a discreción del Gerente/CLAS y ha sido formalizado por la autoridad sanitaria.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE REFORMAS PARA UNA CONFORMACIÓN EN LAS CLAS

La propuesta de pautas y criterios para una conformación más participativa de las CLAS muestra un despliegue de estrategias y mecanismos que parten de premisas básicas y retoman los conceptos de los cuatro enfoques expuestos en el marco conceptual. Adicionalmente, la propuesta requiere la incorporación de criterios y elementos del actual proceso de descentralización de la función salud.

Desde el enfoque político se sustenta que los mecanismos propuestos para la convocatoria buscan fortalecer la democracia y el ejercicio de ciudadanía y así lograr un adecuado equilibrio de poderes en el nivel local. Desde el enfoque social, se argumenta que la convocatoria basada en criterios sociales y territoriales –tres tipos de

organizaciones de un territorio que deben estar representadas- pretende mejorar los lazos de confianza, reciprocidad y cooperación para combatir -con recursos locales y en escenarios de serias restricciones- la pobreza y la exclusión social en salud. Desde el enfoque técnico se apuesta por la necesidad de articular el modelo con otros mecanismos de participación en el nivel local. Desde el enfoque operativo se espera que la propuesta de convocatoria –desde cada territorio y orientada al equilibrio de la representación de los grupos por demandas sociales- fortalezca la institucionalidad comunal, gubernamental, y mejore las capacidades locales para el cumplimiento de objetivos y funciones de la atención primaria en salud.

1. LOS CINCO EJES ESTRATÉGICOS PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

Los ejes estratégicos de la propuesta están orientados a fortalecer la democracia participativa en materia de salud en el ámbito local, mediante la creación de espacios que representen mayores oportunidades para el ejercicio de ciudadanía y el diseño de

mecanismos que maximicen los momentos de participación en la mayor parte del territorio jurisdiccional de una CLAS. Para tal objetivo se propone reconocer a cada establecimiento de salud como la unidad base para el origen de la representación²².

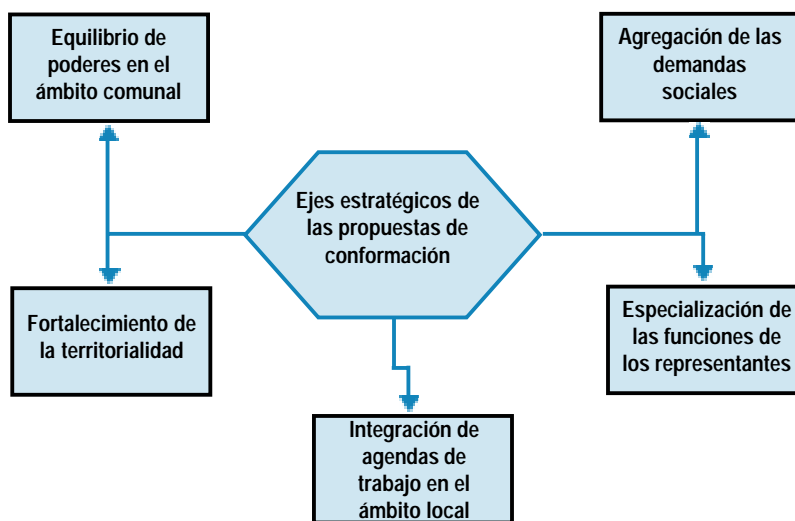
²² Condición que resulta de suma importancia en el caso de los CLAS agregados ya sea de los existentes en la actualidad, como los que se crearían en el marco de los arreglos institucionales desde el nivel micro para adecuarse al proceso de descentralización de la función salud.

Se postula que el rol del ciudadano empoderado para la disminución de la pobreza y la exclusión social en salud es tan importante como el rol de las organizaciones gubernamentales²³, y que es preciso incrementar las oportunidades en la generación de ciudadanos empoderados en el territorio, es decir mejorar las capacidades comunales, con la finalidad de que cuenten con un espacio para relacionarse con los asuntos de salud en las dimensiones de decisión y control²⁴.

Como se expuso en el marco conceptual y a partir de las evidencias del diagnóstico situacional, se requiere agregar y clasificar las demandas e intereses comunales, ya que el método de cómo y a quién se convoca va a impactar en la operatividad, en la institucionalidad y en el cumplimiento de los objetivos de la participación ciudadana en salud. El carácter e intereses que aglutinan las fuentes de representantes influyen en la operatividad del modelo y en el ejercicio de las funciones en las CLAS y son condicionantes de la calidad de la participación.

Se argumenta que las organizaciones comunales no siempre se agregan persiguiendo intereses comunes a los pobres o más pobres –sobre todo los intereses relacionados a necesidades en salud– sino que generalmente son canales para reivindicar exigencias relacionadas a suplir necesidades de sobre-vivencia (alimentación, servicios públicos), económicas (producción de bienes de comercialización) y de seguridad. A partir del diagnóstico situacional se hace evidente que en la práctica hay otros actores sociales más cercanos a las necesidades de salud de la comunidad: los agentes comunitarios en salud. Por lo tanto, se propone que sean sujetos de elección y representación en la Asamblea General ya que se considera que el tipo de acción sanitaria que desarrollan les permite construir mayores nexos con la realidad de los pobres en materia de salud y se constituyen en responsables de las acciones que despliega el establecimiento de salud para el desarrollo sanitario local.

Diagrama 4. Los ejes estratégicos de la propuesta de conformación



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

²³ A cargo de las organizaciones gubernamentales, según los elementos expuestos en el marco conceptual.

²⁴ Idea que busca el recambio de las actuales burocracias comunitarias y la mejora de la institucionalidad comunal para el fomento de la rendición de cuentas y la dinamización de una agenda más local orientada al desarrollo sanitario local.

2. PREMISAS PARA UNA NUEVA PROPUESTA DE CONFORMACIÓN²⁵

- a. La propuesta debe reconocer la real disponibilidad de organizaciones comunales, y en lo posible debe fomentar el respeto de las particularidades locales y de la territorialidad.
- b. La propuesta debe clasificar las organizaciones comunales según el tipo de demandas sociales –por bienes, servicios y oportunidades de desarrollo local– para así poder equilibrar la representación de las demandas sociales en el nivel local y minimizar la competencia natural que se da entre ellos por el reparto de bienes en el territorio.
- c. La propuesta, orientada a una participación bajo el enfoque basado en derechos, requiere del establecimiento de reglas de juego que impidan o minimicen prácticas de beneficio individual, lo cual requiere del equilibrio de poderes en el ámbito comunal.
- d. La propuesta debe considerar los nuevos elementos del contexto social, político y económico del país y estar acorde a un nuevo modelo de desarrollo sanitario territorial que revaloriza y fortalece la atención primaria en salud.
- e. La propuesta debe explorar vínculos entre las CLAS y los gobiernos locales, distritales o provinciales, quienes se constituirán en nuevos actores en el sistema de salud.
- f. La propuesta para una conformación más participativa debe revalorizar la representación de las demandas sociales e intereses de los más pobres y excluidos en salud.

En aras de fortalecer las premisas b, c y f, se expone el sustento que hace Tanaka (2005) al describir cuáles son los factores de éxito de la participación ciudadana para el caso de bienes públicos difusos como el caso de salud²⁶, cuando un conjunto de actores persigue la obtención de un bien público que tiene como beneficiarios potenciales a toda una comunidad o colectividad:

- Se presenta el problema del *free riding* (conducta por la cual un individuo se beneficia del esfuerzo de otros sin colaborar en él) y es necesario involucrar al conjunto de la población y evitar conductas no cooperativas.
- Moviliza, por un lado, a uno o varios agentes externos, y por otro, a varios *brokers* o *intermediarios* surgidos de las localidades que finalmente asumen los costos de la acción colectiva a cambio de incentivos selectivos materiales o simbólicos.
- El factor clave de éxito está en la capacidad de ese conjunto de actores en ponerse de acuerdo, coordinar acciones, convocar a todos los agentes o actores involucrados y finalmente conseguir resultados que los legitimen ante su población.
- Cuando la participación se da en ambientes de complejidad media o alta, e implica ciertos grados de experiencia, conocimiento o recursos, es inviable pensarla como un involucramiento generalizado de la población de base. Se congrega actores que actúan en nombre de organizaciones supuestamente “representativas” de los intereses de la comunidad.

²⁵

²⁶ Tanaka, Martín; Meléndez, Carlos. 2005. ¿De qué depende el éxito de las experiencias de participación ciudadana? En: Participación, ciudadanía y democracia. Perspectivas críticas y análisis de experiencias locales. Editora, Patricia Zárate Ardela. Instituto de Experiencias Peruanas -IEP. Lima. Pp. 165-191.

- Esos actores son más bien *intermediarios* antes que representantes de la población, y tienen agenda e intereses diferenciados de ésta. Su labor consiste en relacionar eficazmente a la población con los agentes externos, proveyendo beneficios a la primera y contactos que permitan armar grupos de beneficiarios a los segundos, tarea en la que enfrentan la competencia de otros intermediarios en una suerte de mercado muy competitivo.²⁷
- Cuando se trata de bienes públicos, el éxito depende de la capacidad de concertar entre actores con intereses y concepciones muy diferentes y en competencia.
- La legitimidad de las experiencias participativas ante la población en general sí resulta importante, pero de manera indirecta. La razón es que, si existe desconfianza o escasa legitimidad, se crean incentivos para que algunos no entren o salgan de ellas, y más bien consiguen que sus competidores construyan otro tipo de legitimidad criticándolas, lo que finalmente las debilita.
- La viabilidad a mediano plazo depende de la posibilidad de conseguir el bien público que se persigue y mantenerlo en el tiempo; se trata de que los actores y organizaciones que asumen los costos de la acción colectiva obtengan algunos incentivos selectivos, y que la población en general consiga acceso al bien público específico perseguido.²⁸

3. PROPUESTA DE REFORMAS AL MODELO DE GESTIÓN

La presente propuesta de reformas al modelo de administración compartida ha sido formulada a partir de los resultados del diagnóstico situacional del proceso de conformación de las CLAS según el esquema actual, que a su vez nutrió la elaboración del marco conceptual presentado en este documento para definir mecanismos hacia una conformación más participativa. Se proponen dos tipos de reformas al modelo de gestión de administración compartida:

- 1) Reformas a los esquemas de conformación.

- 2) Reformas a los esquemas de organización.

■ REFORMAS A LOS ESQUEMAS DE CONFORMACIÓN

El conjunto de reformas presentadas en este aparte pretende mejorar la calidad de la participación ciudadana –primer elemento distintivo del modelo- y así migrar de los esquemas de participación utilitaria a una participación activa, representativa y representable que fomente mejores opciones de acceso a los bienes, servicios y oportunidades

²⁷ Para el caso de organizaciones sociales de base de una misma comunidad que se agrupan con

²⁸ La autonomía administrativa se constituye en el segundo elemento distintivo del modelo de cogestión y quizá haya sido el que más beneficios le ha representado. Por los esquemas de autonomía administrativa propias del carácter público-privado de las CLAS, estas han demostrado mejores niveles de eficiencia distributiva, sobretodo, en lo relacionado con la adquisición y mejoras en equipamiento, infraestructura y contratación de recursos humanos.

en salud de los ciudadanos peruanos, especialmente de los pobres y extremos pobres.

Se proponen cuatro tipos de reformas:

- 1) Garantía de representación de tres tipos de actores comunales.
- 2) Establecimiento de vínculos con el gobierno local.
- 3) Fortalecimiento de la Asamblea General mediante la ampliación del número de representantes comunales.
- 4) Fortalecimiento de la Asamblea General mediante la inclusión de nuevos miembros natos.

a. Garantía de representación de tres tipos de actores comunales.

Entendiendo que la participación ciudadana es

un proceso social dinámico, gradual, y continuo que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses sobre bienes diversos, que supone y persigue el afianzamiento de la democracia, ciudadanía, y del proceso de toma de decisiones por parte de los actores locales, se propone que las fuentes de representantes para la conformación de las CLAS sean de tres tipos, considerando que éstas congregan a la mayor parte de la base social:

- (1) Organizaciones que son órganos de gobierno de la comunidad;
- (2) Organizaciones sociales de base; y,
- (3) Agentes comunales de salud.

Diagrama 5. Tipos de representación comunal



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

La calidad de la participación ciudadana en salud va a depender de la manera cómo se cumpla el proceso de convocatoria y elección de representantes para la conformación de la Asamblea General de las CLAS, el cual debe garantizar la participación de estos tres grupos de organizaciones comunales.

b. Establecimiento de vínculos con el gobierno local

El diseño original del modelo se abstuvo de incorporar al gobierno local en la conformación de las CLAS. Se argumentaba que la participación de representantes del gobierno local implicaba riesgos relacionados con

posibles actitudes clientelistas por parte de los alcaldes y regidores de las municipalidades distritales y provinciales y existía el temor de originar tensiones entre la comunidad y el gobierno local por el manejo de ciertos recursos que se entregaba bajo esquemas de autonomía administrativa propio de las CLAS²⁹.

En la actualidad, las condiciones políticas y sociales han variado. Existen altos niveles de consenso social y político de culminar el proceso de descentralización iniciado en el anterior gobierno. De igual manera, la Ley Orgánica de Municipalidades regula algunas funciones compartidas de los gobiernos locales en el asunto de la salud con los otros niveles de gobierno. En este nuevo contexto, existen múltiples experiencias de gobiernos locales que han desarrollado agendas relacionadas al programa de Municipios y Comunidades Saludables impulsado por el Ministerio de Salud, que permitió a los gobiernos locales consolidar el ejercicio de funciones relacionadas con el desarrollo social expuesta en la normatividad³⁰ a través del fomento de una cultura de salud para generar comportamientos y entornos saludables.

Adicionalmente, es evidente la revalorización de una agenda orientada hacia la democratización del Estado y la descentralización del poder político, que tiene a la descentralización de la función salud a los gobiernos locales como su máximo exponente. A partir de este proceso la gestión sanitaria del territorio será de los gobiernos locales, por lo tanto es preciso revisar la posibilidad de establecer tres tipos de vínculos entre las CLAS y los gobiernos locales.

i) Vínculos en la representación: lo cual implica

adecuaciones en la representación del gobierno local ya sea en espacios existentes en las CLAS para afianzar la capacidad de gobierno en el territorio o en espacios paralelos que fortalezcan la capacidad de gestión de los servicios de salud.

ii) Vínculos en el contrato y financiamiento: lo cual implica el establecimiento de relaciones contractuales orientadas a la acción conjunta para la atención de la salud en el territorio.

iii) Vínculos en el direccionamiento: exige la implementación de nuevos esquemas de planeamiento y programación que articulen las acciones de salud para el desarrollo sanitario del territorio asignado.

i. Vínculos en la representación

Para el establecimiento de vínculos en la representación se proponen dos opciones: 1) Incluir a un representante del gobierno local como miembro nato en las CLAS; o, 2) Incluir a un miembro de las CLAS en el Consejo de Coordinación Local – CCL.

Para la primera opción se propone que el representante que podría asumir un rol de miembro nato en la CLAS puede ser el regidor de salud, un funcionario o un delegado, los cuales participarían en representación del alcalde o del Consejo Municipal. Esta propuesta pretende fortalecer el principio de subsidiariedad ya que la participación de un representante del gobierno local en el espacio de decisión del prestador de servicios de salud permitiría incorporar en la agenda gubernamental local las demandas sociales para cuidar la salud y fomentar la corresponsabilidad ciudadana.

²⁹ Estas experiencias permitieron a los gobiernos locales migrar de una función de asignación de recursos contrato de personal, mejoramiento de infraestructura- a una de mayor intervención en ciertas determinantes de la salud. fines e intereses comunes pero están fragmentadas, como los promotores de salud.

³⁰ Como el caso del bien público del acceso a la salud de los más pobres no cubiertos por el SIS, así como la calidad de los servicios.

Diagrama 6. Vínculos en la representación entre las CLAS y el gobierno local, opción 1



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

Para la segunda opción (Diagrama 7) se pone a consideración la posibilidad de que un miembro elegido por la comunidad y que ocupe algún cargo en el Consejo Directivo conforme el Consejo de Coordinación Local-CCL. Esta propuesta se sustenta en el hecho de que la presencia de un actor comunal en un espacio de decisión del gobierno local refuerza el

principio de subsidiariedad que caracteriza al proceso de descentralización. El actor comunal tiene mejor conocimiento de las necesidades sociales lo que orientaría la generación de políticas públicas locales, la mejor asignación de recursos locales y mejores capacidades para ejercer vigilancia social del desarrollo sanitario territorial.

Diagrama 7. Vínculos en la representación entre las CLAS y el gobierno local, opción 2



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

■ **Ventajas y desventajas de vínculos de representación entre los gobiernos locales y las CLAS**

El establecimiento de vínculos en la representación entre el gobierno local y las CLAS (para ambas opciones) implica exponer los beneficios y riesgos asociados a los espacios

comunales y del gobierno local para establecer nuevas prácticas sanitarias y nuevas formas de relaciones entre el Estado y la sociedad civil desde una perspectiva local. En las dos siguientes tablas se exponen ventajas y desventajas de este tipo de vínculos.

Tabla 3. Ventajas y desventajas de vincular al gobierno local en las CLAS

Alternativas	Ventajas	Desventajas
Con gobierno local	Mejora las capacidades de gobierno y conducción local en salud en el territorio	Posibilidad de perpetuar prácticas de NO Rendición de Cuentas en la vía social desde los CLAS debido a la casi nula práctica en los gobiernos locales
	Posibilidad de mejora en la asignación de recursos para el desarrollo sanitario o fortalecimiento de la capacidad resolutoria desde el gobierno local	Posibilidad de tensiones por la asignación y el control de los recursos que usualmente se manejan bajo esquemas de autonomía administrativa en las CLAS
	Mejora las acciones de control y rendición de cuentas por la vía política-institucional desde el gobierno local	Exige rápidos y urgentes esquemas de desarrollo de capacidades en los gobiernos locales
	Acercamiento del poder político territorial a los establecimientos de salud	
	Potencializa las capacidades de articulación con otros actores sociales en el territorio	
	Equilibra las intervenciones en el contexto de los determinantes sociales de la salud	
Sin gobierno local	Evita riesgos de conflictos por posibles prácticas clientelistas por parte de la autoridad municipal	Disminuye las oportunidades para fortalecer el gobierno y conducción local en salud en el territorio
		Las acciones de control y rendición de cuentas por la vía política-institucional que deben darse en el territorio se pueden ver afectadas por falta de soporte político local

Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

Tabla 4. Ventajas y desventajas de vincular al gobierno local en las CLAS según las dos opciones

Alternativas	Ventajas	Desventajas
Con gobierno local <i>Opción 1 (un representante del gobierno local como miembro nato en las CLAS)</i>	Mejores opciones de capacidad de negociación para la asignación de recursos desde el gobierno local para el desarrollo sanitario o fortalecimiento de la capacidad resolutive	Posibilidad de perpetuar prácticas de NO Rendición de Cuentas en la vía social desde los CLAS debido a la casi nula práctica en los gobiernos locales
	Acercamiento del poder político territorial a los establecimientos de salud	Posibilidad de tensiones por la asignación y el control de los recursos que usualmente se manejan bajo esquemas de autonomía administrativa en las CLAS
Con gobierno local <i>Opción 2 (un miembro de las CLAS en el Consejo de Coordinación Local – CCL)</i>	Mejores opciones de negociación y concertación de una agenda intersectorial en el territorio	Posibilidad de perder legitimidad en la representación comunal por dilución de la representabilidad
	Mejores opciones de implementación de acciones de rendición de cuentas y vigilancia social hacia dos actores: el gobierno local y los establecimientos de salud	

Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

ii. Vínculos en el contrato y financiamiento

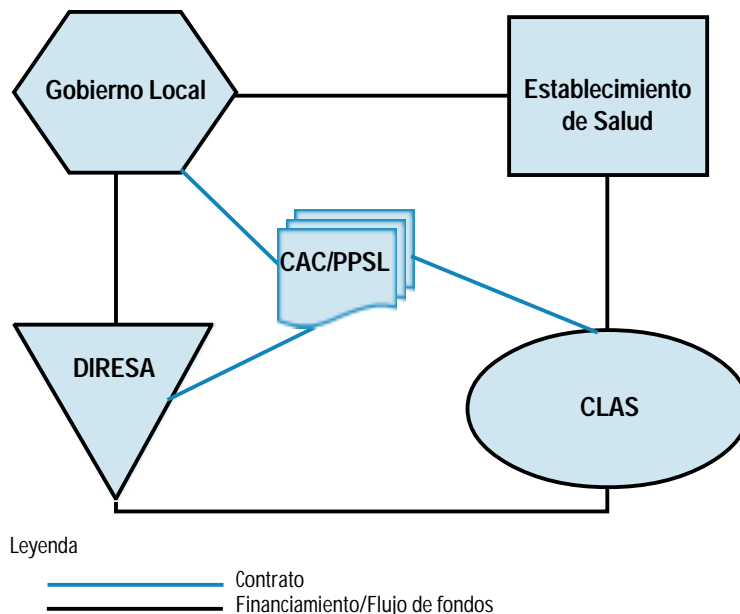
El desarrollo sanitario territorial tiene dos dimensiones: el territorio regional y el territorio local. Para promover un avance armónico del territorio en materia de desarrollo sanitario se requieren dos tipos de vínculos.

El primero es el vínculo del contrato, el cual se establecería a través del Contrato de Administración Compartida (CAC) y que exige ser formalizado entre el CLAS, la Dirección Regional de Salud y el Gobierno Local con la finalidad de establecer metas, definir objetivos y responsabilidades entre los tres actores. Los objetivos que se persiguen en el ámbito territorial deben ser objeto de los Acuerdos de Gestión, que a su vez son monitoreados semestralmente, a partir de los objetivos del Plan Participativo de

Salud Local –PPSL. El nivel de cumplimiento de los compromisos asumidos a través de estos instrumentos deberían ser un elemento orientador para la asignación de todo tipo de recursos desde los agentes gubernamentales como comunales, lo cual exige la implementación de esquemas de rendición de cuentas en las vías social y política en el territorio.

El segundo vínculo es el del financiamiento que garantizaría flujos financieros hacia el o los establecimientos de salud administrados por las CLAS. El contrato justifica las relaciones entre personas jurídicas de naturaleza público y privada, lo cual no significa que las relaciones jerárquicas entre la autoridad sanitaria regional, el gobierno local y el o los establecimientos de salud se quiebren.

Diagrama 8. Vínculos en el financiamiento y el contrato



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú.

iii. Vínculos en el direccionamiento

Al igual que en los vínculos en el contrato y el financiamiento, el desarrollo sanitario territorial demanda la articulación y el alineamiento de los procesos de planeamiento y programación. Esta relación debe convertirse en una condición previa para la asignación de cualquier tipo de presupuesto gubernamental, es decir, debe caracterizarse por su efecto vinculante. Se entiende que tanto los procesos de planeamiento institucional (de los actores sanitarios gubernamentales) como de planeamiento territorial (a partir de los actores sociales) deben someterse a conciliación para optimizar las rutas estratégicas hacia el desarrollo sanitario territorial. A su vez, la propuesta de vínculos en el direccionamiento supone que los procesos de planeamiento para el desarrollo sanitario parte desde el ámbito

regional³¹, que a su vez considera los lineamientos y objetivos sanitarios nacionales.

Se trata de que el Plan Participativo de Salud Local (PPSL), elaborado en el ámbito del CLAS responda a las prioridades locales establecidas en el Plan Concertado de Desarrollo Local (PCDL), el cual a su vez es elaborado y liderado por el gobierno local distrital o provincial. Así mismo, se espera que el PCDL guarde relación con las prioridades regionales contenidas en el Plan Concertado de Desarrollo Regional (PCDR), formulado y aprobado por el Gobierno Regional. Por último, se espera que el PCDR sea orientador del Plan Estratégico y Plan Operativo de la DIRESA correspondiente.

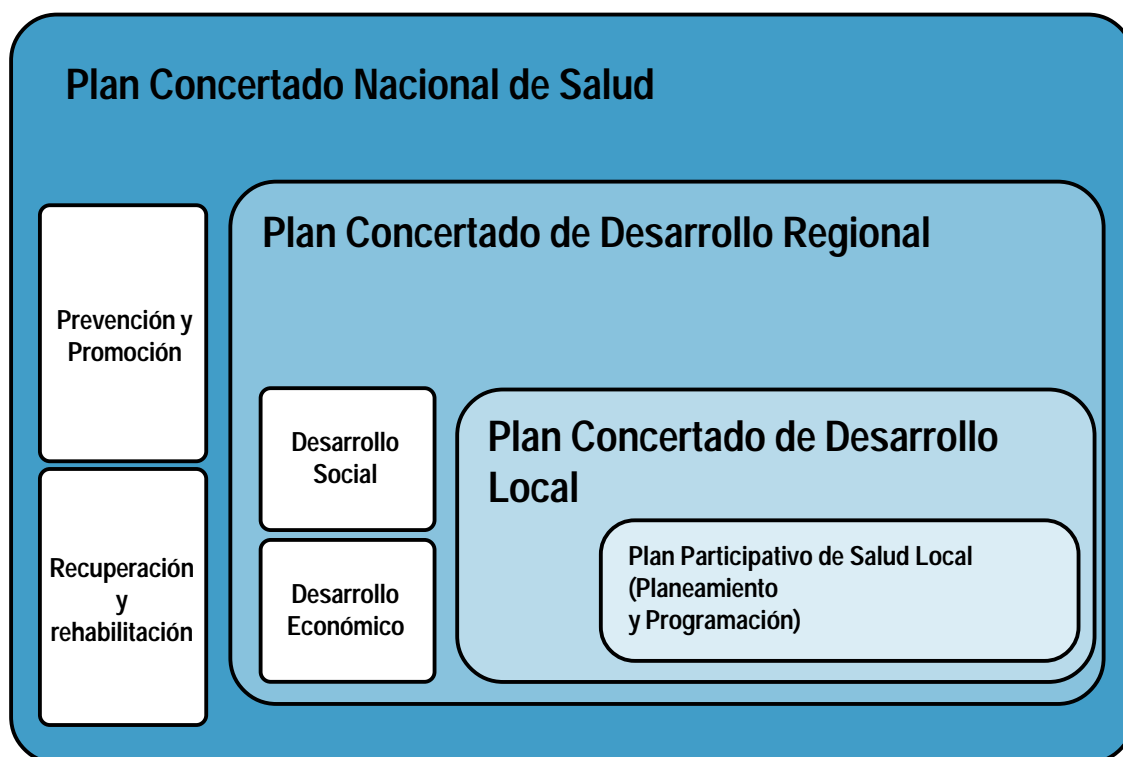
La coherencia en el direccionamiento de la planificación participativa asegura que las acciones político sanitarias respondan no sólo

³¹ Planeamiento regional que tiene como instrumentos el Plan Concertado de Desarrollo Regional y en algunas regiones enfatiza acciones de desarrollo sanitario mediante el Plan Participativo Regional en Salud y el Plan Estratégico Institucional de la DIRESA.

a la realidad local, sino que también privilegie las prioridades sanitarias regionales y nacionales, así mismo facilite la generación de

nuevos espacios de concertación, de generación de conocimiento y empoderamiento social para un mejor y mayor ejercicio de ciudadanía.

Diagrama 9. Vínculos en el direccionamiento



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

c. Fortalecimiento de la Asamblea General mediante la ampliación de número de representantes comunales

El desarrollo sanitario territorial resulta siendo un ideal complejo que exige la movilización de actores sociales y gubernamentales. Además, requiere del mejoramiento de los esquemas de representatividad desde el territorio y crear mejores posibilidades de representación de intereses sociales. Se propone que cada establecimiento de salud elija sus miembros y éstos conformen Comités Satélite y en la totalidad conformen la Asamblea General.

Para CLAS con único establecimiento³²

- Máximo de ocho y mínimo de seis miembros de la comunidad, y debe considerarse mantener el equilibrio entre los tres grupos de organizaciones comunales según criterios locales.

Para CLAS agregados o CLAS microrred

- Máximo de cuatro miembros por cada establecimiento de salud (Comités Satélite o de Salud). Debe considerarse mantener el equilibrio entre los tres grupos de organizaciones comunales según criterios locales.

³² Para el caso de las CLAS que no serían convertidas en CLAS microrred en el corto o mediano plazo.

- Un representante por cada Comité de Salud es elegido para participar en la elección del Consejo Directivo de la CLAS.
- El número total de miembros de la Asamblea General dependerá de cada realidad local.

d. Fortalecimiento de la Asamblea General mediante la inclusión de nuevos miembros natos

La inclusión de nuevos miembros natos se constituye en una estrategia orientada a articular agendas de trabajo en el territorio como herramienta clave para el desarrollo sanitario local. Su aplicación dependería de la aceptación en migrar hacia el modelo de CLAS microrred. Se propone la inclusión de los siguientes representantes:

- Representante de institución educativa: un representante proveniente de la jurisdicción de mayor jerarquía.
- Representante de los trabajadores de salud: elegido por y entre todos los trabajadores del o de los establecimientos

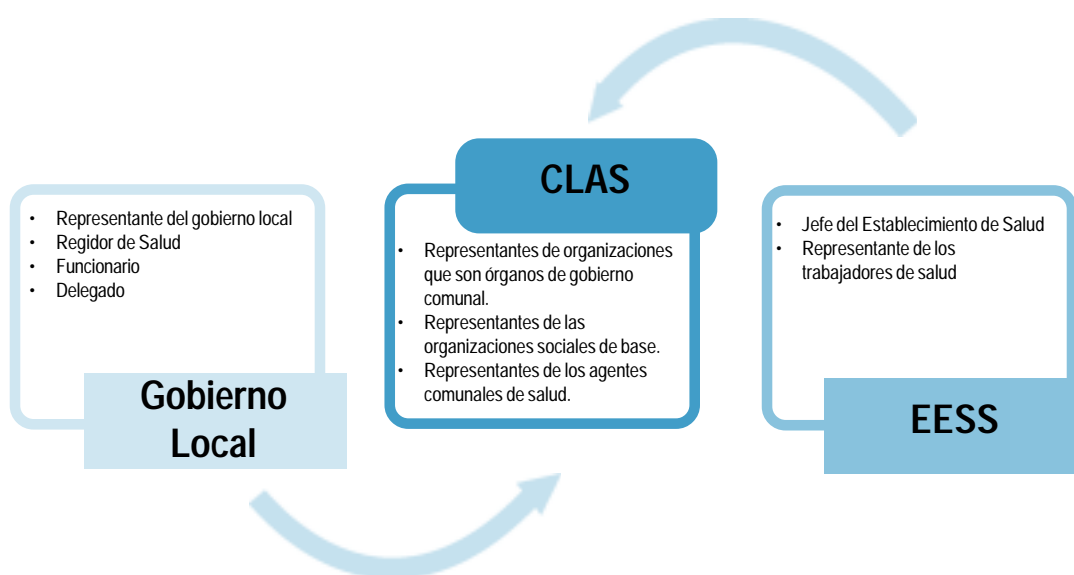
de salud (para el caso de CLAS microrred).

- Representante de espacios de concertación social de la localidad: un representante de todas las organizaciones de concertación existentes en la jurisdicción distrital.

Este mecanismo considera el mantenimiento de la actual condición que goza el Jefe de Establecimiento de Salud como miembro nato de la Asamblea General. Para el caso de los CLAS agregados debería considerarse la inclusión de cómo miembros natos de la AG a los jefes de cada establecimiento de salud.

De igual manera, la inclusión de miembros natos en la Asamblea General de las CLAS resulta complementaria a la posibilidad de incluir a un representante del gobierno local en la CLAS. En caso sea aceptado se establecerían vínculos entre el gobierno local, los establecimientos de salud y la CLAS, lo cual tendría incidencia en la capacidad de respuesta del sistema de atención sanitaria en el territorio. Ver diagrama 10.

Diagrama 10. Vínculos entre Gobierno Local, CLAS y EESS en la representación



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

■ REFORMAS EN LOS ESQUEMAS DE ORGANIZACIÓN

El segundo tipo de reformas procura mejorar los esquemas de autonomía administrativa – segundo elemento distintivo del modelo- a nivel de un mayor número de establecimientos de salud y poder resolver aquellos factores que impiden especializar y fortalecer la función de prestación de servicios de salud que recae sobre la red asistencial. Se espera que con este grupo de reformas se generen nuevas condiciones estructurales para mejorar la capacidad de respuesta de la acción comunal en el asunto de la salud en el territorio.

Se proponen dos tipos de reformas:

- 1) Agregación de establecimientos de salud en una CLAS según su condición de microrred.
- 2) Creación de Comités Satélites de Salud en cada establecimiento de salud

a. Agregación de establecimientos de salud en una CLAS según su condición de microrred

Se trata de una reforma de alto valor para la adecuación del modelo de cogestión de la atención primaria en el marco de la descentralización de la función salud al nivel local. La reforma ha considerado que la unidad mínima a transferir es la microrred³³, lo cual implica que en cualquier microrred donde funcione una CLAS –ya sea CLAS establecimiento o CLAS agregado– y coexistan uno o más establecimientos de salud No CLAS, la totalidad de la microrred debe adecuarse al modelo para evitar contradicciones en la funcionalidad y organización de los proyectos piloto en el mediano plazo.

Adicionalmente, el funcionamiento de las CLAS como microrred acarrea tres tipos de

beneficios: i) mejora la capacidad de gestión de los establecimientos de salud en el Perú; ii) mejora los sistemas de gobernabilidad en salud en el territorio; y, iii) facilita la complementariedad de la oferta de servicios en el territorio permitiendo mejores niveles de acceso y continuidad en la atención de los ciudadanos del territorio.

b. Creación de Comités Satélites de Salud en cada establecimiento de salud

Se trata de la conformación de espacios de representación en cada subterritorio de la CLAS agregado o CLAS microrred. El mecanismo está orientado a ampliar los espacios de democracia, ciudadanía y equilibrio de poderes en el territorio para un desarrollo sanitario local armónico por la intervención en factores que puedan ser abordados por ciudadanos empoderados.

Se propone que los Comités Satélites de Salud estén conformados por cuatro representantes comunales más el jefe del establecimiento de salud. Los Comités Satélites estarían conformados por representantes de los tres grupos de organizaciones comunales propuestos según criterios locales.

En el caso de los CLAS agregados o CLAS microrred un representante de cada Comité de Salud es elegido para conformar el Consejo Directivo de la CLAS.

La existencia de los Comités de Salud se sustenta en la necesidad de contar con instancias participativas desde cada establecimiento de salud que conforma un CLAS agregado. Velarde y Sobrevilla (2002) describieron que la experiencia de separación de los órganos de gobierno de las CLAS en Asamblea y Consejo Directivo determinó que la vida orgánica de las CLAS se circunscriba al funcionamiento del Consejo Directivo, dejando de lado la opinión de los demás miembros del CLAS, por lo tanto,

³³ Ministerio de Salud del Perú, Documento Técnico – Descentralización de la función salud al nivel local. Los Proyecto Piloto, aprobado por R.M. N° 042-2007/MINSA

es preciso apostar por nuevos esquemas de conformación de las CLAS para dinamizar la operatividad y darle mayores niveles de institucionalidad. Se puede agregar que la falta de separación de funciones según el ciclo administrativo, influyó en la superposición de funciones y la baja operatividad de la Asamblea

General. Por lo tanto, la circunscripción de funciones podría resultar siendo un mecanismo que otorgue mayor equilibrio en la vida institucional de las CLAS y así fomentar mejores acciones de planificación y un mejor contexto institucional para la rendición de cuentas.

4. LOS ESCENARIOS PARA UNA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

Las variables que influyen en la organización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención son muy diversas y generan escenarios ampliamente heterogéneos. Sin embargo, existen dos variables determinantes a la hora de proponer una convocatoria más participativa de las CLAS:

- La agregación de establecimientos de salud administrados por una CLAS, pues las experiencias de conformación a partir de la agregación de los establecimientos de salud muestra la falta de diferenciación del proceso de convocatoria y regulación específica para las CLAS que administran más de un establecimiento de salud lo que ha generado bajos o casi nulos niveles de representatividad y representación de los territorios asignados a las CLAS agregados, generando una elección de representantes concentrada en los territorios aledaños al establecimiento de salud cabecera de la CLAS, con efectos que distorsionan la organización y asignación de recursos, lo cual afecta la equidad en el financiamiento y en la prestación.
- El tipo de urbanidad o ruralidad de los territorios en las que se encuentran las

CLAS, pues es evidente que existe un mayor número y tipo de organizaciones comunales en las zonas urbanas, urbano-marginales (costeras y andinas) y rurales de las zonas costeras que en las rurales andinas; por lo tanto, no se puede limitar una sola opción de conformación ante escenarios tan variables

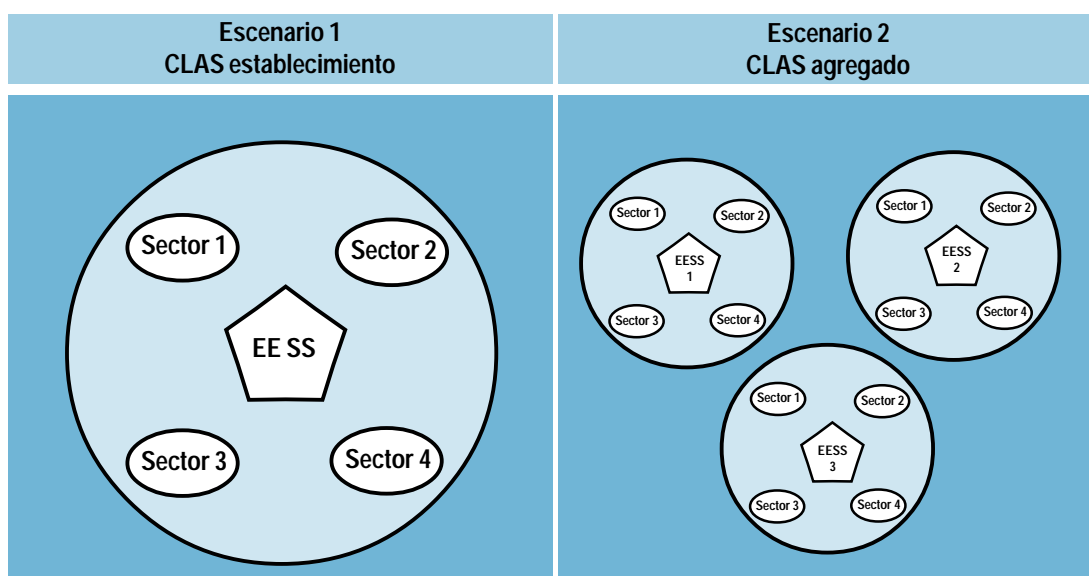
■ LOS ESCENARIOS DEFINIDOS POR LA AGREGACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Los CLAS establecimientos, o CLAS únicos, tienen territorios que son espacios geopoblacionales formados por un conjunto de comunidades de diferente magnitud y diferencias significativas en la disponibilidad de agentes comunales. Por lo tanto, en este tipo de escenarios se deben establecer pautas para una conformación más participativa que estén orientadas a garantizar números mínimos y máximos de representatividad de los territorios asignados a una CLAS. Ver diagrama 11.

Las pautas deben estar expresadas en las normas para la conformación y deben fomentar decisiones diferenciadas por parte de las autoridades sanitarias locales³⁴.

³⁴ Ya sea la autoridad sanitaria del nivel regional o del nivel local, que podría ser el gobierno local en un eventual escenario de descentralización de la función salud al nivel local, según competencias y funciones consideradas.

Diagrama 11. Los escenarios para la propuesta de conformación según agregación



Sector: Pueden variar desde zonas de organización urbana, como urbanizaciones, asentamientos humanos, sectores hasta de tipo rural, como caseríos, comunidades, centros poblados, etc.

Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

En el primer escenario, CLAS establecimiento, la convocatoria se realiza en todas las comunidades del territorio asignado a la CLAS. La convocatoria tiene como objetivo la elección de representantes de cada una de las comunidades que concluya con la conformación de la Asamblea General (sin los miembros natos)

En el segundo escenario, CLAS agregado, la convocatoria se realiza en todos los territorios asignados a cada establecimiento de salud de la CLAS, y está orientada a la conformación de los Comités de Salud, que a su vez son la fuente de los representantes para el Consejo Directivo, es decir cada establecimiento de salud de la CLAS agregado conformará su Comité Satélite que tendrá la representación de sus comunidades del territorio asignado. Con Todos los representantes de cada Comité Satélite se conformará la asamblea general (sin miembros natos)

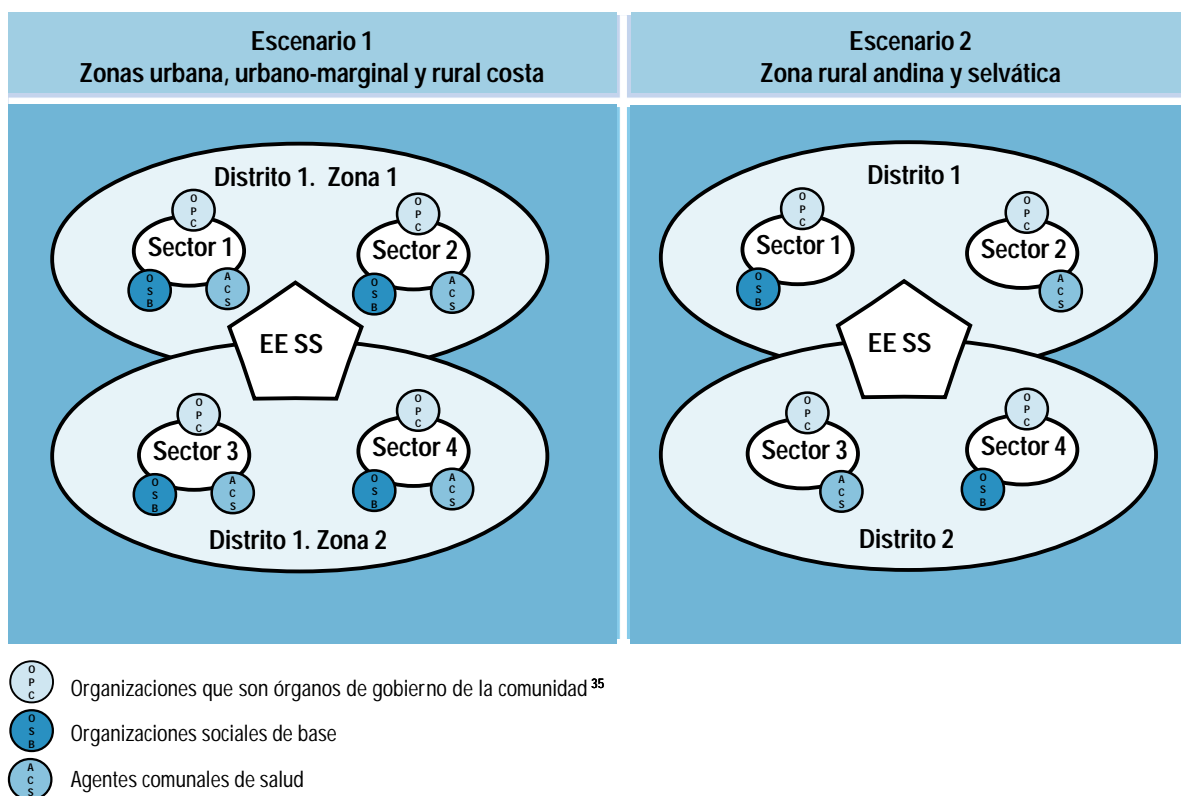
■ **LOS ESCENARIOS DEFINIDOS POR LA URBANIDAD /RURALIDAD**

La disponibilidad de organizaciones comunales en los territorios urbano, urbano-marginales, y rurales de la zona costera del país no difieren mucho según las características de tipo y número.

En el diagnóstico situacional se ha encontrado que existen mayores opciones y disponibilidad de organizaciones comunales, agrupadas según los tres tipos propuestos, en las zonas urbanas, urbano-marginales y rurales de costa. En contraparte, en las zonas

urbanas y rurales de la zona andina existe un menor número de los tres tipos de organizaciones, y su disponibilidad básicamente está relacionada a la pertenencia a un distrito, como territorio base. Esta realidad es producto del alto grado de dispersión poblacional que caracteriza a estas zonas. Sin embargo, existe la posibilidad de que en algunas zonas rurales costeras se repita la condición expuesta para las zonas andinas, por lo tanto, se propone que las pautas sean genéricas y la regulación de los criterios de conformación varíe por decisión de la autoridad sanitaria local.

Diagrama 12. Los escenarios para la propuesta de conformación según ruralidad



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

³⁵ Se trata de las Comunidades Campesinas, Asambleas Comunales y los Ronderos en las zonas rurales de la zona andina y selvática; las Juntas Vecinales y Comités de Defensa en las zonas urbanas.

En el primer escenario, CLAS de zona urbana, urbano-marginal y rural de costa, la convocatoria se extiende a los tres tipos de organizaciones comunales descritas y divididas según la propuesta. Y se debe considerar la representación de estas tres fuerzas comunales por cada territorio asignado a una CLAS. Se puede dar el caso de la presencia de un solo distrito pero dos zonas

En el segundo escenario, CLAS de zona urbana y rural andina, la convocatoria también debe garantizar la inclusión de los tres tipos de organizaciones comunales descritas y divididas según la propuesta, pero en el caso de que el territorio asignado comprenda dos distritos la inclusión de dichas organizaciones se dará a nivel de todo el distrito.

Sin considerar que en esta fase de descentralización de la función salud se dará en escenarios donde una CLAS coincida con el distrito, es preciso modular el escenario donde los establecimientos de salud de un CLAS agregado se encuentren en los ámbitos de más de un distrito, por lo tanto a cargo de más de un gobierno local. Se trata de la modulación de tres elementos: 1) los vínculos en la representación; 2) los vínculos en el contrato y financiamiento; y 3) los vínculos en el direccionamiento.

Para el caso de los vínculos en la representación, para ambas opciones cobra

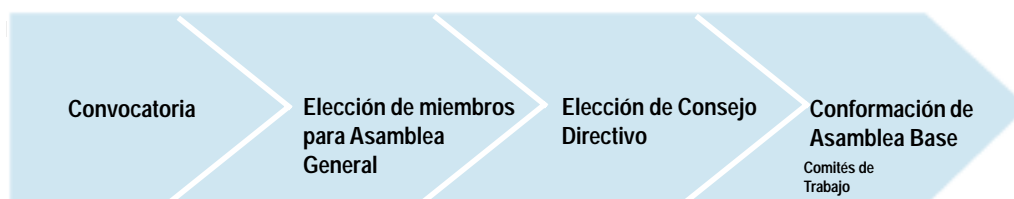
importancia los Comités Satélite de cada establecimiento de salud, los cuales serían tanto los receptores del representante del gobierno local o la fuente del representante del CCL; estos representantes deben ser elegidos a su vez para conformar el Consejo Directivo de la CLAS. Para el caso de los vínculos en el contrato y financiamiento se trata de que el Contrato de Administración Compartida se realice entre todos los gobiernos locales involucrados, la DIRESA y el CLAS. Para el caso de los vínculos del direccionamiento, se trata de que el PPSL se dé en el marco de cada territorio y considere el respectivo PCDL.

5. PROPUESTA DE PROCESOS DE CONFORMACIÓN DE UNA CLAS

Para la conformación de una CLAS se cumple un proceso, el cual consta de varios pasos. En el marco de esta propuesta se proponen cuatro pasos:

- (1) Convocatoria;
- (2) Elección de Asamblea General;
- (3) Elección de Consejo Directivo;
- (4) Conformación de Comités de Trabajo.

Diagrama 13. Los procesos para la conformación de una CLAS



a. La convocatoria

La calidad de los procedimientos de este paso influye en la operatividad de los restantes. La convocatoria implica una serie de procedimientos previos que se realizan a lo largo del tiempo. Se trata del inventario constante de organizaciones comunales que existen en el territorio asignado, de la sensibilización de los mismos, capacitación, relaciones en diversos espacios ya sea para tratar asuntos concretos de la agenda común en salud, rendición de cuentas u otros de desarrollo local.

La convocatoria se realiza a través de invitaciones formales, emitidas por documento circulares. En el sector público se estila que los documentos de comunicación sean firmados en un cargo, con la finalidad de verificar la idoneidad y su correspondencia con la realidad.

b. La elección de la Asamblea General

En este paso se trata de elegir a los representantes comunales de los tres grupos propuestos para que conformen la Asamblea General del CLAS³⁶.

Para el caso de los CLAS únicos se trata del órgano que está conformado por todos los representantes elegidos, se propone un número máximo de ocho miembros.

En el caso de CLAS agregados la Asamblea General incorpora a todos los elegidos para el Comité de Salud de cada establecimiento de salud de la jurisdicción de CLAS agregado, para tal efecto se propone un número máximo de 4 representantes en cada Comité de Salud que son miembros de la comunidad (comprende a por lo menos a un representante de cada una de las tres organizaciones comunales que se proponen en el presente documento. más el jefe del establecimiento de salud (en total son 5 miembros del Comité de Salud).

c. La elección del Consejo Directivo

Se trata de la elección del órgano de gobierno

que tiene a su cargo mayores funciones operativas centradas en la organización y dirección que determinan la vida institucional de la CLAS.

La elección del Consejo Directivo se realiza entre los representantes elegidos por voto universal, y que conforman la Asamblea General para el caso de CLAS únicos y por los representantes enviados por cada Comité de Salud en el caso de CLAS agregados (uno por cada Comité de Salud).

d. La incorporación de los miembros natos

Este paso no es secuencial con los anteriores. La operatividad va a depender de los cambios que realizan las respectivas autoridades a las que pertenecen los miembros.

En el caso de CLAS únicos se considera la representación del gobierno local de mayor jerarquía en el territorio; de la representación de la institución educativa que pertenece a la jurisdicción donde queda el establecimiento de salud; la representación de los trabajadores del establecimiento de salud; y de la representación de los espacios de concertación que laboran en la misma zona. Para el caso de CLAS agregados se considera la representación del gobierno local de mayor jerarquía en el territorio y que corresponde a la jurisdicción donde queda el establecimiento de salud cabecera; de la representación de la institución educativa que pertenece a la jurisdicción donde queda el establecimiento de salud cabecera; de la representación de los trabajadores de salud que pertenece al establecimiento de salud cabecera; y de la representación de los espacios de concertación que laboran en el establecimiento de salud cabecera más los Jefes de Establecimientos de Salud de todos los puestos y centros de salud de la jurisdicción de CLAS agregado. Tanto en el CLAS único como en el CLAS agregado, los miembros natos deben acreditar con documento la representatividad de la institución de procedencia.

³⁶ Corresponde a los sectores, urbanizaciones, asentamientos humanos, caseríos, entre otras tantas opciones de organización urbana o rural.

6. PAUTAS UNIVERSALES PARA LA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

Las pautas universales son aquellas que se aplican para cualquier tipo de escenario sin importar el tipo de agregación de establecimientos de salud, ni su nivel de ruralidad/urbanidad. Su cumplimiento es obligatorio y no son negociables ni susceptibles de ser modificadas. La propuesta de pautas universales es:

- a. **La periodicidad:** Las elecciones se realizan cada dos años, dentro del mismo mes de concluido el periodo de los representantes comunales salientes y que debe coincidir con la fecha de aprobación de la inscripción en Registros Públicos de los últimos representantes, para este fin las elecciones deben de prepararse y realizarse con la debida anticipación
- b. **La composición de los convocados:** Las fuentes de representantes para una CLAS son de tres tipos: (1) organizaciones que son órganos de gobierno de la comunidad; (2) las organizaciones sociales de base; y, (3) los agentes comunales de salud. En el marco de esta propuesta, la convocatoria debe garantizarse a la totalidad de organizaciones comunales operativas o vigentes. Por las organizaciones sociales de base se convoca a:

- a. los Clubes de Madres,
- b. Los Vasos de Leche,
- c. Los Comedores Populares;

Por las organizaciones que son órganos de gobierno comunal se convoca a:

- a. Las Juntas Vecinales,
- b. Comités de Defensa,
- c. Comunidades Campesinas,
- d. Asambleas Comunales,
- e. Los CODECOs,;

Por último, como representantes de los agentes comunales de salud se convoca a:

- a. Los Promotores de Salud, los agrupados o los que ejercen el rol de manera individual.
- c. **La responsabilidad de la convocatoria:** La convocatoria debe realizarse en forma consensuada y debe organizarse un equipo de trabajo conformado por miembros de la comunidad, un miembro de la CLAS saliente, un representante de los trabajadores de salud del Establecimiento de Salud y si es CLAS agregado del Establecimiento de Salud cabecera, y un funcionario de la autoridad sanitaria local. Este espacio transitorio cuyo fin es la organización del proceso de conformación debe definir la fecha, lugar, hora, el listado de convocados, y la manera cómo se van a garantizar las pautas del proceso de elección en la zona, según la normatividad vigente
- d. **El método de elección:** La elección de los representantes se realiza a través de voto universal, entre los representantes enviados por los tres tipos de organizaciones comunales. El voto es universal, secreto y se realiza entre los ciudadanos que representan a las diferentes organizaciones comunales y que fueron convocados para tal fin
- e. **La conformación de la Asamblea General:** La Asamblea General se conforma para un periodo de dos años, y se renueva la inscripción en los Registros Públicos cada vez que se realiza una elección.
- f. **Los representantes elegibles:** Cada elección se registra en el Libro de Actas

de la CLAS y se consigna el orden de los representantes según el número de votos. Esta sirve además, para disponer de representantes elegibles en el caso los elegidos no asumen o cesan en sus funciones antes del periodo establecido.

g. El acompañamiento de la elección: La elección debe estar acompañada por un funcionario (a) de la autoridad sanitaria local o regional. Su presencia debe ser condición *sine qua non* obligatoria y debe ser registrada en el Libro de Actas y

comunicada al cargo máximo de la autoridad sanitaria.

h. La elección de los miembros natos: Los miembros natos provienen sólo de la jurisdicción del establecimiento de salud o del establecimiento de salud cabecera en el caso de CLAS agregados.

i. La composición de la Asamblea General: La Asamblea General está conformada por todos los miembros natos y miembros comunales de la CLAS.

7. PAUTAS ESPECÍFICAS PARA LA CONFORMACIÓN MÁS PARTICIPATIVA

Las pautas específicas varían según los dos escenarios propuestos y son objeto de adecuaciones regionales o locales realizadas mediante actos de regulación, lo cual exige la emisión de normas de carácter vinculante en el ámbito correspondiente, por parte de la autoridad sanitaria que ejerce las respectivas funciones.

■ PAUTAS PARA ESCENARIOS DEFINIDOS POR LA AGREGACIÓN

a. La representación base: Los representantes que provienen de cada organización comunal –según los tres tipos propuestos– se constituyen en los (as) representantes base según el tipo de CLAS por su nivel de agregación: (1) para CLAS únicos, los (as) representantes base elegidos (as) por voto universal secreto conforman la Asamblea General; (2) para CLAS agregados conforman el Comité Satélite de cada establecimiento de salud del CLAS, el cual debe estar conformado por 4 miembros comunales más el o la jefe de establecimiento de salud.

b. El número de representantes: el número máximo de representantes

elegidos (as) para la Asamblea General de una CLAS establecimiento sería de ocho. En contraparte para el caso de una CLAS agregado, el número de representantes varía de acuerdo a la cantidad de Establecimientos de Salud que lo conforman, pues incluye a la totalidad de los Comités Satélite de cada Establecimiento de Salud de la jurisdicción del CLAS agregado.

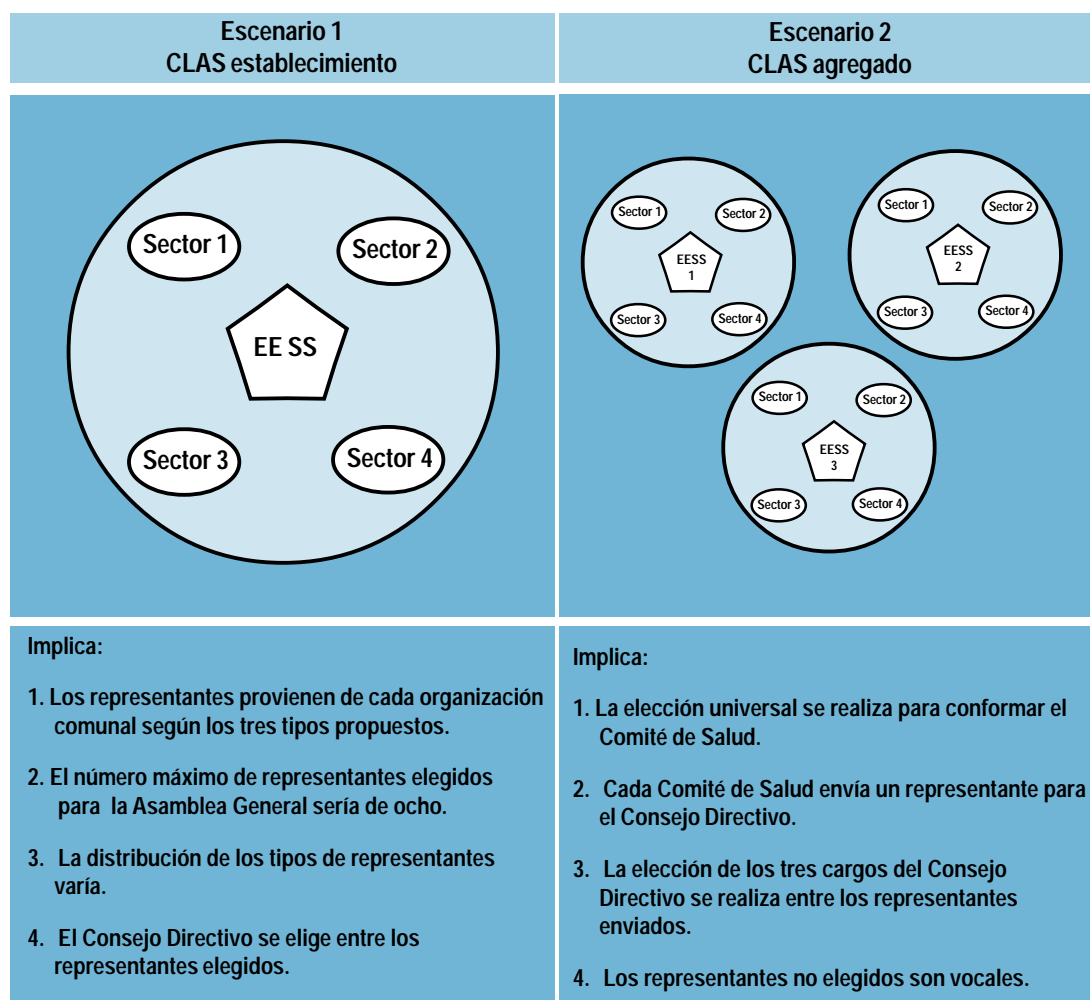
c. La distribución de los representantes: La distribución de los (as) representantes elegidos para la Asamblea General de una CLAS establecimiento o del Comité Satélite de una CLAS agregado variará según el tipo de establecimiento, el nivel de extensión, el grado de disponibilidad de organizaciones comunales. El número de elegidos (as) por cada uno de los tres tipos de organizaciones comunales depende de la regulación local según funciones y competencias. Se debe garantizar la representatividad de estas tres fuentes.

d. La elección del Consejo Directivo: Para el caso de CLAS único, el Consejo

Directivo (Presidente (a), Secretario (a) y Tesorero (a)) se elige entre los miembros de la Asamblea General (Incluye miembros natos y elegidos). Para el caso de un CLAS agregado, el Consejo Directivo se elige entre los representantes de los Comités de Salud, de cada Establecimiento de Salud; es decir participará un representante de cada Comité de Salud, elegido por voto universal más los miembros natos que pertenecen a la jurisdicción del establecimiento de salud cabecera; en estos casos el Consejo Directivo se

conforma por el número real de representantes de todos los establecimientos de salud. En el caso de CLAS agregados el número de miembros del Consejo Directivo debe ser par, si el CLAS agregado tiene un número impar de establecimientos, el número par se obtiene del establecimiento de salud cabecera. Tanto en CLAS únicos como en CLAS agregados los representantes no elegidos del Consejo Directivo asumen cargos como vocales de la Asamblea General.

Diagrama 14. Propuesta de pautas según escenario por agregación



Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

Los procesos más resaltantes para la conformación de una CLAS según los escenarios de agregación se muestran en el siguiente diagrama.

Diagrama 15. Procesos para la conformación de una CLAS

	Convocatoria	Elección A.G.	Elección C.D.	Conformación B.
Para CLAS únicos	<ul style="list-style-type: none"> - Conformación de la A. General - Resultado: 1 representante por cada OC (tripartito) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voto universal y secreto entre los ciudadanos - Resultado: Representantes de tres grupos de OC elegidos para Asamblea General 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de Salud elige, entre representantes, un miembro para CD, por voto universal - Resultado: C.D. conformado 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de miembros natos - <u>Asamblea General conformada</u>
Para CLAS agregados	<ul style="list-style-type: none"> - Conformación de los Comités de Salud - por E.S. - Resultado: 1 representante por cada OC (tripartito) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voto universal y secreto entre los ciudadanos - Resultado: Cuatro representantes, de tres grupos de OC, elegidos para Comité de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de Salud elige, entre representantes, un miembro para CD, por voto universal - Resultado: C.D. conformado 	<ul style="list-style-type: none"> - Comités de Salud conformados - Miembros natos incorporados - Comités de Trabajo conformados

Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

Leyenda: OC: organización comunal; C.T.: Comités de Trabajo; A.G.: Asamblea General; C.D.: Consejo Directivo; ES: Establecimiento de Salud

Tabla 5. Resumen de pautas para la elección de miembros de las CLAS

Consideraciones	Para Asamblea General/Comités de Salud		Para Consejo Directivo	
	Pauta 1	Pauta 2	Pauta 1	Pauta 2
¿Quién los elige?	Los representantes de las organizaciones comunales	Los ciudadanos que asisten a la elección	Los representantes elegidos para la Asamblea General	Los representantes elegidos para la Asamblea General
¿Dónde se eligen?	En cada jurisdicción del(os) establecimiento(s) de salud	En los locales comunales escogidos por la comisión	En el establecimiento de Salud cabecera	En el establecimiento de Salud cabecera
¿Cómo los eligen?	En elección universal secreta, entre todos los representantes de las organizaciones comunales	En elección universal abierta entre todos los ciudadanos	En elección universal abierta, entre los representantes elegidos	En elección universal secreta entre los representantes elegidos

Consideraciones	Para Asamblea General/Comités de Salud		Para Consejo Directivo	
	Pauta 1	Pauta 2	Pauta 1	Pauta 2
¿Cuántos eligen?	CLAS únicos: máximo 8. CLAS agregados cuatro por cada EESS quienes conforman el Comité de Salud y son miembros de la Asamblea General	CLAS únicos: máximo 6 CLAS agregados cuatro por cada EESS quienes conforman el Comité de Salud y son miembros de la Asamblea General	Tres representantes comunales para los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero Además la gerencia del CLAS	Tres representantes comunales para los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero Además la gerencia del CLAS

Fuente: Programa Derechos en Salud, CARE Perú

En la tabla anterior se presenta un resumen de pautas para la elección de miembros de las CLAS según órganos de gobierno.

■ PAUTAS PARA ESCENARIOS DEFINIDOS POR LA URBANIDAD/RURALIDAD

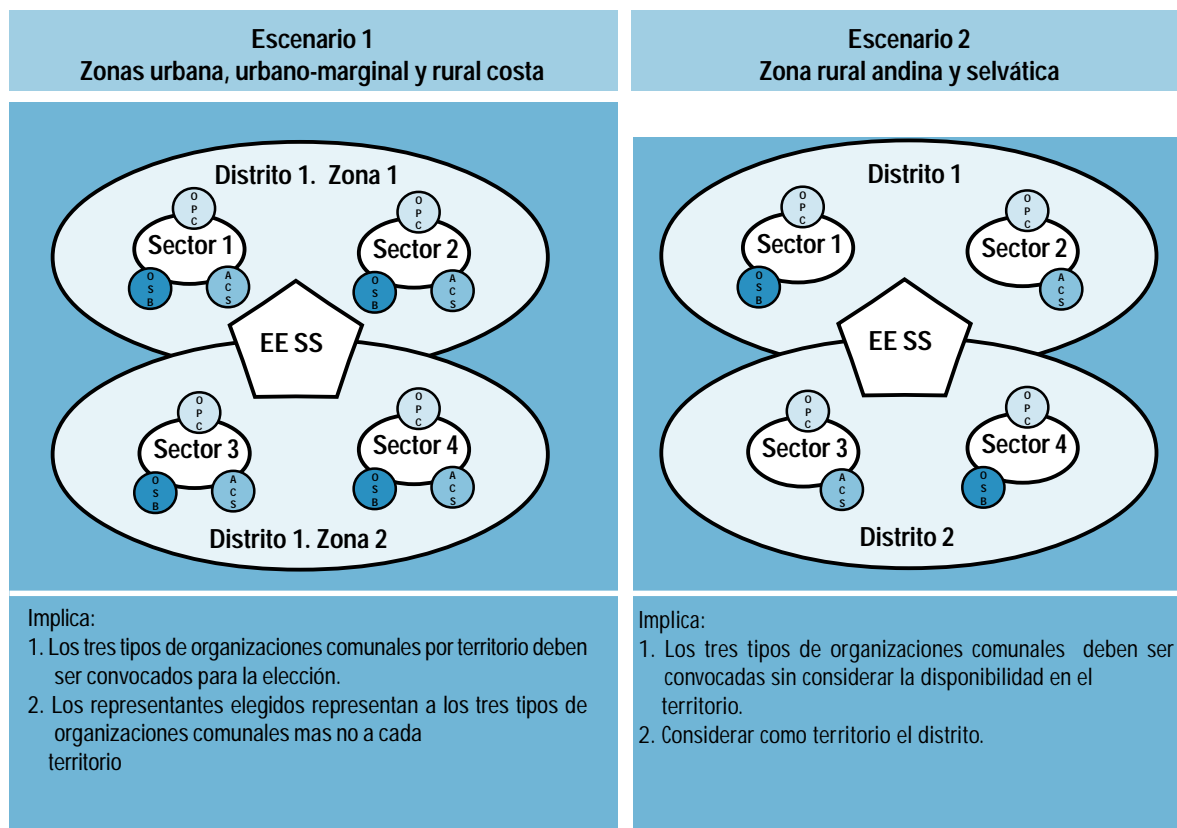
a. La unidad básica para la convocatoria: En los CLAS de zonas urbanas, urbano-marginales y rurales de la zona costera la unidad básica para la convocatoria es el territorio³⁷. Es frecuente que el territorio puede ser zonas de organización urbana, como urbanizaciones, asentamientos humanos, sectores, comunidades, etc. Debe garantizarse la convocatoria para

todos los territorios existentes y a su vez para los tres tipos de organizaciones comunales según la agrupación propuesta. Para el caso de las zonas rurales la unidad base para la convocatoria es el distrito, en el cual sí debe garantizarse la presencia de los representantes que provienen de cada organización comunal –según los tres tipos propuestos.

b. La composición de representantes elegidos: Para las zonas rurales se requiere que se garantice la presencia de los tres tipos de representantes, según los tres tipos de organizaciones comunales existentes.

³⁷ Corresponde a los sectores, urbanizaciones, asentamientos humanos, caseríos, entre otras tantas opciones de organización urbana o rural.

Diagrama 16. Propuesta de pautas según escenario por urbanidad/ruralidad



Fuente: Programa Derechos en Salud

8. CRITERIOS DE ELECCIÓN PARA LA CONVOCATORIA

La propuesta de criterios de elección de representantes, sin considerar el tipo de escenario, considera cinco tipos de variables: criterios de filiación, criterios jurídicos, criterios de territorialidad, criterios de representatividad y de legitimidad social.

Todos los criterios deben ser demostrables y cuyas evidencias objetivas se constituyen documentos, los cuales son origen para el expediente de cada representante.

A. CRITERIOS DE FILIACIÓN

- a. Ser mayor de edad: se requiere la tenencia

de DNI vigente. Documento que se acopia en fotocopia simple para el expediente.

B. CRITERIOS JURÍDICOS

- a. Carecer de antecedentes penales o judiciales: se requiere del documento emitido por la autoridad policial correspondiente.
- b. Haber sufragado en las últimas elecciones: se requiere el holograma de las últimas elecciones adherido en el DNI vigente.

C. CRITERIOS DE TERRITORIALIDAD

- a. Residir en la jurisdicción del establecimiento de salud convocante: se requiere de una Declaración Jurada simple.

D. CRITERIOS DE REPRESENTATIVIDAD

- a. Ser agente comunal de salud: se requiere de la Carta de Presentación, la cual es emitida por la máxima autoridad de la organización comunal a la que pertenece. En el caso de los agentes comunales de salud que no están agremiados se requiere de una Constancia del Establecimiento de Salud con la que coordina las acciones de salud que realiza.
- b. Ser miembro de una organización política comunal: se requiere de Carta de Presentación, la cual es emitida por la máxima autoridad de la organización comunal a la que pertenece.

- c. Ser miembro de una organización social de base: se requiere de Carta de Presentación, la cual es emitida por la máxima autoridad de la organización comunal a la que pertenece.

E. CRITERIOS DE LEGITIMIDAD SOCIAL

- a. Estar activo en la organización a la que pertenece: en la Carta de Presentación se registra este requisito.
- b. Ser reconocida la capacidad de cooperar eficazmente: en la Carta de Presentación se registra este requisito.
- c. Tener reconocimiento de propiciar, movilizar y sostener acciones comunales con otras organizaciones: en la Carta de Presentación se registra este requisito.

9. REGULACIÓN LOCAL COMO MECANISMO CLAVE PARA LA SOSTENIBILIDAD LOCAL

Debido a la gran heterogeneidad de nuestro país, por factores de geografía, de desarrollo económico, de desarrollo sanitario, entre otros, se propone dos opciones en la aplicación de las pautas: i) de aplicación universal; y, ii) de aplicación diferenciada.

Este requisito está orientado a fortalecer las oportunidades locales para una participación interactiva, autónoma y relacionada, que respete las realidades locales, para lo cual se necesita de una regulación local.

■ PROPUESTA DE PAUTAS UNIVERSALES

Primer momento: aplicable para CLAS únicos y Comités de Salud de CLAS agregados

- Convocatoria universal, a partir de bases de datos permanentemente actualizadas.
- Candidatos (as) presentados (as) formalmente.
- Elección universal, secreta a partir de candidatos (as) presentados (as) por los tres tipos de organizaciones comunales.
- Veeduría obligatoria de órganos estatales locales y/o centrales.

Segundo momento: aplicable para CLAS agregados

- Los cuatro miembros de los Comités de Salud deciden en votación secreta un representante para el proceso de elección del Consejo Directivo de la CLAS.

- Presenta el representante de manera formal
- El Consejo Directivo se elige con participación del número real de representantes de todos los establecimientos de salud.
- En caso de CLAS agregados con un número impar de establecimientos, el número par se obtiene del establecimiento de salud cabecera.

Tercer momento: aplicable para a CLAS únicos y CLAS agregados

- Todos los candidatos (as) representantes de los grupos comunales deciden en

votación secreta los tres cargos del Consejo Directivo

- Los miembros que no ocupan cargos son vocales de la Asamblea General.

■ PROPUESTA DE PAUTAS DE APLICACIÓN DIFERENCIADA

El tipo de organizaciones comunales que deben ser convocadas y la extensión o composición de los tres tipos de organizaciones comunales propuestas en este documento debería ser de regulación diferenciada y explícita. La elección de representantes para el primer momento se realiza según realidades locales y regulación local.

C ONCLUSIONES

A partir de lo expuesto tanto en el marco conceptual, en el diagnóstico rápido y la propuesta de pautas y criterios para la conformación más participativa de las CLAS, se concluye que:

- 1.** El factor clave para el éxito de cualquier esquema de participación ciudadana en salud radica en promover prácticas que respeten las realidades locales de agregación de demandas sociales y que garanticen la representatividad de los actores que se agregan por intereses relacionados a bienes, servicios u oportunidades en salud. Estas prácticas deben estar orientadas a fomentar un mejor y necesario equilibrio de poderes en el nivel local, así como deben orientar la generación de mejores niveles de ciudadanía en un territorio hacia la búsqueda de un desarrollo sanitario armónico.
- 2.** Las reformas al modelo, en materia de conformación y organización, deben priorizar mecanismos que generen mejores niveles de confianza, reciprocidad y cooperación entre los actores locales, con la finalidad de generar círculos virtuosos de prácticas que consoliden el capital social en el nivel local y promuevan mejores capacidades comunales para revertir la pobreza y exclusión social en salud por aquellos factores que dependen de la acción social.
- 3.** La ampliación de la representación a nuevas fuentes de organizaciones comunales, para una conformación más participativa, no sólo incrementa las oportunidades de los ciudadanos para ejercer ciudadanía y poder, sino que también incrementa las posibilidades de ejercer funciones necesarias como la planificación y la vigilancia social, tan poco practicadas en el modelo desde sus inicios.
- 4.** El modelo de gestión de administración compartida desde sus orígenes tuvo al principio de inclusión como uno de sus pilares. Sin embargo, la experiencia ha

demostrado que la realización de este principio se vio afectada por fallos en la regulación y en la capacidad moduladora del Estado. Cualquier propuesta de reforma al modelo debe considerar la reconstrucción de mecanismos que fortalecen este principio disminuyendo así posibles fallos en el diseño.

5. La presente propuesta puede representar incrementos en los costos de la participación, pero a su vez incrementa la posibilidad de que la participación sea efectiva en términos del cumplimiento de objetivos. No es posible pretender la consecución de objetivos tan exigentes –como la equidad, calidad y eficiencia–, desde la perspectiva y posibilidades ciudadanas, sin exigir diferenciaciones de los espacios y mecanismos de participación no sólo definidas por las diversas realidades locales, sino también por la manera cómo se discrimina la representación de los intereses sociales, así como por los momentos en que se ejercen las funciones y se involucra formalmente a la mayor cantidad de representantes.
6. Cualquier propuesta de reforma debe considerar el actual contexto de reformas macro en el Estado peruano, que intenta acercar las decisiones políticas y técnicas a las necesidades del ciudadano, construir un Estado más eficiente y democrático. Por lo tanto, se hace indispensable el establecimiento de mayores vínculos entre el modelo de administración compartida y el gobierno local que vaya más allá de vínculos en el contrato.
7. Toda propuesta de descentralización de la función salud al nivel local tiene que conciliar con los diversos modelos de gestión de la salud en el nivel prestador y debería también modular mejoras en el elemento distintivo de autonomía administrativa que caracteriza a las CLAS. Adicionalmente, en aras de garantizar mayores opciones para mejorar la efectividad de los prestadores en el nivel local debe considerarse la agregación de establecimientos CLAS según su condición de microrred. No es posible pretender el mantenimiento de los actuales esquemas de CLAS atomizados en un territorio sin sacrificar la equidad, la calidad, y que indudablemente afecta la eficiencia en la distribución de los escasos recursos con los que cuenta nuestro sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, W.;** et al. 1999. Asociaciones entre el sector público y las organizaciones no gubernamentales para la contratación de los servicios de salud primaria. LACRSS.
- Adolfo, Conrado.** Influencia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud”. En: Altobelli, Laura. 2002. Participación comunitaria en la salud: La experiencia peruana en los CLAS. En: La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de política. Arroyo, Juan, editor. CIES. Lima, pp. 303-354.
- Baltazar, F.** Aportes al dictamen de la Ley de Cogestión –CLAS. Presentación de la Mesa Temática de Organización de Servicios y Participación Social.
- Bolis, Mónica,** Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud.
- Campana Segovia, Juana Pilar,** et al. 2005. Informe técnico final de Diagnostico de Base Participativo de Derechos en Salud. Lima, CARE Perú.
- CARE.** Proyecto Multisectorial de Población – PMP. 2002. Serie: Manual del Facilitador en Salud, módulo 2.
- CEPAL.** 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile.
- Finot, Iván.** 2001. Descentralización en América Latina: Teoría y Práctica. Santiago de Chile
- FOROSALUD.** 2002. Mesa de Descentralización y Servicios de Salud. Documento de Trabajo.
- Grompone, Romeo.** 2005. Argumentos a favor de la participación en contra de sus detractores. En: Participación, ciudadanía y democracia. Perspectivas críticas y análisis de experiencias locales. Editora, Patricia Zárate Ardela. Instituto de Experiencias Peruanas - IEP. Lima. Pp. 13-85.
- Holzmann, Robert; Jorgensen, Steen.** 2003. Manejo social del riesgo: nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. En: Revista de la Facultad de Salud Pública, vol. 21, n° 1, pp. 73-106. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Leivcovitz, Eduardo; Acuña Cecilia.** 2003. Elementos para la formulación de estrategias de protección social en salud. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. v. 2, n° 5, p.136. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

- Ministerio de Salud-PAAG.** 2005. Material de Exposición: “Situación del modelo de Administración Compartida” Lima.
- Ministerio de Salud.** 2007. Documento Técnico – Descentralización de la función salud al nivel local. Los proyecto piloto. Lima.
- MINSA-OPS.** 2003. Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú, Lima.
- Región Huánuco.* Encuentro Regional de las Asociaciones CLAS. Presentación de septiembre 2005.
- Sobrevilla, Alfredo.** 2000. La experiencia del Programa de Administración Compartida. CLAS. MINSA.
- Tanaka, Martín; Meléndez, Carlos.** 2005. ¿De qué depende el éxito de las experiencias de participación ciudadana? En: Participación, ciudadanía y democracia. Perspectivas críticas y análisis de experiencias locales. Editora, Patricia Zárate Ardelá. Instituto de Experiencias Peruanas -IEP. Lima. Pp. 165-191.
- Touraine, Alain.** 2000. ¿Qué es democracia? México. Fondo de Cultura Económica. 309 p.
- Turabián, José Luis.** 1992. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid.
- Velarde, Nicolás, et al.** 2002. Revisión y propuesta de ajustes para el Modelo de Cogestión de Servicios del Ministerio de Salud: Informe final. Ministerio de Salud del Perú., DGSP. Lima. Pp. 15-24; 181-186.
- Velásquez, Fabio,** 2003. “¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?”, Fundación Corona. Bogotá.
- Velásquez, Fabio,** 1986. “Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia”, en Revista Foro, n° 1, Bogotá.
- Wagstaff, Adam.** 2002. Poverty and health sector inequalities. Bulletin of World Health Organization. WHO-Ginebra, n° 80, p. 97-105.
- Whitehead, Margaret.** 1992. The concepts and principles of equity and health”. International Journal of Health Services. Londres, v. 22, n° 3, p. 429-445.