

LA PARTICIPACIÓN EN SALUD Y LA INCLUSIÓN SOCIAL EN EL PERÚ

*Alfonso Nino,
Rosana Vargas**

Universidad Peruana Cayetano Heredia

INTRODUCCIÓN

Los procesos de participación han convocado en el Perú a dos grandes actores del desarrollo social: el sector público y la sociedad civil. En el sector salud el diálogo no ha sido siempre continuo ni sostenido, y se ha visto obstaculizado por problemas de representación, información y capacidad–poder de negociación, así como por una limitada comprensión, de lo que implica la participación en salud.

A pesar de lo anterior, son varios los beneficios que se reconocen a la participación: una relación de mutua responsabilidad entre el sistema de salud y la sociedad; una contribución a la conciencia ciudadana y al fortalecimiento de las organizaciones sociales; y una mayor probabilidad de que los programas y proyectos respondan a las necesidades definidas por la población a la que están orientadas.

En este contexto, el presente estudio da cuenta de los principales procesos de participación en salud, se analizan sus aportes directos y limitaciones.

1.-OBJETIVOS.

Se propuso sistematizar y analizar la participación en salud desde la percepción de los principales actores relacionados con la participación social en salud, examinando algunas experiencias que puedan ser útiles y relevantes para el país.

2.-METODOLOGÍA

El estudio combinó la revisión de fuentes secundarias con entrevistas a informantes claves del Estado, la cooperación internacional, la academia y la sociedad civil, que por su rol o conocimientos sobre participación pudieran aportar a la reflexión y al análisis objeto del estudio. Se entrevistó a funcionarios y representantes del Ministerio de Salud (MINSA), de la Dirección General de Promoción de la Salud, del Consejo Nacional de Salud, de la Defensoría del Pueblo, de El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), de ForoSalud y de asociaciones de pacientes, así como a agentes comunitarios de salud.

3. CONCEPTO Y ENFOQUES DE LA PARTICIPACIÓN.

Aun cuando la participación ha sido objeto de intenso debate y desarrollo conceptual, existe una importante brecha entre el conocimiento sobre el tema y su puesta en acción.

* Este artículo resume un estudio más amplio realizado el año 2010-2011 por encargo del Consorcio de Investigación Económica y Social CIES.

Su abordaje suele distinguir dos niveles: la participación como medio y como fin. Como medio se trata de obtener la colaboración de los pobladores en el marco de objetivos diseñados por terceros. La participación como fin —o participación– poder (Hersch-Martínez 1992)¹, supone la injerencia en la toma de decisiones, incorporando temas que los ciudadanos consideran prioritarios y que negocian o concertan con las instancias del poder político, cuyo propósito es controlar socialmente los compromisos asumidos en la formulación de políticas públicas. Para fines del estudio, se asume este último enfoque.

Los enfoques sobre la participación han evolucionado, en estrecha vinculación con los cambios ocurridos las últimas décadas en el contexto social y político de la región latinoamericana. Inicialmente, la *participación comunitaria* se vinculó a la introducción y transferencia de tecnologías como estrategia para mejorar las condiciones de vida y salud de la población (Rifkin: 1996)². A fines de la década de 1970 se adoptó la participación comunitaria y social como estrategia principal para alcanzar el propósito de Salud para Todos en el año 2000 (Atención Primaria de Salud–OMS) – Declaración de Alma Ata, 1978³. Posteriormente, surgió el enfoque de *participación social* en un contexto político de creciente democratización en América Latina en el período de fines de la década de los años setenta. Enfoque que predominó hasta entrada la década de 1990, poniendo el acento sobre cuestiones esenciales vinculadas a participación en las políticas públicas (Mezones: 2005)⁴. A inicios del presente siglo cobra fuerza el enfoque de *participación ciudadana*, que se nutre del marco de los derechos humanos y la forja de la ciudadanía, centrándose en las responsabilidades y obligaciones del Estado hacia los ciudadanos y la sociedad, en el impulso a los mecanismos de transparencia, exigibilidad y rendición de cuentas (Sen: 2000)⁵.

En el Perú podemos identificar algunas características en este itinerario como el carácter colaborativo de las experiencias de *participación comunitaria*, expresado fundamentalmente en el trabajo con agentes comunitarios de salud, cuyos precursores se remontan a Manuel Núñez Butrón y la educación sanitaria a inicios del siglo veinte. El carácter de concertación y gestión compartida de las experiencias de *participación social*, con diversos niveles de involucramiento en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones en salud. Las experiencias de *participación ciudadana*, fueron impulsadas desde el Estado —como el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales de Salud—, como también las que surgen desde la sociedad civil, como ForoSalud en el 2002 y los colectivos de defensa de los derechos de personas y pacientes viviendo con tuberculosis, VIH/SIDA y otros.

4.- EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN EL PAÍS

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

4.1. El indigenismo, adventismo y Manuel María Núñez Butrón

Durante las primeras décadas del siglo XX surgieron en el país nuevos movimientos sociales aparecieron nuevas corrientes, como el feminismo, el sindicalismo y el indigenismo, algunas de las cuales encontraron formas de expresión política. Entre esas

corrientes aparece también el movimiento adventista (Fonseca: 2005)⁶. Como parte de esta estrategia desarrollaron acciones, con diferentes resultados, en los campos productivo, social, educativo y médico; en estos últimos ámbitos, creando escuelas y centros médicos.

En este contexto surge el doctor Manuel María Núñez Butrón, que impulsó en la década de 1930, un movimiento social en el altiplano peruano, denominado Rijcharismo (del quechua *rijchary*, ‘despertar’), que tuvo por sede Juliaca y como vocero la revista *Runa Soncco*, impulsaba una lucha contra “la ignorancia, la ociosidad, el pleito, la suciedad y el alcoholismo”.

Una de las razones por las cuales la brigada no se mantuvo vigente fue el rol paternalista de Núñez Butrón, que incluyó métodos autoritarios y sostuvo una débil articulación con la red sanitaria pública (Cueto: 2002)⁷. No obstante, su trabajo —distinto a la tendencia dominante en la medicina de esa época, más bien centrada en la tecnología y la construcción de hospitales— resaltó la importancia de la higiene, el diálogo intercultural, la educación sanitaria y la modificación de los hábitos y estilos de vida, tal como años después empezaron a hacer los promotores de la atención primaria de la salud.

4.2. La comunidad y el control de las enfermedades: los primeros voluntarios

La propagación desmedida de enfermedades transmisibles —que, localizadas en ámbitos determinados, habían copado casi todo el país en 1957— determinó que el Estado implementara una campaña de lucha para el control de la malaria, con apoyo internacional. Esto logró interrumpir la transmisión de la enfermedad en varios departamentos y redujo su tasa de morbilidad. Sin embargo, dado que no se abordaron las condiciones socioeconómicas, la intervención no resultó sostenible y la situación epidemiológica volvió a su estado inicial (Won Un: 1998)⁸.

Los resultados positivos, aun cuando fueran temporales, no son únicamente atribuibles a una acción ordenada y estructurada del programa y del sector salud. Si bien la intervención fue institucional —a cargo del Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, con una organización especial dentro del Ministerio de Salud (MINSA)— y a pesar de su verticalidad, promovió la participación de la comunidad mediante una red de voluntarios en las comunidades de zonas afectadas: los llamados *voluntarios de malaria*¹. Este modelo de intervención se diseminó por todo el país, y los voluntarios fueron capacitados y equipados con medicamentos e insumos para su trabajo, además de ser continuamente visitados por el personal de campo del programa de erradicación de la malaria responsable de cada zona de intervención.

a) Los agentes comunitarios de la salud y su contribución a la salud en el país

¹ Su labor consistía en tomar una muestra de sangre de los casos febriles sospechosos, enviar la muestra al establecimiento de referencia más cercano y dar la medicación inicial en la espera del resultado definitivo.

Aprovechando la tendencia de una extensión de la cobertura de los servicios de salud implementados en el país, desde fines de la década de 1950, el sector salud, buscó la formación de recursos humanos en la comunidad; es decir, personas que, una vez capacitadas, pudieran ser el primer nivel de contención de la demanda de atención. Su actividad central sería la referencia de casos y la difusión de medidas de higiene personal, esto contribuye a la constitución del movimiento de agentes comunitarios de la salud (ACS), término que involucra a los promotores de salud, las parteras tradicionales y otros actores de la comunidad capacitados para asumir una función en el cuidado de la salud de sus comunidades.

La Iglesia Católica mediante sus grupos pastorales, las organizaciones no gubernamentales, la cooperación internacional y, en menor medida, el Estado, impulsaron en las comunidades programas rurales de atención básica de salud. Un elemento dinamizador fue la estrategia de Atención Primaria de Salud, en cuyo marco se realizó, en las décadas de 1970 y 1980, un trabajo intensivo para ampliar la cobertura en base a ACS.

Durante muchos años los agentes comunitarios de salud —en especial los promotores de salud—² han tenido un papel importante en la atención de sus comunidades: “Sus acciones colectivas de salud —la planificación de base, las dinámicas organizativas, las campañas de prevención, control e intervención sobre el medio ambiente, y sus acciones de educación y capacitación— se pueden entender también como parte de procesos de democracia local, lucha social, respeto mutuo y compromiso con el bienestar general” (Won Un:1998 p.6).

Muchos agentes comunitarios han trascendido su rol de actores en el campo de la salud para convertirse en líderes de sus comunidades. Algunos han incursionado en la esfera política, convocados por los partidos como regidores de los gobiernos locales, y han puesto en agenda la salud y las necesidades de sus comunidades. Un rol particularmente valorado por los servicios de salud concierne al sistema de vigilancia comunal, que establece flujos de comunicación desde la comunidad hacia los servicios de salud, conocido como *redes de notificación de la vigilancia comunal*.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

4.3. La organización comunal, los entornos saludables y la gestión del desarrollo local: de los ECOS a los CODECOS

a) Del trabajo extramuros al trabajo comunitario

² Para convertirse en promotores de salud tuvieron que cumplir requerimientos como ser elegidos por la comunidad, disponer del tiempo necesario, ser responsables, respetuosos y guardar confidencialidad en el trato con las personas no ser activistas políticos ni religiosos, tener habilidad para comunicarse con la comunidad, capacitación y certificación por los servicios de salud, entre otros, según la entidad que promovía su formación.

Los gerentes de los programas de salud pública estigmatizaron la atención extramural, culpándola de la baja en las coberturas³, aunque la exigencia de resultados (coberturas, atendidos) obligaba al personal de salud a salir de los establecimientos para lograr sus metas de atención. Finalmente, los problemas de falta de continuidad y rutina, así como el alto costo, llevaron a la desarticulación de este tipo de trabajo.

Diversas experiencias impulsadas por proyectos nacionales, trataron de diseñar una propuesta ordenada de trabajo extramural en la comunidad, que implicaba el conocimiento de la comunidad desde un enfoque general, no solo vinculado a su situación de salud, sino también a las causas de los problemas y la respuesta ante ellos, así como a la situación de su organización.

b) Del trabajo comunitario a los entornos saludables

Durante mucho tiempo el sector salud no valoró el trabajo comunitario, pues lo veía como una distracción de la atención de su personal. En contraste, las organizaciones no gubernamentales y la Iglesia apostaban por una propuesta más comunitaria, centrada no solo en el establecimiento de salud y en la zona urbana. Este enfoque tuvo un apoyo fundamental en la propuesta de promoción de la salud expresada en la Carta de Ottawa, suscrita en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986)⁹.

A partir de lo anterior, se inicia la construcción de la propuesta de Comunidades Saludables y Municipios Saludables, que se conceptúa también como un programa que permite la convergencia entre las acciones de promoción de salud y la planificación local. Finalmente, se puede ver como una política capaz de reorientar los servicios de salud con una visión de desarrollo y alianza entre los servicios de salud (gobierno) y la sociedad civil.

c) De los entornos saludables al desarrollo comunal o local

A partir de la propuesta de comunidades rurales saludables, que se convierten en nuevos núcleos sociales, se impulsa desde “abajo” la implementación de la Estrategia de Municipios Saludables (EMS). Esta estrategia, aplicada en el marco del enfoque de promoción de la salud, busca mejorar el estado de salud de la población actuando sobre los determinantes de la misma (exclusión, educación, alimentación, vivienda y medio ambiente, entre otros), a partir de un trabajo participativo e intersectorial con la comunidad.

A nivel de las comunidades, estas experiencias de planificación comunal han dado lugar a diagnósticos y planes; sin embargo, muy pocas han concretado estos planes, han quedado como un listado de actividades, o no han abordado el tema de la concertación y negociación del financiamiento. La forma más común de hacer que estos planes resulten

³ En la década de 1980 las coberturas de inmunizaciones no alcanzaban el 50%. Se culpaba de la baja captación de sintomáticos respiratorios del Programa TBC a la “distracción” del personal de salud en actividades extramurales.

operativos son los proyectos, cuya implementación contribuye a generar experiencia para ordenar, definir e incluso cuantificar la demanda, rompiendo la vieja relación entre la población y las instituciones, que privilegia las solicitudes y los memoriales, una modalidad de relacionamiento Estado–comunidad que ha persistido por más de cuatrocientos años.

4.4. El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud y los CLAS

El Perú es uno de los pocos países que tiene un programa gubernamental de salud con participación comunitaria legalizada, regulada e institucionalizada (Altobelli: 2002)¹⁰ en el marco del Programa de Administración Compartida (PAC). Dicho programa se creó en mayo de 1994, el propósito del Programa fue estimular una mejora en la calidad de atención para promover el uso de los servicios, con una modalidad que contempla la participación de la comunidad organizada en la administración de los fondos del establecimiento bajo la ley privada, y que incluye la contratación de personal sujeta al régimen privado, así como incentivos económicos.

La implementación de los CLAS –Consejo Local de Administración de Salud–, por otra parte, no solo produjo un nuevo modelo de gestión compartida con la comunidad, sino que incorpora nuevos mecanismos de financiamiento que establecen una asociación público–privada con financiamiento estatal, que ha generado nuevas formas de atender la salud de la población.

Las posturas frente a los CLAS han sido diversas. Los gremios profesionales, particularmente el médico, han tenido, en general, una posición contraria, debido a que la tradicional autoridad médica en el establecimiento se supedita a la comunidad, la mayoría de cuyos integrantes carecen de formación profesional. En el caso del Ministerio de Salud, el sector no se ha comprometido con una política clara y coherente sobre la organización, gestión y financiamiento de la atención primaria de salud (APS), a pesar de que el Programa de Administración Compartida presenta un modelo de gestión que ha demostrado ser exitoso (Altobelli: 2002).

Según Acosta (2009)¹¹, el Ministerio de Salud sitúa los avances de los CLAS en tres dimensiones: en el campo de la *equidad*, la *calidad* y, finalmente, en *otros desarrollos* destaca la evidencia de mayor productividad, mejora de infraestructura, mejora de equipamiento y apoyo de autoridades locales, regionales y otras externas nacionales e internacionales:

Francke¹² señala que “*Los Consejos Locales de Administración en Salud (CLAS) ha sido una de las estrategias más innovadoras y exitosas de la salud pública peruana en la última década [...] sin embargo, los CLAS no han estado exentos de problemas, en particular en algunas regiones donde la participación comunitaria no ha sido respetada y se ha tendido más bien a que los representantes de la comunidad sean*

nombrados de manera poco democrática” (Francke 2006: p. 12).

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

4.5. El Sistema Nacional Concertado y Descentralizado de Salud

En el año 2002 se crearon el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales de Salud, en el marco del Sistema Nacional Concertado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de “coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector”⁴. Entre las funciones de los Consejos de Salud están el proponer la política nacional de salud y el Plan Nacional de Salud, propiciar la concertación y coordinación intra e intersectorial en el ámbito de la salud, y proponer las prioridades nacionales, sobre la base de la situación de salud y de las condiciones de vida de la población.

Los consejos tienen un potencial —no actualizado en la práctica— como espacio de construcción concertada de políticas públicas, orientado a la negociación de intereses de los distintos actores, la formulación de opciones y la elección de cursos de acción en la búsqueda del bien común (Lazo *et al.* 2007)¹³.

Sin embargo, a pesar de ser los únicos espacios normados de concertación y planificación en salud, no ha existido un esfuerzo sostenido para fortalecerlos ni para convertirlos en instancias efectivas de discusión y deliberación. Esto ocurre debido a diversos factores; entre ellos, su carácter consultivo y no vinculante, que restringe la posibilidad de una respuesta dialogada y concertada del Estado y la sociedad, a diferencia de otras experiencias de la región como el Consejo Nacional de Salud brasileño, instancia máxima de formulación concertada de políticas y control social. Asimismo, su composición fuertemente sectorial, con limitada participación de la sociedad civil (uno de once representantes) y el hecho de ser considerado un espacio muy institucional, burocratizado y “medicalizado” (Escobedo: 2009)¹⁴, que restringe las posibilidades de una participación real y efectiva.

4.6. Las organizaciones de pacientes

Las organizaciones de pacientes emergen inicialmente para abordar de manera colectiva las carencias de los servicios, en muchos casos impulsadas por los establecimientos de salud como una forma de obtener recursos y canalizar de manera más eficiente actividades de información y capacitación. En este contexto, la perspectiva de las asociaciones se centra en una dimensión asistencial, para ir incorporando

⁴ No obstante, la idea del sistema coordinado de salud y los consejos como órganos de articulación del sistema están presentes en la agenda sanitaria desde la década de 1970, aunque de manera paralela a la estructura oficial y siempre con un carácter consultivo y con una participación restringida para la sociedad civil.

paulatinamente una noción de derechos y ciudadanía, lo que les permite ir convirtiéndose en un actor relevante con capacidad de interlocución e incidencia. Tal es el caso de las asociaciones de pacientes de tuberculosis y VIH, y, más recientemente, de los grupos de afectados por enfermedades como la hepatitis B y la insuficiencia renal crónica.

A inicios de la década del 2000, el impulso a la participación ciudadana desde un enfoque de promoción y defensa de derechos favoreció que los grupos de afectados fueran gradualmente reconocidos como interlocutores por instancias del Estado. Con ello pasaron de una relación de confrontación a su incorporación en el Comité Consultivo de la Estrategia Sanitaria Nacional del Programa contra la Tuberculosis (ESN-PCTB) y a participar en las reuniones nacionales de evaluación de la estrategia.

4.7. ForoSalud: incidencia política en salud desde la sociedad civil

En el país y en América Latina, ForoSalud constituye una experiencia relevante de incidencia política desde la sociedad civil en el campo de la salud. Si bien se ha centrado en la incidencia en el campo normativo, su accionar y su mensaje han discurrido entre la vigilancia social, la toma de posición ante temas de política pública y la promoción de los derechos ciudadanos. Desde su nacimiento ha generado propuestas sobre equidad, derechos y universalización de la salud.

Según Arroyo, *“Desde el inicio, ForoSalud no quiso ser una institución u ONG sino una organización y un movimiento, [para promover la] ampliación del espacio público, la desestatización parcial de la política y la emergencia de una nueva corriente civilista sectorial y nacional”* (Arroyo 2006: 17). Esta red ha adquirido una notable expansión nacional y un posicionamiento reconocido en el campo de la salud, dentro y fuera del país. Destaca, en este sentido, su rol como centro de producción programática y como espacio desde el cual se formulan políticas públicas sobre salud y se promueve la investigación de problemas sanitarios y el planteamiento de soluciones.

Como balance final, es posible compartir la opinión de Arroyo¹⁵: *“Por lo pronto, por lo hecho, que ha sido ya bastante, se ha empezado otra posibilidad para la salud en el Perú. Evidentemente, los fenómenos sociales no son eternos y hay dos interrogantes permanentes en estos esfuerzos: la sostenibilidad del movimiento y su efectividad para conquistar logros en salud para el país”* (Arroyo 2006: pag 15).

4.8. Perspectivas: el Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

El acceso a una atención de salud con calidad y universal es una aspiración moderna de todos los pueblos. Expresa el valor que una sociedad asigna a la vida y salud, y su desigual desarrollo muestra la inequidad social y las condiciones de riesgo de enfermedad y muerte que atraviesan muchas personas.

El proceso de implementación de esta modalidad de acceso a la salud se inicia con la formulación del Plan Nacional de Implementación del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que define los objetivos de política del AUS 2009-2011, orientados a

garantizar los derechos a la atención de salud de toda la población, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento (contrato social). Los ejes estratégicos del AUS son tres: extender la cobertura de asegurados a nivel nacional, principalmente en los segmentos de bajos ingresos; ampliar la cobertura de beneficios de acuerdo con el perfil demográfico y epidemiológico de la población y con un enfoque integral de la atención; y garantizar la calidad de la atención a través de la introducción de garantías explícitas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en cuanto a la oportunidad (tiempos de espera) y la calidad de la prestación de los servicios mediante estándares auditables (MINSa 2009)¹⁶.

El Colegio Médico del Perú señala las desventajas de la propuesta del Aseguramiento Universal en Salud: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud se plantea como cobertura mínima y no como un mecanismo transitorio hacia la cobertura total, con la consecuente discriminación y exclusión de los más pobres; además, el financiamiento del SIS no es sostenible, al establecerle como base un porcentaje del producto bruto interno sujeto a la disponibilidad presupuestal, que disminuye en épocas de crisis⁵. Otra desventaja es que debilita aún más el gobierno y la rectoría del sector salud, debido a que profundiza su segmentación, y mantiene los privilegios de administradoras públicas que se manejan como privadas, sin rendir cuenta a la ciudadanía.

Se percibe, por un lado, una actitud confrontacional y poco permeable al diálogo con el gobierno; y por otro, inacción y poco interés en promover una participación sustantiva de las organizaciones de la sociedad civil. No obstante, existen también iniciativas y esfuerzos por llegar a acuerdos, especialmente en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud. Definitivamente, es un proceso en el cual el diálogo debe continuar como un instrumento de conocimiento y entendimiento mutuo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El país ha tenido experiencias participativas que si bien no presentan un continuo, sí marcan hitos y aprendizajes desde la participación comunitaria hasta la relativamente reciente participación ciudadana. Con interrupciones y desencuentros, se está ante un importante proceso de desarrollo del diálogo como instrumento de participación.
2. La evolución de los enfoques de participación —comunitaria, social y ciudadana— está vinculada al amplio impulso de los procesos de democratización y descentralización en América Latina durante las últimas décadas, que ha significado un cambio en las formas de relacionamiento entre el Estado y la sociedad
3. Es necesario, así, establecer una “ruta corta” de participación que posibilite canalizar las necesidades y demandas de usuarios de los servicios, así como

⁵ Durante los años 2008 y 2009 la afiliación al SIS se incrementó en 22%, mientras que su presupuesto solo aumentó en 4%; de allí que su gasto per cápita haya sufrido una disminución de un máximo de 65 millones de soles (2004) a 39 millones en el 2009, lo que afecta la atención de los servicios de salud. CIES, Observatorio de la Salud. <http://observatorio.cies.org.pe/aseguramiento>.

procesos de transparencia en la gestión y rendición de cuentas desde los establecimientos.

4. El eje del financiamiento del sector se orienta hacia la atención individual y, sobre todo, hacia la atención recuperativa mediante el Seguro Integral de Salud y, más recientemente, el Aseguramiento Universal en Salud. Los grandes flujos de recursos no van hacia la prevención ni hacia la salud colectiva como escenario natural de la participación, lo que refleja la baja prioridad otorgada a las iniciativas de promoción de la salud.
5. Desde el sector, y en todos sus niveles, no parece existir demasiada convicción sobre la utilidad de la participación, ni claridad sobre el valor agregado o la eficacia de los espacios de participación existentes; esto se refuerza por la falta de evidencias y la poca visibilidad de los logros
6. El futuro de los CLAS es incierto debido a la falta de voluntad política para fortalecer este modelo y el limitado apoyo técnico del sector. Su valor como espacio de participación no es claramente visible; lo es, más bien, como modelo de gestión, porque otorga agilidad a los procesos administrativos y contribuye con los resultados sanitarios.
7. ForoSalud ha jugado un rol importante para canalizar la voz de un sector de la sociedad civil ante temas críticos y ha tenido incidencia en el ámbito de los derechos.

BIBLIOGRAFÍA.

-
- ¹ HERSCH-MARTÍNEZ, Paul. 1992 “Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso”. *Salud Pública de México*, Vol. 34, N.º 6, pp. 678-688.
 - ² RIFKIN, Susan 1996 “Paradigm lost: toward a new understanding of community participation in the health programs”. *Acta Trop*, vol. 61, N.º 2, pp. 79-92.
 - ³ OMS, Declaración de Alma Ata, 1978.
 - ⁴ MEZONES, Francisco, 2005 “Participación ciudadana en el diseño de políticas públicas: Estudio de caso Programa de Desarrollo Comunitario para la Paz en Guatemala”. X Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, 18-21 de octubre.
 - ⁵ SEN, Amartya, 2000 *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
 - ⁶ FONSECA, Juan 2005 “Protestantismo, indigenismo y el mundo andino”, en Paulo Drinot y Leo Garófalo (editores), *Más allá de la dominación y la resistencia. Estudios de historia peruana, siglos XVI-XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 282-311.
 - ⁷ CUETO, Marcos, el regreso de las epidemias, IEP 2002
 - ⁸ WON UN, Julio Alberto, 1998 “Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los quehaceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos”, *Cadernos de Saúde Pública*, n.º 14 (Sup. 2), pp. 91-100.
 - ⁹ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986, p.2
 - ¹⁰ ALTOBELLI, Laura, 2002 La salud peruana en el siglo XXI. Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS CIES Julio 2002
 - ¹¹ ACOSTA, C. (2009) La Cogestión y Participación Ciudadana en Salud en el Perú, lecciones y aprendizajes. Arequipa Octubre 2009.
 - ¹² FRANCKE, Pedro. 2006 PRAES Boletín n.º 5, Julio. Promoviendo alianzas y estrategias.
 - ¹³ LAZO, Oswaldo 2007 Viabilidad de los Consejos Regionales, documento de trabajo, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2007.
 - ¹⁴ ESCOBEDO, Seimer 2009 *Estudio de base. Efecto de la participación de la sociedad civil en la formulación de políticas públicas de salud y económicas*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

-
- ¹⁵ ARROYO, Juan, 2006 *ForoSalud, memoria de una experiencia de construcción de sociedad civil 2000-2004*. Lima: ForoSalud.
- ¹⁶ MINSAL, MINISTERIO DE SALUD, 2009 *Informe de implementación del AUS*. Lima..