

Nedda Angulo



La producción de servicios de bienestar desde la sociedad civil

CUIDADO DE LA SALUD EN DISTRITOS
POPULARES DE LIMA METROPOLITANA



LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS
DE BIENESTAR DESDE LA SOCIEDAD CIVIL
Cuidado de la salud en distritos populares de Lima Metropolitana

La producción de servicios de bienestar desde la sociedad civil

CUIDADO DE LA SALUD EN DISTRITOS
POPULARES DE LIMA METROPOLITANA

Nedda Angulo



© GRUPO RED DE ECONOMÍA SOLIDARIA DEL PERÚ (GRESP)
Av. César Vallejo 335, Lince, Lima 14 - Perú
Telefax: (511) 221-6070
E-mail: gresp@gresp.org.pe
Sitio web: www.gresp.org.pe

INSTITUTO DE SALUD CRISTOFORIS DENEKE (ISDEN)
Av. Paso de los Andes 844, Pueblo Libre, Lima 21 - Perú
Telefax: (511) 431-1556
E-mail isden_msc@yahoo.es

GÉNERO Y ECONOMÍA
Jr. Almirante Guisse 1149, Jesús María, Lima 11 - Perú
Telefax: (511) 265-8540
E-mail: mujecon@terra.com.pe

Autora: Nedda Angulo
Diseño y diagramación: Carmen Inga
Impresión: Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-12574
ISBN: 978-9972-9485-5-8

Primera edición, noviembre 2007

Impreso en el Perú
1000 ejemplares

A Dorita y Aubi

INTRODUCCIÓN	17
I. LA SOCIEDAD CIVIL: UNA DIMENSIÓN POLÍTICA Y UNA DIMENSIÓN ECONÓMICA	23
1. La función de intermediación de la sociedad civil	23
2. La función productiva de la sociedad civil	27
3. Los agentes y las modalidades de producción de la sociedad civil	35
II. METODOLOGÍA	39
III. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE SALUD	43
1. Características generales	43
2. Servicios de salud prestados	46
2.1 Educación en salud	49
2.2 Visita a enfermos	51
2.3 Recreación	52
3. Recursos empleados	54
3.1 Aporte propio	54
3.2 Apoyo de agentes externos	57
3.3 Actividades pro-fondos	59

IV. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE ALIMENTACIÓN	61
1. Características generales	61
2. Servicios de salud prestados	63
2.1 Seguridad alimentaria	65
2.2 Suministro de fondos de asistencia	69
3. Recursos empleados	73
3.1 Aporte propio	74
3.2 Ingresos propios	78
3.3 Apoyo de agentes externos	78
V. CENTRALES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE ALIMENTACIÓN	79
1. Características generales	79
2. Servicios de salud prestados	81
2.1 Educación en salud	81
3. Recursos empleados	83
3.1 Aporte propio	83
3.2 Apoyo de agentes externos	83
VI. PARROQUIAS CATÓLICAS	85
1. Características generales	85
2. Servicios de salud prestados	86
2.1 Visita a enfermos	88
2.2 Suministro de fondos de asistencia	89
2.3 Educación en salud	90
3. Recursos empleados	91
3.1 Aporte propio	91
3.2 Apoyo de agentes externos	92
3.3 Ingresos propios	93

CONTENIDO	11
VII. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	95
1. Características generales	95
2. Servicios de salud prestados	96
2.1 Educación en salud	97
2.2 Organización de campañas de salud	98
2.3 Recreación	99
3. Recursos empleados	100
3.1 Cooperación internacional	100
3.2 Apoyo de agentes externos	101
3.3 Ingresos propios	101
VIII. CONCLUSIONES	103
1. Tipos de servicios de salud realizados por los agentes de la sociedad civil	103
2. Mecanismos de asistencia de salud gestionados por los agentes de la sociedad civil	106
3. Modalidades de financiamiento de los servicios de salud de los agentes de la sociedad civil	107
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXOS	119
1. Directorio de Organizaciones Comunitarias de Salud	119
2. Directorio de Centrales de Organizaciones de Alimentación	121
CUADROS	
1. Universo y muestra de encuesta a Organizaciones Comunitarias de Alimentación	41
2. Organizaciones Comunitarias de Salud según distrito, año de creación y eje de intervención	44

3. Organizaciones Comunitarias de Salud según número de participantes varones y mujeres y ámbito de influencia	47
4. Organizaciones Comunitarias de Salud: Servicios de salud prestados según distrito	49
5. Organizaciones Comunitarias de Salud: Temas educativos desarrollados según distrito	50
6. Organizaciones Comunitarias de Salud: Frecuencia de ejecución de charlas educativas según distrito	51
7. Organizaciones Comunitarias de Salud: Asistencia efectuada mediante visitas a enfermos según distrito	51
8. Organizaciones Comunitarias de Salud: Frecuencia de ejecución de visitas a enfermos según distrito	52
9. Organizaciones Comunitarias de Salud: Actividades recreativas promovidas según distrito	53
10. Organizaciones Comunitarias de Salud: Frecuencia de ejecución de actividades recreativas según distrito	53
11. Organizaciones Comunitarias de Salud: Modalidades de financiación de los servicios de salud según distrito	54
12. Organizaciones Comunitarias de Salud: Existencia de personal remunerado según distrito	55
13. Organizaciones Comunitarias de Salud: Horas semanales de trabajo voluntario de sus miembros según distrito	56
14. Organizaciones Comunitarias de Salud: Local de funcionamiento según distrito	56
15. Organizaciones Comunitarias de Salud: Propietarios de locales de funcionamiento prestados según distrito	57
16. Organizaciones Comunitarias de Salud: Apoyo externo recibido para educación en salud según fuente y distrito	58
17. Organizaciones Comunitarias de Salud: Entidades estatales que apoyan la educación en salud según distrito	59
18. Organizaciones Comunitarias de Salud: Tipos de actividad pro-fondos realizadas según distrito	59
19. Organizaciones Comunitarias de Alimentación según distrito	63

20. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Servicios de salud prestados según organización y distrito	64
21. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Número de beneficiarios según organización y distrito	65
22. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Días de funcionamiento semanal de Comedores Populares y Clubes de Madres	66
23. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Total de raciones preparadas diariamente por Comedores Populares y Clubes de Madres	66
24. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Usuarios de los servicios de Comedores Populares y Clubes de Madres	66
25. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Precio de venta de menú a socias según organización	67
26. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Precio de venta de menú al público según organización	68
27. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Días de funcionamiento semanal de Comités del Vaso de Leche según distrito	68
28. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Número de raciones destinadas a casos sociales según organización y distrito	70
29. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Criterios aplicados para determinar casos sociales según organización	70
30. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Mecanismos de generación de fondos de asistencia según organización y distrito	71
31. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Beneficiarios de fondos de asistencia según organización y distrito	72
32. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Gastos cubiertos con fondos de asistencia según organización y distrito	72

33. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Modalidades de financiación de los servicios de salud según organización y distrito	73
34. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Horas de trabajo diario de socias que cubren turnos según organización y distrito	75
35. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Local de funcionamiento según organización y distrito	76
36. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Propietarios de locales prestados según organización y distrito	76
37. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Cuotas de socias de Comités del Vaso de Leche según distrito	77
38. Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Uso de cuotas en Comités del Vaso de Leche según distrito	77
39. Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación según distrito, año de creación y bases afiliadas	80
40. Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Servicios de salud prestados según distrito	81
41. Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Temas educativos desarrollados según distrito	82
42. Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Frecuencia de ejecución de charlas educativas según distrito	82
43. Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Apoyo externo recibido para educación en salud según fuente y distrito	84
44. Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación: Entidades estatales que apoyan la educación en salud según distrito	84
45. Parroquias Católicas según distrito	86
46. Parroquias Católicas: Servicios de salud prestados según distrito	87
47. Parroquias Católicas: Asistencia efectuada mediante visitas a enfermos según distrito	88
48. Parroquias Católicas: Gastos cubiertos con fondos de asistencia según distrito	89

49. Parroquias Católicas: Temas educativos desarrollados según distrito	90
50. Parroquias Católicas: Modalidades de financiación de los servicios de salud según distrito	91
51. Parroquias Católicas: Apoyo externo recibido para servicios de salud según fuente y distrito	93
52. Organizaciones No Gubernamentales según distrito de intervención	95
53. Organizaciones No Gubernamentales: Segmentos poblacionales prioritariamente atendidos según distrito	96
54. Organizaciones No Gubernamentales: Servicios de salud prestados según distrito	97
55. Organizaciones No Gubernamentales: Temas educativos desarrollados según distrito	98
56. Organizaciones No Gubernamentales: Temas de campañas de salud según distrito	99
57. Organizaciones No Gubernamentales: Actividades recreativas promovidas según distrito	100
58. Organizaciones No Gubernamentales: Modalidades de financiación de los servicios de salud según distrito	101

A NIVEL INTERNACIONAL, con más notoriedad desde las tres últimas décadas, como resultado de una creciente exclusión de parte del mercado, y de una decreciente garantía social de los derechos de parte del Estado, la sociedad ha mostrado su tendencia a autoorganizarse a efectos de generar los servicios sociales que necesita o demanda. Los vacíos generados por la inacción o la ineficacia del Estado han motivado múltiples respuestas de la sociedad, configurándose experiencias y redes de organización dirigidas al enfrentamiento de problemas sociales de diversa índole, y en consecuencia a asegurar derechos, mediante su actuación en terrenos tales como la salud, la educación, el acceso a los recursos económicos y al empleo, la protección del medio ambiente, entre otros. La práctica de estas organizaciones sociales ha comportado con ello externalidades positivas importantes, lo que ha llevado a distinguir la aparición de una esfera pública no estatal, caracterizada por acciones dirigidas al interés general.

De este modo, la incapacidad del Estado de prestar los servicios sociales requeridos por la población ha potenciado la importancia de la acción colectiva, no sólo para la intermediación de intereses frente a la autoridad gubernamental, sino para la provisión de servicios orientados a la satisfacción de las demandas y necesidades de la sociedad.

En el Perú, desde fines de la década del setenta, y con más dinamismo durante los años noventa, a consecuencia de las políticas

económicas y sociales que han sido ensayadas por los gobiernos de turno, la sociedad ha puesto en marcha diversas iniciativas orientadas a combatir el aumento de la pobreza y la exclusión, dando lugar a un entramado institucional de soporte, expresado en organizaciones comunitarias y en entidades de apoyo y promoción social.

En materia de salud, eje de intervención privilegiado en el presente estudio, el registro de organizaciones de la comunidad que realizan acciones en el campo de la salud, publicado por el Ministerio de Salud en 1997, reveló la existencia de 34,929 organizaciones ubicadas a lo largo del país, divididas en organizaciones especializadas en salud, vale decir comités de salud, promotores de salud, UROS comunales, botiquines comunales; y en organizaciones comunitarias con tareas en salud, esto es comités multisectoriales, clubes de madres, comedores populares, comités de vaso de leche y centros de cuidado infantil -wawa wasis- (Arroyo: 2000b).

Asimismo, en 1994 mientras existían un total de 194 ONGs con labores sostenidas de salud, que operaban en diversos lugares del país (Noriega y Saravia, 1994: 19), para el año 2003, el registro de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) mostraba en su rubro de ONGD del sector salud a 119 Organizaciones No Gubernamentales solamente en la provincia de Lima.

Cabe señalar también que la Conferencia Episcopal Peruana creó, en 1989, el Departamento Episcopal de Pastoral de Salud -DEPAS, que a través de sus órganos diocesanos actúa en diferentes zonas del país para mejorar las condiciones de salud de los pobres. En la arquidiócesis de Lima, la pastoral de salud se hace efectiva en todos los conos mediante las vicarías, en las cuales se moviliza un contingente significativo de agentes pastorales (Menard: 1995). Un levantamiento inicial de información básica sobre el servicio de la Pastoral de Salud en las diferentes jurisdicciones eclesiásticas del Perú, efectuado por DEPAS en 1996, permitió detectar la existencia de un total de 9,751 agentes comunitarios, entre promotores, parteras, animadoras y similares, y visitadoras. Las comunidades atendidas ascendían a 1,876, y los pacientes atendidos llegaban a 91,425. Entre las obras de salud de la Iglesia Católica en el Perú se contaba con 49

establecimientos de salud, 42 consultorios parroquiales con atención médica, 25 tópicos parroquiales sin atención médica, 10 consultorios comunales apoyados por la Iglesia, 54 botiquines parroquiales, 799 botiquines comunales, y 1,015 Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria (DEPAS: 1997).

Pese a estos avances en cuanto a dimensionar cuantitativamente la participación de los agentes de la sociedad civil en el cuidado de la salud de la población, no existen suficientes precisiones sobre las características específicas de su aporte y se desconoce mayormente las actividades que realizan, los tipos de bienes que producen, los criterios que orientan su práctica, o los recursos económicos que emplean.

Intentar una caracterización de la intervención de dichos agentes exige tener en cuenta, como plantea Villar (1990) que mejorar el nivel de salud de una población supone mejorar su modo de vida, y adoptar una perspectiva integral, que posibilite determinar actividades dirigidas a personas sanas y enfermas, así como actividades dirigidas al medio natural y social. La población sana requiere tanto actividades de promoción, es decir cuidados destinados a mantener y mejorar su salud, como actividades de protección, orientadas a protegerla de los riesgos físicos, químicos o biológicos a los cuales está expuesta y a evitar la enfermedad. En el plano de las actividades de promoción se ubican así a las iniciativas orientadas a mejorar los niveles de nutrición, las condiciones de la vivienda, el saneamiento ambiental, los niveles de polución y contaminación del medio, los niveles de educación, las posibilidades de recreación, los alcances del sistema de seguridad social, los sistemas de comunicación, las condiciones higiénicas del trabajo y los niveles de remuneración. Por el lado de las personas afectadas por procesos patológicos, se necesitan actividades de recuperación, dirigidas a restablecer la salud o a prolongar la vida, así como de rehabilitación, orientadas a aliviar sufrimientos y a evitar secuelas, según el tipo y el grado de avance del proceso patológico. Por último, entre las actividades dirigidas al medio natural y social se distinguen actividades dedicadas a la promoción, protección y recuperación del medio natural físico

y biológico, y actividades dirigidas a mejorar las condiciones de vida del medio social.

Cabe considerar en términos económicos que los servicios de cuidado de la salud producen bienes públicos puros, que no originan rivalidad, pues el consumo de otra persona no reduce la cantidad disponible para los demás, ni tampoco exclusión, dado que sus beneficios no pueden restringirse sólo a las personas que deseen pagarlos. Algunos ejemplos de ello son la información y educación en salud, la vigilancia de enfermedades, la salud ambiental y el control de vectores, actividades cuyos beneficios no están limitados a individuos, pero si a jurisdicciones locales, aunque con externalidades transjurisdiccionales importantes, por lo que su provisión suficiente amerita el financiamiento del gobierno central. De igual forma, se producen bienes con rivalidad en el consumo pero no excluyentes en los beneficios, como por ejemplo las vacunas, el agua potable y la prevención de enfermedades transmisibles, los cuales deben ser utilizados por una gran parte de la población si se espera que sea efectivo como intervención sanitaria, lo que justifica su financiamiento estatal al menos parcial; así como bienes privados, en esencia rivales y excluyentes, consistentes en actividades curativas, que el Estado puede financiar cuando no son cubiertos por los sistemas de seguro privados, a fin de asegurar un nivel mínimo de acceso de la población a servicios de salud (Burki et al, 1999: 83 - 85).

A partir de la justificación y de las consideraciones conceptuales antes señaladas, el presente trabajo busca coadyuvar a la comprensión del fenómeno de la producción de servicios de bienestar desde la sociedad civil, enfocando específicamente su intervención en el terreno del cuidado de la salud de la población. Para ello, se exponen y analizan las principales contribuciones teóricas sobre la dimensión productiva de la sociedad civil, y, bajo el entendimiento de que a una mayor exclusión económica corresponde una mayor respuesta social, a fin de percibir el real dinamismo de la sociedad civil se analizan tres distritos de Lima Metropolitana: Comas, El Agustino y Villa El Salvador, afectados por significativos niveles de pobreza, presentándose información primaria relativa al tipo de actividades de salud que realizan estos agentes,

los mecanismos de asistencia que implementan, y los modos en que financian sus servicios.

De esta forma, se postula que en los ámbitos populares de Lima Metropolitana, la sociedad civil realiza actividades de salud de tipo promocional, asistencial, recuperativo o rehabilitativo, evidenciándose la producción de bienes públicos, al igual que de bienes privados bajo criterios de equidad. Se plantea también que la equidad es un principio prevaleciente en esa práctica pues todos los agentes de la sociedad civil efectúan labores o aplican criterios de carácter asistencial, traducidos en subsidios directos e indirectos a la demanda, a fin de asegurar el acceso de personas insolventes a servicios de salud. Finalmente, se sostiene que la “hibridación” de recursos caracteriza el funcionamiento de los servicios de salud de la mayoría de agentes de la sociedad civil, que, en diferentes proporciones, combinan voluntariado, donaciones, financiamiento público y venta de bienes y servicios.

El presente estudio ha sido realizado con el respaldo del Grupo Red de Economía Solidaria del Perú (GRESPE), el Instituto de Salud Cristoforis Deneke (ISDEN), y el Grupo Género y Economía. Contribuyeron a su elaboración el Economista Humberto Ortiz, la Hermana María Van der Linde y la Economista Nancy Caminada, quienes intervinieron en el diseño metodológico, así como la Trabajadora Social María Isabel Calderón, que brindó su asistencia al trabajo de campo. Del mismo modo, Rosa Espinal, Eloisa Cervantes, Leoncio Cabrera, Ana María Conde, Richard Arapa, Miguel Angel Saldaña, Vilma Beltrán, Flor Melgar, Edelmira Aclari, Rosalía Torres, Rosa Canto y Beatriz Sánchez, líderes de organizaciones comunitarias, apoyaron la toma de información, y Elizabeth Lozano se encargó del procesamiento de los datos. A todas estas instituciones y personas, les expreso mi más sincero agradecimiento. Como es de rigor, debo precisar que el marco analítico y los planteamientos vertidos a partir de la revisión de la información obtenida son de responsabilidad exclusiva de la autora.

I

La sociedad civil: una dimensión política y una dimensión económica

CON MÁS INTENSIDAD DESDE los años ochenta, a partir de los procesos de transición democrática experimentados en Europa Oriental y América Latina, se ha registrado, en el campo político, una dinamización del debate teórico sobre el concepto de sociedad civil, como parte de la búsqueda de marcos analíticos y normativos que orienten la construcción de democracias nuevas y estables, así como la superación de las fallas de las democracias liberales instituidas. Simultáneamente, este concepto ha sido abordado también en el terreno económico, con el resurgimiento del neoliberalismo, y la aparición de nuevos paradigmas, que intentan precisar espacios complementarios de producción de servicios públicos, o el reconocimiento de la existencia de una pluralidad de lógicas en el quehacer económico.

1. LA FUNCIÓN DE INTERMEDIACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

Según Habermas (1998: 434 - 449), la sociedad civil constituye el conjunto de asociaciones, organizaciones y movimientos, más o menos espontáneos, que recogen la relevancia de los problemas de la sociedad en los ámbitos de la vida privada, la condensan y, elevándole la voz, la transmiten al espacio de opinión pública – política, estructura de comunicación supuestamente abierta a participantes presentes o que pueden

sumarse, inclusive de manera virtual por intermedio de los medios de comunicación, y que opera como caja de resonancia para problemas que deben ser resueltos por el sistema político. Dicho espacio debe reforzar la presión ejercida por los problemas, lo que exige no sólo que sean identificados, sino tematizados de modo convincente, con miras a que sean asumidos por el complejo parlamentario. En el esquema habermasiano, la sociedad civil se especializa en formar opinión y en ejercer influencia sobre el Estado en torno a cuestiones de interés general, y está constituida por una trama asociativa no estatal y no económica, de base voluntaria, que conecta el espacio de opinión pública con el mundo de la vida, red de acciones comunicativas reproducidas a través del lenguaje ordinario, y compuesta por la cultura, la sociedad y la personalidad. Para este autor, la sociedad encierra sistemas de acción especializados en la reproducción cultural, la socialización, y la integración social, que están integrados a ella y regidos a través de valores, normas y entendimiento intersubjetivo; así como sistemas de acción funcionalmente especializados: la economía y la administración, que supuestamente se han autonomizado de la sociedad desarrollando su propia lógica: el dinero y el poder respectivamente, pero que permanecen anclados en ella a través de la institucionalización jurídica de medios de regulación o control.

Algunas de las críticas vertidas al enfoque de Habermas señalan que: a) El supuesto de accesibilidad universal subyacente en el concepto de esfera pública no toma en cuenta los factores socioeconómicos, de género y étnicos que condicionan exclusión en la vida cotidiana; b) La estrategia de influencia desde la sociedad sobre el sistema político es inviable debido a que los parlamentos liberal democráticos, dominados por la disciplina partidista y negociaciones de trastienda, no muestran condiciones para la deliberación racional y la persuasión; c) El intervencionismo estatal y el corporativismo han reducido la importancia de las discusiones públicas, y, en consecuencia, de la función de control respecto de los procesos de legislación abierta; y d) El debate público y la discusión crítica han desaparecido de los medios de comunicación masiva, lo que propicia en el público actitudes pasivas y acrílicas. Arato y Cohen, discípulos de Habermas,

rebatan dichos argumentos planteando que: a) La exclusión histórica de la esfera pública no afecta su carácter normativo, por lo que su existencia en tanto contexto central de acceso democrático reclama programas de inclusión; b) Cuando la disciplina partidista reduce la posibilidad de persuasión racional en los debates parlamentarios, los debates se dirigen a persuadir al público electoral, que tiene una función controladora; c) El intervencionismo estatal es balanceado por el incremento de las demandas sociales sobre el Estado, y el creciente escrutinio social de los tratos internos, arreglos y procesos de decisión del Ejecutivo; y d) Ante la tendencia de la colonización política y económica de los medios de comunicación para fomentar la despolitización de la comunicación pública, cabe apelar a instituciones de comunicación a gran escala asentadas en la sociedad civil, pero no para desplazar a las formas de comunicación comerciales y gubernamentales, sino más bien para asegurar una competencia saludable (Arato y Cohen, 1999).

A diferencia de Habermas, Arato y Cohen (1999: 46) plantean interacciones entre la lógica de la sociedad política y de la sociedad económica, y la lógica de la sociedad civil. Para ellos, la administración y la racionalidad económica pueden colonizar el mundo de la vida –y en consecuencia a la sociedad civil– y tomar algunos de sus procesos de reproducción, o reemplazarlos por la lógica del poder y del dinero, pero no totalmente, pues provocarían la disfunción cultural y socio-psicológica de la sociedad y /o de las formas de resistencia organizadas. En el enfoque de estos autores (Cohen y Arato: 2000) la tarea prioritaria no consiste en corregir la penetración estatal o económica de la sociedad mediante una utilización mayor o menor de estos dos mecanismos orientadores, sino en garantizar la autonomía del Estado y de la economía modernos, y, simultáneamente, proteger a la sociedad civil de su penetración y funcionalización destructiva por parte de estas dos esferas.

Para otras orientaciones teóricas, el surgimiento de la sociedad civil tiene, fundamentalmente, raíces en los problemas distributivos de la sociedad. Quijano (1988: 107 - 109) sostiene que el insuficiente desarrollo de la lógica del capital y de su razón instrumental en América Latina es un factor que ha limitado su capacidad de extinguir sentidos

históricos, y que ha posibilitado la afirmación de un privado social, racionalidad diferente al privado mercantil. Así, la crisis del capitalismo del subdesarrollo ha dinamizado, expandido y diversificado formas de organización solidaria y colectiva, democráticamente constituidas, basadas en la reciprocidad, las cuales han trascendido la coyuntura y se han institucionalizado como prácticas sociales válidas, particularmente para la sobrevivencia de sectores populares. Estas instituciones, que al coexistir en un contexto en el que predomina el privado particular y el Estado no se libran de ser penetradas por dichas lógicas, han tendido a articularse en redes de carácter sectorial o global, configurando con su práctica una esfera institucional pública propia, no estatal, y un nuevo sector de sociedad civil. Resulta particularmente relevante aquí el señalamiento de la existencia de una esfera institucional pública, pero no en relación con el Estado, sino asentada en la propia sociedad, a partir de procesos ancestrales y emergentes de autogestión social en América Latina.

La inequidad social, problema ampliamente manifiesto en la realidad latinoamericana, plantea cuestionamientos sustantivos al esquema habermasiano, y le confieren un carácter esencialmente normativo. Se postula así que a mayor desigualdad social general de un país es más probable que exista desigualdad entre los participantes en los espacios públicos, lo que implica que para una efectiva paridad participativa se requiere que las desigualdades sistémicas sean moderadas (Olvera, 1999: 72).

Otra crítica central al enfoque de Habermas y de sus continuadores Cohen y Arato, vertida desde el contexto latinoamericano, es la sustracción del Estado y del mercado del espacio público y social. Cunill (1997: 54 - 65) discrepa de la reducción de la esfera pública exclusivamente a lo social que hacen los referidos autores, cuando señalan que las asociaciones que dan contenido a dicha esfera son las que representan los flujos comunicativos del mundo de la vida, lo que excluye a todas aquellas asociaciones que adoptan la lógica correspondiente a los subsistemas Estado y mercado. Esta autora cuestiona además que la función de la esfera pública se limite a generar opinión pública capaz de persuadir y ejercer influencia indirecta sobre la forma-

ción de voluntad política, sin problematizar la propia configuración del Estado, que aparece como una estructura no sujeta a transformación institucional, sino solo a presión mediante asedio.

Una contribución adicional de Cunill es su definición amplia de sociedad civil, que distingue la existencia de un sector intermediario: las instancias de representación, negociación e interlocución social, y de un tercer sector: la esfera de la satisfacción de necesidades públicas desde la sociedad (1997: 19). Es esta aproximación amplia, que pone de relieve que la práctica de las asociaciones de la sociedad civil transcurre no sólo en el campo político, con perspectiva a la democratización de las decisiones estatales, sino en el campo económico, en función de la democratización económica, es decir del acceso de los sectores poblacionales desfavorecidos al trabajo y a los bienes y servicios indispensables para asegurar un nivel mínimo de bienestar, la que orienta el presente estudio. Tal como se evidencia particularmente en la realidad latinoamericana, frente a los vacíos de la presencia estatal y del mercado, y la marcada inequidad social, la acción colectiva ha supuesto no sólo presión al Estado para el reconocimiento y la garantía social de los derechos, sino autogestión social, esto es capacidad de resolución de los problemas sociales desde la propia sociedad organizada. Lo público aparece así más allá del espacio de toma de decisiones estatales, y abarca procesos de deliberación y de decisión instalados en la sociedad, orientados a controlar los medios de reproducción de la vida y el ordenamiento económico.

2. LA FUNCIÓN PRODUCTIVA DE LA SOCIEDAD CIVIL

Aún cuando con el neoliberalismo se registra una tendencia internacional a transferir la provisión de bienes y servicios desde el Estado hacia el sector público no estatal, las asociaciones de la sociedad civil han sido analizadas más frecuentemente en su aporte a la construcción de una ciudadanía democrática y de nuevas relaciones Estado-sociedad, que como instancia de producción de bienes y servicios sociales. A diferencia del Estado, estas organizaciones se caracterizan por una

actuación descentralizada, una estructura más ágil y desburocratizada, y un contacto permanente con la población destinataria. A diferencia del mercado, no sustituyen el trabajo humano por máquinas, y operan en un clima de relaciones humanas más solidario (Vieira, 1998: 242-244).

Algo que puede explicar el mayor énfasis analítico en la dimensión de intermediación de la sociedad civil que en su dimensión productiva es, como propone Cunill (1997: 48), la existencia de un discurso hegemónico que caracteriza la esfera de la producción como un ámbito privado, entendimiento que oculta su carácter público y social; lo que ciertamente promueve la autonomización de las actividades de producción, intercambio y consumo de bienes y servicios, y su sustracción a los principios democráticos (Fraisie: 2004). Paradójicamente, en muchos casos, las iniciativas productivas de la sociedad civil tampoco son consideradas económicas pues, en el razonamiento imperante en los enfoques teóricos y en el sentido común, lo económico se reduce a lo monetario (Elson, 1993).

No obstante, de manera creciente, diferentes aproximaciones teóricas dan cuenta de la existencia de unidades económicas, impulsadas bajo diferentes modalidades organizativas, que funcionan con una lógica distinta al intercambio mercantil y a la redistribución estatal.

Quijano (1998: 133 – 144) plantea que en la economía urbana actual de América Latina se registra un sector de unidades de actividad económica que no se organizan en torno a la lógica del capital, sino sobre la base de la reciprocidad y de la comunidad. Este autor define como reciprocidad a las relaciones de producción y distribución que se caracterizan por constituir intercambios directos, es decir fuera del mercado, de fuerza de trabajo y de bienes y servicios, entre sujetos socialmente iguales; y como comunidad a un modo de organización y de gestión colectiva en el que los miembros intervienen directamente en los debates y las decisiones. Otros rasgos que identifica en estas unidades son que no se proponen la obtención de beneficios a ser distribuidos desigualmente entre sus miembros, y que la reciprocidad coexiste con el salario. Quijano sostiene que el factor que impulsa a vastos segmentos de la población latinoamericana a la reciprocidad y la

comunidad, antes que la tradición andina, es la tendencia de comportamiento excluyente del capital; y pone de relieve: 1) La concentración de estas unidades en actividades de uso y de consumo inmediato, tales como la alimentación y los servicios familiares, 2) La extrema dependencia de estas unidades respecto al apoyo financiero e institucional exterior, proveniente de la Iglesia, la cooperación internacional, las organizaciones no gubernamentales locales, las organizaciones políticas y hasta organismos del Estado, y 3) La concentración casi exclusiva de mujeres en dichas organizaciones.

El análisis de un sector económico distinto al privado mercantil y al estatal ha cobrado relevancia también en el mundo académico anglo – sajón a través de los conceptos *Tercer Sector* (Third Sector) y *Sector sin fines de Lucro* (Nonprofit Sector).

Una acuciosa indagación sobre el término Tercer Sector efectuada por Roitter (2004) indica que su aparición se produjo en los Estados Unidos, a inicios del siglo XX, en un período político conservador, opuesto a la ampliación de la acción social del Estado, en el que, a partir del señalamiento de la existencia de tres fuentes de producción de servicios sociales en una economía capitalista, se postuló a la acción voluntaria como una alternativa a la provisión estatal. La noción de un Tercer Sector irrumpió otra vez en el mundo académico norteamericano en los años ochenta, con la nueva ola neoliberal, y fue ampliamente divulgado en los noventa mediante estudios que enfocaban el aporte de las organizaciones no lucrativas a la prestación de servicios de bienestar, y a dichas entidades como socios o colaboradores potenciales de los gobiernos para la reducción del gasto público. Este autor indica que la validez de este concepto para el análisis del universo asociativo es cuestionable pues lo enfoca como una esfera separada del Estado y del mercado, lo que no trasluce que eventualmente sus servicios reciben financiamiento de entidades estatales, complementan la prestación estatal de servicios sociales o compiten con los servicios ofrecidos por el sector privado, pero señala que una ventaja de su uso ha sido estimar la importancia de este sector en la economía.

Con un enfoque afín al Tercer Sector, la noción de “Sector sin Fines de Lucro” fue diseminada durante la década de los noventa a

partir de una investigación comparativa promovida en más de 30 países por la Universidad Johns Hopkins. Salamon y Anheier, directores de dicho estudio, aplican el término *sin fines de lucro*, siguiendo la terminología establecida en el sistema de cuentas nacionales elaborado por Naciones Unidas, para referir a un componente del sector privado que comprende organizaciones con cinco características: 1) Están institucionalizadas, en algunos casos legalmente, y tienen algún grado de estructura organizacional interna, metas y actividades, 2) Son privadas, es decir tienen una identidad institucional separada del Estado y no ejercen autoridad gubernamental, lo que no impide que eventualmente puedan recibir apoyo significativo del gobierno, o que aún los funcionarios del gobierno puedan participar en sus directivas; 3) Se autogobiernan y están equipadas para controlar sus propias actividades, lo que implica procedimientos de gobierno propios y un grado significativo de autonomía; 4) Son organizaciones privadas cuyo fin principal no es generar lucro, por lo que no se rigen por metas y criterios comerciales, ni distribuyen beneficios; 5) Se manejan con algún nivel significativo de participación voluntaria en su funcionamiento, administración, o dirección, o a través del uso de staff y contribuciones voluntarias (Salamon y Anheier, 1996).

Si bien las nociones de tercer sector y de sector sin fines de lucro continúan enmarcando el análisis del quehacer económico que difiere de la práctica mercantil y estatal, son diversas las críticas que cuestionan su validez teórica.

Coraggio (2000) sostiene que el concepto de tercer sector supone básicamente ni mercado ni Estado, lo que sumado a una extendida percepción de la economía como sinónimo de mercado condiciona que dicho sector sea asumido como un conjunto de organizaciones y relaciones no mercantiles, encaminadas a resolver necesidades locales, pero carentes de una lógica económica, por no estar orientadas al lucro. En contraposición, con un enfoque de economía social, este autor plantea que el sentido de la economía es organizar el uso de los recursos en función de la satisfacción de las necesidades de la sociedad, a partir de lo cual postula que, además de la economía capitalista, existe un sistema de economía del trabajo, que reposa en identidades

colectivas, reciprocidad y redistribución de recursos, el cual se dirige a la reproducción ampliada de la vida. Esta economía del trabajo abarca niveles micro, meso y macro socioeconómicos, y se expresa en formas diversas, como el autoconsumo doméstico, el trabajo comunitario, unidades basadas en relaciones de producción subsidiadas o auto-sostenidas, cooperativas, empresas sociales, micro emprendimientos individuales o familiares, organizaciones sindicales, redes de articulación productiva, organizaciones para reducir el costo de vida, presupuestos participativos y políticas socioeconómicas favorables al desarrollo de este sector, entre otras.

Otros teóricos de la economía social (Defourny y Develtere: 2001, Develtere y Fonteneau: 2003) discrepan del término tercer sector pues sugiere una separación y un equilibrio relativo inexistentes entre tres sectores de la economía que están conectados en múltiples niveles, y que interactúan y se influyen mutuamente. Desde dicho enfoque se propone distinguir tipos de acción en vez de tipos de organización, y se levanta la existencia de un sector contiguo pero diferente al sector privado con fines lucrativos y al sector público. Este sector, al que denominan economía social, está constituido por entidades que se caracterizan por: 1) Una finalidad de servicio a los miembros o a la colectividad en vez de beneficio, 2) Autonomía de gestión respecto a la producción de bienes y servicios que realizan los poderes públicos, 3) Procesos de decisión democrática en los que la participación no está en función de la importancia del capital detentado, y 4) Primacía de las personas y del trabajo sobre el capital en el reparto de las utilidades. A diferencia del enfoque “Sin fines de Lucro”, cuyo énfasis conceptual es la restricción de la distribución de beneficios, la economía social destaca los principios cooperativos dirigidos a la búsqueda de la democracia económica, y reconoce como sus actores a asociaciones, cooperativas, mutuales, organizaciones comunitarias de base, así como a actividades económicas efectuadas por iglesias y ONGs. Otras características señaladas para las iniciativas de economía social son que aparecen por acción de grupos de personas con necesidades insatisfechas y una identidad colectiva o destino social común, y que inciden en su surgimiento la existencia de líderes locales capaces de

movilizar y de representar al grupo, así como de agentes externos a la comunidad con disponibilidad de apoyo técnico y financiero, además de factores socio-culturales como la religión.

De manera concordante, Razeto (1999a), exponente de la corriente teórica de economía solidaria, afirma que la noción “Tercer Sector” revela una opción ideológica, pues establece un ordenamiento de la realidad sin explicitar los criterios que lo sustentan, lo que resulta evidente en el hecho que para algunos el “primer” sector sea el sector empresarial o mercado, y para otros el sector público o Estado. Dicho “tercer” sector sería así el último o el menos importante, cuando la realidad que subyace a esta denominación está constituida por formas de organización social y económica históricamente anteriores y axiológicamente superiores a las formas empresariales y estatales, y, probablemente, sea el más grande en cuanto a la cantidad de personas participantes. Este autor postula que, antes que un sector separado e independiente del mercado y del Estado, lo que caracteriza a las experiencias que podrían ser asumidas como un “tercer sector” desde el punto de vista económico es que operan con una racionalidad económica basada en la presencia activa y central del trabajo humano y de la solidaridad social como factores organizadores de la actividad económica, lo que las distingue de las empresas organizadas por el capital, que obedecen a la lógica de la ganancia y el lucro individual, así como de las unidades económicas organizadas por el Estado, que responden a una lógica de planificación centralizada.

Por su parte, Laville (2004a), coincide con Razeto en su crítica a la noción del tercer sector por la jerarquización implícita en su definición, y cuestiona el enfoque de sector sin fines de lucro por su planteamiento del no lucro como factor determinante para crear confianza, lo que ignora la existencia de mercados dotados de reglas de calidad y de entidades capaces de respetarlas. Asimismo, critica en ambos enfoques su débil explicación de los fenómenos que condicionan la aparición de las asociaciones; su focalización en la función productiva de las organizaciones, que deja de lado los aportes de éstas a la integración social o la participación democrática; y su visión funcional de las relaciones entre el mercado, el Estado y las asociaciones, en la

que el sector no lucrativo aparece convocado para justificar el retiro del Estado. Este autor, ubicado en el marco analítico de la economía solidaria, postula en cambio que existe una economía plural, con tres polos diferenciados: la economía mercantil, la economía no mercantil y la economía no monetaria, cuya participación varía en el tiempo y en el espacio según las prioridades determinadas por la sociedad, y plantea el imperativo de redefinir dicha asignación para favorecer la cohesión social y la creación de empleos (Laville: 1998). En tal sentido, no se trata de reemplazar al Estado por la sociedad civil, sino de combinar la solidaridad redistributiva con una solidaridad basada en la reciprocidad, que refuerce la capacidad de auto-organización de la sociedad. En una perspectiva sistémica, la economía solidaria propone un ordenamiento que incluye una regulación democrática del mercado, la estructuración de financiamientos redistributivos por una autoridad pública democrática, y la afirmación de formas de reciprocidad basadas en relaciones igualitarias (Laville: 2004b).

Desde una concepción de economía plural, que reconoce otros componentes además del mercado, Laville y Roustang (2001) refieren con el término de economía solidaria a una forma de economía compuesta por iniciativas económicas asociativas caracterizadas por exhibir solidaridad en su emergencia, pues la definición de los bienes y servicios resulta de un espacio público de proximidad que reúne a usuarios, profesionales o voluntarios, propiciando una construcción conjunta de la oferta y la demanda; así como en su consolidación, pues prima la búsqueda de articulaciones entre recursos generalmente no asociados, provenientes del mercado, del financiamiento público o del voluntariado, hibridación que permite movilizar recursos, particularmente voluntarios, que no estarían disponibles en el marco de la administración pública o de la empresa.

A efectos del presente estudio, dos aportes sustantivos de los referidos marcos de análisis de la economía social y la economía solidaria son el señalamiento de una pluralidad de formas de actuar económico: intercambio mercantil, intercambio no mercantil o redistribución estatal, e intercambio no monetario o recíproco, que coexisten e interactúan en la economía; y el reconocimiento explíci-

to del carácter económico de la práctica de diversas organizaciones sociales que movilizan recursos materiales, financieros y fuerza de trabajo para facilitar el acceso de sectores socioeconómicos desfavorecidos a servicios de bienestar, contribuyendo con ello a la inclusión y la equidad social. Sin embargo, consideramos limitante el planteamiento de Laville de establecer como características centrales de las iniciativas de economía solidaria la construcción conjunta de la oferta y la demanda por usuarios y proveedores, así como la hibridación de recursos voluntarios y de recursos del mercado y del Estado. Si bien tales características se presentan efectivamente en muchas experiencias asociativas encaminadas a favorecer el consumo de bienes y servicios, en los emprendimientos asociativos que se orientan a producir bienes y servicios dirigidos al mercado a fin de responder a necesidades de empleo e ingresos (Angulo, 1999) no se produce tal proceso de construcción conjunta ni de combinación de recursos. Por otro lado, los discursos de corresponsabilidad social que se registran en la administración pública, con perspectiva al incremento de su eficiencia, han posibilitado a los agentes estatales una captación creciente de recursos voluntarios.

En tal sentido, el concepto de economía de solidaridad propuesto por Razeto (1999b), que da cuenta de formas distintas de producir, distribuir, consumir y acumular, en las que la solidaridad actúa y genera una nueva racionalidad económica, aparece mucho más abarcador. Para este autor la economía de solidaridad puede expresarse en dos grandes dimensiones: 1) En las estructuras y organizaciones de la economía global: Estado y mercado, por acción de los sujetos que las organizan, y 2) En una parte o sector especial de la economía, que evidencia solidaridad de manera intensiva, y que tiene a una de sus vertientes en las experiencias económicas populares, basadas en la reciprocidad y la cooperación, dinamizadas ante procesos de exclusión social. Es esta segunda dimensión de entendimiento de la economía solidaria, referida a iniciativas económicas asociativas que están impulsando el acceso de los sectores socioeconómicos desfavorecidos al mercado de trabajo y a servicios de bienestar, la que enmarca el presente estudio, el cual se centra en el análisis de la

producción de servicios de bienestar, y específicamente en el terreno de la salud.

3. LOS AGENTES Y LAS MODALIDADES DE PRODUCCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

Cunill (1997: 180- 184) identifica dos modalidades de participación de la sociedad civil en la producción de bienes públicos: 1) Institucionalidad de solidaridad, constituida por organizaciones de carácter voluntario que defienden intereses públicos a través de la gestión colectiva de sus miembros. Esta institucionalidad abarca desde asociaciones de base con diferentes grados de formalización hasta el voluntariado, y se caracteriza por ser automotivada, generalmente autosustentada, por operar para los miembros asociados -a excepción del voluntariado-, y por ser autogobernada; y 2) Institucionalidad de entes privados de servicio público, compuesta por organizaciones no gubernamentales orientadas a la prestación de servicios públicos, formalmente constituidas, y que requieren de medios externos para su subsistencia pues su radio de acción trasciende el de sus miembros asociados.

Al respecto, cabe observar que los agentes de la sociedad civil no sólo producen bienes públicos, caracterizados por las propiedades de no rivalidad y no exclusión en el consumo, sino también bienes privados para el disfrute de sus miembros o dirigidos a segmentos sociales de limitado poder adquisitivo, los cuales no son suministrados por el mercado por la poca rentabilidad de la inversión, o han dejado de ser, o nunca han sido, suministrados por el Estado. Así, consideramos que se trata más bien de la producción de servicios de bienestar, orientados a mejorar la calidad de vida y la inclusión de personas, familias y comunidades que se encuentran en una situación de desventaja social.

Para Morales (1998), la sociedad civil presta servicios sociales de carácter público, orientados al interés general, a través de organizaciones sin fines de lucro a las que denomina organizaciones públicas no estatales. Este autor distingue cuatro grandes grupos de organizaciones públicas no estatales: organizaciones de base, organizaciones

no gubernamentales, organizaciones públicas no estatales de servicio continuo, y organizaciones públicas no estatales financiadoras; y los clasifica en dos categorías generales: organizaciones dedicadas a recaudar fondos, donde ubica a las organizaciones públicas no estatales financiadoras, vale decir a fundaciones privadas, empresariales o religiosas; y organizaciones orientadas a la provisión de servicios y bienes públicos, donde incluye a las organizaciones de base, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones públicas no estatales de servicio continuo, tales como hospitales vinculados a facultades de medicina, instituciones de educación deportiva y centros de salud comunitarios, entre otros. Morales indica que las organizaciones de base se centran en la asistencia de emergencia, el enfrentamiento de problemas puntuales y la defensa social inmediata de casi exclusivamente sus propios miembros; en tanto que las organizaciones no gubernamentales evidencian asistencia permanente, enfrentamiento de problemas generales, la formulación de políticas públicas y la defensa de los grupos sociales precarizados, además de la de sus propios miembros. Asimismo, diferencia a las organizaciones no gubernamentales de las organizaciones públicas no estatales de servicio continuo por su enfoque dirigido al autodesarrollo de los grupos sociales, su autonomía, el mejoramiento del uso de recursos, la promoción de la equidad y su capacidad de incidencia política. A su vez, distingue a las organizaciones públicas no estatales de servicio continuo de las organizaciones no gubernamentales y de las organizaciones de base por su carácter de largo plazo y su compromiso institucional con las políticas sociales, perfilándolas como entes potenciales de cooperación con el Estado.

Algunos factores que explican las diferencias planteadas por Morales entre las organizaciones de base y las organizaciones no gubernamentales, y que son omitidas por este autor aún cuando postula que las ONGs son reserva de capacidad profesional y de formación de agentes públicos, son la diferencia en las fuentes y en las escalas de financiamiento de ambos tipos de organización, y la profesionalización de los miembros en el caso de las organizaciones no gubernamentales. De otra parte, un asunto que difiere de la caracterización efectuada

tanto por Morales como por Cunill es la existencia de organizaciones autogestionarias que con principios de solidaridad proveen sus servicios a la comunidad en general, indistintamente a si son miembros asociados.

Una visión relativamente distinta es expresada por Barreiro y Cruz (1997) en un estudio referido a países del Cono Sur de Latinoamérica, en el que definiendo a la sociedad civil como instituciones que no persiguen fines lucrativos sino propósitos de interés público, y reconociendo su heterogeneidad, identifican las siguientes formas de organización y de servicios: 1) Organizaciones culturales y clubes deportivos, dedicados a la recreación y uso de tiempo libre, 2) Organizaciones cooperativas de crédito, ahorro, consumo, producción y agroindustriales, 3) Organizaciones comunitarias y de base, vinculadas directamente a grupos no privilegiados de la sociedad que incluyen asociaciones vecinales, organizaciones dependientes de la Iglesia, merenderos, clínicas de salud y grupos ambientalistas, 4) Sindicatos y organizaciones de trabajadores, que representan los intereses de obreros y empleados asalariados, 5) Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) encargadas de actividades promocionales, de investigación y técnicas, vinculadas al desarrollo y la participación democrática, 6) Fundaciones privadas, empresarias y filantrópicas, con fines de bien público y actividades en la esfera social, cultural y de asistencia a sectores desposeídos, 7) Instituciones educativas con programas de entrenamiento a nivel formal e informal, tanto a niveles primarios, secundarios, Universidad o Escuelas técnicas.

Puede notarse así el amplio espectro de actividades productivas efectuadas por las organizaciones de la sociedad civil, que en su totalidad se dirigen a garantizar derechos económicos, sociales y culturales, conllevando externalidades positivas importantes. Es posible percibir además que se trata no sólo de iniciativas económicas de producción de servicios de bienestar, sino también de bienes y servicios dirigidos al mercado, lo que pone en evidencia que estamos ante un sector de acciones económicas cuya racionalidad muestra, utilizando la terminología de Laville, una “hibridación” de lógicas, en la que coexisten lógicas de reciprocidad, basadas en intercambios mutuos de fuerza de trabajo o

de bienes y servicios; lógicas de subsistencia, orientadas exclusivamente a cubrir los costos de producción, incorporando usualmente voluntariado y/o subsidios de agentes externos; así como, particularmente en aquellas organizaciones sociales que dan respuesta al derecho al trabajo, lógicas de acumulación, dirigidas a obtener ganancias, lo que relativiza la noción de no finalidad lucrativa como característica principal del quehacer económico de la sociedad civil.

II

Metodología

A FIN DE ANALIZAR la especificidad del aporte de los agentes de la sociedad civil al cuidado de la salud de la población en los distritos populares de Lima Metropolitana, se efectuó un estudio descriptivo, de corte transversal, basado en datos cuantitativos y cualitativos, obtenidos fundamentalmente desde fuentes de información primaria.

Para tal efecto, se determinó el ámbito territorial del estudio aplicando como criterios el nivel de pobreza y la diversidad geográfica. Se eligieron así tres distritos con niveles significativos de población en pobreza, y ubicados en diferentes puntos geográficos de Lima Metropolitana. Según el Mapa de Pobreza elaborado el año 2000 por el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), Comas, distrito ubicado en el Cono Norte de Lima Metropolitana, tiene una población de 452,444 habitantes, y muestra un índice de pobreza de 21,6%, por lo que ocupa el puesto 20 en el ranking de distritos con mayor número de personas en pobreza. Por su parte, el distrito de El Agustino, situado en el Cono Este, con 162,163 habitantes, alcanza un índice de pobreza de 21,7%, correspondiéndole el puesto 19 en dicho ranking. Finalmente, Villa El Salvador, distrito localizado en el Cono Sur, que cuenta con una población de 340,928 habitantes, evidencia un índice de pobreza de 28,4%, y se sitúa en el puesto 11 del ranking metropolitano.

Las unidades de análisis que se adoptaron en el estudio fueron: 1) organizaciones comunitarias que realizan tareas en salud: comedores populares, clubes de madres y comités de vaso de leche; 2) organizaciones comunitarias especializadas en salud: promotores de salud y botiquines comunales; y 3) entidades de promoción y apoyo social en el campo de la salud: organizaciones no gubernamentales y parroquias.

Dado que el estudio enfoca a la sociedad civil en términos de producción de servicios, se establecieron variables de análisis adecuadas a ese fin. Las variables utilizadas fueron: los tipos de actividades realizadas, los mecanismos de asistencia, y los modos de financiamiento de los servicios.

La variable “tipos de actividades realizadas” trata de medir la predominancia de actividades preventivo – promocionales o de actividades recuperativas, así como la existencia de actividades asistenciales.

Complementariamente, la variable “mecanismos de asistencia” indaga en torno al suministro de fondos de asistencia y la exoneración de cuotas o de tarifas de pago, así como a quiénes se dirigen y en qué se aplican.

Por último, la variable “modos de financiamiento de los servicios” intenta dar cuenta de las fuentes de captación de recursos de los agentes de la sociedad civil para la producción de los servicios de salud, precisando la importancia que tienen en su funcionamiento el aporte propio, los ingresos propios, las actividades pro-fondos, el apoyo externo y la cooperación internacional; así como las interacciones que para ese propósito establecen dichos agentes entre sí, con el Estado y con el sector privado.

Para producir la información necesaria, se partió con el diseño metodológico y la ejecución de un taller de mapeo de organizaciones e instituciones con trabajo en salud. Dicho taller fue convocado en abril de 2004 por el Instituto de Salud Cristoforis Deneke (ISDEN), y participaron treinta y cinco líderes sociales, provenientes de organizaciones comunitarias de salud y de las redes de comedores populares y vaso de leche de los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador. De esta forma, se logró efectuar un primer levantamiento de datos sobre las organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales y las parroquias posicionadas en el campo de la salud, ubicadas en el ámbito de estudio. Esto permitió detectar la existencia de organizaciones comunitarias con labores de protección frente a la violencia familiar, no consideradas inicialmente en el estudio.

Con la finalidad de corroborar la información obtenida, en el caso de las organizaciones no gubernamentales, se revisaron algunos

directorios de ONGs, y se obtuvo información de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) acerca de las ONGD del Sector Salud existentes en la provincia de Lima. En el caso de las parroquias católicas, se revisó el Directorio Eclesiástico de la Conferencia Episcopal Peruana.

Por su carácter masivo, para analizar la práctica de las organizaciones comunitarias de alimentación, se diseñó y se validó una encuesta dirigida a presidentas o coordinadoras de comedores populares, clubes de madres y comités del vaso de leche. A fin de establecer las muestras correspondientes, se obtuvieron los padrones de los comedores populares y de los clubes de madres de los distritos estudiados de parte del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), y los padrones de los comités del vaso de leche desde las respectivas municipalidades distritales. Se determinó un solo grupo de muestra debido a la homogeneidad de características socio-económicas del universo en estudio. El porcentaje de margen de error asumido para cada una de las organiza-

Cuadro N° 1
UNIVERSO Y MUESTRA DE ENCUESTA A
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE ALIMENTACIÓN

DISTRITO	ORGANIZACIÓN	UNIVERSO	% MARGEN DE ERROR	% DE CONFIABILIDAD	MUESTRA
Comas	Comedores Populares	286	5	93	50
	Clubes de Madres	197	6	93	35
	Vaso de Leche	1,561	6	95	196
El Agustino	Comedores Populares	96	5	95	40
	Clubes de Madres	45	6	92	20
	Vaso de Leche	595	4	95	92
Villa El Salvador	Comedores Populares	237	5	93	50
	Clubes de Madres	152	6	91	30
	Vaso de Leche	527	5	98	87
TOTAL		3,696			600

ciones comunitarias de alimentación fluctúa entre 4 y 6, y el grado de confiabilidad de las muestras oscila entre el 91% y el 98%.

A solicitud del Instituto de Salud Cristoforis Deneke (ISDEN), entidad que financió la encuesta, con miras a imprimir un carácter participativo al estudio, se encargó la aplicación de dicho instrumento a un equipo integrado por los participantes más destacados del taller de mapeo de organizaciones e instituciones con trabajo en salud, el mismo que fue capacitado y evaluado. Dicho equipo fue supervisado por una asistente de campo, y coordinado por la investigadora responsable.

Para el análisis correspondiente a la intervención de las organizaciones comunitarias de salud, las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación y las parroquias, se estructuró un cuestionario de entrevista. Del mismo modo, para obtener la información relativa a las organizaciones no gubernamentales, se diseñó una encuesta electrónica auto-administrada (administrada por el propio informante), que fue cumplimentada por directores o responsables de los equipos de salud.

Durante el trabajo de campo se efectuaron 69 entrevistas en profundidad, las mismas que se aplicaron a dirigentes de 32 organizaciones comunitarias de salud y de 20 centrales de organizaciones comunitarias de alimentación, así como a los párrocos o a los responsables de los servicios de salud de 17 parroquias. Por otro lado, se encuestó por vía electrónica a directivos de 13 organizaciones no gubernamentales. Asimismo, fueron encuestadas 600 presidentas y/o coordinadoras de comedores populares, clubes de madres y comités del vaso de leche (281 en Comas, 152 en El Agustino y 167 en Villa El Salvador). La toma de información transcurrió en el segundo semestre de 2004. Concluido el trabajo de campo, las fichas de entrevista y de encuesta fueron digitadas y procesadas en una base de datos, utilizando el programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

De manera complementaria a la toma de información de fuentes primarias, se llevó a cabo un análisis de datos provenientes de fuentes secundarias, a través de la revisión de documentos producidos por organizaciones no gubernamentales y municipalidades del ámbito de la investigación, y se profundizó la revisión bibliográfica para sustentar el marco conceptual del tema en estudio.

III

Organizaciones Comunitarias de Salud

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

En los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador se ubican treinta y dos organizaciones comunitarias de salud, es decir asociaciones formadas por habitantes de estas localidades expresamente para responder a necesidades de salud de la población. De estas organizaciones, dieciséis están ubicadas en Comas, seis en El Agustino y diez en Villa El Salvador.

Como se desprende del Cuadro N° 2, un 18,8% de las organizaciones comunitarias de salud fueron formadas antes de 1990; un 56,2% durante la década del noventa; y un 25% a partir del año 2,000. Se constata así que la mayoría de organizaciones comunitarias especializadas en salud aparecieron durante los años noventa, época en que se produjeron cambios en el marco normativo y de política del Sector Salud, y el Estado peruano optó por garantizar la prevención y la promoción de la salud, pero no la atención médica individual. Un 40,6% de estas organizaciones centra su intervención en la atención a personas afectadas por patologías específicas: tuberculosis, violencia familiar, consumo de alcohol u otras drogas; un 37,5% atiende necesidades de salud de la comunidad en general; y un 21,9% atiende necesidades de salud de segmentos poblacionales específicos, segregados

Cuadro Nº 2
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE SALUD
SEGÚN DISTRITO, AÑO DE CREACIÓN Y EJE DE INTERVENCIÓN

DISTRITO	NOMBRE	AÑO DE CREACIÓN	EJE DE INTERVENCIÓN
Comas	Asociación de Enfermos de Tuberculosis ASET Victoria Castillo de Canales	1976	Recuperación de personas afectadas por la tuberculosis
	Comisión Central de Salud de la III Zona de Collique	1979	Promoción de la salud
	Asociación de Promotoras de Salud de Año Nuevo (ADEPROSAN)	1988	Promoción de la salud
	Comité Multisectorial de Promoción de los Derechos del Niño y Adolescente de Comas (COMUPRODENICO)	1992	Promoción de la salud del niño y adolescente
	Líder de Promotoras de Salud de Collique	1993	Promoción de la salud
	Central Única de Promotoras de Salud Mujer (CUPSA – Mujer)	1993	Promoción de la salud de la mujer
	Asociación de Promotoras Legales del Cono Norte Base – Comas (ASPLE)	1993	Protección frente a la violencia familiar
	Asociación Central de Promotoras de Salud (ACEPRODES)	1995	Promoción de la salud
	Alcohólicos Anónimos Puerta de Esperanza	1996	Rehabilitación de personas afectadas por el alcoholismo
	Juventud Kolleq	1998	Promoción de la salud de jóvenes y adolescentes
	Comité Integral de Salud (COINSA)	1999	Promoción de la salud
	Promotoras de los Derechos de la Mujer (PRODEMU)	1999	Protección frente a la violencia familiar
	Red de Salud I – VIII Zona de Collique	2000	Promoción de la salud
Comité Local Milagro de Jesús	2000	Promoción de la salud	

DISTRITO	NOMBRE	AÑO DE CREACIÓN	EJE DE INTERVENCIÓN
Comas	Warmi Kolleq	2000	Protección frente a la violencia familiar
	Asociación Terapéutica Permitenos Ayudarte	2001	Rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción
El Agustino	Red de Promotores del Desarrollo Integral Humano (PRODINH)	1998	Protección frente a la violencia familiar
	Warmi Siglo XXI	1998	Protección frente a la violencia familiar
	Alcohólicos Anónimos Grupo San José	1999	Rehabilitación de personas afectadas por el alcoholismo
	Red Ambiental Ecológica	1999	Saneamiento ambiental
	Grupo de Promotoras de Salud	2000	Promoción de la salud
	Asociación por el Desarrollo Integral en Solidaridad (ADIS Perú)	2002	Protección frente a la violencia familiar
Villa El Salvador	Centro Victoria	1981	Rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo
	Asociación de Promotoras de Salud	1982	Promoción de la salud
	Asociación de Orientadoras Legales	1997	Protección frente a la violencia familiar
	Programa de la Tercera Edad Los Martincitos	1987	Promoción de la salud del adulto mayor
	Botiquín Comunal 24 Horas	1990	Provisión de medicamentos
	Asociación Nueva Era	1991	Rehabilitación de personas con discapacidad física
	Club del Adulto Mayor Juventud Eterna	1993	Promoción de la salud del adulto mayor
	Grupo de Alcohólicos Anónimos Caminemos Juntos	1999	Rehabilitación de personas afectadas por el alcoholismo
	Red del Adulto Mayor Horizontes de Villa	2001	Promoción de la salud del adulto mayor
	Botiquín Comunal Virgen de las Nieves	2002	Provisión de medicamentos

según sexo, ciclo de vida o condición física. Cabe precisar que en un 31,2%, correspondiente a las organizaciones que atienden a personas afectadas por la tuberculosis y el consumo de alcohol u otras drogas, así como a adultos mayores o a personas con discapacidad física, se trata de organizaciones de autoayuda, que dirigen sus servicios exclusivamente a sus asociados, aunque están permanentemente abiertas a la inclusión de nuevos miembros. En el otro 68,8% de los casos, son organizaciones formadas por personas de la comunidad, que han sido capacitadas por organizaciones no gubernamentales o por entidades estatales para atender necesidades de salud de la población.

En el Cuadro N° 3 se aprecia, según el número de participantes, la heterogeneidad de tamaños de las organizaciones comunitarias de salud. En un 78,1% de éstas, las mujeres tienen una presencia predominante. Respecto a su ámbito de influencia, el 87,5% de estas organizaciones muestra un alcance local. Sólo un 9,4% logra un alcance distrital y un 3,1% cubre a más de un distrito.

2. SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS

Como puede verse en el Cuadro N° 4, en los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador, las organizaciones comunitarias de salud desarrollan principalmente las siguientes actividades: educación en salud (100%), visita a enfermos (65,6%), y recreación (56,2%).

En menor medida, las organizaciones comunitarias de salud suministran fondos de asistencia (28,1%), captados de la comunidad mediante actividades a beneficio, que según criterios de nivel de pobreza y de gravedad de la situación, se dirigen a personas de la comunidad, para cubrir gastos de medicamentos y de consulta médica. Asimismo, un segmento menor de estas organizaciones rehabilita a personas afectadas por el alcoholismo o la drogadicción (15,6%) y a personas con discapacidad física (3,1%).

En el rubro “Otros” (40,6%), se detectaron actividades de consejería legal y conciliación, servicios de cuidado infantil (wawawasi) y casas de refugio para mujeres maltratadas.

Cuadro N° 3
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE SALUD SEGÚN NÚMERO DE
PARTICIPANTES VARONES Y MUJERES Y ÁMBITO DE INFLUENCIA

DISTRITO	NOMBRE	N° DE PARTICIPANTES			ÁMBITO DE INFLUENCIA
		M	V	T	
Comas	Asociación de Enfermos de Tuberculosis ASET Victoria Castillo de Canales	450	450	900	Distritos de Comas, Carabaillo e Independencia
	Comisión Central de Salud de la III Zona de Collique	33	5	38	I – VIII Zona de Collique
	Asociación de Promotoras de Salud de Año Nuevo (ADEPROSAN)	30	2	32	Año Nuevo, 11 de Julio, 20 de Noviembre, Mirador, 9 de Setiembre y Villa Violeta
	Comité Multisectorial de Promoción de los Derechos del Niño y Adolescente de Comas (COMUPRODENICO)	120	---	120	Santa Rosa, Carmen Alto, Año Nuevo y Villa Violeta
	Líder de Promotoras de Salud de Collique	18	1	19	I – VI Zona de Collique
	Central Única de Promotoras de Salud Mujer (CUPSA – Mujer)	17	3	20	Collique y aledaños
	Asociación de Promotoras Legales del Cono Norte Base – Comas (ASPLE)	20	1	21	La Libertad, Collique y Jorge Chávez
	Asociación Central de Promotoras de Salud (ACEPRODES)	55	---	55	Collique, Federico Villarreal y Año Nuevo
	Alcohólicos Anónimos Puerta de Esperanza	--	15	15	Diferentes zonas del distrito
	Juventud Kolleq	15	20	35	III y IV Zona de Collique y Milagro de Jesús
	Comité Integral de Salud (COINSA)	12	6	18	Clorinda Málaga, La Merced, Villa Clorinda y Manco Inca
	Promotoras de los Derechos de la Mujer (PRODEMU)	30	1	31	Collique (I – VIII Zona)
	Red de Salud de Collique	80	---	80	Collique (I – VIII Zona)
	Comité Local Milagro de Jesús	10	---	10	Milagro de Jesús y II Zona de Collique
	Warmi Kolleq	14	8	22	Nueva Esperanza y 1ero de Julio
Asociación Terapéutica Permitenos Ayudarte	---	38	38	Diferentes zonas del distrito	

DISTRITO	NOMBRE	N° DE PARTICIPANTES			ÁMBITO DE INFLUENCIA
		M	V	T	
El Agustino	Red de Promotores del Desarrollo Integral Humano (PRODINH)	30	4	34	Ancieta, I, II, III y VII Zona de El Agustino
	Warmi Siglo XXI -	11	2	13	II Zona de El Agustino, Los Huancas y Libertadores
	Alcohólicos Anónimos Grupo San José	5	7	12	Diferentes zonas del distrito
	Red Ambiental Ecológica	12	13	25	Zonas de Ribera del Río, 1ero. de Mayo, San Pedro y 7 de Octubre
	Grupo de Promotoras de Salud	10	---	10	AAHH 7 de Octubre y San Pedro
	Asociación por el Desarrollo Integral en Solidaridad (ADIS Perú)	6	3	9	AAHH El Independiente, 7 de Octubre, San Pedro, Belo Horizonte y Ancieta Alta
Villa El Salvador	Centro Victoria	---	80	80	Diferentes zonas del distrito
	Asociación de Promotoras de Salud	150	---	150	Sectores 1 – 10
	Asociación de Orientadoras Legales	13	---	13	Sector 3, Grupo 7
	Programa de la Tercera Edad Los Martincitos	99	56	155	Sector 3, Grupo 8
	Botiquín Comunal 24 Horas	1	1	2	Barrio 2; IV Etapa, Pachacamac
	Asociación Nueva Era	26	68	94	Sector 3, Grupo 31
	Club del Adulto Mayor Juventud Eterna	36	1	37	Sector 1, Grupo 25
	Grupo de Alcohólicos Anónimos Caminemos Juntos	---	6	6	Barrio 2, IV Etapa, Pachacamac
	Red del Adulto Mayor Horizontes de Villa	180	10	190	Sector 1, Grupo 24
	Botiquín Comunal Virgen de las Nieves	1	---	1	Las Brisas de Pachacamac
TOTAL		1,484	801	2,285	

Cuadro N° 4
Organizaciones Comunitarias de Salud
SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN DISTRITO

TIPO DE SERVICIO	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Educación en salud	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0
Visita a enfermos	14	87,5	3	50,0	4	40,0	21	65,6
Recreación	10	62,5	2	33,3	6	60,0	18	56,2
Suministro de fondos de asistencia	4	25,0	1	16,7	4	40,0	9	28,1
Rehabilitación del alcoholismo o drogadicción	2	12,5	1	16,7	2	20,0	5	15,6
Rehabilitación de personas con discapacidad	---	---	---	---	1	10,0	1	3,1
Otros	6	37,5	4	66,6	3	30,0	13	40,6
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

2.1 Educación en salud

El 100% de las organizaciones comunitarias de salud realiza charlas educativas de salud, llevadas a cabo por miembros de estas organizaciones, que replican en su comunidad los conocimientos y la información que han recibido de agentes externos.

Los temas desarrollados por la mayoría de las organizaciones comunitarias de salud son: prevención de la violencia familiar (71,8%), salud sexual y reproductiva (68,7%) y prevención del alcoholismo o la drogadicción (65,6%). Con menor frecuencia se encuentran los temas de control de tuberculosis (46,8%), control de enfermedades diarreicas agudas (40,6%), nutrición (37,5%), inmunizaciones (37,5%), control de infecciones respiratorias agudas (37,5%), ciudadanía en salud (37,5%) y salud bucal (21,8%).

En el rubro “Otros” (37,5%) se encuentran los siguientes temas: autoestima, saneamiento ambiental, salud integral, osteoporosis, enfermedades de la piel, y salud visual.

Cuadro N° 5
Organizaciones Comunitarias de Salud
TEMAS EDUCATIVOS DESARROLLADOS SEGÚN DISTRITO

TEMAS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Prevención de la violencia familiar	14	87,5	5	83,3	4	40,0	23	71,8
Salud sexual y reproductiva	14	87,5	4	66,7	4	40,0	22	68,7
Prevención del alcoholismo o la drogadicción	10	62,5	5	83,3	6	60,0	21	65,6
Control TBC	10	62,5	1	16,7	4	40,0	15	46,8
Control EDA	9	56,2	1	16,7	3	30,0	13	40,6
Nutrición	10	62,5	1	16,7	1	10,0	12	37,5
Inmunizaciones	9	56,2	1	16,7	2	20,0	12	37,5
Control IRA	8	50,0	1	16,7	3	30,0	12	37,5
Ciudadanía en salud	11	68,7	1	16,7	---	---	12	37,5
Salud bucal	6	37,5	1	16,7	---	---	7	21,8
Otros	7	43,7	5	83,3	6	60,0	12	37,5
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

La frecuencia de ejecución de las charlas educativas por parte de las organizaciones comunitarias de salud es predominantemente mensual (34%) y trimestral (25%). Es menor la proporción de organizaciones que las realizan semanalmente (18,7%), quincenalmente (9,4%), y semestralmente (12,5%).

Cuadro N° 6
Organizaciones Comunitarias de Salud
FRECUENCIA DE EJECUCIÓN DE CHARLAS EDUCATIVAS SEGÚN DISTRITO

FRECUENCIA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Semanal	3	18,8	---	---	3	30,0	6	18,7
Quincenal	2	12,5	1	16,7	---	---	3	9,4
Mensual	6	37,5	2	33,3	3	30,0	11	34,4
Trimestral	4	25,0	2	33,3	2	20,0	8	25,0
Semestral	1	6,2	1	16,7	2	20,0	4	12,5
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

2.2 Visita a enfermos

El 65,6% de las organizaciones comunitarias de salud lleva a cabo visitas a enfermos, o, según el tipo de organización, a víctimas de la violencia familiar. Estas visitas se realizan de acuerdo con la gravedad del caso y la condición económica de las personas afectadas. Mediante estas visitas, las organizaciones brindan soporte emocional (100%), acompañan a recibir

Cuadro N° 7
Organizaciones Comunitarias de Salud
ASISTENCIA EFECTUADA MEDIANTE VISITAS A ENFERMOS SEGÚN DISTRITO

TIPOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Soporte emocional	14	100,0	3	100,0	4	100,0	21	100,0
Acompañar a recibir tratamiento	9	64,2	2	66,7	2	50,0	13	61,9
Proveer medicamentos	3	21,4	---	---	2	50,0	5	23,8
Soporte alimentario	1	7,1	---	---	1	25,0	2	9,5
Cuidados especiales	2	14,2	---	---	---	---	2	9,5
TOTAL	14	100,0	3	100,0	4	100,0	21	100,0

tratamiento médico (61,9%) y proporcionan medicamentos (23,8%). En menor medida, brindan soporte alimentario (9,5%) y cuidados especiales (9,5%). Con el término “cuidados especiales” se refieren los cuidados prestados a enfermos terminales que permanecen en su hogar. Para proporcionar medicamentos y soporte alimentario, estas organizaciones canalizan el apoyo de botiquines parroquiales y de organizaciones comunitarias de alimentación respectivamente.

La frecuencia con que las organizaciones comunitarias de salud realizan estas visitas es predominantemente semanal (42,9%) y mensual (42,9%). En menor proporción, se efectúan de manera quincenal (9,5%) y trimestral (4,7%).

Cuadro N° 8
Organizaciones Comunitarias de Salud
FRECUENCIA DE EJECUCIÓN DE VISITAS A ENFERMOS SEGÚN DISTRITO

FRECUENCIA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Semanal	5	35,7	1	33,3	3	75,0	9	42,9
Quincenal	2	14,2	--	--	--	--	2	9,5
Mensual	6	42,8	2	66,7	1	25,0	9	42,9
Trimestral	1	7,1	--	--	--	--	1	4,7
TOTAL	14	100,0	3	100,0	4	100,0	21	100,0

2.3 Recreación

El 56,2% de las organizaciones comunitarias de salud promueve la realización de actividades recreativas para sus asociados. Las prácticas más usualmente impulsadas son los paseos (44,4%), los eventos deportivos (44,4%) y las danzas (27,8%). Con menor frecuencia se encuentran el teatro (16,7%), la música (11,1%) y la pintura (5,6%). En el rubro “Otros” (38,9%) se refieren manualidades y reuniones de camaradería.

Cuadro N° 9
Organizaciones Comunitarias de Salud
ACTIVIDADES RECREATIVAS PROMOVIDAS SEGÚN DISTRITO

TIPOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%
Paseo	4	40,0	1	50,0	3	50,0	8	44,4
Evento deportivo	3	30,0	--	--	5	83,3	8	44,4
Danzas	1	10,0	--	--	4	66,7	5	27,8
Teatro	--	--	--	--	3	50,0	3	16,7
Música	--	--	--	--	2	33,3	2	11,1
Pintura	--	--	--	--	1	16,7	1	5,6
Otros	3	30,0	2	100,0	2	33,3	7	38,9
TOTAL	10	100,0	2	100,0	6	100,0	18	100,0

Un 22,2% de estas organizaciones, aquellas dirigidas a jóvenes y a adultos mayores, promueven la realización de actividades recreativas de manera semanal. El resto de organizaciones lo hace más esporádicamente, de manera trimestral (33,3%), semestral (16,7%) y anual (27,8%).

Cuadro N° 10
Organizaciones Comunitarias de Salud
FRECUENCIA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS SEGÚN DISTRITO

FRECUENCIA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%
Semanal	1	10,0	--	--	3	50,0	4	22,2
Trimestral	3	30,0	1	50,0	2	33,3	6	33,3
Semestral	2	20,0	1	50,0	--	--	3	16,7
Anual	4	40,0	--	--	1	16,7	5	27,8
TOTAL	10	100,0	2	100,0	6	100,0	18	100,0

3. RECURSOS EMPLEADOS

Las organizaciones comunitarias de salud financian sus servicios combinando diversas fuentes. Las principales modalidades son: el aporte propio (100%), el apoyo de agentes externos (100%) y las actividades pro fondos (71,8%). Además, un 15,6% de estas organizaciones genera ingresos propios a través de la venta de medicamentos y la asesoría para la conciliación extrajudicial, y un 6,2% canaliza recursos de la cooperación internacional.

Cuadro N° 11
Organizaciones Comunitarias de Salud
MODALIDADES DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD SEGÚN DISTRITO

MODALIDADES	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Aporte propio	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0
Apoyo externo	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0
Actividades pro-fondos	14	87,5	4	66,7	5	50,0	23	71,8
Ingresos propios	2	12,5	1	16,7	2	20,0	5	15,6
Cooperación internacional	1	6,2	---	---	1	10,0	2	6,2
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

3.1 Aporte propio

El aporte propio de las organizaciones comunitarias de salud se hace efectivo fundamentalmente a través del trabajo voluntario de sus integrantes, y, en menor medida, en los locales usados para el funcionamiento de estas organizaciones.

El 100% de las organizaciones comunitarias de salud opera con el trabajo voluntario de sus miembros. Solamente un 15,7% de estas

organizaciones tiene algún miembro remunerado, lo que es financiado con ingresos propios (3 de los casos), o con el apoyo de la cooperación internacional (2 de los casos).

Cuadro N° 12
Organizaciones Comunitarias de Salud
EXISTENCIA DE PERSONAL REMUNERADO SEGÚN DISTRITO

¿TIENE ALGÚN PERSONAL REMUNERADO?	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
No	13	81,2	5	83,3	9	90,0	27	84,3
Si	3	18,8	1	16,7	1	10,0	5	15,7
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

Las jornadas de trabajo voluntario que cumplen los miembros de las organizaciones comunitarias de salud oscilan predominantemente de entre 4 a 6 horas semanales (68,8%). Son menos frecuentes las jornadas semanales de entre 8 a 10 horas (15,6%) y de más de 10 horas (15,6%). Debe destacarse que los botiquines comunitarios detectados en el estudio funcionan en el domicilio de la persona a cargo y están a disposición de la comunidad las 24 horas del día. Es similar la disposición que muestran en sus domicilios algunas orientadoras para la prevención de la violencia familiar (ver Cuadro N° 13).

Respecto a los locales de funcionamiento, según se muestra en el Cuadro N° 14 un 68,8% de las organizaciones comunitarias de salud opera en un local prestado. Es mucho menor el porcentaje de organizaciones que lo hace en un local de su propiedad (15,6%) o en un local alquilado (15,6%).

Al analizar quiénes son los propietarios de los locales prestados para el funcionamiento de las organizaciones comunitarias de salud, es posible apreciar que en un 63,6% se trata de contribuciones provenientes de la propia comunidad (socios 45,5% y comunidad 18,1%). En un 36,4%, dicha contribución procede de agentes externos a la comunidad (parroquia 18,1%, entidad estatal 13,7%, y ONG 4,6%).

Cuadro N° 13
Organizaciones Comunitarias de Salud
HORAS SEMANALES DE TRABAJO VOLUNTARIO DE SUS MIEMBROS
SEGÚN DISTRITO

N° DE HORAS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
De 4 a 6	12	75,0	4	66,6	6	60,0	22	68,8
De 8 a 10	3	18,8	1	16,7	1	10,0	5	15,6
Más de 10	1	6,2	1	16,7	3	30,0	5	15,6
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

Cuadro N° 14
Organizaciones Comunitarias de Salud
LOCAL DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN DISTRITO

CONDICIÓN	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Prestado	9	56,2	6	100,0	7	70,0	22	68,8
Propio	2	12,6	---	---	3	30,0	5	15,6
Alquilado	5	31,2	---	---	---	---	5	15,6
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

Tomando en cuenta a las organizaciones que funcionan en locales de su propiedad o alquilados (Cuadro N° 14), y a aquellas que funcionan en locales prestados por sus miembros o por su comunidad (Cuadro N° 15), es posible determinar que el aporte propio en términos de local de funcionamiento se da en un 75% de las organizaciones comunitarias de salud.

Cuadro N° 15
Organizaciones Comunitarias de Salud
PROPIETARIOS DE LOCALES DE FUNCIONAMIENTO PRESTADOS
SEGÚN DISTRITO

PROPIETARIO	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N°H ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Socio	4	44,4	3	50,0	3	42,9	10	45,5
Comunidad	2	22,2	---	---	2	28,7	4	18,1
Parroquia	2	22,2	1	16,7	1	14,2	4	18,1
Entidad estatal	---	---	2	33,3	1	14,2	3	13,7
ONG	1	11,1	---	---	---	---	1	4,6
TOTAL	9	100,0	6	100,0	7	100,0	22	100,0

3.2 Apoyo de agentes externos

Otro mecanismo de financiamiento para las organizaciones comunitarias de salud es el apoyo de agentes externos. Una forma en la que se expresa dicho apoyo es con el préstamo de local para su funcionamiento. Como se vio antes (Cuadro N° 15), tal apoyo es recibido por un 25% de estas organizaciones y proviene en un 62,5% de los casos de agentes de la sociedad civil y en un 37,5% de agentes estatales.

Sin embargo, la modalidad más extendida de apoyo externo a las organizaciones comunitarias de salud es la capacitación y asesoría para sus labores de educación en salud, lo que es recibido gratuitamente por el 100% de estas organizaciones. Vale destacar que salvo las actividades de educación en salud, todos los otros servicios de las organizaciones comunitarias de salud son realizados con recursos autogestionados.

Para su servicio de educación en salud, estas organizaciones reciben apoyo desde diversas fuentes. Un porcentaje mayoritario (43,8%) lo hace desde entidades estatales y ONGs. En menor medida,

se canaliza apoyo desde entidades estatales y parroquias (15,6%), exclusivamente desde ONGs (15,6%), y desde estas tres fuentes (15,6%). Sólo un 9,4% de organizaciones comunitarias de salud recibe apoyo externo exclusivamente de entidades estatales. Como se puede inferir del cuadro siguiente, para las actividades de educación en salud, un 84,4% de organizaciones comunitarias de salud recibe apoyo de entidades del Estado, y un 90,6% desde entidades de la sociedad civil.

Cuadro N° 16
Organizaciones Comunitarias de Salud
APOYO EXTERNO RECIBIDO PARA EDUCACIÓN EN SALUD
SEGÚN FUENTE Y DISTRITO

FUENTE	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%
Entidades estatales y ONGs	7	43,7	2	33,3	5	50,0	14	43,8
Entidades estatales y parroquias	3	18,8	1	16,7	1	10,0	5	15,6
ONGs	3	18,8	--	--	2	20,0	5	15,6
Entidades estatales, parroquias y ONGs	2	12,5	1	16,7	2	20,0	5	15,6
Entidades estatales	1	6,2	2	33,3	--	--	3	9,4
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

Entre las entidades estatales de las cuales se recibe apoyo para las actividades de educación en salud, destacan mayoritariamente las dependencias del Ministerio de Salud – MINSA, en un 78,1% de los casos. En menor proporción participan las municipalidades distritales (28,1%), las dependencias del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – MIMDES (12,5%) y la Policía Nacional del Perú (12,5%).

Cuadro N° 17
Organizaciones Comunitarias de Salud
ENTIDADES ESTATALES QUE APOYAN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEGÚN
DISTRITO

ENTIDAD	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%
MINSA	13	81,2	5	83,3	7	70,0	25	78,1
Municipalidad Distrital	4	25,0	2	33,3	3	30,0	9	28,1
MIMDES	2	12,5	1	16,7	1	10,0	4	12,5
Policía Nacional	1	6,2	3	50,0	---	---	4	12,5
TOTAL	16	100,0	6	100,0	10	100,0	32	100,0

3.3 Actividades pro-fondos

La realización de actividades pro-fondos es una modalidad de financiamiento aplicada por el 71,8% de las organizaciones comunitarias de salud, lo que les permite captar recursos financieros de la comunidad para la prestación de sus servicios de salud. Como aparece a continuación, la actividad más significativa para la recaudación de fondos es la preparación y venta de comidas a la comunidad (100%). Son menos usadas las rifas (26%) y las colectas (21,7%).

Cuadro N° 18
Organizaciones Comunitarias de Salud
TIPOS DE ACTIVIDAD PRO- FONDOS REALIZADAS SEGÚN DISTRITO

TIPO DE ACTIVIDAD	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%
Venta de comida	14	100,0	4	100,0	5	100,0	23	100,0
Rifas	5	35,7	1	25,0	---	---	6	26,0
Colectas	1	7,1	1	25,0	3	60,0	5	21,7
TOTAL	14	100,0	4	100,0	5	100,0	23	100,0

IV

Organizaciones Comunitarias de Alimentación

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Desde fines de los años setenta, las políticas de estabilización económica y el consecuente recorte de la capacidad adquisitiva de vastos sectores de la población del Perú, han ocasionado el surgimiento de organizaciones comunitarias de alimentación. Estas organizaciones fueron puestas en marcha inicialmente en zonas populares de Lima Metropolitana, por acción de las propias mujeres pobladoras, así como de entidades no estatales y estatales, y se expandieron luego a lo largo del país.

Los comedores populares autogestionarios, denominados así por el significativo despliegue de recursos propios para su formación y por su autonomía en la definición de mecanismos y procedimientos de funcionamiento, hicieron su aparición a partir de diciembre de 1978, captando apoyo en alimentos de parte de instituciones ligadas a las Iglesias Católica y Evangélica, y asesoría organizativa desde Organizaciones No Gubernamentales. Progresivamente, el Estado incidió en el surgimiento de nuevas organizaciones comunitarias de alimentación a través de la promoción de cocinas familiares durante el Gobierno de Acción Popular, y de clubes de madres bajo el Gobierno del APRA. A diferencia de los comedores populares autogestionarios, desde su origen, dichas organizaciones recibieron subsidios estatales en alimentos, infraestructura y equipamiento, y adecuaron su estructura y su funcionamiento a la normatividad establecida por las entidades

gubernamentales de apoyo, y se sujetaron a su supervisión. Hacia fines de los ochenta, los comedores populares autogestionarios lograron también canalizar alimentos desde el Estado, ante el agotamiento de tal provisión por parte de las Iglesias. Cabe destacar que para el diálogo con el Estado, los comedores populares autogestionarios se articularon con las cocinas familiares para constituir instancias de representación a escala distrital y metropolitana, mientras los clubes de madres generaron espacios propios de interlocución. Un nuevo contingente de comedores populares hizo su aparición a partir de 1990, tras el anuncio oficial del establecimiento de programas de compensación social para paliar los efectos del shock económico con el que se dio inicio a la aplicación del Programa de Ajuste Estructural en el Gobierno de Alberto Fujimori.

Otra intervención estatal significativa para la formación de organizaciones comunitarias de alimentación se produjo en 1984, con la creación del Programa Municipal del Vaso de Leche por la Municipalidad Provincial de Lima Metropolitana. El funcionamiento cogestionado de dicho programa demandó la formación de comités a escala de asentamientos, de distritos y de la provincia de Lima, desencadenando una organización masiva de mujeres. Esta red se extendió a lo largo del país en 1985, con la promulgación de la Ley N° 24059, que instauró el Programa del Vaso de Leche en todos los municipios del Perú, ante la movilización de mujeres de sectores populares de otras localidades.

Los comedores populares autogestionarios y los clubes de madres constituyen unidades económicas de servicios de preparación y expendio de alimentos, que contribuyen a reducir los costos de alimentación de sus usuarios. Dicha reducción se hace posible debido a la aplicación de una economía de escala en la compra de alimentos y materiales, a la captación de subsidios en alimentos o en dinero de parte del Estado, y a que se opera con una lógica de subsistencia, orientada exclusivamente a cubrir costos.

Por su parte, los comités del vaso de leche son grupos de madres de familia organizados piramidalmente para la ejecución del programa municipal del mismo nombre. En cada distrito se

cuenta con un comité distrital, que articula y representa a los comités locales constituidos en los asentamientos del distrito, los que a su vez articulan y representan a los comités de base formados en las manzanas de los asentamientos. El comité distrital participa conjuntamente con la municipalidad distrital en el Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, instancia que se ocupa de licitar los alimentos a adquirir, y de asignar y distribuir las raciones correspondientes a los comités locales. El comité local se encarga de recoger dichas raciones y de entregarlas a los comités de base, los cuales se hacen cargo de la respectiva preparación y reparto a los beneficiarios.

En los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador existen 619 comedores populares autogestionarios, 394 clubes de madres y 2,683 comités de base del vaso de leche, lo que hace un total de 3,696 organizaciones comunitarias de alimentación.

Cuadro N° 19
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE ALIMENTACIÓN SEGÚN DISTRITO

DISTRITO	CC PP AUTOGESTIONARIOS	CLUBES DE MADRES	COMITÉS DEL VASO DE LECHE	TOTAL
Comas	286	197	1,561	2,044
El Agustino	96	45	595	736
Villa El Salvador	237	152	527	916
TOTAL	619	394	2,683	3,696

Fuentes: PRONAA, Municipalidad Distrital de Comas, Municipalidad Distrital de El Agustino y Municipalidad Distrital de Villa El Salvador (2003). Compilación y elaboración propia.

2. SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS

La principal contribución de las organizaciones comunitarias de alimentación al cuidado de la salud de la población es la seguridad alimentaria, actividad que es desarrollada por el 100% de estas organizaciones.

Cuadro N° 20
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

SERVICIOS	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Seguridad alimentaria	100,0	100,0	100,0	100,0
Suministro de fondos de asistencia	90,9	67,5	72,0	75,6
Recreación	24,2	17,5	20,0	20,3
Charlas de salud	33,3	17,5	---	14,6
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Seguridad alimentaria	100,0	100,0	100,0	100,0
Suministro de fondos de asistencia	72,1	60,0	75,9	70,7
Recreación	27,9	15,0	31,0	26,0
Charlas de salud	23,3	5,0	---	11,9
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Seguridad alimentaria	100,0	100,0	100,0	100,0
Suministro de fondos de asistencia	60,7	56,5	64,4	60,5
Recreación	20,2	4,3	5,7	9,8

Otro servicio extendido es el suministro de fondos de asistencia para emergencias de salud, efectuado por un 75,6% de los comedores populares autogestionarios, un 70,7% de los clubes de madres y un 60,5% de los comités del vaso de leche.

En menor medida, el 20,3% de comedores populares, el 26,0% de clubes de madres y el 9,8% de comités del vaso de leche promueven actividades de recreación para sus asociadas. En el caso de los comedores populares autogestionarios (14,6%) y de los clubes de madres (11,9%), se observa también la organización de charlas de salud dirigidas a sus asociadas.

2.1 Seguridad alimentaria

El 100% de las organizaciones comunitarias de alimentación brinda servicios de seguridad alimentaria, facilitando a sus usuarios raciones de comida que posibilitan, cuando menos, una ingesta mínima de calorías y proteínas. En el ámbito del estudio, estas organizaciones alcanzan a 292,826 beneficiarios.

Cuadro N° 21
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
NÚMERO DE BENEFICIARIOS SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	DISTRITO			TOTAL DE BENEFICIARIOS
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	N° DE BENEFICIARIOS	N° DE BENEFICIARIOS	N° DE BENEFICIARIOS	N° DE BENEFICIARIOS
CCPP Autogestionarios	21,090	6,636	19,718	47,444
Clubes de Madres	17,469	4,481	14,793	36,743
Vaso de Leche	46,433	44,024	118,182	208,639
TOTAL	84,992	55,141	152,693	292,826

Fuentes: PRONAA, Municipalidad Distrital de Comas, Municipalidad Distrital de El Agustino y Municipalidad Distrital de Villa El Salvador (2003), Compilación y elaboración propia

En el caso de los comedores populares autogestionarios y de los clubes de madres, el servicio se extiende mayoritariamente de lunes a sábado (56,2%), y en menor medida de lunes a viernes (42,8%). Sólo un 1% de estas organizaciones atiende de lunes a domingo (ver Cuadro N° 22).

El volumen de producción diaria de los comedores populares y los clubes de madres oscila predominantemente (58,2%) entre 71 y 120 raciones. Un 26% de estas organizaciones produce entre 121 y 200 raciones, un 12% entre 25 y 70 raciones, y solamente un 3,8% supera las 200 raciones (ver Cuadro N° 23).

El 77,7% de los comedores populares y los clubes de madres dirige sus servicios a sus socias y el público en general. Sólo un 22,3% de estas organizaciones dirige sus servicios exclusivamente a sus asociadas (ver Cuadro N° 24).

Cuadro N° 22
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
DÍAS DE FUNCIONAMIENTO SEMANAL DE COMEDORES POPULARES Y CLUBES DE MADRES

DIAS	CCPP	CLUBES DE MADRES	TOTAL
	AUTOGESTIONARIOS		
	%	%	%
Lunes a Viernes	40,7	45,6	42,8
Lunes a Sábado	57,6	54,4	56,2
Lunes a Domingo	1,7	---	1,0
TOTAL	100,0	92 100,0	100,0

Cuadro N° 23
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
TOTAL DE RACIONES PREPARADAS DIARIAMENTE POR COMEDORES POPULARES Y CLUBES DE MADRES

NÚMERO DE RACIONES	CCPP	CLUBES DE MADRES	TOTAL
	AUTOGESTIONARIOS		
	%	%	%
Entre 25 y 70	14,7	8,7	12,0
Entre 71 y 120	56,0	60,9	58,2
Entre 121 y 200	26,0	26,0	26,0
Más de 200	3,3	4,4	3,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Cuadro N° 24
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE COMEDORES POPULARES Y CLUBES DE MADRES

TIPOS DE USUARIO	CCPP	CLUBES DE MADRES	TOTAL
	AUTOGESTIONARIOS		
	%	%	%
Socias	19,5	26,0	22,3
Socias y público	80,5	74,0	77,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Como se puede apreciar en los cuadros siguientes, en la oferta de los comedores populares y de los clubes de madres se registra una política diferencial de precios, que distingue precios para socias y precios para el público o “libres”.

El precio de venta de los menús a las socias llega a un S/.1.00 nuevo sol en un 50,1% del total de estas organizaciones, mientras que en un 48,0% el precio oscila entre S/.1.20 y S/.1.50 nuevo sol. Sólo un 1,9% de estas organizaciones vende los menús a sus socias a un precio mayor, que alcanza hasta S/.2.00 nuevos soles.

Cuadro N° 25
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
PRECIO DE VENTA DE MENÚS A SOCIAS SEGÚN ORGANIZACIÓN
(En nuevos soles)

PRECIO DE VENTA A SOCIAS	CCPP		TOTAL
	AUTOGESTIONARIOS	CLUBES DE MADRES	
	%	%	%
Hasta S/. 1.00	46,3	55,4	50,1
Entre S/.1.20 y S/.1.50	50,5	44,6	48,0
Entre S/.1.70 y S/.2.00	3,2	---	1,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Simultáneamente, como aparece en Cuadro N° 26, en un 70,5% de estas organizaciones, el precio de venta del menú al público es de entre S/.1.20 y S/.1.50 nuevo sol. Es menor el porcentaje de organizaciones que ofrecen el menú al público a S/.1.00 nuevo sol (11,7%), y entre S/.2.00 y S/.2.50 nuevos soles (17,8%).

Tomando como referencia que el precio de mercado de un menú similar asciende a S/.3.00 nuevos soles, puede inferirse que el precio de venta del menú a las socias constituye para éstas un margen de ahorro que va desde el 33,3% al 66,7%. Respecto al público, el precio de venta de los menús posibilita un margen de ahorro que oscila entre el 16,7% y el 66,7%.

En el caso del vaso de leche, el Cuadro N° 27 muestra que el servicio se presta predominantemente de lunes a sábado (47,9%), en

Cuadro N° 26
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
PRECIO DE VENTA DE MENÚ AL PÚBLICO SEGÚN ORGANIZACIÓN
(En nuevos soles)

PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO	CCPP		TOTAL
	AUTOGESTIONARIOS	CLUBES DE MADRES	
	%	%	%
S/.1.00	13,3	9,3	11,7
Entre S/.1.20 y S/.1.50	65,8	77,4	70,5
Entre S/.2.00 y S/.2.50	20,9	13,3	17,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Cuadro N° 27
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
DÍAS DE FUNCIONAMIENTO SEMANAL DE COMITÉS DEL VASO DE LECHE
SEGÚN DISTRITO

DÍAS	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
Lunes a Viernes	96,4	---	33,3	41,9
Lunes a Sábado	3,5	82,6	54,0	47,9
Lunes a Domingo	---	17,4	12,7	10,2
TOTAL	100,0	100,0	100,00	100,0

menor proporción de lunes a viernes (41,9%), y con mucha menor frecuencia, de lunes a domingo (10,2%).

La base legal del Programa del Vaso de Leche establece como una primera prioridad la atención de niños de 0 a 6 años y de madres gestantes y en período de lactancia; y como una segunda prioridad la atención de niños de 7 a 13 años y de ancianos y personas enfermas de tuberculosis. Dichos criterios, en particular la discriminación de los niños por edad, resultan difíciles de aplicar para las madres de familia organizadas, debido a la necesidad y a la demanda existentes, lo que

determina que en la práctica no se distingan las prioridades de atención establecidas normativamente.

Los alimentos suministrados por el vaso de leche son básicamente donados por el Estado. Sin embargo, usualmente de manera semanal, las madres beneficiarias aportan cuotas a los comités locales a fin de cubrir otros costos necesarios para el funcionamiento del servicio (ver cuadros N° 37 y 38).

Un asunto que debe ser puesto de relieve en la práctica del conjunto de organizaciones comunitarias de alimentación es que atienden entre sus beneficiarios a los denominados “casos sociales”, es decir a personas exoneradas de pago o del aporte de cuotas por las raciones alimentarias. Como se desprende del Cuadro N° 28, en los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador, un 95,9% de los comedores populares, un 98,9% de los clubes de madres, y un 68,7% de los comités del vaso de leche brindan servicio a casos sociales. El número de raciones que las organizaciones comunitarias de alimentación destinan para atender casos sociales oscila predominantemente entre 1 y 5 (ver Cuadro N° 29).

Las exoneraciones de pago o de cuotas se aplican principalmente frente a personas en pobreza extrema (34%), personas impedidas de trabajar por enfermedad (29,2%), y personas de la tercera edad (23,4%). En menor medida se exonera a madres solteras o abandonadas (5,7%), personas con discapacidad (4,7%) y niños en abandono (3%).

2.2 Suministro de fondos de asistencia

Otra actividad que realizan las organizaciones comunitarias de alimentación es el suministro de fondos de asistencia para personas que afrontan emergencias de salud. Esta labor es efectuada por un 75,6% de los comedores populares autogestionarios, un 70,7% de los clubes de madres y un 60,5% de los comités del vaso de leche.

Dichos fondos se generan ante el surgimiento de la emergencia, para lo cual los comedores populares autogestionarios (72%) y los clu-

Cuadro N° 28
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
NÚMERO DE RACIONES DESTINADAS A CASOS SOCIALES SEGÚN
ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

NÚMERO	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Ninguno	6,1	--	6,0	4,1
De 1 a 5	54,5	35,0	50,0	46,3
De 6 a 10	21,2	50,0	36,0	36,5
De 11 a 20	15,2	10,0	6,0	9,9
Más de 20	3,0	5,0	2,0	3,2
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Ninguno	--	--	3,5	1,1
De 1 a 5	55,9	30,0	41,4	45,6
De 6 a 10	30,2	45,0	31,0	33,6
De 11 a 20	11,6	20,0	24,1	17,5
Más de 20	2,3	5,0	--	2,2
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Ninguno	39,2	44,6	9,2	31,3
De 1 a 5	48,8	46,8	57,5	50,9
De 6 a 10	8,4	7,6	22,9	12,9
Más de 10	3,6	1,0	10,4	4,9

Cuadro N° 29
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
CRITERIOS APLICADOS PARA DETERMINAR CASOS
SOCIALES SEGÚN ORGANIZACIÓN

CRITERIOS	ORGANIZACIÓN			TOTAL
	CCPP AUTOGESTIONARIOS	CLUBES DE MADRES	VASO DE LECHE	
	%	%	%	
Extrema pobreza	25,2	29,9	40,2	34,0
Enfermedad	37,9	27,6	25,3	29,2
Ancianos	25,2	27,6	20,9	23,4
Madres solteras o abandonadas	1,7	6,9	7,2	5,7
Discapacitados	5,0	6,9	3,6	4,7
Niños en abandono	5,0	1,1	2,8	3,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

bes de madres (63,1%) recurren principalmente a la venta de comidas, y los comités del vaso de leche (74,2%) a las colectas. En todos estos casos, los recursos recaudados provienen de la comunidad.

Cuadro N° 30
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
MECANISMOS DE GENERACIÓN DE FONDOS DE ASISTENCIA SEGÚN
ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

MECANISMOS	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Venta de comidas	56,7	85,2	75,0	72,0
Colecta	56,7	37,0	47,2	47,3
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Venta de comidas	58,0	41,7	81,8	63,1
Colecta	51,6	16,7	27,3	36,9
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Venta de comidas	45,1	32,7	41,0	39,6
Colecta	76,4	65,3	80,3	74,2

En el Cuadro N° 31 se muestra que los fondos de asistencia generados por las organizaciones comunitarias de alimentación se destinan en primer lugar a sus asociadas (comedores populares: 82,8%, clubes de madres: 75,4%, vaso de leche: 72,3%), en segundo lugar a los familiares de sus asociadas (comedores populares: 29%, clubes de madres: 30,8%, vaso de leche: 25,8%), y en tercer lugar a personas de la comunidad (comedores populares 11,8%, clubes de madres 10,8%, vaso de leche 15,7%) (Cuadro N° 32)

Los gastos que se cubren predominantemente con dichos fondos son de medicamentos (comedores populares: 62,4%, clubes de madres: 55,4%, vaso de leche: 59,7%), sepelios (comedores populares: 36,6%, clubes de madres: 38,5%, vaso de leche: 58,5%) y hospitalización (comedores populares: 35,5%, clubes de madres: 27,7%, vaso de leche: 40,3%). En menor medida se solventan consultas médicas (comedores populares: 29%, clubes de madres: 18,5%, vaso de leche: 18,2%).

Cuadro N° 31
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
BENEFICIARIOS DE FONDOS DE ASISTENCIA
SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

TIPOS DE BENEFICIARIO	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Socias	93,3	70,4	83,3	82,8
Familiares de socias	30,0	14,8	38,9	29,0
Personas de la comunidad	13,3	7,4	13,9	11,8
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Socias	87,1	41,7	77,3	75,4
Familiares de socias	29,0	16,7	40,9	30,8
Personas de la comunidad	9,7	0,0	18,2	10,8
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Socias	92,2	44,2	80,4	72,3
Familiares de socias	52,9	3,8	21,4	25,8
Personas de la comunidad	7,8	17,3	21,4	15,7

Cuadro N° 32
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
GASTOS CUBIERTOS CON FONDOS DE ASISTENCIA
SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

GASTOS CUBIERTOS	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Medicamentos	70,0	40,7	72,2	62,4
Sepelios	50,0	18,5	38,9	36,6
Hospitalización	36,7	40,7	30,6	35,5
Consulta médica	50,0	7,4	27,8	29,0
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Medicamentos	64,5	41,7	50,0	55,4
Sepelios	45,2	16,7	40,9	38,5
Hospitalización	38,7	--	27,3	27,7
Consulta médica	22,6	--	22,7	18,5
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Medicamentos	60,8	51,9	66,1	59,7
Sepelios	70,6	42,3	62,5	58,5
Hospitalización	41,2	50,0	30,4	40,3
Consulta médica	29,4	5,8	19,6	18,2

3. RECURSOS EMPLEADOS

Las organizaciones comunitarias de alimentación cubren los costos de su servicio combinando diferentes mecanismos de financiación. El 100% de los comedores populares y los clubes de madres funcionan con aporte propio, ingresos propios, y apoyo de agentes externos. Por su parte, el 100% de los comités del vaso de leche lo hacen con aporte propio y apoyo de agentes externos. Un segmento mayoritario de estas organizaciones apelan a actividades pro-fondos para sus actividades de asistencia en salud (comedores populares: 75,6%, clubes de madres: 70,7%, vaso de leche: 60,5%) y en menor medida para sus labores de seguridad alimentaria (comedores populares: 34,1%, clubes de madres:

Cuadro N° 33
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
MODALIDADES DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

MODALIDADES	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Aporte propio	100,0	100,0	100,0	100,0
Ingresos propios	100,0	100,0	100,0	100,0
Apoyo externo	100,0	100,0	100,0	100,0
Actividades pro-fondos organización	54,5	50,0	8,0	34,1
Actividades pro-fondos de asistencia	90,9	67,5	72,0	75,6
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Aporte propio	100,0	100,0	100,0	100,0
Ingresos propios	100,0	100,0	100,0	100,0
Apoyo externo	100,0	100,0	100,0	100,0
Actividades pro-fondos organización	27,9	40,0	10,3	25,0
Actividades pro-fondos de asistencia	72,1	60,0	75,9	70,7
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Aporte propio	100,0	100,0	100,0	100,0
Apoyo externo	100,0	100,0	100,0	100,0
Actividades pro-fondos organización	23,8	6,5	--	9,9
Actividades pro-fondos de asistencia	60,7	56,5	64,4	60,5

25%, vaso de leche: 9,9%). En un 1,6% de los comedores populares autogestionarios, un 1,1% de los clubes de madres, y un 1,9% de los comités del vaso de leche, se recurre además a la venta de los envases de los alimentos recibidos en donación.

3.1 *Aporte propio*

El 100% de los comedores populares autogestionarios, los clubes de madres y los comités del vaso de leche financian parcialmente su servicio con aporte propio. Una de las formas en que se materializa dicho aporte es a través de la fuerza de trabajo de sus asociadas.

En los comedores populares y los clubes de madres, el trabajo se efectúa por turnos, usualmente semanales, que son cubiertos por sus socias, en un número que varía según el tamaño de la organización y la cantidad de raciones a preparar. Las socias que pasan turnos de trabajo reciben diariamente en retribución una cantidad gratuita de menús que oscila predominantemente entre tres y cuatro. En los comités de base del vaso de leche, la preparación y el reparto de la leche a los beneficiarios está a cargo de una a dos socias, dependiendo del número de raciones a preparar. En algunos comités del vaso de leche (ver Cuadro N° 38) se otorgan estipendios semanales a las personas encargadas de ese trabajo, que oscilan predominantemente entre S/.5.00 y S/.30.00 nuevos soles.

Según aparece en el Cuadro N° 34, en un 71,5% de los comedores populares autogestionarios y un 78,3% de los clubes de madres, la jornada de trabajo se extiende de 6 a 8 horas por día. En un 75,3% de los comités de base del vaso de leche, el trabajo diario es de 3 horas a más.

Otra forma de aporte propio se manifiesta en los locales que se utilizan para el funcionamiento de las organizaciones comunitarias de alimentación. Al respecto, un 26,8% de comedores populares autogestionarios, un 20,7% de clubes de madres y un 9,1% de comités del vaso de leche funcionan en locales de su propiedad, mientras que un 20,3% de comedores populares autogestionarios, un 18,5% de clubes de madres y un 2,7% de comités del vaso de leche operan en

Cuadro N° 34
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
HORAS DE TRABAJO DIARIO DE SOCIAS QUE CUBREN TURNOS SECÚN
ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

N° DE HORAS	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
De 3 a 5 horas	21,2	12,5	36,0	24,4
De 6 a 8 horas	69,7	82,5	64,0	71,5
Más de 8 horas	9,1	5,0	–	4,1
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
De 3 a 5 horas	25,6%	15,0	13,7	19,6
De 6 a 8 horas	72,1%	85,0	82,8	78,3
Más de 8 horas	2,3%	–	3,4	2,2
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
1 hora	4,8	6,6	8,0	6,4
2 horas	15,5	31,5	6,9	18,3
3 horas	20,2	44,6	27,6	31,2
Más de 3 horas	59,5	17,4	57,5	44,1

locales alquilados. Asimismo, un 52,9% de los comedores populares autogestionarios, un 60,8% de los clubes de madres, y un 88,2% de los comités de base del vaso de leche funcionan en locales prestados (ver Cuadro N° 35).

Como se muestra en el Cuadro N° 36, los propietarios de dichos locales son mayoritariamente las socias de estas organizaciones y la comunidad (comedores populares autogestionarios: 94,4%, clubes de madres: 98,3%, comités del vaso de leche: 99,5%), vale decir, se trata de recursos propios de la comunidad.

Considerando a las organizaciones que funcionan en locales de su propiedad o alquilados (Cuadro N° 35), y aquellas que funcionan en locales prestados por sus miembros o por la comunidad, (Cuadro N° 36), puede determinarse que el aporte propio en términos de local de funcionamiento se da en un 97,5% de comedores populares, un 98,9% de clubes de madres y un 99,6% de comités del vaso de leche.

Cuadro N° 35
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
LOCAL DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

CONDICIÓN	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Propio	15,2	37,5	26,0	26,8
Alquilado	30,3	25,0	10,0	20,3
Prestado	54,5	37,5	64,0	52,9
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Propio	18,6	20,0	24,1	20,7
Alquilado	18,6	30,0	10,3	18,5
Prestado	62,8	50,0	65,6	60,8
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Propio	3,6	6,5	17,2	9,1
Alquilado	7,1	--	1,1	2,7
Prestado	89,3	93,4	81,6	88,2

Cuadro N° 36
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
PROPIETARIOS DE LOCALES PRESTADOS
SEGÚN ORGANIZACIÓN Y DISTRITO

PROPIETARIO	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
COMEDORES POPULARES	100,0	100,0	100,0	100,0
Socia	82,4	33,3	83,3	70,4
Comunidad	11,8	55,6	13,9	24,0
Parroquia	5,8	11,1	2,8	5,6
CLUBES DE MADRES	100,0	100,0	100,0	100,0
Socia	92,6	100,0	94,7	94,7
Comunidad	3,7	--	5,3	3,6
Parroquia	3,7	--	--	1,7
VASO DE LECHE	100,0	100,0	100,0	100,0
Socia	98,6	93,0	94,5	95,3
Comunidad	--	6,9	5,4	4,2
Parroquia	1,3	--	--	0,5

En el caso del vaso de leche, otro mecanismo de aporte propio son las cuotas aportadas semanalmente por las beneficiarias de los comités de base. Dichas cuotas oscilan entre S/.0.50 y S/.2.00 nuevos soles.

Cuadro N° 37
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
CUOTAS DE SOCIAS DE COMITÉS DEL VASO DE LECHE SEGÚN DISTRITO
(En nuevos soles)

MONTO	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
Entre S/.0.50 y S/.1.00	25,1	67,5	17,3	37,2
Entre S/.1.20 y S/.1.50	22,6	9,8	39,1	23,6
Entre S/.1.70 y S/.2.00	52,3	22,7		39,2
			43,6	
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Las cuotas recaudadas se aplican en un 89,7% para la compra de combustible de cocina, en un 88,2% para la compra de otros ingredientes necesarios en la preparación de las raciones (azúcar, especias o agua), en un 73% para cubrir el transporte de los recursos donados,

Cuadro N° 38
Organizaciones Comunitarias de Alimentación
USO DE CUOTAS EN COMITÉS DEL VASO DE LECHE SEGÚN DISTRITO
(En nuevos soles)

USO	DISTRITO			TOTAL
	COMAS	EL AGUSTINO	VILLA EL SALVADOR	
	%	%	%	
Compra de combustible	94,0	89,1	86,2	89,7
Compra de ingredientes	94,0	83,7	87,4	88,2
Transporte del recurso	58,3	75,0	85,1	73,0
Pago por preparación	42,9	26,1	48,3	38,7
Otros	11,9	2,2	5,7	6,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

y en un 38,7% para el pago de un pequeño estipendio a las personas encargadas de la preparación.

3.2 *Ingresos propios*

El 100% de los comedores populares autogestionarios y de los clubes de madres utilizan ingresos propios para el financiamiento de su servicio, los mismos que se generan con la venta de los menús a sus asociadas y al público en general (Ver Cuadros N° 25 y 26).

3.3 *Apoyo de agentes externos*

El 100% de los comedores populares autogestionarios y de los clubes de madres reciben subsidio en alimentos de parte del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA). Los clubes de madres captan adicionalmente subsidio en dinero desde esta entidad, para la compra de alimentos perecibles. Por su parte, el 100% de los comités del vaso de leche reciben subsidio en recursos lácteos de parte de las correspondientes municipalidades distritales.

Asimismo, como fue expuesto en el cuadro N° 32, un pequeño porcentaje de organizaciones comunitarias de alimentación (comedores populares: 5,6%, clubes de madres: 1,7%, vaso de leche: 0,5%) captan también apoyo de agentes externos a la comunidad a través del préstamo de local para su funcionamiento.

V

Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación son organizaciones de segundo nivel, que agrupan y representan a los comedores populares, los clubes de madres o los comités del vaso de leche de una zona determinada o de un distrito. Estas centrales desarrollan servicios orientados a fortalecer el desempeño de sus bases afiliadas.

En los distritos estudiados se ubican veinte centrales de organizaciones comunitarias de alimentación. El 95% de estas centrales fue formado antes de 1990, fundamentalmente como mecanismos de interlocución de las referidas organizaciones sociales de base con el Estado, para su reconocimiento jurídico y su participación en la gestión de los programas gubernamentales de apoyo alimentario. El número de bases afiliadas expresa la cobertura de estas centrales, resultando notoria la amplitud de las correspondientes a la organización del vaso de leche, que en los tres casos alcanzan todo el territorio distrital.

Cabe señalar que el conjunto de centrales de organizaciones comunitarias de alimentación cuentan en sus directivas con secretarías de salud, las cuales tienen como responsabilidad programar acciones en este campo, en beneficio de las organizaciones de base. Otra característica de estas centrales es que en su totalidad se encuentran dirigidas por mujeres.

Cuadro N° 39
CENTRALES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE ALIMENTACIÓN
SEGÚN DISTRITO, AÑO DE CREACIÓN Y BASES AFILIADAS

DISTRITO	NOMBRE	AÑO DE CREACIÓN	Nº BASES AFILIADAS
Comas	Central de Mujeres Organizadas de Año Nuevo (CDMOAN)	1984	34
	Agrupación de Mujeres en Desarrollo de Comedores Organizadas (AMDCO)	1984	18
	Central de Organizaciones de Mujeres de Collique (COMUC)	1981	17
	Agrupación Femenina en Defensa y Promoción de la Mujer (AFEDEPROM)	1978	11
	Asociación Coordinadora de los Clubes de Madres del distrito de Comas	1990	350
	Organización Distrital de Centrales de Comedores Populares de Comas (ODICECAC)	1990	6
	OSB Distrital de Comités de Vaso de Leche de Comas	1984	1,561
	Central de Comedores Autogestionarios de Collique (CECOAC)	1990	15
El Agustino	Organización Femenina de Comedores Autónomos de Comas (OFCA)	1986	20
	Asociación Coordinadora de los Clubes de Madres del distrito de El Agustino	1989	77
	Central Distrital de Comedores Autogestionarios de El Agustino	1981	40
	Coordinadora Central de Comedores – Hierbateros	1985	36
Villa El Salvador	Organización Distrital de los Comités del Vaso de Leche	1984	580
	Comité Coordinador de los Clubes de Madres del distrito de Villa El Salvador	1986	130
	Coordinadora Distrital de Club de Madres y Comedores Populares(CODICMACOPO)	2000	150
	Central de Comedores Comunales de Villa El Salvador	1990	28
	AFEDEPROM de Villa El Salvador	1984	15
	Vaso de Leche Base FEPOMUVES	1983	527
	Central de Comedores Parroquiales de Villa El Salvador	1988	83
Central de Comedores Autogestionarios Base FEPOMUVES	1988	8	

2. SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS

Un sector mayoritario (80%) de las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación de los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador brinda servicios de educación en salud, dirigidos a representantes de sus organizaciones afiliadas, con perspectiva de su réplica a nivel de bases.

Cuadro N° 40
Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación
SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN DISTRITO

TIPO DE SERVICIOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° CEN.	%
	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%		
Educación en salud	5	55,5	4	100,0	7	100,0	16	80,0
TOTAL	9	100,0	4	100,0	7	100,0	20	100,0

2.1 Educación en salud

El 80% de las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación organiza charlas educativas en temas de salud. A partir de una evaluación de las necesidades de información y de conocimiento que tienen sus bases, las secretarías de salud se encargan de programar tales actividades, coordinando el apoyo de parte de entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Los temas educativos más frecuentemente desarrollados por las centrales son: nutrición (75%), prevención de la violencia familiar (62,5%) y salud sexual y reproductiva (62,5%). En menor proporción se abordan: control de infecciones respiratorias agudas (37,5%), control de enfermedades diarreicas agudas (37,5%), inmunizaciones (31,2%) y control de tuberculosis (18,7%). En el rubro "Otros" (31,2%) figuran temas como: autoestima, cáncer uterino y de mamas, lactancia materna, y vigilancia de crecimiento y desarrollo infantil.

Cuadro N° 41
Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación
TEMAS EDUCATIVOS DESARROLLADOS SEGÚN DISTRITO

TEMA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%
Nutrición	3	60,0	3	75,0	6	85,7	12	75,0
Prevención de la violencia familiar	1	20,0	4	100,0	5	71,4	10	62,5
Salud sexual y reproductiva	3	60,0	1	25,0	6	85,7	10	62,5
Control IRA	1	20,0	---	---	5	71,4	6	37,5
Control EDA	1	20,0	---	---	5	71,4	6	37,5
Inmunizaciones	---	---	1	25,0	4	57,1	5	31,2
Control TBC	1	20,0	---	---	2	28,5	3	18,7
Otros	2	40,0	1	25,0	2	28,5	5	31,2
TOTAL	5	100,0	4	100,0	7	100,0	16	100,0

Cuadro N° 42
Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación
FRECUENCIA DE EJECUCIÓN DE CHARLAS EDUCATIVAS SEGÚN DISTRITO

FRECUENCIA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%
Mensual	---	---	1	25,0	2	28,6	3	18,7
Trimestral	3	60,0	2	50,0	2	28,6	7	43,8
Semestral	2	40,0	1	25,0	3	42,8	6	37,5
TOTAL	5	100,0	4	100,0	7	100,0	16	100,0

Predominantemente, las centrales llevan a cabo estas charlas trimestralmente (43,8%) o semestralmente (37,5%), aunque algunas las realizan mensualmente (18,7%). La frecuencia de ejecución de las charlas educativas por parte de estas organizaciones depende

fundamentalmente de cuán dinámica es la dirigente encargada de promoverlas.

3. RECURSOS EMPLEADOS

El 100% de las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación que efectúan servicios de salud utilizan como mecanismos de financiamiento el aporte propio y el apoyo de agentes externos.

3.1 *Aporte propio*

Una forma importante de aporte propio que se registra en las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación es el trabajo voluntario de aquellas dirigentes que se encargan de impulsar los servicios de salud. Como se ha señalado anteriormente, las directivas de todas estas centrales cuentan con el cargo de Secretaria de Salud, cuya función es promover la realización de actividades en este campo.

Complementariamente, el 100% de las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación reciben cuotas de sus bases afiliadas de manera mensual (95%) o semanal (5%). Dichas cuotas se aplican, en la totalidad de los casos, a cubrir los gastos de coordinación necesarios para la ejecución de sus planes de trabajo.

3.2 *Apoyo de agentes externos*

El 100% de las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación que ejecutan actividades de educación en salud recibe para tal fin el apoyo de agentes externos. Dicho apoyo proviene de entidades estatales y no estatales que operan en la localidad, y se hace efectivo mediante la participación de sus especialistas, y, eventualmente, con la distribución de materiales educativos en estos eventos. Un 37,5% de las centrales reciben tal apoyo exclusivamente desde entidades estatales, un 50% desde

entidades estatales y ONGs, y un 12,5% exclusivamente desde ONGs. De ello se puede deducir que este subsidio proviene en un 87,5% desde el Estado y en un 62,5% desde las ONGs. Véase Cuadro N° 43

Cuadro N° 43
Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación
APOYO EXTERNO RECIBIDO PARA EDUCACIÓN EN SALUD
SEGÚN FUENTE Y DISTRITO

FUENTE	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%
Entidades estatales	4	80,0	1	25,0	1	14,2	6	37,5
Entidades estatales y ONGs	---	---	2	50,0	6	85,8	8	50,0
ONGs	1	20,0	1	25,0	---	---	2	12,5
TOTAL	5	100,0	4	100,0	7	100,0	16	100,0

Las entidades estatales que apoyan a las centrales de organizaciones comunitarias de alimentación en sus labores de educación en salud son las dependencias del Ministerio de Salud (100%), las municipalidades distritales (28,6%), las dependencias del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (14,3%) y la Policía Nacional del Perú (7,1%). Véase Cuadro N° 44.

Cuadro N° 44
Centrales de Organizaciones Comunitarias de Alimentación
ENTIDADES ESTATALES QUE APOYAN LA EDUCACIÓN EN SALUD SEGÚN DISTRITO

ENTIDAD	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%	N° CEN.	%
MINSA	4	100,0	3	100,0	7	100,0	14	100,0
Municipalidad Distrital	3	75,0	---	---	1	14,3	4	28,6
MIMDES	---	---	---	---	2	28,6	2	14,3
Policía Nacional	---	---	---	---	1	14,3	1	7,1
TOTAL	4	100,0	3	100,0	7	100,0	14	100,0

VI

Parroquias católicas

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Dentro de la estructura de la Iglesia Católica, las parroquias forman parte y dependen jerárquicamente de sus respectivas diócesis, pero gozan de relativa autonomía para organizar el trabajo pastoral que realizan en su jurisdicción.

Cada parroquia cuenta con un Consejo Parroquial, principal cuerpo ejecutivo, presidido por el Párroco y compuesto por los sacerdotes, las religiosas y los representantes de los laicos que operan en la jurisdicción parroquial. Es en esta instancia que se decide en materias de culto, administración, finanzas, y servicios a efectuar en su ámbito de influencia.

Las parroquias católicas promueven la organización de sus feligreses en Comunidades Eclesiales. En estas comunidades se elige a un Consejo y se organiza un equipo de laicos para impulsar el trabajo en la comunidad. Cada comunidad eclesial recibe el acompañamiento regular de un sacerdote, que orienta y apoya las iniciativas de intervención. Las comunidades eclesiales determinan sus actividades a partir de sus recursos y las necesidades evidenciadas en su comunidad.

Como puede verse en el Cuadro N° 41, en los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador existe un total de diecinueve parroquias de la Iglesia Católica. La información que se analiza a continuación corresponde a diecisiete de ellas.

Cuadro N° 45
PARROQUIAS CATÓLICAS SEGÚN DISTRITO

DISTRITO	NOMBRE
Comas	Cristo Liberador
	Cristo Hijo de Dios
	Inmaculada Concepción
	La Virgen del Carmen
	Nuestra Señora de la Luz
	Nuestra Señora de la Nube
	Nuestra Señora de la Paz
	Santa María de Jesús
	Santiago Apóstol
Señor de los Milagros	
El Agustino	Nuestra Señora del Camino
	Santa Magdalena Sofía Barat
	Virgen de Nazaret
Villa El Salvador	Cristo de Pachamamilla
	Cristo El Salvador
	Cristo Resucitado
	Inmaculada Concepción
	Jesús Nazareno
	Nuestra Señora de la Paz

2. SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS

Las parroquias católicas de los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador prestan diversos servicios de salud, los cuales se dirigen a la población de su ámbito de influencia sin distinciones de credo religioso. Destacan entre ellos: la visita a enfermos (94,1%), el suministro de fondos de asistencia (88,2%), el expendio de medicamentos a través de botiquines o farmacias (70,5%), la educación en salud (64,7%), los consultorios médicos (52,9%) y los consultorios psicológicos (52,9%).

En menor medida se organizan campañas de salud (47%) y actividades de recreación (47%), y se prestan servicios de análisis clínico

(41,1%), consultorio dental (23,5%) y medicina alternativa (17,6%). En este último rubro se incluyen terapias de sanación, que vienen siendo promovidas ante los altos costos de la medicina científica. Entre las terapias aplicadas se encuentran la reflexoterapia, la homeopatía, la fitoterapia, la masoterapia, la orinoterapia, la imposición de manos o manos sanadoras, y la acupuntura.

En el rubro “Otros” (29,4%) se encuentran comedores parroquiales, programas de vigilancia de crecimiento y desarrollo infantil, un programa de prevención y lucha contra el SIDA, un programa para pacientes psiquiátricos, y un servicio de terapia física.

Cuadro N° 46
Parroquias Católicas
SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN DISTRITO

TIPO DE SERVICIOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° PARRO.	%
	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%		
Visita a enfermos	9	90,0	3	100,0	4	100,0	16	94,1
Suministro de fondos de asistencia	8	80,0	3	100,0	4	100,0	15	88,2
Botiquines/ Farmacias	6	60,0	2	66,6	4	100,0	12	70,5
Educación en salud	6	60,0	2	66,6	3	75,0	11	64,7
Consultorio médico	4	40,0	1	33,3	4	100,0	9	52,9
Consultorio psicológico	5	50,0	1	33,3	3	75,0	9	52,9
Organización de campañas	4	40,0	3	100,0	1	25,0	8	47,0
Recreación	3	30,0	2	66,6	3	75,0	8	47,0
Análisis clínicos	3	30,0	---	---	4	100,0	7	41,1
Consultorio dental	1	10,0	1	33,3	2	50,0	4	23,5
Medicina alternativa	1	10,0	1	33,3	1	25,0	3	17,6
Otros	2	20,0	1	33,3	2	50,0	5	29,4
TOTAL	10	100,0	3	100,0	4	100,0	17	100,0

2.1 Visita a enfermos

El 94,1% de las parroquias católicas realiza visitas a enfermos. Dicha actividad es llevada a cabo por los agentes pastorales consagrados y laicos en sus respectivas comunidades eclesiales, y se extiende a enfermos abandonados o no visitados que se encuentran en hospitales de la jurisdicción parroquial.

Cuadro N° 47
Parroquias Católicas
ASISTENCIA EFECTUADA MEDIANTE VISITAS A ENFERMOS
SEGÚN DISTRITO

TIPOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° PARRO.	%
	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%		
Soporte emocional	9	100,0	3	100,0	4	100,0	16	100,0
Acompañar a recibir tratamiento	5	55,5	---	---	1	25,0	6	37,5
Proveer medicamentos	3	33,3	---	---	---	---	3	18,7
Otros	1	11,1	1	33,3	---	---	2	12,5
TOTAL	9	100,0	3	100,0	4	100,0	16	100,0

Mediante estas visitas, se brinda soporte emocional (100%), se acompaña a recibir tratamiento (37,5%), y se provee medicamentos (18,7%). Debe destacarse que a través de estas visitas los agentes pastorales suelen recabar medicamentos no usados, los mismos que se distribuyen a otros enfermos o se entregan a los botiquines parroquiales para su donación a personas necesitadas.

En el rubro “Otros” (12,5%) se registran labores de limpieza de casa de enfermos, y consejería para la reconciliación familiar.

2.2 Suministro de fondos de asistencia

El 88,2% de las parroquias católicas suministran fondos de asistencia para “casos sociales”, es decir, para personas que no cuentan con los medios suficientes para solventar emergencias de salud. Los criterios usuales para determinar a los beneficiarios de dichos fondos son el nivel de pobreza y la gravedad del problema de salud que se enfrenta. En algunas parroquias se da también prioridad a la atención de personas con discapacidad, madres solteras, personas en abandono familiar, y personas afectadas por enfermedades crónicas o de tratamiento costoso. Los casos sociales son verificados mediante visitas domiciliarias realizadas por las asistentas sociales o por los agentes pastorales de las parroquias.

De manera complementaria, las parroquias que cuentan con los servicios recuperativos y los productos necesarios efectúan exoneraciones de pago por la atención o donaciones de medicamentos.

De las parroquias que suministran fondos de asistencia, un 80% brinda apoyo para medicamentos, un 33,3% para consulta médica y un 26,6% para hospitalización. Menos frecuente es el apoyo para análisis clínicos (6,6%) y sepelios (6,6%).

Cuadro N° 48
Parroquias Católicas
GASTOS CUBIERTOS CON FONDOS DE ASISTENCIA SEGÚN DISTRITO

TIPOS DE GASTO	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° PARRO.	%
	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%		
Medicamentos	5	62,5	3	100,0	4	100,0	12	80,0
Consulta médica	3	37,5	---	---	2	50,0	5	33,3
Hospitalización	1	12,5	3	100,0	---	---	4	26,6
Análisis clínicos	1	12,5	---	---	---	---	1	6,6
Sepelios	1	12,5	---	---	---	---	1	6,6
TOTAL	8	100,0	3	100,0	4	100,0	15	100,0

2.3 Educación en salud

El 64,7% de las parroquias católicas efectúa actividades de educación en salud por acción de sus agentes pastorales. Los temas más frecuentemente tratados son: nutrición (63,6%), control de infecciones respiratorias agudas (54,5%) y control de tuberculosis (54,5%). En menor medida se abordan los siguientes temas: salud sexual y reproductiva (45,4%), control de enfermedades diarreicas agudas (45,4%), inmunizaciones (45,4%), prevención de la violencia familiar (27,2%) y prevención del VIH – SIDA (27,2%).

En el rubro “Otros” (54,5%), los temas abordados son: salud bucal, autoestima, salud mental y salud integral.

Cuadro N° 49
Parroquias Católicas
TEMAS EDUCATIVOS DESARROLLADOS SEGÚN DISTRITO

TIPOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° PARRO.	%
	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%		
Nutrición	3	50,0	2	100,0	2	66,6	7	63,6
Control IRA	2	33,3	2	100,0	2	66,6	6	54,5
Control TBC	2	33,3	2	100,0	2	66,6	6	54,5
Salud sexual y reproductiva	3	50,0	---	---	2	66,6	5	45,4
Control EDA	3	50,0	1	50,0	1	33,3	5	45,4
Inmunizaciones	2	33,3	1	50,0	2	66,6	5	45,4
Prevención de VIH SIDA	2	33,3	1	50,0	---	---	3	27,2
Prevención de la violencia familiar	1	16,6	1	50,0	1	33,3	3	27,2
Otros	3	50,0	1	50,0	2	66,6	6	54,5
TOTAL	6	100,0	2	100,0	3	100,0	11	100,0

3. RECURSOS EMPLEADOS

Para el financiamiento de sus servicios de salud, las parroquias católicas recurren al aporte propio (100%), el apoyo de agentes externos (76,4%), y los ingresos propios (70,5%). En menor medida, estas entidades canalizan recursos de la cooperación internacional (29,4%), y realizan actividades pro-fondos (29,4%). A través de este último mecanismo se captan recursos financieros de la comunidad para las labores de asistencia social.

Cuadro N° 50
Parroquias Católicas
MODALIDADES DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
SEGÚN DISTRITO

MODALIDADES	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° PARRO.	%
	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%		
Aporte propio	10	100,0	3	100,0	4	100,0	17	100,0
Apoyo externo	6	60,0	3	66,6	4	100,0	13	76,4
Ingresos propios	6	60,0	2	66,6	4	100,0	12	70,5
Cooperación internacional	1	10,0	1	33,3	3	75,0	5	29,4
Actividades pro-fondos	4	40,0	1	33,3	---	---	5	29,4
TOTAL	10	100,0	3	100,0	4	100,0	17	100,0

3.1 Aporte propio

Una modalidad predominante en el financiamiento de los servicios de salud de las parroquias católicas es el aporte propio, que se registra en la totalidad de los casos. Los Consejos Parroquiales destinan fondos para financiar las actividades de salud que se determinen efectuar en la jurisdicción parroquial. Otra manifestación de aporte propio es el

trabajo voluntario de un amplio contingente de agentes pastorales de salud consagrados y laicos en las comunidades eclesiales, y el trabajo total o parcialmente voluntario del personal en los servicios de salud de las parroquias. Debe señalarse que se registran casos de profesionales voluntarios, así como de trabajadores que perciben “incentivos”, es decir remuneraciones menores que el promedio del mercado. Asimismo, todos los servicios de salud se efectúan en locales de propiedad de las parroquias.

3.2 Apoyo de agentes externos

Un 76,4% de parroquias católicas reciben apoyo externo para la realización de sus actividades de salud. En la totalidad de dichas parroquias, los subsidios provienen de la propia Iglesia Católica. Las respectivas diócesis, con el respaldo del Departamento Episcopal de Pastoral de Salud (DEPAS), se encargan de capacitar gratuitamente a los agentes pastorales de salud, así como de derivar donaciones de medicamentos al segmento de parroquias que gestiona botiquines o farmacias, el cual recibe también capacitación de PROVIDA, organización no gubernamental promovida por la Iglesia Católica que les provee de medicamentos. De igual forma, se registran transferencias de donaciones de dinero y de medicamentos desde congregaciones católicas. En menor proporción, en un 61,5% de las parroquias que reciben apoyo externo, éste proviene del Estado, vale decir de dependencias del Ministerio de Salud, y consiste en la capacitación gratuita a los agentes pastorales de salud, así como en el apoyo de profesionales de salud y la entrega de materiales educativos para las campañas de salud organizadas por las parroquias. En mucha menor medida, un 23% de dichas parroquias logra donaciones de medicamentos desde empresas farmacéuticas del sector privado.

Como puede notarse, el apoyo a los servicios de salud de las parroquias católicas proviene en mayor dimensión desde agentes de la sociedad civil.

Cuadro N° 51
Parroquias Católicas
APOYO EXTERNO RECIBIDO PARA SERVICIOS DE SALUD
SEGÚN FUENTE Y DISTRITO

FUENTE	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° PARRO.	%
	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%	N° PARRO.	%		
Instituciones católicas	6	100,0	3	100,0	4	100,0	13	100,0
ONG	6	100,0	2	66,6	4	100,0	12	92,3
Estado	4	66,6	3	100,0	1	25,0	8	61,5
Sector privado	2	33,3	---	---	1	25,0	3	23,0
TOTAL	6	100,0	3	100,0	4	100,0	13	100,0

3.3 Ingresos propios

Un 70,5% de las parroquias católicas, específicamente aquellas que manejan servicios recuperativos de salud (Cuadro N° 46), generan ingresos propios mediante la aplicación de tarifas de pago, orientadas a la subsistencia de dichos servicios.

VII

Organizaciones No Gubernamentales

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

En los distritos de Comas, El Agustino y Villa El Salvador se registran un total de catorce organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud. La información que se analizada seguidamente

Cuadro N° 52
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES SEGÚN
DISTRITO DE INTERVENCIÓN

DISTRITO	NOMBRE
Comas	Socios en Salud
	Asociación de Promoción y Desarrollo Social (APDES)
	Ayni Salud
	Asociación de Comunicadores Sociales Calandria
	Congregación Evangélica de la Iglesia Luterana Emmanuel
El Agustino	Asociación Solidaridad Países Emergentes (ASPEM)
	Centro de Investigación y Promoción Popular (CENDIPP)
	Oficina de Solidaridad de los Carmelitas Descalzos (OSCAR) de Perú
Villa El Salvador	Talleres Infantiles Proyectados a la Comunidad (TIPACOM)
	Médicos Sin Fronteras
	Fomento de la Vida (FOVIDA)
	Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM)
	Centro de Asistencia y Promoción Integral de la Salud (CAPIS)
	Centro de Nutrición y Salud Integral NUTRI-VIDA “Monseñor Germán Schmitz”

corresponde a trece de dichas organizaciones. Entre ellas se encuentran tres organizaciones de confesión religiosa, dos de las cuales están vinculadas a la Iglesia Católica y una a la Iglesia Luterana.

Las organizaciones no gubernamentales de estos distritos dirigen sus servicios de salud prioritariamente a mujeres (76,9%), niños (53,8%) y jóvenes (53,8%). En menor medida, se tiene como público objetivo a dirigentes sociales (38,4%) y a adultos mayores (23%).

Cuadro N° 53
Organizaciones No Gubernamentales
SEGMENTOS POBLACIONALES PRIORITARIAMENTE ATENDIDOS SEGÚN
DISTRITO

SEGMENTOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Mujeres	4	100,0	3	100,0	3	50,0	10	76,9
Niños	2	50,0	1	33,3	4	66,6	7	53,8
Jóvenes	3	75,0	1	33,3	3	50,0	7	53,8
Dirigentes sociales	2	50,0	1	33,3	2	33,3	5	38,4
Adultos mayores	1	25,0	---	---	2	33,3	3	23,0
TOTAL	4	100,0	3	100,0	6	100,0	13	100,0

2. SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS

Las organizaciones no gubernamentales efectúan principalmente servicios promocionales de salud. Destacan así las actividades de educación en salud (92,3%), organización de campañas de salud (76,9%) y recreación (53,8%). Un menor porcentaje de dichas organizaciones interviene en aspectos recuperativos de salud mediante servicios de consultorio psicológico (46,1%), consultorio médico (30,7%), medicina alternativa (23%), y análisis clínicos (23%). Asimismo, un 30,7% de las organizaciones no

Cuadro N° 54
Organizaciones No Gubernamentales
SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS SEGÚN DISTRITO

TIPO DE SERVICIOS	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Educación en salud	4	100,0	2	66,6	6	100,0	12	92,3
Organización de campañas	3	75,0	2	66,6	5	83,3	10	76,9
Recreación	2	50,0	2	66,6	3	50,0	7	53,8
Consultorio psicológico	---	---	2	66,6	4	66,6	6	46,1
Consultorio médico	1	25,0	1	33,3	2	33,3	4	30,7
Suministro de fondos de asistencia	1	25,0	---	---	3	50,0	4	30,7
Medicina alternativa	---	---	---	---	3	50,0	3	23,0
Análisis clínicos	---	---	---	---	3	50,0	3	23,0
Otros servicios	1	25,0	---	---	2	33,3	3	23,0
TOTAL	4	100,0	3	100,0	6	100,0	13	100,0

gubernamentales suministra fondos de asistencia para dirigentes sociales que enfrentan emergencias de salud. En el rubro “Otros” (23,0%) se encuentran servicios de consultorio dental, terapia del lenguaje, y construcción de letrinas y tanques de agua potable.

2.1 Educación en salud

Un 92,3% de las organizaciones no gubernamentales realizan labores de educación en salud. Los temas tratados predominantemente por estas organizaciones son: prevención de la violencia familiar (66,6%), salud sexual y reproductiva (50%), nutrición (50%) y ciudadanía en salud (50%). Con menor frecuencia se tratan los temas de: control de tuberculosis (41,6%), control de enfermedades diarreicas agudas (41,6%),

inmunizaciones (41,6%), control de infecciones respiratorias agudas (41,6%), saneamiento ambiental (25%), prevención del alcoholismo o la drogadicción (25%) y prevención del VIH SIDA (16,6%). En el rubro “Otros” (58,3%) aparecen como temas: autoestima, medio ambiente saludable, manejo adecuado del agua, salud bucal, y descentralización en salud.

Cuadro N° 55
Organizaciones No Gubernamentales
TEMAS EDUCATIVOS DESARROLLADOS SEGÚN DISTRITO

TEMA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR			
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%
Prevención de la violencia familiar	1	25,0	2	100,0	5	83,3	8	66,6
Salud sexual y reproductiva	2	50,0	1	50,0	3	50,0	6	50,0
Nutrición	2	50,0	1	50,0	3	50,0	6	50,0
Ciudadanía en salud	2	50,0	---	---	4	66,6	6	50,0
Control TBC	2	50,0	1	50,0	2	33,3	5	41,6
Control EDA	2	50,0	1	50,0	2	33,3	5	41,6
Inmunizaciones	2	50,0	1	50,0	2	33,3	5	41,6
Control IRA	2	50,0	1	50,0	2	33,3	5	41,6
Saneamiento ambiental	1	25,0	---	---	2	33,3	3	25,0
Prevención del alcoholismo o drogadicción	---	---	1	50,0	2	33,3	3	25,0
Prevención VIH SIDA	1	25,0	---	---	1	16,6	2	16,6
Otros	3	75,0	1	50,0	3	50,0	7	58,3
TOTAL	4	100,0	2	100,0	6	100,0	12	100,0

2.2 Organización de campañas de salud

El 76,9% de las organizaciones no gubernamentales organizan campañas de salud. Los temas predominantes de campaña son: prevención de la violencia familiar (40%), salud sexual y reproductiva (30%), prevención del alcoholismo o la drogadicción (30%), nutrición (30%),

ciudadanía en salud (30%), arborización (30%), eliminación de basura (30%) y limpieza de calles (30%). Con menor frecuencia se realizan campañas de control de tuberculosis (20%), control de enfermedades diarreicas agudas (20%), control de infecciones respiratorias agudas (20%) y control de la calidad de agua (20%). En el rubro “Otros” (40%) se ubican campañas de salud visual, prevención y detección de la discapacidad del adulto mayor, y prevención del SIDA.

Cuadro N° 56
Organizaciones No Gubernamentales
TEMAS DE CAMPAÑAS DE SALUD SEGÚN DISTRITO

TEMA	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Prevención de la violencia familiar	1	33,3	1	50,0	2	40,0	4	40,0
Salud sexual y reproductiva	1	33,3	1	50,0	1	20,0	3	30,0
Prevención del alcoholismo o drogadicción	1	33,3	1	50,0	1	20,0	3	30,0
Nutrición	1	33,3	---	---	2	40,0	3	30,0
Ciudadanía en salud	1	33,3	---	---	2	40,0	3	30,0
Arborización	1	33,3	1	50,0	1	20,0	3	30,0
Eliminación de basura	1	33,3	1	50,0	1	20,0	3	30,0
Limpieza de calles	1	33,3	1	50,0	1	20,0	3	30,0
Control TBC	1	33,3	---	---	1	20,0	2	20,0
Control EDA	1	33,3	---	---	1	20,0	2	20,0
Control IRA	1	33,3	---	---	1	20,0	2	20,0
Control de la calidad del agua	1	33,3	---	---	1	20,0	2	20,0
Otros	2	66,7	---	---	2	40,0	4	40,0
TOTAL	3	100,0	2	100,0	5	100,0	10	100,0

2.3 Recreación

El 53,8% de las organizaciones no gubernamentales impulsan actividades recreativas. Las más frecuentes son: pintura (83,3%), deportes

(66,6%), danzas (50%), música (50%) y paseos (33,3%). En el rubro “Otros” (50%) se mencionan: manualidades, creatividad con material reciclable, campamentos, concursos bíblicos y teatro.

Cuadro N° 57
Organizaciones No Gubernamentales
ACTIVIDADES RECREATIVAS PROMOVIDAS SEGÚN DISTRITO

TIPO DE ACTIVIDAD	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Pintura	1	50,0	2	100,0	2	66,6	5	83,3
Deportes	2	100,0	1	50,0	1	33,3	4	66,6
Danzas	--	--	1	50,0	2	66,6	3	50,0
Música	--	--	1	50,0	2	66,6	3	50,0
Paseos	--	--	1	50,0	1	33,3	2	33,3
Otros	1	50,0	1	50,0	1	33,3	3	50,0
TOTAL	2	100,0	2	100,0	3	100,0	6	100,0

3. RECURSOS EMPLEADOS

El Cuadro N° 58 indica que las organizaciones no gubernamentales financian sus servicios de salud utilizando como mecanismos: la cooperación internacional (84,6%), el apoyo de agentes externos (23%), y los ingresos propios (38,4%).

3.1 Cooperación internacional

La modalidad predominante de financiamiento de las organizaciones no gubernamentales (84,6%) es la canalización de recursos financieros de la cooperación internacional, a través de la gestión de proyectos de intervención que son financiados por contrapartes no gubernamentales de países del Norte. Tales proyectos suelen tener un horizonte temporal máximo de tres años.

Cuadro N° 58
Organizaciones No Gubernamentales
MODALIDADES DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
SEGÚN DISTRITO

MODALIDADES	DISTRITO						TOTAL	
	COMAS		EL AGUSTINO		VILLA EL SALVADOR		N° ORG.	%
	N° ORG.	%	N° ORG.	%	N° ORG.	%		
Cooperación internacional	3	75,0	3	100,0	5	83,3	11	84,6
Apoyo externo	1	25,0	1	33,3	1	16,6	3	23,0
Ingresos propios	1	25,0	1	33,3	3	50,0	5	38,4
TOTAL	4	100,0	3	100,0	6	100,0	13	100,0

3.2 Apoyo de agentes externos

Un segmento menor de organizaciones no gubernamentales (23%), específicamente las organizaciones de confesión religiosa, reciben apoyo financiero de agentes externos, que en este caso se trata de congregaciones religiosas. Otra peculiaridad de las organizaciones confesionales se registra en aspectos de personal, pues a diferencia de las restantes organizaciones no gubernamentales, que operan con trabajadores remunerados, éstas cuentan con trabajadores remunerados y con trabajadores voluntarios.

3.3 Ingresos propios

Un 38,4% de organizaciones no gubernamentales generan ingresos propios mediante el cobro de tarifas por los servicios recuperativos de salud que brindan. Dichas tarifas se orientan al mantenimiento de los servicios. Al respecto, de un total de seis organizaciones no gubernamentales que manejan servicios recuperativos de salud, cinco aplican tarifas de pago. Cabe referir también que éstas suelen exonerar de pago a personas que evidencian insolvencia.

VIII

Conclusiones

LA INFORMACIÓN PRIMARIA producida para el presente estudio muestra que en los distritos populares de Lima Metropolitana existe una dinámica sociedad civil, la cual configura un sistema de soporte al cuidado de la salud de la población, y tiene como agentes principales a organizaciones comunitarias especializadas en salud y en alimentación, y a entidades de apoyo y promoción social, constituidas por parroquias católicas y por organizaciones no gubernamentales.

1. TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD REALIZADOS POR LOS AGENTES DE LA SOCIEDAD CIVIL

En los distritos populares de Lima Metropolitana, los agentes de la sociedad civil realizan heterogéneamente tanto actividades de salud de tipo promocional, como actividades de salud de carácter asistencial, recuperativo o rehabilitativo, evidenciándose así la producción de bienes públicos, pero también de bienes privados bajo criterios de equidad en la atención de la salud física y mental de las personas.

Resulta relevante que las organizaciones comunitarias hayan adoptado entre sus ejes de intervención la protección frente a la violencia familiar, y la rehabilitación de personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, así como que las organizaciones no gubernamentales aborden la prevención de la violencia familiar como un tema principal

en sus servicios de educación en salud, puesto que pese a los avances normativos del Ministerio de Salud, la salud mental constituye todavía una necesidad social insuficientemente cubierta por el Estado peruano. Asimismo, cabe destacar la existencia de una oferta de servicios de salud segmentada por género, ciclo de vida, y condición física, con los cuales se cubre a los sectores más vulnerables de la población, que en el caso de las entidades de apoyo y promoción social se dirigen a la comunidad en general, y en el caso de las organizaciones comunitarias se dirigen tanto a la comunidad, atendiendo indistintamente a miembros asociados y no asociados, como exclusivamente a sus miembros, mediante organizaciones sociales o de autoayuda permanentemente abiertas a la inclusión de nuevos asociados.

Como se demuestra en los resultados del estudio, las organizaciones comunitarias desarrollan principalmente servicios de carácter promocional y asistencial de salud. En mucha menor proporción efectúan actividades rehabilitativas.

En términos de promoción de la salud, la totalidad de organizaciones comunitarias especializadas en salud y un segmento mayoritario de organizaciones comunitarias de alimentación de nivel zonal o distrital realizan actividades de educación en salud. En su mayoría, las organizaciones especializadas en salud dirigen mensualmente este servicio a la población en general, mientras que un sector minoritario de ellas, constituido por los grupos de autoayuda, lo hace exclusivamente a sus asociados. En el caso de las organizaciones zonales o distritales de alimentación que efectúan esta tarea, con perspectiva de una réplica en cascada, los servicios se dirigen usualmente de manera trimestral a las representantes de sus organizaciones de base afiliadas.

Otra actividad de promoción de la salud efectuada por las organizaciones comunitarias es la seguridad alimentaria, tarea que es cumplida por la totalidad de comedores populares, clubes de madres y comités del vaso de leche de nivel de base. La mayoría de comedores populares y de clubes de madres orientan sus servicios simultáneamente a sus socias y al público en general, mientras que en la totalidad de comités del vaso de leche, los servicios son exclusivamente para los beneficiarios empadronados.

En menor medida, las organizaciones especializadas en salud, al igual que los clubes de madres, los comedores populares y los comités del vaso de leche, promueven actividades de recreación para sus asociados.

En lo concerniente a actividades asistenciales, las organizaciones comunitarias generan y suministran fondos de asistencia captados desde la comunidad, actividad que es efectuada con mayor frecuencia por las organizaciones de alimentación de nivel de base, que tienen mayor alcance territorial, que por las organizaciones especializadas en salud. Se registran también visitas a enfermos, actividad efectuada por un sector mayoritario de las organizaciones especializadas en salud, principalmente para brindar soporte emocional y acompañar a recibir tratamiento médico.

Otro tipo de servicio detectado en la práctica de un segmento minoritario de organizaciones comunitarias de salud, bajo la forma de grupos de autoayuda, son las actividades de rehabilitación tanto de personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, como de personas con discapacidad física.

Por su parte, las entidades de apoyo y promoción social realizan predominantemente servicios promocionales, asistenciales y recuperativos de salud. Las organizaciones no gubernamentales muestran un mayor dinamismo en las actividades de promoción, en tanto que las parroquias católicas lo hacen en las actividades de asistencia y de recuperación. Cabe precisar que las parroquias dirigen sus servicios al conjunto de la población de su ámbito de influencia, mientras que las organizaciones no gubernamentales tienen como población objetivo de sus servicios de salud prioritariamente a mujeres, niños y jóvenes.

Respecto a los servicios promocionales, la mayoría de organizaciones no gubernamentales y un sector de parroquias católicas efectúan actividades de educación en salud, de organización de campañas de salud, y de recreación.

En aspectos de asistencia en salud, la mayoría de parroquias católicas y un sector de organizaciones no gubernamentales suministran fondos para emergencias de salud de personas insolventes. Asimismo, en casi la totalidad de parroquias católicas, los agentes pastorales

de salud efectúan visitas a enfermos, a través de las cuales se brinda soporte emocional, se acompaña a recibir tratamiento, y se provee medicamentos.

En cuanto a los servicios recuperativos de salud, la mayoría de parroquias y un sector de minoritario de organizaciones no gubernamentales gestionan botiquines o farmacias, consultorios médicos, consultorios psicológicos, servicios de análisis clínicos, servicios de medicina alternativa, y consultorios dentales.

2. MECANISMOS DE ASISTENCIA DE SALUD GESTIONADOS POR LOS AGENTES DE LA SOCIEDAD CIVIL

La equidad es un principio prevaleciente en la prestación de servicios de salud de parte de los agentes de la sociedad civil, lo que se manifiesta en el hecho de que todos ellos efectúan labores o aplican criterios de carácter asistencial. Se registran así subsidios a la demanda tanto de manera directa, por medio del suministro de fondos de asistencia para asegurar el acceso de personas insolventes a servicios de salud frente a situaciones de emergencia y la carencia de sistemas de seguridad social, como de manera indirecta, mediante la exoneración de tarifas de pago o de cuotas y la reducción de costos del consumo alimentario.

En lo relativo a los subsidios directos a la demanda de salud, un sector mayoritario de organizaciones comunitarias de alimentación capta fondos de asistencia de la comunidad, mediante actividades a beneficio, y los dirige sus asociadas, a los familiares de sus asociadas y a personas de la comunidad, para cubrir principalmente gastos de medicamentos, sepelios, y hospitalización. En menor medida, las organizaciones comunitarias de salud suministran fondos similares a personas de la comunidad, para cubrir gastos de medicamentos y consulta médica. Asimismo, un segmento mayoritario de parroquias católicas destina fondos de asistencia a personas de la comunidad, los cuales se aplican prioritariamente para cubrir gastos de medicamentos, consulta médica y hospitalización. Las organizaciones no gubernamen-

tales también suministran fondos de asistencia para dirigentes sociales que enfrentan emergencias de salud.

Sobre los subsidios indirectos a la demanda de salud, se constata que los agentes de la sociedad civil prestan sus servicios sin barreras monetarias, aplicando exoneraciones de tarifas de pago o de cuotas a fin de asegurar un nivel mínimo de acceso de la población a servicios de salud. Una gran mayoría de organizaciones comunitarias de alimentación atienden entre sus usuarios a los denominados “casos sociales”, es decir a personas exoneradas de pago o del aporte de cuotas por las raciones alimentarias. Dichas exoneraciones benefician prioritariamente a personas en pobreza extrema, personas impedidas de trabajar por enfermedad, y personas de la tercera edad. Del mismo modo, la totalidad de parroquias católicas que prestan servicios recuperativos de salud aplican exoneraciones de pago por la atención, o donaciones de medicamentos, y aquellas organizaciones no gubernamentales que cobran por sus servicios recuperativos de salud aplican exoneraciones en sus tarifas de pago ante personas insolventes. Otro mecanismo de subsidio indirecto a la demanda se registra con la reducción de costos de consumo alimentario que operan las organizaciones comunitarias de alimentación al prestar subsidio en fuerza de trabajo e infraestructura, y captar subsidio estatal, para la producción de las raciones de alimentos que ofrecen.

3. MODALIDADES DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS AGENTES DE LA SOCIEDAD CIVIL

La “hibridación” de recursos constituye una característica del funcionamiento de los servicios de salud de la mayoría de agentes de la sociedad civil, que, en diferentes proporciones, combinan voluntariado, donaciones, financiamiento público, y venta de bienes y servicios. No obstante, los patrones de financiamiento de estos agentes varían según el uso que hacen de mecanismos de aporte propio, ingresos propios, actividades pro-fondos, apoyo externo o cooperación internacional. Así, las organizaciones comunitarias y las parroquias católicas lucen

una mayor captación endógena de recursos, determinada por la aplicación simultánea de aporte propio, ingresos propios y actividades pro-fondos, situación que se repite sólo en un segmento minoritario de organizaciones no gubernamentales, que gestionan servicios recuperativos, las cuales, además de cooperación internacional, manejan ingresos propios.

El aporte propio de las organizaciones comunitarias a sus servicios de salud se hace efectivo a través de la fuerza de trabajo brindada voluntariamente por sus integrantes, la infraestructura utilizada, que casi en su totalidad son locales propios, alquilados, o prestados por sus asociados o por la comunidad, y las cuotas aportadas periódicamente por sus asociados. En el caso de las parroquias católicas, el aporte propio se manifiesta en los recursos financieros que se destinan a las actividades de salud, el trabajo voluntario de sus agentes pastorales, y la infraestructura empleada para el funcionamiento de los servicios.

La totalidad de comedores populares y de clubes de madres aplican además ingresos propios generados con la venta de menús a sus asociadas, y también con la venta de menús al público en un sector mayoritario de ellas, práctica que se repite en un pequeño segmento de organizaciones comunitarias de salud que generan ingresos a través de la venta de medicamentos y la asesoría para la conciliación extrajudicial. Por su parte, la totalidad de parroquias católicas que cuentan con servicios recuperativos de salud generan ingresos propios mediante la aplicación de tarifas de pago por dichos servicios, lo que se da también en casi la totalidad de organizaciones no gubernamentales que operan tales servicios.

Complementariamente, la mayoría de organizaciones comunitarias de salud recurre a actividades pro-fondos para financiar sus servicios, mientras que las organizaciones comunitarias de alimentación lo hacen en mayor medida para sus labores de asistencia en salud, y en mucha menor proporción para las concernientes a la seguridad alimentaria. Un reducido sector de parroquias católicas realiza también actividades pro-fondos para captar recursos de la comunidad con fines de asistencia social.

De esta forma, cabe relativizar la extendida visión de extrema dependencia de las organizaciones comunitarias respecto al apoyo de agentes externos. En el caso de las organizaciones especializadas en salud, debe destacarse que salvo las actividades de educación en salud, importante expresión de bien público, en las que se recibe apoyo externo principalmente del Estado, así como de organizaciones no gubernamentales, los servicios de visita a enfermos, recreación, suministro de fondos de asistencia y rehabilitación, que suponen bienes privados de salud, son autogestionados con recursos propios o provenientes de la comunidad. En el caso de las organizaciones de alimentación, se recibe un subsidio parcial del Estado para las labores de seguridad alimentaria y de educación en salud, y se autogestionan el suministro de fondos de asistencia y las actividades de recreación con recursos provenientes de la comunidad y propios. Sólo un minúsculo segmento de organizaciones comunitarias recibe apoyo en infraestructura para el funcionamiento de su servicio, el mismo que proviene de parroquias católicas.

Entre las entidades de apoyo y promoción, un sector mayoritario de parroquias recibe recursos financieros, tecnológicos y materiales de parte de instituciones ligadas a la Iglesia Católica, para la prestación de sus servicios de salud, y más de la mitad de ellas recibe también apoyo técnico del Estado para sus actividades de educación e información en salud. Sólo un reducido sector de dichas parroquias logra además donaciones del sector privado. En el caso de las organizaciones no gubernamentales, un segmento minoritario, específicamente de carácter confesional, canaliza el apoyo financiero de congregaciones religiosas para sus servicios de salud, mientras que de manera predominante, la mayoría de ellas capta exclusivamente recursos financieros provenientes de la cooperación internacional.

Bibliografía

Aedo, Cristian y Osvaldo Larrañaga

1993 “Políticas Sociales I: Un marco conceptual para el análisis”, en *Revista de Análisis Económico*, Volumen 8 - N° 2, Noviembre, ILADES/ Georgetown University, pp. 137-147.

Aliaga, Elizabeth

2003 *Políticas de promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas*, Lima: Foro Salud y Consorcio de Investigación Económico y Social – CIES, 48 pp.

Alvarado, Betty y Enrique Chong

2002 *Aproximación a la pobreza de la ciudad de Lima*, Informe de Consultoría, Lima: Banco Mundial, 176 pp.

Angulo, Nedda

1999 *Organización social y empresa: Experiencias de las Centrales de Comedores Populares de El Agustino y Santa Anita*, Lima: SEA, 193 pp.

2003 *Una práctica innovadora de autogestión: La producción de servicios de alimentación y salud para población pobre en Perú*, http://women.socioeco.org/documents/58rtf_NeddaFSM.rtf.

Arato, Andrew y Jean L, Cohen

1999 “Esfera pública y sociedad civil”, en *Revista Trimestral Metapolítica*, Enero – Marzo, Vol. 3 Núm. 9, México, pp. 37-55.

Arroyo, Juan

2000a *Salud: la reforma silenciosa*, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 213 pp.

2000b *La función gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud en el Perú, Análisis y propuesta*, Lima: Consorcio de Investigaciones económicas y Sociales, 76 pp.

Barreiro, Fernando y Anabel Cruz

1997 “La sociedad civil en el Cono Sur de América Latina”, en *Revista Sociedad Civil*, Vol. I, Nº 3, México, 16 pp.

Barreto, María Inés,

1998 “Las organizaciones sociales en la reforma del Estado brasileño”, en *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Luiz Bresser y Nuria Cunill (Editores), Barcelona: Paidós – CLAD, pp. 115-155.

Beaumont, Martín

1996 “Algo de Estado, algo de empresa...Las ONGs en el Perú de los noventa”, en: *Los desafíos de la cooperación*, Lima: DESCO Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo.

Blondet, Cecilia y Carmen Montero

1995 *Hoy: Menú Popular, Comedores en Lima*, Lima: UNICEF – IEP Ediciones, 152 pp.

Bucolo Elisabetta, Laurent Gardin y Jean-Louis Laville

2004 “Las iniciativas locales: de lo individual a lo colectivo”, en *Economía Social y Solidaria, una visión europea*, Jean-Louis Laville (Compilador), Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento - Editorial Altamira - Fundación OSDE, pp. 53 – 71.

Burki, Shahid Javed, Guillermo Penny, William Dillinger, et al

1999 *Más allá del centro: la descentralización del Estado*, Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe, Washington D.C.: Banco Mundial.

- Coen, Jean y Andrew Arato
2000 *Sociedad civil y teoría política*, México: Fondo de Cultura Económica, 703 pp.
- Conferencia Episcopal Peruana
2002 *Directorio Eclesiástico 2002*, Lima: Conferencia Episcopal Peruana, 1,311 pp.
- Coraggio, José Luis
2000 “La Economía del Trabajo ante el Tercer Sector”, en *De la emergencia a la estrategia. Más allá del alivio a la pobreza*, Buenos Aires: Espacio Editorial, pp. 139 – 147.
- Cunill, Nuria
1997 *Repensando lo público a través de la sociedad, Nuevas formas de gestión pública y representación social*, Venezuela: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo- CLAD, 320 pp.
- Chanial, Philippe
2004 “Derechos, ciudadanía y solidaridad en un mundo globalizado: Para una política de la sociedad civil”, en *Economía Social y Solidaria, una visión europea*, Jean-Louis Laville (Compilador), Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento - Editorial Altamira - Fundación OSDE, pp. 135 – 143.
- De Moraes, Humberto y Roberto Capote
1990), “Sistemas locales de salud: Un medio para la regionalización de los servicios de salud”, en *Los sistemas locales de salud, Conceptos, métodos y experiencias*, José María Paganini y Roberto Capote Mir (Editores), Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica N° 519, pp. 147 – 158.
- Departamento Episcopal de Pastoral de Salud – DEPAS
1997 *Resultados del cuestionario sobre información básica de servicios de la pastoral de salud en las diferentes jurisdicciones, Perú 1996*, Mimeo, Lima: DEPAS.

Defourny, Jacques y Patrick Develtere

2001 “Orígenes y perfiles de la Economía Social en el Norte y en el Sur”, en: *La Economía Social en el Norte y en el Sur*, Jacques Defourny, Patrick Develtere y Bénédicte Fonteneau (Compiladores), Buenos Aires: Ediciones Corregidor, pp. 37 – 84.

Develtere, Patrick y Bénédicte Fonteneau

2003 “Civil Society, NGOs, the Third Sector, Social Movements and Social Economy: Created in the North, Relevant in the South?”, en: *Économie et Solidarités, special edition, Social and Solidarity Economy, A North – South Perspective*, Canada: Centre interdisciplinaire de recherche et d’information sur les entreprises collectives (CIRIEC), – Université du Québec en Outaouais, pp. 29 -50.

Elson, Diane

1993 “Relaciones de género y cuestiones económicas”, en: *Nuevos Enfoques Económicos: Contribuciones al debate sobre género y economía*, El Salvador: FUNDE, pp. 39 - 51.

Eme, Bernard y Jean-Louis Laville

2004 “Renovación y diversidad de las prácticas”, en *Economía Social y Solidaria, una visión europea*, Jean-Louis Laville (Compilador), Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento - Editorial Altamira - Fundación OSDE, pp. 35 – 52.

Ewig, Christina

2000 “Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el Sector Salud”, en *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*, Felipe Portocarrero (Editor), Lima: Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú, pp. 481-518.

Fraisse, Laurent

2004 “Economía Solidaria y democratización de la economía”, en *Economía Social y Solidaria, una visión europea*, Jean-Louis Laville (Compilador), Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento - Editorial Altamira - Fundación OSDE, pp. 237 – 249.

Habermas, Jürgen

1998 *Facticidad y validez, Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*, Madrid: Editorial Trotta, pp. 407 – 468.

Iglesias, Arturo

2000 “Marco de análisis para la evaluación del diseño e implementación de las reformas de atención a la salud”, en *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*, Felipe Portocarrero (Editor), Lima: Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú, pp. 519-540.

Iguñiz, Javier

1996 “Salida, voz y lealtad: Racionalidad individual, participación institucional y desigualdad”, en *Revista Páginas 141*, Octubre, pp. 27-42.

Kliksberg, Bernardo

2002 *Hacia una economía con rostro humano*, Venezuela: Universidad del Zulia (LUZ),, 156 pp.

Laville, Jean-Louis

1998 “Para un reconocimiento político de la Economía Solidaria”, en *Globalización de la solidaridad, un reto para todos*, Humberto Ortiz e Ismael Muñoz (Editores), Lima: Grupo Internacional de Economía Solidaria (GES), y Centro de Estudios y Publicaciones (CEP),, pp. 345-354.

Laville, Jean-Louis y Guy Roustang

2001 “El desafío de una alianza entre el Estado y la sociedad civil” en: *La Economía Social en el Norte y en el Sur*, Jacques Defourny, Patrick Develtere y Bénédicte Fonteneau (Compiladores), Buenos Aires: Ediciones Corregidor, pp. 335 – 368.

Laville, Jean-Louis

2004a “Las aporías del Tercer Sector”, en *Economía Social y Solidaria, una visión europea*, Jean-Louis Laville (Compilador),

- Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento - Editorial Altamira - Fundación OSDE, pp. 181 – 197.
- 2004b “El marco conceptual de la Economía Solidaria”, en *Economía Social y Solidaria, una visión europea*, Jean-Louis Laville (Compilador), Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento - Editorial Altamira - Fundación OSDE, pp. 207 – 235.
- Lora, Carmen
- 1996 *Creciendo en dignidad, Movimiento de Comedores Autogestionarios*, Lima: Instituto Bartolomé de las Casas – Rimac y Centro de Estudios y Publicaciones (CEP),, 217 pp.
- Medina, Julio César, Pedro Alcántara, Víctor Raúl Aramburu et al
- 2000 *Salud Comunitaria*, Lima: Facultad de Medicina de San Fernando, UNMSM, 146 pp.
- Menard, Denyse
- 1995 *Surcos de vida, Compromiso social: algunas experiencias pastorales*, Lima: Instituto Bartolomé de las Casas – CEP, 102 pp.
- Morales, Carlos Antonio
- 1998 “Suministro de servicios sociales a través de organizaciones públicas no estatales, Aspectos generales”, en *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Luiz Carlos Bresser Pereira y Nuria Cunill Grau (Editores), Barcelona: Paidós – CLAD, pp. 59-94.
- Noriega, Jorge y Miguel Saravia
- 1994 *Perú: Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG)*, Lima: DESCO, 195 pp.
- Parodi, Carlos
- 1997 *Economía de las políticas sociales*, Lima: Universidad del Pacífico, Centro de Investigación.
- Olvera, Alberto
- 1999 “Apuntes sobre la esfera pública como concepto sociológico”, en *Revista Trimestral Metapolítica*, Enero – Marzo, Vol. 3 Núm. 9, México, pp. 69-78.

Quijano, Aníbal

1988 “Otra noción de lo privado, otra noción de lo público: notas para un debate latinoamericano”, en *Revista de la CEPAL N°35 / Agosto*, Santiago de Chile, pp. 101-115.

1998 *La economía popular y sus caminos en América Latina*, Lima: Mosca Azul Editores/ CEIS – CECOSAM, 192 pp.

Razeto, Luis

1999a *La dimensión económica del Tercer Sector en América Latina*, presentación realizada en el “II Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector: Hacia un Desarrollo con Ciudadanía”, Santiago de Chile.

1999b “¿Economía Solidaria?”, en *Revista Persona y Sociedad*, Volumen XIII, N° 2, Agosto, Santiago de Chile.

Roitter, Mario

2004 “El tercer sector como representación topográfica de sociedad civil”, en Daniel Mato (coord.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*, Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 17-32.

Salamon, Lester M. and Helmut K. Anheier

1996 “The International Classification of Nonprofit Organizations: ICNPO-Revision 1, 1996.” *Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*, N° 19, Baltimore: The Johns Hopkins Institute for Policy Studies, 26 pp.

Stiglitz, Joseph

1995 “Justificación económica de la intervención del Estado”, en *La Economía del Sector Público*, Antoni Bosch (Editor), Barcelona, pp. 63-128.

Ugarte, Oscar y José Antonio Monje

2000 “Equidad y reforma en el Sector Salud”, en *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*, Felipe Portocarrero (Editor), Lima: Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú, pp. 571-614.

Vieira, Liszt

1998 “Ciudadanía y control social”, en *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Luiz Bresser y Nuria Cunill (Editores), Barcelona: Paidós – CLAD, pp. 215-255.

Villar, Hugo

1990 “Bases para la organización de los sistemas locales de salud”, en *Los sistemas locales de salud, Conceptos, métodos y experiencias*, José María Paganini y Roberto Capote Mir (Editores), Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica N° 519, pp. 136 – 146.

Yamin, Alicia Ely

2002 *Vigilancia social del derecho a la salud, Conjurando inequidades*, Lima: Centro de Asesoría Laboral del Perú – CEDAL, 142 pp.

ANEXO N° 1: DIRECTORIO DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE SALUD

DISTRITO	NOMBRE	DIRECCIÓN
Comas	Asociación de Enfermos de Tuberculosis – ASET Victoria Castillo de Canales	Jr. Costa Rica 186, Km. 11 Av. Túpac Amaru, Centro Pastoral Nstra. Sra. de la Paz
	Comisión Central de Salud de la III Zona de Collique	Av. Santa Rosa 960 III Zona de Collique 558091
	Asociación de Promotoras de Salud de Año Nuevo (ADEPROSAN)	Jr. Teniente López 318, Año Nuevo
	Comité Multisectorial de Promoción de los Derechos del Niño y Adolescente de Comas (COMUPRODENICO)	Av. Túpac Amaru 1971, Km. 12, Santa Rosa, Local del Vaso de Leche
	Líder de Promotoras de Salud de Collique	Jr. Alcides Carrión 150, I Zona de Collique
	Central Única de Promotoras de Salud Mujer (CUPSA – Mujer)	Av. Túpac Amaru 271
	Asociación de Promotoras Legales del Cono Norte Base - Comas (ASPLE)	Av. Garcilazo de la Vega 249, Urb. San Agustín
	Asociación Central de Promotoras de Salud (ACEPRODES)	Jr. Antúnez de Mayolo 130, AAHH Federico Villarreal, Km. 14 Av. Túpac Amaru
	Alcohólicos Anónimos Puerta de la Esperanza	Jr. Costa Rica 186 Km. 11 Av. Túpac Amaru, Centro Pastoral Nstra. Sra. de la Paz
	Juventud Kolleq	Av. Santa Rosa 960, III Zona de Collique
	Comité Integral de Salud (COINSA)	Av. El Progreso 530, Psje. Clorinda Málaga, Km. 8.5 Av. Túpac Amaru

DISTRITO	NOMBRE	DIRECCIÓN
Comas	Promotoras de los Derechos de la Mujer (PRODEMU)	Felipe Pinglo 120
	Red de Salud de Collique	Felipe Pinglo 120
	Comité Local Milagro de Jesús	Psje. San Judas Tadeo 181, Milagro de Jesús
	Warmi Kolleq	Psje. LosAndes Mz. J Lte. 11, Comité 10, Nueva Esperanza
	Asociación Terapéutica Permitenos Ayudarte	Calderón de la Barca 194, Urb. Sta. Luzmila II Etapa
El Agustino	Red de Promotores del Desarrollo Integral Humano (PRODINH)	Jr. Chiquián 2195, El Agustino
	Warmi Siglo XXI	Jr. Hoyle Palacios 456, Urb. La Corporación
	Alcohólicos Anónimos Grupo San José	Jr. San José 191, Coop. San José
	Red Ambiental Ecológica	Jr. 9 de Octubre 112, II Zona
	Grupo de Promotoras de Salud	Av. Nicolás Ayllón 1080, Hierbateros
	Asociación por el Desarrollo Integral en Solidaridad (ADIS Perú)	Av. Leoncio Prado 216 AAHH Héroes del Pacífico
Villa El Salvador	Centro Victoria	Zona Sur – Parque Huáscar, Frente al Grupo 24
	Asociación de Promotoras de Salud	Mz. N Lt. 17, Sector 2 Grupo 23 A
	Asociación de Orientadoras Legales	Mz. M Lt. 4, Sector 3 Grupo 7
	Programa de la Tercera Edad Los Martincitos	Local Oscar Romero, Sector 3 Grupo 8
	Botiquín Comunal 24 horas	Barrio 2, Mz. E Lt. 34 Pachacamac, IV Etapa, Sector 2
	Asociación Nueva Era	Sector 3 Grupo 31, Local Comunal
	Club del Adulto Mayor Juventud Eterna	Sector 1 Grupo 35, Local Comunal
	Grupo de Alcohólicos Anónimos Caminemos Juntos	Barrio 2 IV Etapa, Urb. Pachacamac, Parroquia Jesús Nazareno
	Red del Adulto Mayor Horizontes de Villa	Sector 1 Grupo 24
Botiquín Comunal Virgen de las Nieves	Mz. L, Lt. 20, Las Brisas de Pachacamac	

ANEXO N° 2: DIRECTORIO DE CENTRALES DE ORGANIZACIONES DE ALIMENTACIÓN

DISTRITO	NOMBRE	DIRECCIÓN
Comas	Central de Mujeres Organizadas de Año Nuevo (CDMOAN)	Jr. Eloy Villar Lote 17, Año Nuevo Comas
	Agrupación de Mujeres en Desarrollo de Comedores Organizados (AMDICO)	Av. Belaúnde Este 884, Kilómetro 13 Av. Túpac Amaru
	Central de Organizaciones de Mujeres de Collique (COMUC)	Jr. Arnaldo Márquez 593 – III Zona Collique
	Agrupación Femenina en Defensa y Promoción de la Mujer (AFEDEPROM)	Jr. Puquio 603, Kilómetro 11 Av. Túpac Amaru
	Asociación Coordinadora de los Clubes de Madres del distrito de Comas	Jr. David León 312, Año Nuevo, Kilómetro 13.5 Av. Túpac Amaru
	Organización Distrital de Centrales de Comedores Autogestionarios de Comas (ODICECAC)	Jr. Júpiter Lt. 94 Mz. 9, Año Nuevo
	OSB Distrital de Comités de Vaso de Leche de Comas	Jr. República de Venezuela 102, 2do, piso, Urb. Huaquillay
	Central de Comedores Autogestionarios de Collique (CECOAC)	Av. Felipe Pinglo Alva 311, III Zona Collique
El Agustino	Organización Femenina de Comedores Autónomos de Comas (OFCA)	Jr. Guillermo Miller 192, Mz. M4, Lt. 52, II Etapa Santa Luzmila
	Asociación Coordinadora de los Clubes de Madres del distrito de El Agustino	Calle Los Rosales 1138, VI Zona El Agustino
	Central Distrital de Comedores Autogestionarios	Av. Renán Olivera 230, Urb. La Corporación, El Agustino
	Coordinadora Central de Comedores - Yerbateros	Casa de la Juventud, Jr. 6 de Diciembre 299, Yerbateros
Villa El Salvador	Organización Distrital de los Comités del Vaso de Leche	Av. Riva Agüero 1358 - Municipalidad de El Agustino
	Comité Coordinador de los Clubes de Madres del distrito de Villa El Salvador	Sector 2 Grupo 23, Local Comunal

DISTRITO	NOMBRE	DIRECCIÓN
	Coordinadora Distrital de Promotoras de Salud	Sector 2 Grupo 23 A, Mz. "N", Lt. 17
	Coordinadora Distrital de Club de Madres y Comedores Populares(CODICMACOPO)	Comedor Mensajero de la Paz, Mz. "B", Lt. 25
	Central de Comedores Comunales de Villa El Salvador	Local CUAVES, Av. Central, Sector 2 Grupo 4
	AFEDEPROM de Villa El Salvador	Sector 3 Grupo 24, Mz. D Lt. 9
	FEPOMUVES Vaso de Leche	Municipalidad de Villa El Salvador
	Central de Comedores Parroquiales de Villa El Salvador	Local Oscar Romero, Av. Bolivar, Sector 3 Grupo 8
	Central de Comedores Autogestionarios Base FEPOMUVES	Sector 2 Grupo 19 Mz. J, Lt. 3