



Modalidades latinoamericanas de participación social en salud

*Raquel Sáez González**

Resumen

El objetivo principal del artículo es analizar el marco conceptual que sustenta la participación social en salud en el contexto latinoamericano; se basa en la propuesta de participación realizada por Cunill (1991). La metodología utilizada es analítica-documental, comprende 25 artículos de investigaciones nacionales e internacionales, referidas a un modelo de participación social en salud institucionalizado en Latinoamérica. Se evidencia la multiplicidad de esfuerzos latinoamericanos entorno a la participación social en salud, en la mayoría de los casos revisados se en contra que los mismos responden a tres enfoques: democrático liberal, democrático social y revolucionario reformista. Respecto a las modalidades de la participación social en salud, se determina que la misma está signada mayormente por circunstancias informativas en Ecuador; consultivas en Chile, Cuba y Brasil; resolutive/fiscalizadoras en México y Chile; y, delegativa en Costa Rica; y, en menor medida ejecutora en Argentina; entre los mecanismos institucionales de la participación en salud sobresalen los Consejos y/o Comités de Salud. Se concluye que la participación social en salud, demanda de ciudadanía activa, redes sociales e institucionales y voluntad política como requisitos; inclusión, autonomía, democratización y equidad como principios; y, de vocación ciudadana, responsabilidad compartida y compromiso social como características.

Palabras clave: participación en salud, modalidades de participación, mecanismos participativos, enfoques, Latinoamérica.

* Profesora Asociada de la Universidad del Zulia. Centro de Investigaciones de Trabajo Social. Maracaibo, Venezuela. raquel65.saez@gmail.com

Latin American Modes of Social Participation in Healthcare

Abstract

The main objective of this article is to analyze the conceptual framework that supports social involvement in healthcare in the Latin American context. It is based on the participation proposal by Cunill (1991). The methodology is analytical-documentary; it includes 25 items of national and international research, referring to a social participation model in health, institutionalized in Latin America. The study reveals multiple Latin American efforts regarding social participation in healthcare. In the majority of the cases reviewed, it was found that they respond to three approaches: liberal democratic, social democratic and revolutionary reformist. Regarding the modes of social participation in healthcare, it was shown they were marked mostly by an informative mode in Ecuador, a consultative approach in Chile, Cuba and Brazil; a resolute/auditory mode in Mexico and Chile, a delegative mode in Costa Rica; and, to a lesser extent, an executive approach in Argentina. Among the institutional mechanisms for participation in healthcare, Councils and/or Health Committees stand out. Conclusions are that social participation in healthcare demands active citizenship, social and institutional networks and political will as requirements; inclusion, autonomy, democratization and equality as principles; and civic vocation, shared responsibility and social commitment as characteristics.

Key words: participation in healthcare, forms of participation, participatory mechanisms, approaches, Latin America.

Introducción

En la actualidad, América Latina experimenta transformaciones profundas en sus sistemas políticos, derivado de las expresiones de movimientos sociales, que han generado el establecimiento de espacios comunes para llevar a la práctica el ejercicio de la ciudadanía, construir su propio futuro, y tener como resultado cambios en la forma y contenido de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, así como en las acostumbradas relaciones entre las personas, desde el nivel nacional hasta el plano local. Pese a esto, la participación es vista aún como una concesión por parte de la autoridad, más que como un derecho inherente a todo ciudadano; por lo que el concepto de participación en salud se limita generalmente a la intervención de los actores internos del sistema, dejando fuera al resto de la sociedad (Celedón y Noé, 2000).

A partir de la década de los setenta y en especial desde la conferencia de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1978), la participación ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud; es más, la participación social en salud sigue siendo reconocida como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar, o por lo menos limitar, los principales problemas que afectan la salud de los estratos subalternos, y en particular de los grupos étnicos (Menéndez, 1992).

Partiendo de estas consideraciones, se encontró que la participación social en América Latina fue propuesta como una actividad necesaria no sólo respecto del proceso en salud, sino también para lograr determinados objetivos en otros campos como el educativo, el económico, el recreativo e incluso el cultural. Ello ha dado lugar desde la década de los cincuenta a la propuesta de proyectos específicos de participación, impulsados por la sociedad civil y/o el Estado (Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 1960; Ware, 1962; Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1972; Ugalde, 1985).

Actualmente, es común encontrar diversas acepciones y definiciones acerca de la participación, más aún de la participación social en salud; lo que denota la enorme complejidad y naturaleza propia de ser un proceso de construcción social marcado por situaciones y experiencias vividas (Casilla e Inciarte, 2004). No obstante, se hace necesario notar que pese a los innumerables usos y desusos del término, hoy más que nunca se requiere aclarar y profundizar en él, a los fines de conocer sus alcances y límites, así como definir los dilemas y perspectivas desde el ámbito de la salud pública. En sintonía con lo ya expuesto, surgen algunos cuestionamientos investigativos, tales como: ¿cómo se concibe la participación social en salud en América Latina?, ¿cuáles modelos identifican la participación social en salud en América Latina?, ¿qué elementos conceptuales contemplan los modelos de participación social en salud en los distintos escenarios latinoamericanos? Por lo cual, el objetivo general es analizar el marco conceptual que sustenta la participación social en salud en el contexto latinoamericano. Por ello, el presente artículo trata de aportar algunas ideas básicas entorno a la conceptualización de la participación social en salud. En la primera parte, se atienden los *referentes teóricos* de la participación social en salud, sus bases conceptuales. En el segundo apartado, *metodología* se aborda el contexto metodológi-

co que sustenta el artículo. Finalmente, se exhiben los *resultados*, mediante la presentación y discusión de los hallazgos obtenidos a partir del objetivo planteado; se cierra el artículo esbozando las conclusiones del estudio y el conjunto de referencias bibliográficas utilizadas en el mismo.

1. Acerca de la participación social en salud

Aún cuando son múltiples las miradas, enfoques o modelos para entender y revisar la participación social en salud (Pastor, 2006; Anigstein, 2008; Pol De Vos *et al.*, 2009), el artículo centraliza lo explicitado por D'Elia (2002), Cunill (1997) y León Uzcátegui (2005), a fin de precisar la conceptualización básica del mismo.

D'Elia (2002), considera que cada proyecto político adopta un enfoque de sociedad que influye en el contenido de las políticas públicas; la autora describe los cuatro enfoques que han tenido mayor relevancia a lo largo de la historia de las sociedades modernas. Dos de estos enfoques (neoliberal y democratizador), serán abordados a lo largo de este estudio y cómo ellos dieron origen a distintos modelos de política social. Estos enfoques son:

- ***El conservador-laborista***, con el que se inició en Europa una política social de bienestar dirigida fundamentalmente a la consolidación socioeconómica de una clase trabajadora mayoritaria.
- ***El keynesiano***, sentó las bases para asegurar un bienestar más universal e igualitario, aunque centrado en la promoción del crecimiento económico.
- ***El (neo) liberal***, que renació para concentrarse únicamente en la lucha contra la pobreza, tal como fue en los orígenes del capitalismo.
- ***El democratizador***, el cual representa el surgimiento de valores alternativos en una sociedad fuertemente marcada por la desigualdad y la desintegración, proponiendo un proceso de acentuación de las solidaridades sociales y de la democracia, sobre la base de los derechos sociales conquistados por la humanidad, la equidad y la construcción de una ciudadanía activa.

Ahora bien, de acuerdo con el enfoque de sociedad que adopte cada país (proyecto político dominante), se dará preeminencia o no a la política social. En palabras de D'Elia (2002: 23), "...la política social es

una fuente de legitimación del proyecto político de sociedad y un mecanismo para llevar a la práctica las ideas dominantes y los consensos sociales que sirvieron de base a la construcción del proyecto”; sin embargo, es necesario tener en cuenta que no toda política social está orientada a propiciar una mayor calidad de vida, una mayor igualdad de oportunidades y una mayor participación social. Cada diseño de política debe considerar fundamentalmente a los sujetos de la política social, es decir, a quiénes está dirigida; ampliada o restringida, incluyente o excluyente; o, de acuerdo a cuál sea la forma en la que definimos y ejercemos el derecho a ser destinatarios de ella. Un aspecto importante a evaluar en toda política social es la participación y cómo ésta es asumida en cada sociedad por el proyecto político dominante.

Mientras que Cunill (1997), considera que la participación debe ser evaluada desde dos enfoques: el enfoque neoliberal (conservador, de carácter técnico, que responde a la ideología del proyecto neo-liberal) y el enfoque democratizador (progresista, con énfasis en lo político, de carácter social); claro está, cada uno responde a objetivos e intereses diametralmente opuestos. En el primero de éstos enfoques, Neoliberal, la participación se asocia con contribuciones materiales por parte de la población, la provisión privada de bienes públicos; la participación se circunscribe a micro espacios (lo local) e implica formas de lucha defensivas, vinculadas a la sobrevivencia. Mientras que el segundo enfoque, Democratizador, destaca la participación política, la redistribución del poder (democratización del poder y del saber); la participación ciudadana, espacios institucionales participativos, con pleno ejercicio de la participación y representación mayoritaria o exclusiva de la población, toma de decisiones en todos los niveles (comunal o barrial, parroquial, municipal, estatal y nacional) y en todos los momentos del proceso (formulación de políticas, planificación, control, supervisión y evaluación).

Por su parte, León Uzcátegui (2010: 98-100) reseña tres modelos de participación en salud con enfoque político: el Modelo Conservador, el Modelo Reformista y el Modelo Social, Democrático o Alternativo, y plantea:

“El Modelo Conservador, de corte neoliberal, asume la Participación en Salud como utilitaria, enfatiza la ejecución y administración de los servicios de salud, para que “ayuden” a financiarlos; la participación es dirigida a la privatización; no hay participación en las decisiones. En el Modelo Reformista, el concep-

to de participación responde más a la Participación formal; participación de la comunidad en prevención de enfermedades, rehabilitación de enfermos o promoción de salud (vacunación, recuperación de instalaciones sanitarias, saneamiento ambiental...). Finalmente, el denominado Modelo Social, Democrático o Alternativo, concibe la participación como protagónica; promueve la participación de la población en las funciones de formación de políticas públicas, así como en los momentos de planificación, supervisión, control y evaluación; asume que lo público es de la gente, y que su objetivo es la consecución de la democracia participativa y protagónica real; se plantea la ciudadanía, como ejercicio efectivo de derechos sociales, económicos y culturales, además de los civiles y políticos”.

2. Bases conceptuales inherentes a la participación social en salud

La base conceptual del presente artículo, comprende la definición de algunos términos claves relacionados con la Participación Social en Salud, entre ellos, están: participación, participación social, participación social en salud, ciudadanía y su relación con el Estado, formación de políticas públicas, alcances, mecanismos, niveles, finalidades e instrumentos de la participación, para concluir con una breve contextualización y reflexión sobre la pertinencia de usar estas nociones en la realidad latinoamericana. Según Cunill (1991: 43) existen dificultades “...inherentes al concepto de participación, no sólo porque no hay una concepción unívoca del mismo, sino porque el vocablo se refiere por igual tanto a los efectos globales del poder como a ciertos ámbitos del poder sectorial, espacial o funcional”. Dada la diversidad de significados, se busca conceptualizar a la participación social en salud a la vez que clarificar los elementos que permiten distinguirla de otras modalidades de la participación.

2.1. Participación

Participar, del latín *participare*: *pars* (parte) y *capere* (tomar). Etimológicamente, significa “tomar parte” en algo, referido a una persona. Para la Real Academia Española (REA, 2008), participar, significa tomar parte en una cosa, recibir una parte de algo, o compartir, tener algo en común con otro u otros. Por lo tanto, el significado de participar, para los fines de la presente indagatoria está referido a la intervención del sujeto

en lo que le es común. Sólo participan los seres humanos, por su condición humana y gregaria, referida al otro, a la alteridad. Es siempre un acto social. Aún abstenerse de hacerlo es una forma de participar. En cualquier sociedad quien se abstiene de participar lo está haciendo a favor de quienes toman las decisiones, de quien ejerce el poder (León, 2005). La participación impulsa a los seres humanos a asociarse con el fin de alcanzar objetivos que exceden sus capacidades individuales.

También puede ser entendida como la asociación del individuo con otros en situaciones y procesos más o menos estructurados y en relación con objetivos finales medianamente claros y conscientes, o bien con resultados no conscientes para el individuo, pero significativos desde la perspectiva del sistema social; conllevando a adquirir un mayor ejercicio de poder (Corvalán y Fernández, 2000).

2.2. Participación ciudadana

Está fuertemente vinculada a la relación Estado-sociedad, y supeditada al desarrollo de los Derechos Humanos y Ciudadanos. Se concibe como la intervención de los individuos en actividades públicas, en tanto portadores de determinados intereses sociales (Cunill, 1991). Es decir, la participación ciudadana va más allá de la reciprocidad entre el Estado y la Sociedad en su conjunto, implica la injerencia directa de los sujetos en la dinámica pública.

2.3. Participación comunitaria

Según Cunill (1991), comunmente, se le entiende como una relación con el Estado en un sentido meramente de impulso asistencial de acciones que, en definitiva, son ejecutados por los ciudadanos mismos y que, en general, están referidas a cuestiones vinculadas a su vida más inmediata. También se vincula con el término “desarrollo comunitario”. Está más enlazada con el término “comunidad” en la búsqueda del mejoramiento de sus condiciones de vida.

2.4. Participación social

Se refiere a los fenómenos de agrupación de los individuos en organizaciones a nivel de la sociedad civil para la defensa de sus intereses sociales; enuncia la pertenencia y el hecho de tener parte en un grupo, en

una asociación (Cunill, 1997). Por tanto, puede aseverarse que la participación social involucra diferentes organizaciones sociales en la consecución de intereses y resultados comunes, implica potenciar las capacidades colectivas en procura de generar un cambio. Por su parte, León (2005: 33) considera:

“...la participación social se refiere a la relación de las personas, individual o colectivamente, con el Estado, pues se trata de la participación de la comunidad o la ciudadanía en los asuntos públicos, en términos de la sociedad civil, en su relación con la “sociedad política” que representa el Estado”.

Rincón *et al.* (2008: 9) concibe la participación social como “...el proceso de formación y acción permanente mediante el cual las organizaciones intervienen la realidad, estableciendo prioridades conforme sus necesidades, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y encontrar bienestar, fortaleciendo además el tejido social”. Al respecto, Chinchilla (2006: 161) califica la participación social de la siguiente manera:

“...proceso político que contempla conocer los problemas que afectan a la sociedad, identificar las soluciones, plantear y desarrollar acciones en torno a su solución y hasta evaluar la efectividad de las mismas. La participación social permitirá potenciar las capacidades políticas de las personas, grupos, comunidades y sociedad en general para acceder al poder político y participar activamente en la definición de un proyecto de sociedad socialmente inclusivo”.

Asimismo, el autor expresa que la participación social implica la democratización de los derechos políticos, civiles y sociales en cualquier nivel social, esto es la ciudadanía activa en pleno ejercicio en aras de garantizar su estricto respeto y cumplimiento.

No obstante, la argumentación de Hopenhayn citado por Chinchilla (2006: 160), sigue teniendo gran relevancia en la actualidad, al decir que “...la participación social busca potenciar todas las capacidades del ser humano y generar protagonismo de la persona en tanto ser social”; constituyendo la plataforma ideal para el ejercicio pleno de los derechos sociales y la construcción del proyecto de sociedad inclusivo, igualitario y equitativo.

2.5. Participación social en salud

Remite a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad local), las organizaciones, las instituciones, los actores sociales intervienen en la identificación de problemas de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones (Pereira *et al.*, 2002). Resalta el compromiso de los afectados en la problemática de salud y su incorporación en la solución de la misma. Por su parte, Rincón *et al.* (2008: 9), describe la participación social en salud como "...la intervención de la comunidad a través de las personas usuarias del sistema de seguridad social, en la *organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto*". Delimita a la comunidad como la única interesada en resolver los asuntos del sistema de salud.

2.6. Ciudadanía

En una sociedad democrática la ciudadanía "...consiste en el derecho de las personas a definir reglas del juego, derechos y obligaciones y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan efectivos" (Celedón y Orellana, 2003: 10). Por tanto, la ciudadanía como derecho inalienable de la sociedad es garantía previa para el adecuado ejercicio de la participación social en salud.

En consonancia con las tendencias latinoamericanas actuales, es posible identificar algunos elementos propios de la participación social en salud. Entre estos están: proceso social, que conlleva alianza, formación y acción deliberada, de los sujetos participantes, para mejorar la calidad de vida, a través de la organización, control, gestión y fiscalización del sistema de salud, en procura de ciudadanía.

Entonces, se puede afirmar que la participación social en salud deviene en un proceso social que implica la alianza, formación y acción deliberada de los sujetos concernidos en función de potenciar sus capacidades y mejorar la calidad de vida mediante la organización, control, gestión y fiscalización del sistema de salud; conllevando a la construcción de ciudadanía, y orientando el reconocimiento, respeto, promoción y disfrute pleno de los derechos que tiene cada persona.

3. Modalidades de la participación social en salud

Partiendo de la diferenciación que hace Cunill (1991), respecto a la participación ciudadana, se realiza una analogía de las modalidades (niveles, grados y tipos) de la participación, a los fines de conocer la institucionalización de la participación social en salud por parte de las respectivas instancias oficiales.

3.1. Niveles

- **Participación consultiva**, se muestra como opinión o manifestación de conocimiento que en tanto tales no obliga al sujeto que adopta la decisión.
- **Participación resolutive o fiscalizadora**, implica intervención en el curso de la actividad pública (participación decisoria) y, por tanto, tienen un carácter obligante.
- **Participación ejecutora**, supone tomar parte directa en la realización de una actividad y/o en la prestación de un servicio.

3.2. Grados

De acuerdo con el grado de involucramiento de los sujetos sociales (Cunill, 1991), es posible distinguir cinco clasificaciones de la participación social en salud, las cuales se desarrollan siguiendo a Celedón y Noé (1998):

- **Información**, es el nivel más precario de participación. Básicamente tiene por objetivo dar a conocer la oferta pública y sus características, incluso puede extenderse a los ámbitos de extensión y capacitación (uso del producto, campañas de salud, etc.). La información puede suministrarse simplemente por la vía de afiches, folletos, medios de comunicación masiva, talleres o charlas a grupos objetivos específicos.
- **Consulta**, corresponde a un ámbito mayor de participación que la mera información. Consiste en recoger, por diferentes medios, tales como, encuestas, grupos focales, consultas y votaciones, la opinión de la ciudadanía sobre las características de los servicios proporcionados.
- **Compartida**, generalmente, se realiza a través de mecanismos de conciliación y de asociación. a través de los cuales se incorpora la

opinión de los ciudadanos en las decisiones públicas mediante algún mecanismo de negociación; pueden ser implementados a través de diferentes formas: participación de representantes de la sociedad civil en órganos directivos, comités de planificación y gestión, agencias, corporaciones o asociaciones.

- **Delegada**, consiste en la entrega a la sociedad civil o sus representantes, de una o más funciones en cualquiera de las etapas de la provisión de un servicio público, es decir, la planificación y definición de objetivos y prioridades, la gestión y/o la evaluación y el control.
- **Control**, radica en asignar a la sociedad civil un rol de corrección, de reorientación de las acciones públicas, así como es un instrumento fundamental para una efectiva rendición de cuentas sobre la gestión pública ante la ciudadanía.

Por otra parte, Ander-Egg citado por León (2005:91), plantea seis grados de intensidad para la participación social en salud: el más sencillo es la oferta/invitación a participar; luego se plantea como consulta a la comunidad, que puede ser facultativa u obligatoria; una tercera modalidad, es la delegación de facultades o responsabilidades en algún miembro de la comunidad, y/o la elección o nombramiento de representantes; luego estaría la posibilidad de influir sobre quienes toman las decisiones, y finalmente, presenta las modalidades de cogestión (mecanismo de co-decisión) y de auto-gestión, en el cual se tendría el control operacional de todo lo que se realiza.

3.3. Tipos

- **Participación directa**, es aquella que se ejerce sin mediaciones, de manera individual o colectiva. La primera puede darse mediante conferencias con los interesados directos; y, la segunda, a través de una consulta popular.
- **Participación indirecta**, comprende la intervención de organizaciones que actúan en representación de intereses específicos (grupos de base, grupos de interés, organizaciones intermedias, entre otras).

En síntesis, la participación admite múltiples formas y modalidades, pero el factor fundamental es el involucramiento del ciudadano en las actividades públicas, en función de determinados intereses sociales.

4. Mecanismos o medios de la participación social en salud

Para ejercer la participación social en salud se requiere instituir diversos mecanismos y/o medios de actuación; convencionalmente, se les identifica como los procedimientos y los órganos de la participación; los cuales se examinarán seguidamente.

4.1. Procedimientos

Referidos a aquellos mecanismos mas o menos institucionalizados mediante los cuales se ejerce la participación consultiva, tales como: audiencias públicas saludables, en las que el público tiene la oportunidad de hacer oír sus voz antes de que la decisión sea tomada (participa en el proceso decisorio); encuesta de salud pública, se consulta la publicación previa de un proyecto, plan o programa entorno al cual se abre un período para presentar observaciones al mismo; y conferencias de salud con los interesados, se invita a todas las partes del procedimiento cuando éste afecta a muchos intereses (son ocasionales e informales).

4.2. Órganos

A los fines de lograr la mayor participación en salud, se han creado órganos facilitadores de la misma, entre éstos tenemos: los Consejos de Salud, generalmente están ubicados en la cúspide de la Administración Sectorial y tienen carácter permanente; las Comisiones de Salud, fungen como Asesores y son temporales (creadas para una actividad determinada); y, los Comités de Salud, básicamente son cuerpos organizados para trabajos específicos designados en el seno de una organización administrativa.

La diferencia entre una y otra instancia de participación es relevante, tanto en relación a la calidad de la participación como a los actores implicados. La creación de órganos participativos implica un proceso sistemático y permanente de interacción, que facilita la deliberación respecto de las cuestiones que los convocan y da lugar a la negociación entre las distintas posiciones; a la vez que los actores involucrados son, mayormente, organizaciones, lo que supone ciertas restricciones a la participación de los ciudadanos. Los procedimientos, por su parte, convocan a la participación de la ciudadanía en forma amplia y masiva, pero en momentos puntuales y, en general, sólo para aprobar o rechazar iniciativas estatales (Rofman, 2007). Esta diferenciación muestra que las instancias participativas no necesariamente

deben cristalizarse en organismos que viabilicen la intervención de los actores organizados, sino también debe preverse incluir como mecanismos de participación a los ciudadanos (o sectores de la ciudadanía) en las decisiones públicas, aún si no están organizados.

5. Metodología

Se utiliza una metodología analítica-documental, basada en la interacción entre la teoría que sustenta el análisis y los datos encontrados en la investigación empírica de los reportes seleccionados. A dichos estudios se les aplica el esquema sugerido por Cunill (1991), para determinar los rasgos contextuales, empíricos, metodológicos, teórico/conceptuales y conocimiento generado, a partir de los cuales se elabora una matriz que describe textualmente el hecho participativo; se identifican los modelos de participación social en salud; se clasifican los niveles, grados y tipos de modalidades participativas y se determinan los procedimientos y órganos correspondientes a los mecanismos y medios de la participación social en salud; por lo que se presentan como elemento empírico sobre el cual se trabaja y que en sí mismo representa la realidad estudiada. Se trabaja con 25 investigaciones tanto digitales como físicas, particularmente referidas a un modelo concreto de participación social en salud institucionalizado en Latinoamérica, entre el 2000 y el 2012; lo que constituye la evidencia empírica del fenómeno de la participación social en salud y proporciona además, una primera aproximación a la conceptualización del fenómeno.

6. Resultados

Dado que el objetivo general consiste en analizar el marco conceptual que sustenta los modelos de participación social en salud en el contexto latinoamericano, seguidamente se muestran los resultados obtenidos, incluidos su análisis y discusión con base en las teorías referenciales que sustentaron el artículo.

Ahora bien, al aproximarse a la realidad latinoamericana y en base a los planteamientos reseñados por D'Elia, Cunill y León Uzategui, se identifican tres (3) enfoques de participación social en salud, a saber: el *Democrático liberal* en Chile, Colombia y México; el ***Democrático social*** en Ecuador, Brasil, Argentina, Costa Rica, y Venezuela; y, el ***Revolucionario reformista*** en Cuba; así como las categorías y propiedades asociadas a cada enfoque.

Enfoques de Participación Social en Salud	Categoría de Análisis
<i>Democrático Liberal</i>	Sistema pluralista y competitivo basado en la organización y control del sistema; Se funda en el control de la calidad de los servicios de salud por parte de los usuarios; la eficiencia y el gerenciamiento; estipula la fiscalización de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios; el uso eficiente de los recursos; y la privatización de los servicios de salud; protección social universal; promueve y permite la participación popular; eficacia en el uso y el control de los recursos públicos.
<i>Democrático Social</i>	Procura la construcción de ciudadanía; proclama al ciudadano común como sujeto de derecho; proclama el derecho inherente a las personas y las organizaciones (públicas y privadas); la calidad de vida; la promoción de la salud; la participación como derecho constitucional; control de la calidad de los servicios; la fiscalización del uso de recursos públicos; la universalización, equidad, integralidad y gestión pública de la salud; democratización del derecho a la participación en salud y de la sociedad en general.
<i>Revolucionario Reformista</i>	Estructura político-administrativa centralizada, consolida las instancias del poder popular gubernamentales, la subordinación económica y metodológica, las asambleas del poder popular y la organización social.

De acuerdo con el cuadro anterior, se puede evidenciar que en Colombia (Delgado y Vásquez, 2006a; Delgado y Vásquez, 2006b; Delgado *et al.*, 2005; Arévalo, 2004), Chile (Méndez y Vanegas, 2010; Reca, 2007; Ministerio de Salud de Chile, 2009) y México (Laurell, 2008; Orozco-Núñez *et al.*, 2009), el enfoque de la participación social en salud se corresponde con el ***Democrático Liberal***. Destacan constructos referidos a una relación con el aparato estatal subordinado o dependiente, en el que la participación de la gente es vista como una cuestión de gobernabilidad; además, se acentúa la ejecución y administración de los servicios de salud promoviendo la privatización y el cobro directo a los pacientes. Según Cunill (1997), este tipo de enfoque enfatiza la participación desde los aspectos administrativos, en términos técnicos y con criterios financieros; la participación social implica eficiencia, eficacia y sostenibilidad de los proyectos y programas, remitiendo su actuación a un problema de eco-

nomía de costos; asocia la participación con contribuciones materiales por parte de la población, plantea la provisión privada de bienes públicos, considera al ciudadano como “cliente”.

Mientras que, en Ecuador (Noboa *et al.*, 2011; Lucio *et al.*, 2011), Costa Rica (Castillo y López, 2004; García, 2011), Brasil (Cohna, 2008; Vázquez *et al.*, 2002; Vázquez *et al.*, 2002a), Argentina (Valentini *et al.*, 2002; Ase, 2006) y Venezuela (Rodríguez *et al.*, 2006; Muntaner *et al.*, 2008; Rincón y Rodríguez, 2004; Alvarado *et al.*, 2008; Vega, 2004; Rincón y Rodríguez, 2007; Walter, 2009), el enfoque de la participación social en salud que predomina es el **Democrático Social**, significando construcción de ciudadanía, reivindicación del saber popular y democratización de la salud. En esta perspectiva, se exige al Estado, para su ejercicio pleno: legislar, promover e incitar la participación ciudadana; fomentar espacios institucionales participativos; y, una amplia mayoría de la población, participando en la toma de decisiones, a todos los niveles (comunal o barrial, parroquial, municipal, estatal y nacional) y en todos los momentos del proceso (formulación de políticas, planificación, control, supervisión y evaluación).

Por otro lado, en Cuba (Sanabria, 2004; Piñón y Torres, 2001), subsiste un enfoque **Revolucionario reformista**, en el que prevalece una participación estatizada e instrumentalizada; caracterizada por el impulso asistencial de acciones ejecutadas por los ciudadanos mismos y que, en general, están referidas a cuestiones vinculadas a su vida más inmediata. La inexistencia de un régimen democrático, condición necesaria para la participación limita la administración y ejecución de proyectos sociales en salud. Además, se confina el pleno ejercicio de las libertades y derechos ciudadanos obstruyendo el más básico y elemental requisito para el ejercicio de la participación social en salud (ciudadanía).

En cuanto a las modalidades y mecanismos de la participación social en salud, se pueden apreciar sus tendencias en el cuadro siguiente:

Modalidades de la Participación social en salud	Categoría de análisis
<i>Informativa</i>	Se auspicia e instrumentalizada la participación desde el Estado, se enfatiza una estrecha vinculación entre el Estado y la sociedad civil (Ecuador).
<i>Consultiva</i>	Se incorpora a la ciudadanía o sus representantes mediante instancias participativas; los funcionarios que integran los consejos técnicos participan en calidad de asesores (Chile). La estrategia Promoción de la Salud y el movimiento Municipios Saludables incorporan la opinión de los habitantes (Cuba). La población participa (consultiva y deliberativamente) en la gestión del sistema de salud (Brasil).
<i>Resolutiva/ Fiscalizadora</i>	La sociedad toma parte en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas (México). Fiscalización de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos (Chile).
<i>Delegativa</i>	Actores sociales y comunidades en general participan en la toma de decisiones relevantes para la salud y en actividades de protección social. Se ejerce la ciudadanía de manera informada, competente y responsable (Costa Rica).
<i>Ejecutora</i>	La población determina sus prioridades en salud, generando proyectos objetos de evaluación para su implementación (Argentina).

De acuerdo al análisis realizado, se detecta que, en Ecuador la participación social en salud es *informativa*, puesto que el eje central del aparato administrativo contempla la mera difusión de planes y proyectos en salud a todos sus conciudadanos, estrechándose los vínculos entre el Estado y sus conciudadanos. En Chile, Cuba y Brasil, la participación social en salud es de índole *consultiva*, impone la opinión o manifestación de la población en torno a decisiones relacionadas a su situación de salud. Mientras que en México y Chile, la participación social en salud tiene características *resolutivas*, lo que implica la intervención-fiscalización del ciudadano común en el curso de la actividad pública. En Costa Rica, la participación social en salud es *delegativa*, lo que conlleva la toma decisiones relevantes en salud y/o en la prestación de un servicio en forma di-

recta. Finalmente, en Argentina se evidencia una participación *ejecutora*, en la que el ciudadano común se involucra en los planes y proyectos tendientes al mejoramiento de su calidad de vida.

Asimismo, es importante resaltar que las Encuestas Públicas de Salud, las Conferencias de Salud, los Consejos de Salud y los Comités de Salud son los procedimientos u órganos de participación social en salud comúnmente utilizados en Colombia (Delgado y Vásquez, 2006a; Delgado y Vásquez, 2006b; Delgado *et al.*, 2005; Arévalo, 2004); Brasil (Cohna, 2008; Vásquez *et al.*, 2002; Vázquez *et al.*, 2002a); Chile (Méndez y Vanegas, 2010; Reza, 2007; Ministerio de Salud de Chile, 2009; Cuba (Sanabria, 2004; Piñón y Torres, 2001); Argentina (Valentini *et al.*, 2002; Ase, 2006); Ecuador (Noboa *et al.*, 2011; Lucio *et al.*, 2011), México (Laurell, 2008; Orozco-Núñez *et al.*, 2009); y, Costa Rica (Castillo y López, 2004; García, 2011); con más o menos poder de decisión, constituyen instancias de participación directa con la población a los fines de estrechar y mantener lazos de acción y comunicación con los afectados para el mejoramiento de la calidad de vida, lo que se evidencia en el cuadro siguiente:

Medios/ Mecanismos	Categoría de análisis
Encuestas Públicas de Salud	Sistema de información y atención al usuario de los servicios de salud mediante línea telefónica permanente, buzón de sugerencias y oficina de atención al usuario (Colombia). Servicio telefónico (Disque Saúde), buzón de quejas y sugerencias, y, defensorías de salud (Brasil).
Consejos y/o Conferencias de Salud	Participación colectiva e individual en los tres niveles del sistema de salud: Consejos Municipales de Salud, Conferencias de Salud y Consejos Gestores (Brasil). El Consejo Nacional de Salud con dependencias respectivas a nivel Provincial y Municipal; los Consejos Populares de la Salud, unidad de trabajo local, subordinada a la Asamblea Municipal del Poder Popular (Cuba). Nace el consejo municipal de salud, al que se le dio el nombre de Consejo Local Económico y Social (Argentina). Se instituyeron: a) Consejos Consultivos del Ministerio de Salud, b) Los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI); y, c) Los Consejos Consultivos de Usuarios (Chile).
Comités de Salud	Se instrumentaron dos nuevas iniciativas: la formación de Niños Promotores en las escuelas públicas y <i>las Acciones Integradas de Salud en los centros de salud</i> (México). Se constituyen los Consejos de Salud en provincias y cantones (Ecuador).

Por otra parte, respecto al caso venezolano, la participación social en salud tiene rango constitucional, ya que "...la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica de las instituciones públicas de salud" (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), 1999: artículo 84), caracterizándose por una participación de índole resolutoria o fiscalizadora, con un rol protagónico de participación directa en la solución de sus problemas prioritarios, a través de los defensores de la salud.

En éste mismo sentido, Rodríguez *et al.* (2006); Muntaner *et al.* (2008); Rincón y Rodríguez (2004); Alvarado *et al.* (2008); Vega (2004); Rincón y Rodríguez (2007); y, Walter (2009), aseveran que la participación social en salud en Venezuela se expresa a través de la constitución de los Comités de Salud, los Colectivos de Coordinación Comunitaria y las Unidades Ejecutivas del Consejo Comunal contempladas en la propia Ley Orgánica de los Consejos Comunales de 2009; es importante hacer notar que todas éstas figuras se incrementaron como mecanismos de participación social, en respuesta a las principales necesidades sociales y de salud del país. Según Alvarado *et al.* (2008: 122):

"...la política de salud venezolana se fundamenta en los principios de la democracia participativa, por lo que se abrieron espacios de encuentro entre los ciudadanos y sus gobiernos concretándose en la toma de decisiones consciente y voluntaria sobre los procesos que afectan directa o indirectamente a la población; donde las comunidades asumen el rol protagónico de participación directa en la solución de sus problemas prioritarios".

Hoy día urge incentivar procesos de formación en y para la participación social en salud, de modo que se garantice la discusión y deliberación de las decisiones que afecten directamente la calidad de vida del ciudadano común a través de las mesas de salud, grupos sociales organizados, madres del barrio, entre otros; evitando que la legislación venezolana se convierta en letra muerta, un fútil discurso, predica de derechos y bondades inalcanzables.

Conclusiones

En países como Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Cuba y Venezuela, la participación social en salud responde a tres enfoques: democrático liberal, democrático social y revolucionario reformista. No obstante, el enfoque democrático social vislumbra la posibilidad de construir una sociedad caracterizada por el surgimiento de valores alternativos a la desigualdad y la desintegración, la acentuación de las solidaridades sociales y la democracia desde una perspectiva de derechos sociales conquistados por la humanidad, la equidad y la construcción de una ciudadanía activa (D'Elia, 2002). Por lo que, la inclusión, la solidaridad, la equidad, la autonomía, el debate y la democratización de los espacios locales se consolidan como valores de la participación social en salud, instancia transversora de toda política en salud.

Aunque las modalidades de la participación social en salud progresivamente tienden al involucramiento de la población directamente en el diseño, ejecución y evaluación de políticas que afectan directamente su calidad de vida, lamentablemente persisten procesos perniciosos que básicamente buscan apoyo popular en la ejecución de programas gubernamentales; sin embargo, es factible facilitar la organización de la población en la construcción de viabilidad al desarrollo de capacidades autónomas, lo que conllevaría a una mayor ciudadanía.

Existe una amplia preeminencia de los Consejos de Salud y Comités de Salud, como mecanismos o medios de participación social en salud, lo que denota en ciertos casos, la participación directa de la población en la programación y administración de los servicios de salud. No obstante, tanto los órganos como los procedimientos son mecanismos facilitadores de la vinculación entre las organizaciones, los ciudadanos y el aparato gubernamental; por lo que se sugiere trabajar conjuntamente en una estrategia de promoción de salud y calidad de vida que permita la identificación y atención de problemas particulares, asegurando de este modo los mecanismos que garanticen su efectividad.

Mención especial merece la situación de participación en Venezuela, donde pese a los distintos instrumentos legales emanados en torno a la participación es necesario profundizar en un enfoque derecho en salud, de tal manera que los sujetos de la participación (ciudadanía indivi-

dual y colectiva), puedan formarse y empoderarse de las instancias participativas, para alcanzar realmente una participación social en salud democrática, incluyente, equitativa y justa. Desde los espacios institucionales, se deberían apoyar y desarrollar iniciativas que propicien la participación social en salud en el ámbito local, mediante la identificación de prioridades de salud que conlleven al diseño, planificación, ejecución y control de planes y proyectos de salud; en interacción con los equipos locales de salud.

Finalmente, es importante considerar como algunos elementos básicos de un exitoso proceso de participación social en salud, tales como la ciudadanía activa, las redes sociales e institucionales y la voluntad política (como requisitos); la inclusión, la autonomía, la democratización y la equidad (como principios); junto a la vocación ciudadana, la responsabilidad compartida y el compromiso social (como características).

Referencias bibliográficas

- ANIGSTEIN, María S. 2008. Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. En: Revista Mad. No. 19. Pp. 77-88.
- ALVARADO, C. H.; MARTÍNEZ, M. E.; VIVAS-MARTÍNEZ, S.; GUTIERREZ, N. J.; METZGER, W. 2008. Cambio social y política de salud en Venezuela. En: Medicina Social. Vol. 3. No. 2. Pp. 113-129.
- AREVALO, Decsi. 2004. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. En: Revista Salud Pública. Vol. 6. No. 2. Pp. 107-107.
- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. 1999. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República de Venezuela Ordinario N° 36860. 30 de diciembre de 1999. Reimpresión por error material del ente emisor. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario N° 5453 Extraordinario. 24 de marzo de 2000. Asamblea Nacional (2009). Enmienda N° 1 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario N° 5.908. 19 de febrero de 2009.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2009. Ley Orgánica de los Consejos Comunales. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 39.335. 28 de diciembre de 2009.

- ASE, Iván. 2006. La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. En: Revista Salud colectiva. Vol. 2. No. 2. Pp. 199-218.
- CASILLA, D. e INCIARTE, A. 2004. La Naturaleza de la Acción Participativa y la Formación para Participar. En: Espacio Abierto. Abril-Junio. Año/Vol. 13. No. 002. Pp. 249-275.
- CASTILLO M., A.; LÓPEZ, A. 2004. Participación Social en el Modelo de Atención de Salud. Primera edición, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de Acción Social. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Costa Rica.
- CELEDÓN C., C. y NOÉ, M. 2000. Reformas del sector de la salud y participación social. En Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. No. 8(1/2). Chile. Pp. 99-104.
- CELEDÓN C., C. y NOÉ, M. 1998. Participación y Gestión en Salud. XII Concurso de Ensayos del CLAD "Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública". Caracas, Venezuela.
- CELEDÓN C, C.; ORELLANA, R. 2003. Gobernanca y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile. En: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/carmenceledon.pdf>. Fecha de Consulta: 6 de abril de 2012.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 1960. Oficina de Asuntos Sociales. México. Programas Nacionales en el campo del desarrollo de la comunidad. Ms., México.
- CHINCHILLA M., M. 2006. Acción colectiva e intervención profesional del Trabajo Social: límites y posibilidades para la construcción de ciudadanía. En: KATÁLYSIS. Vol. 9. No. 2. Jul/Dez. Florianópolis SC. Pp. 158-165.
- COHNA, Amelia. 2008. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. En: Medicina Social. Vol. 3. No. 2. Río de Janeiro, Brasil. Pp.87-99.
- CORVALÁN, J. y FERNÁNDEZ, G. 2000. Apuntes para el análisis de la participación en experiencias educativas y sociales. En: Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Cuarto Trimestre. Año/Vol. XXX. No 004. Centro de Estudios Educativos. Pp. 9-50.
- CUNILL, N. 1997. Repensando lo Público a través de la Sociedad. CLAD. Nueva Sociedad. Caracas.
- CUNILL, N. 1991. Participación Ciudadana: dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados Latinoamericanos. CLAD. Nueva Sociedad. Caracas.
- DELGADO GALLEGU, M. y VASQUEZ NAVARRETE, L. 2006a. Barreras y Oportunidades de la Participación Social en Colombia. En: Revista de Salud Pública.

Julio. Año/Vol. 8. No. 002 Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Pp. 128-140.

- DELGADO GALLEGO, M. y VASQUEZ NAVARRETE, L. 2006b. Conocimientos, experiencias y opiniones de las políticas de participación en salud en Colombia. En: Revista de Salud Pública. Julio. Año/Vol. 8. No. 002 Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Pp. 150-167.
- DELGADO GALLEGO, M.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M.; ZAPATA BERMÚDEZ, Y.; HERNÁN GARCÍA, M. 2005. Participación Social en Salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. En: Revista Española Salud Pública. No. 6. Noviembre-Diciembre. Pp. 697-707.
- D'ELIA, Y. 2002. Las políticas sociales desde el Enfoque de Promoción de la Calidad de Vida. Agencia de Cooperación Técnica de la República Federal de Alemania (GTZ). Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS).
- GARCÍA GONZÁLEZ, R. 2011. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico del Ministerio de Salud. Tercera Edición. San José, Costa Rica.
- LAURELL, A. C. 2008. La reforma de salud en la Ciudad de México, 2000-2006. En: Medicina Social. Vol. 3. No. 2. Mayo. Pp. 170-183.
- LEÓN UZCATEGUI, J. 2010. Salud, participación comunitaria: hacia la ciudadanía plena. En: Salus online. Vol. 13 - Sup. 1. Año 2009-2010. Pp. 93-100.
- LEÓN UZCATEGUI, J. 2005. La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica? Tesis doctoral. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- LUCIO, R; VILLACRÉS, N; HENRÍQUEZ, R. 2011. Sistema de salud de Ecuador. En: Salud Pública. México. Vol. 53. Suplemento 2. Pp. 177-187.
- MÉNDEZ, C. A. y VANEGAS LÓPEZ, J. J. 2010. La participación social en salud: el desafío de Chile. En: Panam Salud Pública. Vol. 27. No. 2. Pp. 14-48.
- MENÉNDEZ, E. L. 1992. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. Dimensión Antropológica. Vol. 5. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Alianza Universidad. Madrid.
- MINISTERIO DE SALUD. GOBIERNO DE CHILE. 2009. Participación Social en Salud. Reflexiones y Herramientas para la Acción Social en Chile. En: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MINSAL.pdf. Fecha de consulta: 4 de abril de 2012.
- MUNTANER, C.; ARMADA, F.; HAEJOO, C.; MATA, R.; WILLIAMS-BRENNAN, L.; BENACH, J. 2008. Barrio Adentro en Venezuela. Democracia participativa, co-

- operación sur-sur y salud para todos. En: *Medina Social*. Noviembre. Vol. 3. No. 2. Pp. 306-322.
- NOBOA, H.; SALAS, B.; NEIRA, T.; BETANCOURT, Z., 2011. Participación y calidad de la atención en salud. Informe de Consultoría Quito, Ecuador.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1978. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata. Kazajistán, URSS. 6 al 12 de septiembre.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). 1972. Participación popular en el desarrollo: nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad. Nueva York.
- OROZCO NÚÑEZ, E; GONZÁLEZ BLOCK, M.A; KAGEYAMA ESCOBAR, L.M; HERNÁNDEZ-PRADO, B. 2009. Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna. En: *Salud Pública*. México. No. 51. Pp. 104-113.
- PASTOR SELLER, E. 2006. La participación ciudadana en los servicios sociales municipales de la Región de Murcia. Tesis Doctoral.
- PEREIRA C., Ana; ZAMBRANO V., R.; HERNÁNDEZ F., M. 2002. Participación Social en Salud y Calidad de Vida. En: *Fermentum*. Revista Venezolana de Sociología y Antropología Vol. 35. Mérida. Pp. 567-585.
- PIÑÓN VEGA, J. y TORRES HERNÁNDEZ, M. 2001. Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubana. En: *Revista Cubana Medicina General Integral*. Vol. 17. No. 1. Pp. 9-19.
- POL DE VOS, G.; MALAISE, G.; WIN D. P; CEUKELAIRE, W.; PÉRES, D.; LEFÉVRE, P.; VAN DEL STUYFT, P. 2009. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. En: *Medicina Social*. Vol. 4. No. 2. Pp. 127-134.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 2008. Diccionario de la Lengua Española. En: <http://www.rae.es>. Fecha de consulta: 16 de enero de 2012.
- RECA MOREYRA, I. C. 2007. Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo?. Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud, Chile, Segunda Fase. Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 4. Primera edición.
- RINCÓN BECERRA, M. T.; RODRÍGUEZ COLMENARES, I.; PAZ, J. 2008. Estrategias de gestión en salud pública. Caso Gobernación del Estado Zulia-Venezuela. En: *Espacios Públicos*. Vol. 11. No. 23. Diciembre. Universidad Autónoma del Estado de México. México. Pp. 49-74.
- RINCÓN BECERRA, M. T.; RODRÍGUEZ COLMENARES, I.; 2007. Gestión del programa Barrio Adentro: su expresión en el Zulia. En: *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. XIII. No. 3. Septiembre-Diciembre. Pp. 423-443.

- RINCÓN BECERRA, M. T.; RODRÍGUEZ COMENARES, I. (2004). Consideraciones Generales sobre la Política y Gestión de la Salud en Venezuela (1900-2003). En: FERMENTUM. Año 14. No. 41. Mérida. Pp. 503-532.
- RODRÍGUEZ COMENARES, I.; RINCÓN BECERRA, M. T.; MADUEÑO, J. 2006. Barrio Adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución. En: Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 15. No. 3. Julio-Septiembre. Pp. 617-664.
- ROFMAN, Adriana. 2007. VI Participación de la sociedad civil en políticas públicas: una tipología de mecanismos institucionales participativos. Conferencia Regional de ISTR Para América Latina y el Caribe. Salvador de Bahía, Brasil.
- SANABRIA RAMOS, G. 2004. Participación social en el campo de la salud. En: Revista Cubana Salud Pública. Vol. 30. No. 3. Pp. 1-19.
- UGALDE, A. 1985. "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica". En: Traducido del Social Science and Medicine. Vol. 21. No. 1. Pp. 41-52.
- VALENTINI, H.; POTES, O.; PRETO, C. A. 2002. Investigación Social en Salud. Vol. 6. Nros. 1 y 2. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario, Argentina.
- VÁSQUEZ NAVARRETE, M.L., SIQUEIRA, E. KRUIZE, I., DA SILVA, A., LEITE, I.C. 2002. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. En: Gaceta Sanitaria Vol. 16. No. 1. Pp. 30-38.
- VÁSQUEZ NAVARRETE, M. L.; FERREIRA DA SILVA, M. R.; SIQUEIRA CAMPOS, E.; CAMPOS PEREIRA, A. P.; SILVA DINIZ, A.; LEITE VERAS, I.; GRANDE, I. 2002. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: una aproximación cualitativa. En: Salud Pública. Vol. 76. No.5. Pp. 585-594.
- VEGA, Mauricio. 2004. Situación de Salud en Venezuela. Informe Social 9-2003 Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Caracas, Venezuela.
- WALTER, Carlos. 2009. El Sistema Público de Salud Venezolano. CENDES/UCV.
- WARE, C. 1962. Trabajos prácticos en organización y desarrollo de la comunidad. Unión Panamericana, Washington DC.