

InterAcción y Perspectiv

Revista de Trabajo Social

ISSN 2244-808X
D.L. pp 201002Z43506

**Enero-Junio 2018
Vol. 8 No. 1**



Universidad del Zulia
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Centro de Investigaciones en Trabajo Social

Interacción y Perspectiva
Revista de Trabajo Social
Vol. 8 N°1 pp. 93-110
Enero-Junio

Dep. Legal ppi 201002Z43506
ISSN 2244-808X
Copyright © 2018

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Aproximación a un modelo para la participación social en salud*

Raquel Sáez González y Raima Rujano Roque**

Resumen

En éste artículo se revelan los elementos constitutivos de un modelo para la participación social en salud. Se diserta sobre los valores, objetivos, estrategias y conocimientos que fundamentan la dimensión estructural de la participación social en salud en Venezuela, así como las opiniones, actitudes y conductas aceptadas y compartidas por el personal de salud que denotan la dimensión situacional de este proceso. Desde una perspectiva complementaria, se trabajó metodológicamente con un enfoque cuantitativo-cualitativo, se utilizó la modalidad empírica-inductiva en su fase descriptiva, complementado con un acercamiento etnobiográfico, mediante la encuesta por relatos. Entre los resultados se destaca el predominio interaccional de los valores, objetivos, estrategias y conocimientos como elementos constitutivos de la participación social en salud. Se concluye afirmando que el diseño de un modelo para la participación social en salud contempla entre sus elementos básicos: principios y valores transversales como respeto, amor, solidaridad, afectividad, compromiso y sostenibilidad, lo que configura una dimensionalidad normativa. Los propósitos de cambio hacia una mejor calidad de vida a partir del futuro deseado contemplado como un proyecto común (dimensionalidad política), las acciones junto con el reconocimiento de las instancias organizativas asumidas como espacios participativos favorecedores del encuentro de saberes y el diálogo interactivo, constituirían la dimensionalidad organizacional; y, la dimensionalidad cognoscitiva estaría representada por los supuestos para actuar en pro de la participación. Todo ello revestido de la interacción surgida entre los actores y sujetos de la participación social en salud al interior de los espacios de la salud.

Palabras clave: modelo, salud, participación social, perspectiva, etnografía

Recibido: 30/08/17 Aceptado: 14/12/17

*Proyecto CONDES No.CH-0592-16

**Docentes-Investigadoras. Doctoras en Ciencias Humanas. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.
raquel65.saez@gmail.com

Abstract

Approach to a model for social participation in health

This article reveals the constituent elements of a model for social participation in health; It speaks about the values, objectives, strategies and knowledge that underlie the structural dimension of social participation in health in Venezuela as well as the opinions, attitudes and behaviors accepted and shared by the health personnel that denote the Situational dimension of such participation. From a complementary perspective, we worked methodologically with a quantitative-qualitative approach; the empirical-inductive modality was used in its descriptive phase, complemented by an etnobiográfico approach, by means of the survey by accounts. The results highlight the interactional prevalence of values, objectives, strategies and knowledge as constituent elements of social participation in health. It concludes by affirming that the design of a model for social participation in health includes among its basic elements: principles and transversal values such as respect, love, solidarity, affection, commitment and sustainability which configures a normative dimensionality; The purposes of change towards a better quality of life from the desired future contemplated as a common project (political dimensionality); The actions together with the recognition of the organizational bodies assumed as participatory spaces conducive to the meeting of knowledge and interactive dialogue, would constitute the organizational dimensionality; and, cognitive dimensionality would be represented by the assumptions to act on behalf of participation. All this is covered by the interaction between the actors and subjects of social participation in health within the areas of health.

Key words: Model, health, social participation, perspective, ethnography.

Introducción

El artículo expone los resultados de una investigación titulada "Hacia un modelo para la participación social en salud"; cuyo objetivo central consistió en develar los elementos constitutivos de un modelo para la participación social en salud en Venezuela.

En América Latina, actualmente se experimentan 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 C y Noé, M, 2000).

A partir de la década de los setenta y en especial desde la conferencia de Alma Ata, 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, es posible encontrar 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 o el Estado (Comisión Económica para América Latina, 1960).

En la actualidad, existe amplio consenso respecto a las múltiples significaciones que se tiene de la participación, incluso sería pertinente señalar que hay consenso sobre el hecho que no existe un acuerdo en las ciencias sociales o en los gobiernos o agencias internacionales sobre lo que se quiere significar con ésta idea (participación). Más aún, "dada las características multidimensionales de la participación, éste parece ser un concepto polisémico, profundamente arraigado e impulsador de nuevos conocimientos, nuevas interpretaciones y por ende, nuevas aplicaciones" (Villarreal, 2014); lo que sugiere la necesidad de profundizar en torno a éste término, a los fines de esclarecer sus usos y limitaciones.

Por todo esto, la participación, puede considerarse una herramienta para deliberar y escoger la vida que vale la pena ser vivida. Si las personas tienen oportunidades, es decir, libertades y capacidades, para discutir, apreciar y elegir entre diferentes estilos de vida podrán alcanzar las competencias para elegir entre diversos tipos de sociedades, entre formas de gobierno y modalidades de producción económica y bienestar social (Villarreal, 2014). Entonces, si la participación denota calidad de vida y prácticas de acción democráticas es fácil comprender la multiplicidad de usos y abusos que dicho término connota en la actualidad.

En el ámbito de salud, el término de participación tuvo gran connotación social a partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, en la que acertadamente se planteó la importancia de la participación popular en la atención a la salud como derecho y como responsabilidad; desde ese momento, tanto para las agencias financiadoras, las instituciones académicas como para los entes gubernamentales, un proyecto, programa o intervención, es considerado interesante, atractivo o importante si incluye la participación entre sus estrategias o actividades; mientras más participativo sea, tiene una mayor probabilidad de ser aceptado, resulta más políticamente correcto y se presume que deberá tener una mejor "ejecución". De igual forma, y en dirección contraria, se considera que el fracaso o poco éxito de algunos proyectos o programas se debe a que no hubo participación de las personas. Es decir, así como es ventajoso identificar una intervención como participativa, también se considera contraproducente, y se suele atribuir el fracaso en los objetivos o actividades, a la poca o ninguna participación de las personas, a pesar de los buenos esfuerzos que puedan haber realizado los investigadores o responsables (Briceño-León y Ávila, 2014).

Los autores citados consideran que, estos resultados tan dispares tienen su origen en la propia ambigüedad del concepto, por eso, a los pocos años de la Declaración de Alma-Ata, ya en 1984, la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaraba que si bien "la estrategia (de participación comunitaria) se ha adoptado hoy en día en toda la Región" existían muchas dificultades, pues: "Varios países afrontan graves problemas al tratar de poner en práctica el concepto a menudo vago y mal entendido de participación de la comunidad, especialmente en programas nacionales realizados en gran escala" (OPS).

Así pues, "pese a diversas concepciones de la participación, es importante comprender que ésta no se restringe a un momento específico, sino que se trata de un proceso social, donde intervienen personas, organizaciones, instituciones, es interactivo, colaborativo, cooperativo, recíproco, el cual, a medida que se consolida sobre bases de conocimiento, capacitación, experiencia, comunicación, logros y aprendizajes, se crea una cultura de toma de decisiones, equilibrio de poder y gobernanza que lleva al empoderamiento de los diversos actores y sectores participantes, propia de estilos democráticos" (Briceño-León y Ávila, 2014).

La participación exige un amplio respeto por el ser humano y constituye un elemento esencial para el ejercicio y consolidación de la libertad, pilar fundamental de un sistema democrático (Sen, 2002). Allí radica la importancia y valor de la participación, en involucrar y empoderar a los ciudadanos, a las comunidades, a las organizaciones en el papel que les corresponde socialmente para promover calidad de vida y hacer valer y cumplir sus deberes y derechos.

Toda ésta situación, evidencia que no existen criterios únicos para el diseño y formulación de modelos en participación social, mucho menos en salud, lo que motiva esta investigación; dada la inexistente unidad conceptual respecto a la participación social en salud, con las subsecuentes consecuencias del mal uso del mismo para la sociedad en general. Teniendo presente que la tarea de las ciencias sociales es comprender estas diversas significaciones en toda su complejidad, y proponer una explicación en perspectiva, surge la necesidad de plantearse un esquema conceptual que aclare por qué surgen los procesos participativos en salud, cómo se expresan o por qué varían del modo en que varían teniendo caracteres inherentes comunes, en cuanto procesos de alianzas.

No obstante, es necesario hacer 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; más aún se requiere definir líneas de acción que faciliten su implementación. En sintonía con lo ya expresado, se plantearon algunas interrogantes que se constituyeron guías de la investigación: *¿Cuáles son los ejes (elementos, vínculos y relaciones) vertebradores de la participación social en salud?*

En éste sentido se procuró i) determinar los valores, objetivos, estrategias y conocimientos que fundamentan la dimensión estructural de la participación social en salud en Venezuela; ii) examinar las opiniones, actitudes y conductas aceptadas y

compartidas por el personal de salud que denotan la dimensión situacional de la participación en salud en Venezuela; por lo que el estudio se circunscribe los elementos de la participación social en salud en base a los aportes provenientes de la teoría de la acción Argyris y Schon (1976) y el enfoque eco sistémico en salud de Lebel (2005).

Metodología

Hoy día, la discusión en torno a los enfoques cuantitativo y cualitativo respecto a la explicación y comprensión de los fenómenos sociales, está siendo superada en la práctica concreta por una tendencia a su integración en los procesos investigativos; por ello, es tan importante entender que "si se clarifican los niveles en los que pueden ser más útiles las técnicas e instrumentos de uno u otro enfoque; si se acepta su potencia diferencial para operar sobre cada tipo de material (números o palabras); si se extreman los cuidados en su aplicación, en una actitud vigilante ante cada procedimiento; si se atiende a todo esto, la integración indudablemente puede representar una poderosa perspectiva no sólo para la recolección sino para el análisis de los datos" (Romero Salazar, 2011).

Partiendo de éstas consideraciones, en la presente investigación se trabajó desde una perspectiva complementaria el enfoque cuantitativo-cualitativo. Se investigó bajo la modalidad empírica-inductiva en su fase descriptiva, complementado con un acercamiento etnobiográfico, donde el individuo se toma como muestra de su comunidad, mediante la encuesta por relatos. La perspectiva de la encuesta por relatos, es una modalidad de la investigación etnobiográfica, que permite trabajar aspectos a los cuales no es posible acceder de otra manera, facilitando la captación de la diversidad de lo social (Romero Salazar, 2011).

La metódica utilizada en la investigación se enmarca en un diseño de campo (Arias, 1999), y transversal o transaccional (Hernández Sampieri y col. 2010). Se trabajó con los comités de salud y los centros de salud de las cinco subregiones (Guajira, Perijá, Costa Oriental del Lago, Sur del Lago y Maracaibo) del estado Zulia, como unidades de análisis. Los mismos fueron representados por los coordinadores municipales o voceros de los comités de salud y el personal de salud pública (médico epidemiólogo municipal) ubicado en los establecimientos de salud de las subregiones mencionadas, quienes mostraron total disposición a la colaboración y apoyo en la ejecución de la investigación. Para determinar la confiabilidad del instrumento aplicado a los voceros de los comités de salud se trabajó con una medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest), cuyo procedimiento consistió en aplicar dos veces la misma encuesta a los representantes de los comités de salud

En la indagatoria se realizó un abordaje complementario, debido a la naturaleza de sus elementos constitutivos, se trabajó "unos desde fuera, a partir de su consideración estadística y otros desde adentro, asumiendo su formulación en el habla. El primer acercamiento, entonces, se concreta en el número que es la entidad mediante la cual se hace el análisis; en el segundo, la aproximación se produce a través de la palabra" (Romero Salazar, 1997); por lo que se aprovechó tanto el análisis estadístico

(elementos estructurales) como el análisis de contenido (elementos interaccionales o situacionales). Es decir, desde una aproximación cuantitativa se tocaron los aspectos externos, concretos y fútiles de la participación social en salud (opiniones y creencias), mediante el aporte de datos, indicadores y tendencias observables; mientras que los aspectos más íntimos de la participación social en salud se abordaron desde una aproximación cualitativa (actitudes, sentimientos y comportamientos) a través del significado de los hechos y fenómenos, posteriormente todo lo cual fue recabado en una síntesis.

La población de la investigación, estuvo representada tanto por los coordinadores municipales de los comités de salud como por los médicos epidemiólogos municipales del estado Zulia (N21); ya que, el estado Zulia es la entidad federal con mayor población del país (4.023.467 habitantes aproximadamente), además representa una de las diez entidades federales que concentra el 69.4% de la población de Venezuela, ocupando la primera posición (13.30%) con respecto al resto del país (INE, 2014). Asimismo, se trabajó con una muestra no probabilística e intencional; la misma estuvo constituida tanto por los veintiún coordinadores municipales de los comités de salud (n21), con quienes se trabajó de manera censal como por los médicos epidemiólogos municipales de los municipios con mayor peso poblacional para el año 2014, a saber Maracaibo (1.627.501 hab.), San Francisco (479.222 hab.), Cabimas (289.393 hab.), Mara (217.423 hab.), Lagunillas (214.004 hab.), Colón (134.267 hab.), Machiques (131.915 hab.) y Lossada (126.054 hab.); ya que concierne más a los propósitos específicos de ésta investigación.

Resultados

La dimensión estructural de la participación social en salud

Se trabajó mediante un análisis de tipo cuantitativo. Para determinar los valores, objetivos, estrategias y conocimientos que fundamentan la dimensión estructural de la participación social en salud en Venezuela, se tomaron los datos relacionados con las nociones y creencias de la participación social en salud (los aspectos concretos) de la variable en estudio, procedentes en su totalidad del cuestionario aplicado a los 21 representantes de los comités de salud del estado Zulia, quienes constituyeron la muestra intencionada de la investigación.

Entre las características de los representantes de los comités de salud que constituyeron la muestra se pueden destacar las siguientes particularidades: la edad promedio es de 52 años, la mayoría (62%) está en las edades comprendidas entre 50 y 69 años; concentrándose el mayor porcentaje entre los 50 y 54 años. El grupo más numeroso de la muestra (80%) es de sexo femenino. En cuanto a la instrucción, se tiene que la mayoría (76%) cuenta con la primaria y secundaria completa, incluso un 23% alcanzó la educación universitaria. Un porcentaje significativo (57%) se desempeña en actividades relacionadas con la salud (defensor de salud, promotor de salud, secretaria en sala de rehabilitación), un 24% está jubilado y el resto (19%) se

dedica a los oficios del hogar y comercio. Por último, el número de años dedicados al cargo como miembros de los comités de salud en promedio es de seis años.

En relación con las manifestaciones valorativas de la participación social en salud, los representantes de los comités de salud reconocieron casi en un 90%, que las acciones participativas en salud de su localidad son de buenas a regulares; mientras que apenas un 9.5% opina que es muy buena; con lo que se pone de manifiesto la afectividad de la participación social en salud por parte de sus representantes municipales

Asimismo, la mayoría (81.2%) de los encuestados, asocia la participación social en salud con la cooperación mutua, la solidaridad e interacción social; sin embargo, es importante resaltar que en la primera aplicación casi un 20% de los representantes de salud aglutinó en la opción todas las anteriores dichas implicaciones, mientras que en la segunda aplicación fueron más precisos; además ninguno la asoció con situaciones de conflictividad.

Para trabajar los problemas de salud en su comunidad, el 100% de los representantes de los comités de salud manifestó, sentirse plenamente comprometidos con los problemas de salud en su comunidad y con todas las políticas en materia de salud impulsadas por el Ejecutivo Nacional; es de hacer notar que éste es un compromiso asumido de manera voluntaria.

Situación que se relaciona con la opinión emitida, sobre la contribución de la participación a la salud oportuna y de calidad, donde la mayoría (95.2%) consideró que siempre o casi siempre la participación contribuye con una salud oportuna y de calidad, lo que permite afirmar que para los representantes de los comités de salud el compromiso y la sostenibilidad son condiciones inherentes a la participación, es decir la razón que les impulsa a buscar un cambio.

Igualmente, los entrevistados consideraron, que los *valores* que mayormente favorecen la participación social en salud son: primeramente la solidaridad con casi un 30%, en segundo lugar tolerancia y respeto con menos de un 20% cada uno y en tercer lugar responsabilidad con un 10%; mientras que el resto de los valores (ayuda mutua, igualdad, amor y comprensión) son valores que apenas la favorecen.

En relación a la significación que hacen de su participación en las organizaciones sociales en salud, los mayores porcentajes tanto en la primera como en la segunda aplicación, se concentraron alrededor de esperanza y confianza, elementos estos que representan la voluntad hacia un cambio a partir de las experiencias vividas; apenas un 20% y 10% respectivamente, se agruparon en torno a preocupación y seguridad.

En virtud que los *valores* representan el componente axiológico de la acción participativa, a través de los cuales se revela la naturaleza del valor y el nivel de significación como elementos decisivos para involucrarse en la participación social en salud, estos resultados permiten señalar que la participación social en salud efectivamente se caracteriza por principios y creencias tales como solidaridad, tolerancia, respeto y responsabilidad, entre otros. Mientras que asociada a la

significación (afectividad, compromiso y sostenibilidad) estarían presentes la cooperación mutua y la interacción social; todo lo cual configura *el nivel normativo* de la participación social en salud. Todo lo cual permite confirmar lo dicho por (Casilla e Inciarte, 2004), en el sentido que los valores constituyen un fundamento y un referente de la acción participativa, se proclaman, se reconocen, se cuestionan y se construyen, porque se hacen realidad en un estilo de vida, en la dedicación y entrega al cambio buscado.

Por otra parte, con respecto a los *objetivos participativos en salud*, la mayoría (80.9 y 95.2%) de los encuestados en la primera y segunda aplicación respectivamente, opinó estar de acuerdo con que los vecinos de su localidad participan libremente en los asuntos de salud de su comunidad, articulándose con los consejos comunales y defensores de la salud para impulsar las políticas de salud y calidad de vida; lo que da muestras de la necesidad de direccionar u orientar su participación en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Situación que se relaciona con el hecho de que para casi la totalidad (80%) de los representantes de los comités de salud (ambas aplicaciones), a través de la participación social en salud no solo se genera una mejor calidad de vida y bienestar colectivo (20%), sino que se garantiza el derecho a la salud tal como lo establece el artículo 84 de la Constitución Nacional; lo que denota el propósito de logro de la acción participativa en salud.

Por otra parte, en la primera y segunda aplicación los encuestados en su mayoría (47.6% y 66.6% respectivamente), sostuvieron que participar en los asuntos inherentes a la salud de su localidad representa una responsabilidad compartida que les permite articularse con los trabajadores de los establecimientos de salud para la promoción de la salud y prevención de enfermedades y daños, mientras que el resto (38% y 33.3% respectivamente) consideraron que simboliza un derecho social y un deber ciudadano.

Igualmente, se debe destacar que más del 80% de los representantes de salud (en ambas aplicaciones), opinó que la participación social en salud como proyecto común puede generar cambios que impulsen políticas de salud y mejoras en la calidad de vida de la población; apenas un 14% piensa que puede alcanzar aspiraciones colectivas o satisfacer necesidades sociales apremiantes; el resto concentró sus respuestas en la opción todas las anteriores; todo lo cual muestra la direccionalidad de la participación social en salud en aras de una mejor calidad de vida como futuro deseado.

Al consultarles a los representantes de los comités de salud, su opinión acerca de la contribución que tienen las organizaciones sociales de salud en el desarrollo de la autonomía, la libertad de pensamiento y la convivencia ciudadana, un significativo 57.1% coincidió, que siempre influye, especialmente en lo concerniente al mejoramiento de la gestión en salud.

Al consultarles a los encuestados acerca de las limitaciones para la participación social en salud, resultó que la falta de conciencia del problema obtuvo más del 40% en

ambas aplicaciones; seguido de la apatía de los vecinos y la falta de apoyo por parte de los entes gubernamentales, aparecieron como otras razones que limitan dicha participación (primera y segunda aplicación respectivamente); para el resto de los encuestados (en ambas aplicaciones) es la falta de organización comunitaria lo que limita la participación en salud.

Dado que los objetivos, constituyen el componente teleológico de la acción participativa, lo que conforma los propósitos de logro como el elemento motivador, impulsivo y generador de un cambio en la participación social en salud propiamente, estos resultados son indicativos de que la finalidad última de la participación social en salud está representada por el propósito de cambio hacia una mejor calidad de vida de la población a partir del futuro deseado contemplado como proyecto común; lo que además, induce hacia un cambio en su visión sobre la participación y por tanto un cambio a través de la acción participativa en salud, todo lo cual configura el *nivel político* de la participación social en salud. Al respecto, aseveran que los objetivos marcan patrones o referentes de calidad de logro, priorizan, orientan y direccionan los esfuerzos hacia los espacios donde se causará impacto con la participación (Casilla e Inciarte, 2004).

En lo concerniente a las *estrategias participativas en salud*, resalta en la opinión de los representantes de los comités de salud que las nuevas estructuras sociales (Barrio Adentro, Consejos Comunales, Comités de Salud, Madres del Barrio y Defensores de Salud) patrocinadas por el gobierno nacional hacen vida en el sector salud con un 50.8% en la primera aplicación; mientras que en la segunda aplicación alcanzó un 74.5%. Un significativo 38.2% considera que todas las organizaciones mencionadas participan en la salud de su localidad (primera aplicación), porcentaje que se reduce a un 10.9% en la segunda aplicación, por motivos reflexivos según manifestaron los entrevistados.

Por otra parte, al consultar a los representantes de los comités de salud su opinión sobre *la organización social como un medio de participación*, resalta que en la primera y segunda aplicación, la mayoría (76.6% y 93.3% respectivamente) se expresó en función del espacio participativo, el encuentro de saberes y el dialogo interactivo, con lo que se advierte que las organizaciones de salud constituyen importantes oportunidades para la consolidación de buenas prácticas participativas en salud y por ende, ciudadanía. Un significativo 23.3% consideró en la primera aplicación, que la opción todas las anteriores recoge los medios para la participación social en salud; mientras que en la segunda aplicación esto se redujo a un 6.6%, los mismos encuestados imputaron estos cambios a la meditación realizada a partir de la primera aplicación.

También se le consultó a los representantes de los comités de salud su opinión sobre el estilo participativo de la organización social en salud a la que concurre, la mayoría (48%) de los encuestados, tanto en la primera como en la segunda aplicación, consideró que el debate es el estilo que caracteriza su organización, seguido de la

discusión (40 y 52% respectivamente), lo que sugiere el modo que se sigue para la toma de decisiones; apenas un 12% mencionó el consenso en la primera aplicación.

Entre los encuestados, más del 70% (en ambas aplicaciones) opinó que una manera de participar en la resolución de los problemas de salud de su localidad es convocando o asistiendo a asambleas vecinales; mientras que el resto de los representantes de los comités de salud considera que lo hace proponiendo alternativas de acción y mediante campañas de promoción; lo que revela las acciones inducidas para el encuentro de posibilidades y las oportunidades de desarrollo.

Ahora bien, dado que las estrategias simbolizan el componente operativo de la acción participativa, lo que configura la gestión estratégica y organizacional como elemento activos u operantes, es decir los procesos, formas y tipos de la participación social en salud propiamente, estos resultados confirman que Barrio Adentro, los Comités de Salud y los Defensores de Salud son las organizaciones de salud con mayor presencia entre la colectividad zuliana, todas las cuales se corresponden con las estructuras sociales promovidas por el gobierno nacional; además, a decir de los propios encuestados, representan un espacio participativo que favorece el encuentro de saberes y el diálogo interactivo, con lo que se advierte que las organizaciones de salud constituyen importantes oportunidades para la consolidación de buenas prácticas participativas en salud y por ende, ciudadanía, todo lo cual dispone los modos de actuación para la toma de decisiones, estructura y sistemas de comunicación e información; determinando así el *nivel operativo* de la participación social en salud. Igualmente, es perentorio señalar que, estas manifestaciones o modos de interacción están directamente asociadas a los objetivos, los valores y los significados que acompañan la acción y su desenvolvimiento en el tiempo, de acuerdo con las situaciones que se presentan.

En lo referente a los *conocimientos participativos en salud*, en la primera y segunda aplicación, más del 70% de los representantes de los comités de salud, señaló que la participación social en salud contribuye a la formación ciudadana y educativa, mientras que el resto de los encuestados en ambas aplicaciones asocia la participación social en salud con el diálogo de saberes y la comunicación; denotando las posibilidades y oportunidades de la participación social en salud como un medio para estar informado e informar sobre temas de interés colectivo en salud o que satisfagan necesidades de información para la toma de decisiones.

La mayoría (86%) de los representantes de los comités de salud, considera que en Venezuela la participación social en salud fortalece la organización social mediante el aprendizaje colectivo para un mejor desenvolvimiento de sus actividades; sin embargo, un 14% de los encuestados opina que algunas veces se da dicho fortalecimiento. En éste sentido, autores refieren que en el aprendizaje de la participación, la construcción del conocimiento requiere atención a la diversidad, tanto como a la homogeneidad, a la individualidad como al aprendizaje cooperativo (Casilla e Inciarte, 2004); lo que redundará en el fortalecimiento de los conocimientos y los saberes adquiridos.

Además, los encuestados consideraron que las acciones más favorecedoras de la participación social en salud en su localidad son: las jornadas de salud y ayudar a las personas necesitadas (28.6% y 33%); un 33.3% y 43% (respectivamente), aprecian que los comités de salud, las mesas de salud y el diseño de proyectos comunitarios son las opciones más favorecedoras; mientras que un significativo 38.1% y 24% respectivamente, optó por todas las anteriores; lo que evidencia el compromiso voluntario de involucrarse activamente en los planes y programas de salud.

Por otro lado, casi el 50% de los representantes de los comités de salud (tanto en la primera como en la segunda aplicación), cree que la participación social en salud favorece la cultura participativa formando ciudadanía activa; un 19% y 28.5% (respectivamente), considera que se forman capacidades participativas y organizativas; apenas un 4.8% y 19% (correspondientemente), optó por prácticas democráticas; mientras que un significativo 28.6% y 9.5% de los consultados en las respectivas aplicaciones, respondió que todas las anteriores coadyuvan en la formación de la cultura participativa.

Finalmente, para un 85.7%% de los entrevistados en ambas aplicaciones, la convivencia con actores sociales de distintas posturas políticas eventualmente afecta la participación, mientras que un 14.3% opina que siempre la afecta; por lo que es necesario incentivar el espíritu de convivencia y coadyuvar en el logro de los objetivos comunes tendientes hacia la construcción de una cultura participativa.

Por último pero no menos importante, los conocimientos representan el componente epistémico de la acción participativa en salud, denotando la formación y la cultura participativa como los elementos resultantes de las experiencias previas, las actitudes vividas en un contexto y la cultura misma; abarca la información que se genera de la interrelación entre el hombre, el contexto y las acciones que desarrollan los actores de la interacción como sujeto cognoscente. Por lo que puede afirmarse que, estos resultados muestran la relevancia que la formación y las oportunidades para aprender y sostener la convivencia, el respeto y la ciudadanía representan para la participación misma, lo que configura el *nivel cognoscitivo* de la misma; situación está que reafirma que debe valorarse el conocimiento individual y colectivo en su vinculación con la realidad, propiciar el intercambio de conocimiento entre organizaciones y las experiencias de construcción compartida, más que la anticipación de conocimientos predeterminados (Casilla e Inciarte, 2004).

Se puede cerrar éste apartado afirmando que, los miembros de las organizaciones sociales en salud actúan de manera deliberada, orientados por sus principios, valores, creencias, en otras palabras, por su cultura, que viene a ser su marco de referencia, que norma y controla sus actuaciones (Argyris y Schon, 1976). Así pues, en correspondencia con los resultados antes descritos, los representantes de los comités de salud en Venezuela se guían por los principios y creencias que le permiten ver la participación social en salud como un desafío, como un valor de respeto, solidaridad, tolerancia y responsabilidad; produciendo un cambio en su visión sobre la participación

y por lo tanto un cambio de actuación, no como simples espectadores sino como protagonistas y facilitadores de cambios, de apertura hacia una cultura democrática.

La dimensión situacional de la participación social en salud

Por otro lado y con fines complementarios, se procedió al análisis discursivo de las opiniones, actitudes y conductas aceptadas y compartidas por el personal de salud que denotan la dimensión situacional de la participación en salud en Venezuela. Se trabajó la información relacionada con las actitudes y sentimientos hacia la participación social en salud (aspectos más íntimos), resultante de las entrevistas realizadas a los médicos epidemiólogos de los municipios con mayor densidad poblacional, quienes constituyeron la muestra intencionada de la investigación. "El asunto es captar, en el testimonio de un individuo (que se ha tomado como muestra), lo que es característico de los miembros de un determinado grupo. Se trata, por eso mismo, de encontrar el sentido de la acción colectiva a través del ejemplo de un entrevistado que no es considerado en sí mismo, sino en términos de la singularidad de su experiencia social" (Romero Salazar, 2011).

En éste sentido, es apropiado expresar que desde la perspectiva de la encuesta por relato, como una modalidad de la investigación etnográfica, se trabajó con los médicos epidemiólogos los aspectos más íntimos de la participación social, captando el sentido que los agentes de salud le dan a la participación, lo que permitió alcanzar la dimensión situacional del fenómeno en estudio según su experiencia. En definitiva se aplicó la encuesta por relatos a los médicos epidemiólogos de los municipios Maracaibo, San Francisco, Lossada, Cabimas y Lagunillas con quienes se alcanzó la saturación por repetitividad en los relatos, situación que se confirmó con la quinta entrevista lo que hizo innecesario continuar con el resto de las encuesta por relatos.

Las nociones y creencias

Percepción de la participación social en salud

A través del tiempo y de acuerdo a los eventos o acontecimientos particularmente significativos vividos, los entrevistados perciben la participación social en salud como:

"...un proceso a través del cual las comunidades organizadas se empoderan de las gestiones, de las condiciones que afectan su calidad de vida y por supuesto su calidad de salud" (Celeste)

"...una acción social que tiende a integrar a las comunidades en torno a la salud pública, un derecho contemplado en la Constitución Nacional, donde la población identifica sus necesidades y las prioriza" (Isa)

"...cooperación, integración e involucramiento activo de las comunidades" (Mara)

También se refirieron a la participación democrática y protagónica como un mecanismo que permite mejorar los estándares de salud, destacando:

"...la participación de la ciudadanía para trabajar conjuntamente por la salud de la población" (Sally)

"...una participación libre y activa de la comunidad con el objetivo de formular, ejecutar y controlar todas aquellas acciones que sean de beneficio para la comunidad; el mismo pueblo elige a las personas que lo van a representar, bien sea en los consejos comunales, comités de salud, madres del barrio, o cualquier organización social" (Isa).

Los actores y escenarios de la participación social en salud

Los entrevistados expresaron que los espacios de salud sólo pueden ser desarrollados con la participación activa de todos aquellos involucrados en el acto participativo propiamente, ya sea colectiva o individualmente:

"...Todo el equipo de salud integrado, las comunidades, los comités de salud, los consejos comunales, las madres del barrio, los defensores de la salud, todos juegan un papel privilegiado en el fortalecimiento de la salud" (Lía)

"...las personas que estamos de este lado de las instituciones de salud, junto con las instituciones educativas y todas las personas que sienten la necesidad de aportar a su bienestar para mejorar las condiciones de vida" (Celeste)

"...todos los ciudadanos, desde la comunidad en general, así como los entes que están dirigiendo, bien sean las instituciones públicas, el gobierno regional o nacional, todos deben participar de manera conjunta y coordinadamente por el bienestar de la colectividad" (Isa)

"...Los entes sociales que hacen vida en una comunidad, es decir organizaciones y empresas tanto públicas como privadas, llámese alcaldías, iglesias, escuelas, negocios, compañías" (Sally)

En relación a las nociones y creencias manejadas por los entrevistados, se evidencian relaciones de afiliación, aceptación y reconocimiento entre los actores de la salud, lo que denota el nivel interaccional de la participación social en salud.

Sentimientos y comportamientos

Percepción de las implicaciones sociales de la participación en salud

En relación a los alcances, los consultados manifestaron que los centros de salud deben contar con:

"...una comunidad organizada, con conocimientos acerca de la participación, también es importante que las personas estén motivadas a participar, que haya sostenibilidad de estrategias para que puedan tener éxito y además debe haber planificación y organización, para que el trabajo se lleve a cabo de una manera mancomunada; y es muy importante acá la incorporación del equipo de salud en general y no sólo la de Trabajo Social" (Isa)

"...La planificación es un elemento muy importante para involucrar a los líderes comunitarios, el compromiso y acompañamiento durante la ejecución de cualquier actividad en salud y la rendición de cuentas; además ser comunicativos y tener comunidades organizadas garantiza una mejor salud" (Lía)

Por otra parte, de acuerdo con sus vivencias los entrevistados consideraron que entre los impedimentos de la participación social en salud sobresale la política, en éste sentido señalaron:

"...La afrenta política, es una de las razones que más nos está afectando, las diferencias políticas han llevado a que unos están en contra de otros, es un tira y encoge todo el tiempo... La otra parte es la económica, la falta de recursos económicos e insumos también limita la participación en salud" (Sally)

"...no puedo dejar de mencionar la parte política, lamentablemente a influenciado de manera negativa lo que es la participación comunitaria, a veces se excluye a líderes que verdaderamente quieren participan, personas que quieren colaborar pero que no se identifican con la parte política institucional y eso dificulta un poco los procesos" (Celeste)

"...La falta de motivación de las personas, la apatía de las comunidades, el temor por el maltrato del personal de salud, la politización. Por ejemplo, cuando se interpone la política y los intereses personales, cuando se busca participar para obtener algo a cambio pero no el beneficio de la comunidad, eso ocasiona mucho daño entre los representantes de salud" (Isa)

Tendencias reforzadoras de la participación social en salud

Asimismo, señalaron algunas estrategias interaccionales que puntualmente favorecen la participación social en salud, a saber:

"...a través de charlas educativas e informativas y la receptividad de nosotros como equipo de salud se puede fortalecer mucho la participación en salud, recibir a los representantes de las comunidades u organizaciones sociales y escuchar de parte de ellos lo que tienen qué decir, los problemas que tienen en su comunidad en cuanto a lo que respecta a la salud para buscarle una solución" (Sally)

"...asesoramos y atendemos de acuerdo al interés que tenga cada persona en participar, en mejorar su calidad de vida y en grupo; pues el trabajo en equipo, la organización, la jerarquización de problemas, de ese conocimiento que tengan las comunidades, de sus necesidades, que tanto individual como grupalmente puedan tener hacia la participación comunitaria debería ser una herramienta que se dirija hacia el logro de una mejor calidad de vida de la población" (Celeste)

Según la visión que tiene el personal de salud tanto las comunidades organizadas como las organizaciones sociales tienen un papel esencial en la promoción y calidad de vida de la población venezolana, por lo que procuran mantener relaciones de aceptación y respeto con todos los actores participantes; sin embargo, no dejaron de reseñar algunas dificultades que impiden una participación social en salud plena y

sobre las cuales es perentorio trabajar: la falta de comunidades organizadas, la esporádica comunicación, el escaso compromiso y la no consolidación de los equipos de trabajo (actores y agentes de la salud); además resaltaron la necesidad de que haya más cooperación y menos confrontación política, ya que tanto los equipos de salud como las organizaciones de salud requieren todo el apoyo posible a los fines de alcanzar un mayor éxito en el logro de una mejor calidad de vida de la población en general.

En síntesis, tanto los representantes de los comités de salud como los médicos epidemiólogos, dieron muestras de una clara interaccionalidad entre los valores como el respeto, amor, y solidaridad; en consonancia con los nuevos desafíos y la defensa al derecho a la participación en salud; los objetivos, simbolizados como los propósitos de cambio hacia una mejor calidad de vida a partir del futuro deseado contemplado como proyecto común, lo que induce a un cambio en la visión de la acción participativa en salud; las estrategias, representadas como el conjunto de acciones; y, los conocimientos o los supuestos para actuar en pro de la participación, constituyen una oportunidad para su formación, crecimiento, y también un reto que enfrentar; todo lo cual evidencia el predominio interaccional de valores, objetivos, estrategias y conocimientos como elementos primordiales en el diseño de un modelo para la participación social en salud.

Por otra parte, han internalizado la teoría explícita (valores, creencias y comportamientos) que expresan y defienden habitualmente convirtiéndola en teoría en uso, desarrollando acciones concretas que les permita continuar con su práctica participativa en salud. Sin embargo, el médico epidemiólogo, enfatiza algunos aspectos controversiales para la participación social en salud: la falta de comunidades organizadas, la esporádica comunicación, el escaso compromiso y la no consolidación de los equipos de trabajo (actores y agentes de la salud); la poca cooperación y la confrontación política. Todo esto tiene importancia para el logro de aprendizajes tanto individuales, como colectivos (grupales, organizacionales y sociales), que son necesarios para poner en práctica los valores y lograr los fines y objetivos que forman parte de las intenciones del actor social en salud (Argyris y Schon, 1976).

Por último, es pertinente señalar la oportunidad que representa el enfoque ECOSALUD en favor de la participación social en salud, puesto que constituye un método inclusivo con buenas probabilidades de éxito en los programas y proyectos de salud siempre y cuando los equipos de salud socialicen con la gente, se tome en cuenta la sabiduría, las inquietudes y necesidades locales, eviten los conflictos partidistas, promuevan la aparición de líderes naturales, respeten a la gente de todas las categorías (incluyendo a mujeres, niños, jóvenes y a ancianos) y, acepten la crítica constructiva.

Conclusiones

De acuerdo con el objetivo general de la presente indagatoria *revelar los elementos constitutivos de un modelo para la participación social en salud*, se puede aseverar que en la acción participativa en salud interactúan fundamentos estructurales y

situacionales, que deben ser considerados en el diseño de un modelo para la participación social en salud. En cada una de las subdimensiones estudiadas se pone de manifiesto estrechas relaciones, por lo que resulta difícil separarlas, excepto como en éste caso con fines investigativos.

Las manifestaciones de los elementos estructurales han sido examinados encontrándose que, en la acción participativa en salud también se exteriorizan las subdimensiones denominadas: objetivos, conocimientos, valores y estrategias; expresadas en indicadores o particularidades que se organizan de acuerdo a las propiedades que comparten.

Por otra parte, los elementos situacionales o dinamizadores de la participación social en salud, revelados por ésta indagatoria no es otro que la interaccionalidad que se establece entre las comunidades organizadas, las organizaciones sociales en salud, los equipos locales de salud y los espacios de la participación.

De ésta manera puede afirmarse que el diseño de un modelo para la participación social en salud debe contemplar entre sus elementos básicos, cinco ejes vertebradores: 1) un núcleo interno en el que se suscitan las interacciones propias entre los actores y agentes de la salud en los espacios de la salud; 2) un eje o dimensionalidad normativa en el que predominan principios y valores transversales como respeto, amor, solidaridad, afectividad, compromiso y sostenibilidad; 3) un eje o dimensionalidad política en el que privan los propósitos de cambio hacia una mejor calidad de vida a partir del futuro deseado contemplado como un proyecto común en salud; 4) un eje o dimensionalidad organizacional en el que prevalecen las acciones operativas junto con el reconocimiento de las instancias organizativas como espacios participativos favorecedores del encuentro de saberes y el diálogo interactivo; 5) un eje o dimensionalidad cognoscitiva representada por los supuestos para actuar en pro de la salud y calidad de vida. Todo ello protegido por un círculo externo en el que se expresa el contexto sociopolítico nacional, la cultura participativa y las buenas prácticas participativas en salud

Es importante no perder de vista que las organizaciones sociales de salud, lamentablemente mantienen rutinas defensivas, así como teorías en uso tipo Modelo I, inhibiendo el aprendizaje doble, con lo que sobreprotegen a sus miembros; siendo necesario cambiar mecanismos individuales para lograr cambios organizacionales. Entonces, el desafío al interior de las organizaciones sociales en salud es ayudar a que las personas puedan transformar las teorías que defienden explícitamente en teorías en uso, pudiendo actuar en base a los valores y capacidades que defienden públicamente; con lo que se alienta el aprendizaje doble permanentemente.

Ante la grave crisis que vive el país en todos los órdenes, es pertinente crear alianzas entre las organizaciones sociales, las instituciones de salud pública y las universidades para propiciar la construcción de vínculos entre los diferentes actores y agentes de salud que permitan conocerse, definir valores, intereses y estrategias comunes que puedan garantizar el exitoso cumplimiento de las políticas públicas en aras de una mejor calidad de vida.

Además, en el proceso de participación social en salud es oportuno tener presente el enfoque ECOSALUD (Lebel, 2005), ya que éste exige involucrar a la población local en los proyectos y programas de salud llevados a cabo en su comunidad, teniendo presente sus necesidades humanas, la valorización de sus propios saberes y experiencias; "aun cuando siempre existirán intereses encontrados, de lo que se trata es de consensuar y conciliar las motivaciones de todos los actores de tal manera que los procesos de participación coadyuven en el desarrollo de entendimientos compartidos que giren en torno a un problema particular" (Briceño León y Ávila, 2014).

Finalmente, un cambio profundo en la acción participativa en salud, transita por: una escucha más sensible de las necesidades de los actores y agentes de la salud en relación a las políticas de salud y calidad de vida de la población; pasar de un sentido personal y posesivo a uno más colectivo en interacción con el medio ambiente; reconocimiento e impulso de organizaciones populares, consejos consultivos locales, foros participativos, entre otros; reconstrucción del tejido social con sentido de responsabilidad y compromisos comunes; respeto a los saberes populares, modos de pensar y hacer solidarios y colaborativos; todo lo cual incidirá en el rescate de prácticas y convivencia democráticas, por ende ciudadanía.

Referencias bibliográficas

ARIAS, Fidias (1999). El proyecto de investigación. Guía para su elaboración. 3ª. Edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela. Pp. 96

ARGYRIS, C. Y SCHON, D. (1976) Theory in Practice. San Francisco: Joyce-Bass

BRICEÑO-LEÓN, Roberto y ÁVILA Fuenmayor, Olga B (2014). De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud. En: Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología, Vol. 23 No. 2 (abril-junio). Maracaibo, Venezuela. Pp.191 – 218.

CASILLA, D.; INCIARTE, A. (2004). La Naturaleza de la Acción Participativa y la Formación para Participar. En: Espacio Abierto, abril/junio, año/vol. 13, número 002.. Maracaibo, Venezuela. pp. 249-275.

CELEDÓN C., C. y Noé, M. (2000) Reformas del sector de la salud y participación social. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8 (1/2). Chile pp. 99-104

Comisión Económica para América Latina. Oficina de Asuntos Sociales (1960) México.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. 5ª. Edición.. México. McGRAW-HILL Interamericana. Pp 610

Instituto Nacional de Estadísticas (2014). La transición demográfica en la República Bolivariana de Venezuela 2000-2050. Caracas, septiembre., Consultado en: http://www.ine.gob.ve/documentos/Demografia/Censo2011/Boletin_Transicion_Demograf/BoletinTransDemogRBV-2000-2050.pdf

LEBEL, J. (2005) Salud: Un Enfoque Eco sistémico. Editorial CIID- Alfa Omega. Bogotá: Colombia.

MENÉNDEZ, E. L. (1992). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. Dimensión Antropológica. Vol. 5. . 992 Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Madrid, Alianza Universidad, pp. 295

Oficina Panamericana de Salud (1984). Participación de la Comunidad en la Salud y el Desarrollo en las Américas Vol. Publicación Científica N° 473. Washington, D.C.: OPS-PAHO.

CEPAL (1960). Oficina de Asuntos Sociales. Programas Nacionales en el campo del desarrollo de la comunidad. México

ROMERO SALAZAR, Alexis (2011). Apuntes de Investigación Social. Colección Textos Universitarios. Ediciones del Vice Rectorado Académico. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pp. 99.

ROMERO SALAZAR, Alexis (1997). Reciprocidad y Convergencia de los Enfoques Cuantitativo y Cualitativo. Una Experiencia de Investigación en Salud. Revista Costarricense en Salud Pública. Año 6. N° 11. Diciembre,. Pp. 25-32. San José, Costa Rica.

SEN, A. (2002). ¿Por qué la equidad en Salud? Revista Panamericana de Salud Pública, 11 (5-6), 302- 309.

VILLARROEL, G. (2014). Atributos de la participación: acercamiento a un análisis conceptual. En: Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 23 No. 2: 219 – 240. Universidad del Zulia, Maracaibo.