

**Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Doctorado en Ciencias Sociales
Mención Salud**

**La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela
y el nuevo marco constitucional:
¿De la representatividad a la participación protagónica?**

Autor: José R. León Uzcátegui

Tutor: Dr. Mauricio Iranzo

Valencia, Venezuela, septiembre de 2005

**Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Doctorado en Ciencias Sociales
Mención Salud**

**La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela
y el nuevo marco constitucional:
¿De la representatividad a la participación protagónica?**

**Tesis Doctoral presentada como requisito para optar al título de
Doctor en Ciencias Sociales**

Autor: José R. León Uzcátegui

Tutor: Dr. Mauricio Iranzo

Valencia, Venezuela, septiembre de 2005.

Dedicatoria

- a mi madre, “Aicha”, vida que da vida...
- a Betty, compañera de hacer realidad los sueños compartidos; por ella y por sus frutos.
- a Tania, Jobet, y en especial a Isabella, mi nieta–hija, aspiración a un futuro de ciudadanía plena, a quienes robé largas horas de esperas y ausencias, para construir este modesto aporte de una tarea colectiva.
- a los habitantes de mi país, quienes contra toda desesperanza construyen la nueva utopía desde las entrañas de su saber y su poder, enraizado en la mezcla de razas de las cuales surge la América necesaria, y que sólo el pueblo hará posible.
- a esos seres senti-pensantes, nuevos sujetos epistémico-amorosos, que conforman CONSALUD, que generaron, nutrieron, e hicieron posible estas líneas.

Agradecimientos

- a todos los que gustosamente, y sabiéndose parte de esta historia, aceptaron ser entrevistados y contribuir en el empeño de desentrañar, desde la práctica cotidiana, fuente principal del conocimiento, la teoría necesaria para continuar transformando la realidad en el empeño de construir un futuro mejor.
- a mis guías metodológicos y teóricos, Freddy Bello, Mauricio Iranzo, Ana Yilda León – hermana, amiga, maestra –, quienes tan generosamente me dedicaron invaluable tiempo, sugerencias y valioso apoyo, guías para desarrollar este trabajo.
- a todos, innombrables por no olvidar alguno, de quienes recibí opiniones, aliento, afecto y acompañamiento, durante estos años duros del renacer de la esperanza.
- a Zoyla y Morela, que más que el valioso apoyo en la transcripción de la tesis, han sido amigas durante años, y soporte inestimable en el trabajo de los grupos comunitarios objetos y sujetos de esta investigación.

Resumen

Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica?

Se estudia la **participación de la población en el área de la salud en Venezuela y su relación con la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, de 1999**, analizando sus características en los años previos y posteriores a su aprobación, para determinar el impacto que la Carta Magna produjo en la **Participación Ciudadana en Salud**, y considerando como marco general de este proceso el conformado por la **crisis de la Democracia Representativa, el fracaso del modelo neo-liberal y la redefinición de una nueva relación Estado-sociedad en el país**.

Como metodología, se efectuó una **revisión teórico-conceptual** sobre los temas del estudio, se **entrevistaron voceros de un grupo de organizaciones comunitarias escogidas**, incorporando la experiencia del autor de la investigación, y se **seleccionó el lapso 1989-2004**.

Las conclusiones plantean que si bien la **participación de la población en el área de la salud se venía produciendo en Venezuela desde mediados del siglo pasado, con el carácter de participación comunitaria**, no será sino hasta la **década de los noventa que comenzará a expresarse como *Participación Ciudadana en Salud***, con diversas modalidades a las cuales se **tipifica como: neo-liberal, reformista y social**. Tal participación recibió un **impacto favorable con la aprobación de la Constitución de 1999**, al dotarla del marco jurídico en el cual se consagran los preceptos fundamentales del **Estado Social** y abren la posibilidad del ejercicio de una ***ciudadanía plena, también en el área de la salud***, estableciendo **múltiples mecanismos para su implementación**. Sin embargo, **los acontecimientos posteriores han mostrado logros, pero también limitaciones, e incluso contradicciones** con lo establecido en el texto constitucional, que aún mantienen sus posibilidades llenas de interrogantes. Se argumenta que la ***construcción de ciudadanía*** es un elemento fundamental para sentar las bases de la Democracia Participativa y Protagónica, y redefinir la relación Estado-sociedad como condición para mejorar la **salud, entendida como calidad de vida de la población**. Se sostiene que la **Participación Ciudadana en Salud es una noción que constituye una herramienta clave** como concepto y en la práctica social de la coyuntura actual, para avanzar en los cambios que se requieren.

Palabras clave: **participación, ciudadanía, salud, Constitución, Venezuela.**

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Dedicatoria.....	.i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Anexos.....	vii
Introducción.....	1
Capítulo I.- Metodología.....	11
- Desarrollo de la investigación.....	12
- Revisión teórica.....	16
- Investigación de campo.....	17
 Capítulo II.- Marco Teórico	
II.1.- Revisión bibliográfica.....	22
 II.2.- Base conceptual	
II.2.1.- La participación social y su relación con el Estado.....	33
- La relación público-privado, el Estado y la salud:	
privatización -“publitzación”.....	40
- “Publitzar” como respuesta a la privatización neo-liberal.....	43
- Qué entender por sociedad civil.....	45
II.2.2.- Participación ciudadana y salud.....	47
a) ¿Qué entendemos por salud?	48
-Breve historia del concepto de salud.....	49
-Qué se entiende actualmente por salud.....	51
-Nuestra opción: salud como calidad de vida.....	53
b) Concepto de participación.....	54
c) La participación comunitaria en salud.....	57
-Aproximación histórica al concepto de participación	
comunitaria en salud.....	57
-Definición, alcances y mecanismos de la	
participación comunitaria.....	59
d) Participación ciudadana y ciudadanía.....	63
-Políticas públicas y participación ciudadana.....	69
-Democracia y ciudadanía.....	71
-Y entonces: ¿participación comunitaria o participación ciudadana?.....	78
-Dos enfoques de participación ciudadana: neo-liberal y social.....	80

II.2.3.- Una aproximación a la definición de Participación Ciudadana.....	82
II.2.4.- La Participación Ciudadana en Salud (PCS):	
a) Enfoques de PCS.....	85
b) Características de la participación comunitaria en salud.....	89
-Alcances	
-Niveles	
-Función	
-Finalidades	
-Instrumentos	
-Indicadores de participación de los ciudadanos en salud	
II.2.5.- Ahora, un paréntesis necesario: ¿Todo este marco conceptual es válido sin más para América Latina?.....	97
Capítulo III.- Resultados de la investigación.....	101
III.1.- Antecedentes de la Participación Ciudadana en Salud (PCS) en Venezuela y el marco constitucional (1811-1988).....	102
III.1.1.- La salud en el marco constitucional venezolano.....	103
III.1.2.- Referencia histórica sobre la participación de la comunidad en el área de la salud y el marco constitucional	108
-Período Pre- democrático.....	109
-Período de Democracia Representativa.....	112
-Participación Ciudadana en Salud en el Período de Democracia Representativa.....	115
III.2.- La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela (1989-2004) y la Constitución de 1999.	
III.2.1.- Década de los noventa: auge y fracaso del proyecto neo-liberal.....	121
- Las consecuencias del proyecto neo-liberal en el sector salud.....	123
- La Participación Ciudadana en Salud en la década de los noventa.....	125
- Tres modelos de participación en salud: reformista, neoliberal y social.....	136
*Municipios saludables: propuesta técnica atada a la institucionalidad.....	137
*BM, BID, IESA: ¿una perspectiva desde la visión del mercado?	141
*Una experiencia comunitaria en el Distrito Federal: un intento de autonomía del movimiento popular.....	143

III.2.2.- La Constitución Venezolana de 1999: ¿hacia la participación protagónica del pueblo en el área de la salud.....	148
- Participación Ciudadana en la Constitución de 1999.....	148
- Participación Ciudadana en Salud en la Constitución de 1999.....	150
- Participación Ciudadana en Salud en la Venezuela de hoy: las premisas y los hechos.....	155
 III.3.- Resultado de las entrevistas: comentarios sobre las experiencias del trabajo de campo	
- Historia de las organizaciones.....	162
- Objetivos y actividades.....	163
- Logros y fracasos.....	164
- Relación con la estructura gubernamental.....	167
- Influencia o impacto de la nueva Constitución en las actividades.....	168
-¿Qué entienden por Participación Ciudadana o Comunitaria en Salud?.....	170
- Tres experiencias de Participación Ciudadana en Salud de carácter nacional	
*CONSALUD (ONG comunitaria).....	171
*“Los Comités de salud” (Misión Barrio Adentro).....	174
*Contraloría social en salud.....	178
 Capítulo IV.- Análisis de los resultados.....	182
IV.1 La nueva Constitución: promotora de la Participación	
IV.2 De cómo un marco legal puede catapultar un proceso en gestación.	
IV.3 La Participación Ciudadana en Salud: un potencial.	
IV.4 La Participación Ciudadana en Salud no es un concepto unívoco.	
IV.5 La Participación Ciudadana en Salud como Ciudadanía Plena.	
IV.6 Los protagonistas piden revolución en la revolución.	
IV.7 ¿Cuál participación? ¿Cuál protagonismo?	
IV.8 La especificidad histórica y cultural de los conceptos de referencia	
IV.9 Los grandes retos de la Ciudadanía Plena para el siglo XXI.	
IV.10 ¿De la representatividad a la participación protagónica?.	
Conclusiones.....	203
Recomendaciones.....	208
Bibliografía.....	214
Anexos.....	230

Lista de anexos

1. Lista de páginas web relacionadas con organizaciones comunitarias de salud. 230
2. Listado parcial de publicaciones y actividades cumplidas por el autor en el período 1989-2004, relacionadas con el tema en estudio. 231
3. Guía de la Entrevista con informantes clave 243
4. Lista de entrevistados de las diecisiete experiencias seleccionadas de Participación Ciudadana en Salud. Venezuela (1990-2004). 244
5. Gráficos y cuadros sobre pobreza en América Latina. (Kliksberg, 2001). 246
6. Resuelto del Ministerio de Sanidad (MSAS) que incluye contenidos sobre participación social y creación de las Juntas Socio-sanitarias y Socio-hospitalarias (1993). 249
7. Decretos de la Gobernación del Distrito Federal sobre las Juntas Socio-sanitarias y Socio-hospitalarias (1997). 257
8. Conclusiones y Recomendaciones de los Encuentros Regionales preparatorios del Encuentro Nacional “Salud, Participación Popular y Constituyente” en Pozo de Rosas, 1999. 262
9. Decreto de la Gobernación del Estado Sucre sobre los “Gobiernos de Salud” (2003). 265
10. Carta de los Comités de Salud (chavistas) de Carora, estado Lara, al Presidente Chávez, denunciando la agresión de la que han sido objeto por parte de la Dirección de Salud del Estado Lara (chavistas) (2003). 267

11. Propuesta de CONSALUD a la Sub-comisión Presidencial designada para elaborar el Proyecto de Ley de Salud (2000).	272
12. Reseña del Primer Congreso Nacional “Por la Salud y la Vida”. Declaración de Caracas (2003).	281
13. Propuesta de CONSALUD a Ministro, Gobernadores y Alcaldes sobre la Participación Comunitaria en el área de la salud (2001).	288
14. Propuesta de organizaciones comunitarias de 13 estados del país a la Ministra de Salud a raíz del intento de golpe de estado (abril 2002).	293
15. Propuesta elaborada en los treinta y seis encuentros preparatorios, efectuados en todo el país, del Primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida, presentada al Presidente de la República y al Ministro de Salud sobre la Contraloría Comunitaria de la Gestión Pública en Salud (2003).	296
16. “ <i>PROVEA pide acción al Estado frente al colapso de la Salud Pública</i> ” (febrero 2003).	302
17. “ <i>El Proyecto de Ley de Salud no incorpora la participación comunitaria</i> ”, denuncia CONSALUD (julio 2001).	304

*“ESTÁ USTED EN TERRITORIO
ZAPATISTA EN REBELDÍA.
Aquí Manda el Pueblo
y el Gobierno Obedece”*

(Cartel en un poste,
Chiapas-México)

*“No voy al concejo para
hablar como quien
manda, sino para exigir
el derecho que tiene el
Pueblo a la participación.*

Esto es Revolución”

(Graffiti en una pared,
Capacho, estado Táchira, Venezuela)

*“No hay esperanza de encuentros
-aún efímeros- con la felicidad personal,
sin un compromiso colectivo
con el destino de la humanidad.”*

N . Cunil

Introducción

En el área de la salud, como en casi toda la vida social del país, el tema de la participación social, comunitaria o ciudadana es materia casi obligada y central de los discursos, tanto en boca de líderes de derecha como de izquierda, de los sectores público y privado, de las agencias de planificación locales y de los organismos internacionales. Luce como una expresión que es remedio para casi todos los males, y su sola invocación pareciera suficiente para legitimar a quien la pronuncia. Este mismo uso indiscriminado indica una acepción polisémica del término, pero, más importante aún, evidencia una importante confusión sobre su sentido, pertinencia e implicaciones.

Si la Constitución de un país es reconocida en el Estado moderno como su Contrato Social, que consagra los principios que rigen la vida de la Nación, la nueva Constitución Venezolana en sus 350 artículos incluye 134 (casi el 40 %) que tienen que ver, directa o indirectamente, con el tema de la participación, en general, y el de la participación ciudadana, en particular. A manera de referencia, en la Exposición de Motivos de esta Constitución se expresa que el derecho a la participación ciudadana se refiere al “*proceso de formación, ejecución y control de la gestión pública*” (Constituciones de Venezuela, 2003) y en el Artículo 84 establece: “*...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 en las instituciones públicas de salud*”.

El autor de la presente investigación ha estado vinculado durante más de treinta años, tanto por su actividad académica como desde su actividad profesional y política, con el tema de la participación de la comunidad en el área de la salud, por lo cual en buena medida el tema en estudio es una oportunidad para reflexionar y sistematizar su experiencia en la materia, colocándole en la ubicación privilegiada de observador participante y coautor de procesos en esta historia. En anterior oportunidad llevamos a cabo otra investigación publicada con el título *La crisis sanitario-asistencial venezolana, los proyectos privatizadores y*

las políticas del Estado (Carquez-León, 1995), en cuyas conclusiones señalamos claramente la necesidad de profundizar sobre el tema de la participación y la importancia que tiene para la superación de la crisis por la que atraviesa la salud pública en nuestro país.

Numerosos estudios coinciden en la importancia de estudiar el tema de la ciudadanía y la participación como elementos fundamentales en relación a la crisis de la democracia, la nueva relación Estado-sociedad, las políticas públicas, la política social, la relación público-privado y otros temas de igual relevancia (Lander, 2002; Cunil, 1997; Grusón, 1997; Álvarez, 1992; Combellas, 1999; IESA, 1999; Sosa, 1998; Virtuoso, 1998; Harnecker, 2003, Renaud, 2003). Todos los temas referidos anteriormente están planteados en la nueva Constitución con propuestas de cambios significativos: un nuevo Estado (*“Social, de Derecho y de Justicia”*), una nueva República que incorpora transformaciones fundamentales (*“V República”*), una nueva relación Estado-sociedad (basada en la *“corresponsabilidad”*), una nueva política social (*“no asistencialista”*), una nueva política de salud y un nuevo concepto de salud, definida ésta como *“calidad de vida”*, como *“bien público”*, como *“Derecho Social fundamental”* que *“el Estado garantiza”*, y así, nuevos conceptos de participación, de ciudadanía, de lo público. Todo ello obliga, en consecuencia, a producir una cuidadosa revisión y un concienzudo análisis de lo que allí se establece, de cómo se ha desarrollado en la realidad: en qué circunstancias, con qué actores, y cómo se forman las políticas públicas en este contexto.

A partir de estos elementos definimos como objeto de estudio *la Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco Constitucional*. Esta decisión nos remitió a un conjunto de interrogantes sobre el cual fue necesario hacer una revisión teórico-conceptual, a la par que nos obligó a indagar en la realidad, estar en contacto directo con ella, para contar con la referencia directa de este proceso a través del trabajo de campo. ¿Qué entender por participación y por participación ciudadana? ¿Cómo definir salud? ¿Qué nociones de Estado y de Sociedad Civil asumir? ¿De qué manera se expresa la redefinición

de la relación Estado-Sociedad? ¿Cómo se expresan a su vez en la política social y en las políticas públicas? ¿Cuál definición de ciudadano y ciudadanía? ¿Cómo se manifiesta la relación de lo público y lo privado en esta compleja situación?. Estas son sólo algunas de las interrogantes a las que nos condujo este intento de aproximarnos para lograr la comprensión de la dinámica social involucrada y tratar de darle respuesta a los asuntos relacionados con el tema en estudio. Asimismo, procedimos de manera simultánea a la selección de un centenar de grupos comunitarios con prácticas sostenidas de participación con comunidades en el área de la salud en todo el país, con el objeto de indagar sobre sus experiencias y de esta manera lograr que alimentaran nuestra reflexión y contribuyeran a la comprensión de la dinámica del proceso social en curso en el país.

Así fuimos develando cómo la **Participación Ciudadana en Salud (PCS)** es un proceso que se desarrolla en Venezuela desde los años treinta del siglo pasado, inicialmente con el carácter de **participación social o comunitaria**, vinculada al proceso de conformación del Estado nacional y a las necesidades e intereses de las compañías petroleras extranjeras que se instalaban en el país desde principios del siglo pasado. Tal participación estuvo referida al desarrollo social como una relación respecto al Estado, entendida como desarrollo comunitario. No será sino hasta los años sesenta de siglo, con el advenimiento de la democracia y el replanteo de una nueva relación Estado-Sociedad, que la participación de las comunidades cobrará características más definidas y se expresará con diversas modalidades, esbozándose ya como participación ciudadana (“derecho a tener derechos, y efectivizarlos”), y, más adelante, teniendo como hito histórico el estallido social de 1989 -conocido como “el Caracazo”, producto del convulso período de la década de los noventa- recibirá un impulso fundamental con la aprobación, en 1999, de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), a partir de la cual se plantea la transformación de la Participación Ciudadana en Salud de una concepción con énfasis en lo técnico-administrativo, fundamentada en la ideología neo-liberal, correspondiente al modelo de

Democracia Representativa, en una propuesta alternativa, de carácter político, planteada por el modelo de Democracia Participativa, que le otorga responsabilidades ciudadanas y un rol contralor a la población. Tal propuesta alternativa está en pleno desarrollo. ¿Cuáles son sus postulados, características, alcances, e instrumentos? ¿En qué medida el discurso se corresponde con los hechos? ¿Cuáles son sus límites y contradicciones? ¿Cuáles sus logros y avances?. A estas interrogantes intentaremos dar algunas respuestas en el capítulo correspondiente a los resultados de la investigación

La literatura sobre este tema es muy escasa en nuestro país. Aún a nivel latinoamericano es relativamente poca y reciente. Aunque revisamos algunas referencias de otras latitudes -algunos países de Europa y Estados Unidos, por ejemplo-, concentramos nuestro marco referencial en América Latina, y en Venezuela, particularmente, por razones metodológicas.

El marco histórico-político en el que se concreta el texto constitucional de 1999 corresponde a un momento caracterizado por el avance del proceso de globalización capitalista a nivel mundial, la derrota de las experiencias estatistas o de “*socialismo real*”, la redefinición de los *estados nacionales* y el desarrollo de una nueva relación Estado-Sociedad, donde los sectores tradicionales de intermediación entre el Estado y la sociedad (partidos, gremios, sindicatos,...) resultaron inadecuados e insuficientes, produjeron una crisis de legitimidad donde aparecen nuevos actores (movimientos sociales diversos: ambientalistas, de género, indigenistas, etc.), en medio de la discusión sobre el agotamiento de la democracia representativa en el mundo occidental. A partir de allí nos planteamos indagar las posibilidades del desarrollo democrático en el país, las perspectivas que se pueden abrir a la participación ciudadana y la dinámica de la redefinición de las relaciones Estado-sociedad.

La historia del marco constitucional venezolano fue referencia obligada para nuestro estudio. Venezuela ha contado hasta el presente con **veinte y seis** textos constitucionales desde 1811, cuando se crea la Primera República. En estos

casi doscientos años de historia patria, el tema de la participación de la sociedad en su relación con el Estado ha sido un tema fundamental. Inscrita nuestra nación -desde su nacimiento como República- en el desarrollo del sistema mundial capitalista, hoy vive momentos en los que parecieran avizorarse cambios de envergadura en el Estado y en la manera como se rearticula su relación con la sociedad.

Este marco constitucional ha recogido en cierto modo la evolución de nuestro país durante ese ciclo histórico que a grandes rasgos podríamos caracterizar en tres períodos: el Pre-democrático, que abarcaría el lapso que va desde la Declaración de Independencia (1810) y se expresa en nuestra primera Constitución Nacional (1811), hasta 1958, cuando es derrocada la última dictadura militar de nuestra historia republicana, con un breve ensayo democrático en los años cuarenta del siglo XX, concluyendo así un siglo y medio de experiencias de gobierno signadas por guerras, caudillismo, desintegración, revoluciones (“independentista”, “federal”, “legalista”, “liberal”,...) expresado en **veinte y cuatro** constituciones. Luego, un segundo período, que denominaríamos de Democracia Representativa, se inicia en 1958 y cuenta con nueve presidentes y congresos bicamerales electos ambos por votación universal y secreta, de manera ininterrumpida, y con **una** Constitución aprobada en 1961. Y, finalmente, lo que pareciera un tercer período, el de la Democracia Participativa, iniciado a partir de 1999, cuando una Asamblea Nacional Constituyente electa de manera democrática, primera en su género en nuestro país, elabora una Constitución, aprobada en referéndum popular, proclamándose así una “*democracia participativa y protagónica*”, la cual contiene un modelo económico, político y social que implica cambios sustanciales en todas las áreas de lo público; aún en el marco de una economía de mercado, expresa una propuesta que en el discurso del Presidente de la República y voceros calificados del gobierno se anuncia como una sociedad “*post-capitalista*”, más aún “*en marcha hacia el socialismo del siglo XXI*”.

Antes de continuar, lucen oportunas un par de aclaratorias. Por una parte, no pretendemos establecer en el presente estudio una suerte de nueva periodización de la historia venezolana, tarea por demás fuera de nuestro alcance - aunque resulta importante e interesante y requeriría un desarrollo teórico significativo-. Se trata más bien de un recurso metodológico que utilizaremos a los fines del presente trabajo, que nos ha parecido útil y necesario, con el objeto de contar, a grandes rasgos, con una visión de la historia contemporánea del país adecuada a los objetivos planteados. Por otra parte y en el mismo sentido, consideramos conveniente comentar que el nuevo marco constitucional plantea grandes líneas de transformación en los planos económico, político y social que, de manera general, hemos tratado de abordar en esta investigación.

En este periplo histórico, la participación de la comunidad en la relación Estado-sociedad -específicamente en el sector salud- ha presentado notables cambios y diferentes características. Desde la actuación de la población de manera inorgánica, no sistemática, o simplemente inexistente en buena medida, en el período que denominamos Pre-democrático, lo cual se refleja con claridad en los textos constitucionales de ese lapso, pasando, en el período de Democracia Representativa, por una participación ciudadana muy limitada, formal, utilitaria, sujeta a manipulación fundamentalmente de las organizaciones partidistas o de sectores del gobierno, secuestrada por elites o por una burocracia auto-reproductora del poder, hasta llegar al período de Democracia Participativa, en el cual, como lo fundamenta con toda claridad el texto constitucional de 1999 -así se proclama oficialmente-, se establecen las posibilidades de la participación ciudadana de manera protagónica en planificación, diseño de políticas y control social-comunitario de la gestión pública.

Se trata de un tema de indudable importancia en la medida en que la participación ciudadana, en general, pero especialmente en el sector salud, es un elemento central de la política social y de salud del gobierno venezolano en los últimos años. Se trata también de una materia de consideración obligada para

gobernantes y gobernados, para gremios, °partidos y sindicatos; para organizaciones, gubernamentales o no. En fin, para la sociedad venezolana en su conjunto, vinculada o no al tema de la salud, sobre todo si consideramos ésta como *calidad de vida*, tal es su acepción contemporánea, y como nos proponemos fundamentarla en el presente estudio. Es tema de extraordinaria vigencia y de indudable actualidad. A nivel de gobierno nacional, estatal o municipal, y aun en las organizaciones comunitarias representa un asunto de interés prioritario.

Para la exposición del presente estudio comenzamos con **un primer capítulo** donde hemos planteado la **Metodología** utilizada: métodos y técnicas aplicados en la investigación.

En un **segundo capítulo** presentamos el **Marco Teórico**, donde incluimos la revisión bibliográfica sobre el tema y la revisión teórica sobre premisas, nociones y categorías utilizadas, discusión sobre los asuntos planteados, y nuestra toma de posición en relación a ellos. Así, pasamos revista a definiciones tales como: salud, sociedad civil, Estado, Democracia, formación de políticas públicas, política social y relaciones Estado-sociedad, público-privado, privatización-publicización, ciudadano-ciudadanía; procedimos a presentar una aproximación a una definición de Participación Ciudadana, donde apuntalamos nuestra visión de lo que denominamos la **construcción de una ciudadanía plena**. En cuanto a los conceptos de participación y participación ciudadana en salud, nos ubicamos en el debate que sobre estos asuntos tiene ya un largo recorrido y que hoy cobra especial vigencia.

En un **tercer capítulo** presentamos el resultado de la investigación. Exponemos una síntesis de los antecedentes de la Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el marco constitucional que le sirve de referencia; luego nos centramos en el período en el cual enmarcamos nuestro estudio: 1989-2004. Tomamos como referencia inicial el año 1989, cuando como respuesta al anuncio de la imposición del proyecto neo-liberal en el país se produce una rebelión popular expresada como participación de la población, masiva, inorgánica, sin

dirección político-partidista, que se lanza a las calles de las principales ciudades del país, provoca saqueos de comercios y obliga a tomar medidas de excepción. Se trata de un viraje económico, político y social que comentaremos y justifica ese punto de referencia. Comentamos luego el modelo de participación de la comunidad que se promueve desde las instancias gubernamentales, por una parte, y por la otra, las propuestas que se producen desde el movimiento comunitario. Exponemos la manera como fracasa el modelo neo-liberal, como antecedente del proceso que llevará a la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente, la participación de los grupos comunitarios del sector salud en este proceso, los contenidos sobre estos temas en la Constitución, y finalmente, cómo se ha intentado poner en práctica los contenidos constitucionales sobre Participación Ciudadana en Salud desde el gobierno nacional y local, y desde el movimiento popular

Presentamos luego el resultado de las entrevistas realizadas a voceros de diecisiete experiencias de Participación Ciudadana en Salud, seleccionadas del centenar de grupos que inicialmente nos sirvieron de referencia, a partir de las cuales, de manera ordenada y sistemática, exponemos por contenidos temáticos la información obtenida sobre el tema de la participación de las comunidades en opinión de sus protagonistas.

En un **cuarto y último capítulo** comentamos los resultados de la investigación, las inferencias, reflexiones y comentarios que podemos extraer del trabajo realizado, con la intención de dejar constancia de nuestro modesto aporte al tema en estudio, que indudablemente abre infinidad de interrogantes, asuntos y temas por desentrañar, tarea que nos corresponde a todos, y en particular a los actores protagónicos de esta historia: los constructores de la ciudadanía plena, la gente, que hoy son vecinos que habitan el territorio nacional, pero que aspiran ser ciudadanos que decidan los destinos de la Nación. Aspiración de revertir una democracia que auto-proclamada representativa devino en delegativa o sustitutiva, y transformarla en otra donde el ciudadano cumpla un rol activo, decisorio, realmente protagónico. Incluimos luego el análisis de las tendencias en curso, que

nos lleva a interrogarnos si en verdad estamos en camino de superar la Democracia Representativa y se está construyendo una Democracia Participativa y Protagónica.

Finaliza el trabajo con algunas **conclusiones y recomendaciones** que nos permitimos formular sobre el tema estudiado, agregando algunos anexos de interés para la comprensión, estudio y análisis de estas páginas.

Inicialmente, cuando presentamos el proyecto de investigación, nos planteamos la hipótesis y objetivos que se expresan a continuación:

Hipótesis

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), aprobada en 1999, crea las condiciones para el desarrollo de la participación ciudadana en salud, en la perspectiva de la nueva relación Estado-sociedad generada en el país.

Objetivo general

Demostrar cómo la Constitución venezolana de 1999 promueve la Participación Ciudadana en Salud, teniendo como referencia la evolución histórica del país, especialmente su desenvolvimiento en el lapso que estudiaremos: 1989-2004.

Objetivos específicos

1. **Relacionar** la experiencia venezolana en lo que se refiere a la vinculación Estado-Participación Ciudadana en Salud en el contexto histórico nacional, especialmente en el lapso 1989-2004.
2. **Determinar** el impacto de la Constitución Venezolana de 1999 en la promoción de la Participación Ciudadana en Salud.
3. **Determinar** las potencialidades y limitaciones de la Participación Ciudadana en Salud, generadas por la Constitución venezolana de 1999.

Los resultados obtenidos sucesivamente en la investigación nos llevaron a reformular, confirmar o negar algunas de nuestras premisas. Así, por ejemplo,

encontramos cómo en Venezuela la Participación Ciudadana en Salud, en rigor, es un proceso que se viene gestando antes de la aprobación de la Constitución del 99; que desde el momento en que se llama a conformar la Asamblea Nacional Constituyente se abre en el país un período tan intenso como complejo y contradictorio, que planteará un intento de redefinir la relación Estado-sociedad, y en consecuencia un nuevo rumbo de la Participación Ciudadana en Salud, y que si bien recibe un impulso fundamental con el marco normativo que le aportará la aprobación de la Constitución, en los acontecimientos posteriores aparecen múltiples limitaciones, conflictos, y contradicciones que han obstaculizado y en muchos casos impedido que tal participación sea efectiva y decisoria. El marco jurídico sin duda es un valioso instrumento de apoyo al proceso de participación ciudadana, pero no basta. Queda evidenciado que después de la aprobación de la Constitución existe un conjunto de factores que promueven, pero también -con mucha fuerza- entorpecen, limitan o impiden la participación. Asimismo, se destaca la participación ciudadana que, como producto de sus luchas y movilización, conquista la Constitución de 1999, y cómo los contenidos en ella sobre salud y participación son a su vez producto de la participación activa de la población.

Capítulo I

Metodología

Atrapados entre el racionalismo-positivismo, en su empeño por cuantificarlo todo, la realidad se reduce a datos y confunde estos con los hechos, y, por otro lado, el enfoque histórico-dialéctico, de indudable visión totalizante, pero aún sin haber desarrollado instrumentos suficientes para captar lo concreto (Minayo, 1997), la investigación científica, en el campo de lo social, se nos presenta como una jungla de incertidumbres. Y seguramente el conocimiento es así: *“la navegación en un océano de incertidumbres a través de archipiélagos de certezas”* (Morin, 1999:45). Es lo que pareciera enseñarnos la ciencia a estas alturas: no hay verdades absolutas, todo conocimiento es una aproximación, una verdad relativa y siempre transitoria, en un ir y venir permanente tratando de captar la realidad; hasta la ciencia misma debe repensarse permanentemente.... y quizás la ciencia misma no sea más que una manera de conocer.

Obligados como estamos a tratar de captar-entender un hecho social, en nuestro caso específico: la participación ciudadana en salud en Venezuela, en este determinado contexto y en relación con la recién aprobada Constitución Nacional, encontramos allí la delimitación de nuestro objeto de estudio, donde lo observado y el observador son parte del proceso de conocer en un intercambio de subjetividades, o como lo expresara Bergamin: *“Si me hubieran hecho objeto sería objetivo. Como me han hecho sujeto soy subjetivo”* (Citado por Morin, 1999:39). Surgen mil interrogantes en el proceso de acercarnos a tal realidad concreta, síntesis de múltiples determinaciones: históricas, políticas, culturales....

Ubicado el objeto de estudio y el tema correspondiente, nos planteamos el asunto del método y las técnicas pertinentes a utilizar. Nos asaltan las clásicas opciones: ¿Cuantificar? ¿Objetivizar? ¿Optar por lo cualitativo? ¿Cómo interpretar (los hechos, el discurso)? . Planteado así, parecieran falsas opciones. Lo cuantitativo y lo cualitativo no se excluyen, se complementan en el intento de aproximarse a todo hecho social como tal, históricamente determinado,

culturalmente construido. Aunque se puede, y se debe, en algunos casos, dar prioridad o exclusividad a una u otra opción.

Optamos por recurrir fundamentalmente a dos vertientes: la revisión teórico- conceptual de la discusión y producción científica sobre el tema en estudio y los asuntos conexos, y el trabajo de campo, que nos acercara al objeto de estudio: la Participación Ciudadana en Salud en la Venezuela de hoy. La propia experiencia del autor de la investigación , quien durante mas de veinte años ha estado involucrado vivencialmente, directa e indirectamente, con el tema en estudio, con trabajo intelectual asumido como práctica teórica, y participante en experiencias concretas, se agrega como insumo en calidad de observador participante.

Podemos caracterizar la investigación que llevamos a cabo como de nivel explicativo, con un diseño documental y de campo, y con un propósito de investigación aplicada.

En la planificación de la investigación procedimos a la selección del tema y a la identificación del problema. Sobre esa base formulamos el anteproyecto y más adelante el Proyecto, el cual requirió una revisión bibliográfica preliminar y múltiples consultas con algunos expertos en los temas tratados, para arribar a los elementos propios de ese documento: planteamiento y formulación del problema, definición de objetivos (general y específicos), presentación de antecedentes y elementos teóricos pertinentes, selección de metodología y técnicas a utilizar, y estimación del tiempo a invertir (cronograma) y recursos que necesitaríamos para llevarlo a cabo. Este proyecto lo presentamos finalmente en 2004.

Desarrollo de la investigación

Llevamos a cabo una exhaustiva **revisión bibliográfica** sobre el tema objeto de estudio, expuesta en el capítulo correspondiente, que incluyó visitas a las principales bibliotecas especializadas del país, vinculadas con el tema:

Universidad de Carabobo (UC), Universidad Central de Venezuela (UCV), Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS), Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) -entre otras-. Asimismo, consultamos las principales bases de datos electrónicos igualmente relacionadas con la materia, tales como Organización Panamericana de la Salud (OPS), MEDLINE, INDEX MEDICUS, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCYT). Recurrimos a un numeroso grupo de webs de organizaciones no gubernamentales (ONG's), fundaciones, instituciones públicas y privadas de diversos países que informan sobre temas vinculados a nuestra investigación (ver en anexo 1 el listado parcial de estas fuentes); a una valiosa colección privada del autor conformada por materiales acumulados (escritos, grabaciones, videos, etc.) durante quince años, en relación al tema de estudio: reuniones, encuentros, foros, congresos, etc., a los cuales asistimos en calidad de participante, conferencista o miembro del comité organizador.

Efectuamos consultas con investigadores o expertos que han trabajado o están trabajando sobre los temas objeto de esta investigación, algunos con publicaciones sobre el área. Tres de ellos actualmente cursando el Doctorado en Ciencias Sociales.

El material documental obtenido lo procesamos cuidadosamente, avanzando de manera sucesiva en el arqueo, detección, selección, lectura, organización, clasificación, interpretación, análisis y síntesis, incluyendo material escrito, visual, audiovisual y electrónico.

Partiendo del análisis documental, que comprende el análisis bibliográfico y de contenido, efectuamos progresivamente el estudio descriptivo y comparativo, con el objeto de producir, a partir del método inductivo-deductivo, las conclusiones que nos aproximarán a la comprensión del tema en estudio.

En un primer momento procedimos a la organización de la información, a través de una revisión constante y sistemática de la literatura nacional e

internacional sobre el tema. Revisión que abarcó la búsqueda en medios especializados, la utilización de la red telemática y consultas y entrevistas con especialistas en los tópicos tratados. Esta información fue confrontada con la realidad de los hechos y el examen discriminado de sus contenidos. Se trata de utilizar tanto el pensar reflexivo como el razonamiento lógico (Sánchez A., 1979:88). Como señala este autor, la investigación documental *"abstrae las características no esenciales que ofrecen los hechos, fenómenos o datos registrados en documentos y generaliza en base a las características fundamentales. La investigación documental requiere de la inducción-deducción, del análisis-síntesis. Es un trabajo que requiere de la creatividad y de la atención"*.

Una primera tarea permanente de recolección de datos la veníamos realizando mediante un esfuerzo de acumulación de información, donde han confluído la actividad constante y sistemática de lecturas, análisis, intercambios y debates de ideas y propuestas, con el trabajo diario, desarrollado a través de labores docente-asistenciales y administrativas, así como tareas políticas.

Hemos logrado un importante acopio de fuentes bibliográficas, también como trabajo permanente, y su consecuente estudio. No solamente referidas al tema que nos ocupa en esta oportunidad como objeto de investigación, sino *"al contexto global del conocimiento que acumula durante su vida (el investigador) y que le va a servir en primer término a sí mismo para el mejor desempeño de su trabajo"* (Blanco Muñoz, 1981:25). Se trata pues de integrar paso a paso cada suceso e incorporar los diversos indicadores que apunten hacia valoraciones cualitativas, para definir con propiedad conceptos, juicios y conclusiones con tal validez que nos permita identificar las situaciones, objeto del estudio.

Compartimos con Blanco Muñoz la apreciación sobre la dinámica que viven los investigadores sociales y las actividades que ellos desarrollan. Creemos que es una situación que los envuelve a todos, incluso a los experimentales. En todos ellos la elaboración y procesamiento de la información y su transformación

en conocimiento, responde a una articulación dialéctica tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo, integrado finalmente en un todo muy dinámico, avanzando desde lo sencillo hasta lo complejo, desde lo particular hasta lo general. Y es en el marco de la concepción que hemos delineado sobre la creación del conocimiento, criterio firmemente sustentado en la perspectiva económico-política o histórico-social, que nos ubicamos claramente en una metodología que privilegia la realidad económica como el factor determinante en el comportamiento de los seres humanos al interior de la sociedad; conducta decisivamente dinamizada por los antagonismos generados entre ellos, como consecuencia de su ubicación en la producción y de la apropiación de los beneficios creados por el trabajo. Es así como nos hemos centrado en el marco del método dialéctico-histórico para la explicación de los fenómenos históricos, políticos y sociales.

En este intento definimos el tema a investigar, dedicándonos a una sistemática acumulación de información que nos permitió consolidar nuestra hipótesis a desarrollar en el trabajo de investigación, por medio de la orientación destinada a construir a través del procesamiento y organización de los datos expuestos en forma dinámica para integrar en ellos los antagonismos presentes en la realidad, a fin de obtener una síntesis dialéctica entre los factores económico-sociales e histórico-políticos, constructores de las propuestas universales presentes en la conciencia de la sociedad y las exigencias concretas de bienestar, decisivas en la formación de las demandas reales de la población, canalizadas en conquistas reivindicativas y convertidas hoy en derechos como consecuencia del progreso de la humanidad.

A partir de una clara comprensión de la necesidad de ilustrar, explicar y fortalecer nuestras apreciaciones en torno a los objetivos propuestos en el proceso de investigación, hemos orientado la búsqueda hacia la indispensable evidencia de los fenómenos más significativos. Razones por las cuales nuestro trabajo de organización y análisis documental estuvo sometido a la constante exigencia de integrar la información proveniente de escenarios distintos pero complementarios, sumándose también la demanda de interpretación, rasgo cualitativo del

conocimiento que apunta hacia la identidad y la naturaleza de los fenómenos (Goode y Kath, 1976; Bosch, 1972; Sabino, 1978; Ramírez, 1983).

LA REVISIÓN TEÓRICA

En cuanto a la revisión teórica concentramos nuestro esfuerzo en dos grandes vertientes: los asuntos relacionados con lo teórico-metodológico y los directamente vinculados al tema en estudio -la participación ciudadana en salud-.

Lo teórico-metodológico nos llevó a una amplia revisión de los temas de referencia, la teoría del conocimiento, los fundamentos de las ciencias sociales, la epistemología, la hermenéutica, la discusión sobre modernidad-postmodernidad, en fin, la permanente deriva sobre la realidad, su conocimiento y su transformación. Retomamos nuestra propia experiencia de estudios y vivencias, seleccionamos lecturas y sistematizamos temas y materias, mediante el abordaje, por una parte, de los asuntos teóricos y conceptuales, y por la otra, los de carácter técnico-metodológico.

En los asuntos teórico-metodológicos es inevitable y necesario citar los nombres de algunos de nuestros guías en esta búsqueda: G. W. Hegel, Carlos Marx, Friedrich Engels, Karel Kosic, Michel Foucault, Edgar Morin; o en el medio latinoamericano: Maturana, Bunge, Testa, Minayo, Breihl. Los aspectos técnicos de la metodología encontraron respuestas y orientación en los trabajos de autores como Bunge, Sabino, Arias, Minayo, Blanco Muñoz. Sobre los asuntos de la salud y lo social: Laurel, Granda, Franco, Almeida, Eibentschutz, Teitelboin, Briceño-León. En los temas relacionados con Estado, ciudadanía, participación, sin duda que nuestros apoyos fueron autores como Gramsci, Touraine, Heller, Arendt, Giddens, Bobbio, Fleury, Valla. Más cercanos, y no menos valiosos, los trabajos de Lander, Grusson, Maingon, D'Elia, pero principalmente Nuria Cunill. Pero sobre todo, el libro abierto más importante ha sido el que conforman los centenares de venezolanos, sencillos habitantes en toda la geografía nacional, que

desde sus prácticas y saberes nos enriquecieron en cada encuentro, cada conversación, cada historia individual, que en definitiva construyen la historia.

Investigación de campo. Observación participante y entrevista a informantes clave

La investigación de campo la llevó a cabo el autor en el período 1999-2004, lapso en el cual participó de manera activa, como miembro en unos casos, coordinador en otros, o en calidad de expositor o conferencista, en numerosas actividades relacionadas directamente con el tema objeto de estudio, sobre Participación Ciudadana en Salud, de lo cual damos cuenta en el capítulo dedicado a presentar los resultados de la investigación, y en el anexo 2, donde presentamos un listado parcial de tales actividades.

La entrevista a un grupo de informantes clave, pertenecientes a diecisiete organizaciones comunitarias seleccionadas, fue el instrumento que decidimos utilizar como parte de la aproximación al tema en estudio. Como la define Arias (2004:71): *“La entrevista, más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación ‘cara a cara’, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información que requiere”*.

Optamos por una **entrevista semi-estructurada**, esto es, que aun cuando teníamos una guía de preguntas, el entrevistador podía realizar otras no contempladas inicialmente (ver guía de la entrevista en anexo No. 3). La totalidad de las entrevistas fueron llevadas a cabo por el investigador de manera personal. En la mayoría de los casos utilizamos un grabador y en algunos casos se tomaron imágenes (video o fotos), aunque cuidamos que el uso de estos recursos interfirieran lo menos posible en la fluidez o espontaneidad de las respuestas del informante. En todos los casos llevamos un registro de cada entrevista, que incluyó, además de las respuestas verbales, anotaciones sobre las características

del entrevistado, y aun de las circunstancias y el contexto en los que se realizaba el procedimiento.

En el proceso de escoger **las organizaciones comunitarias** procedimos en primer lugar a una **pre-selección que alcanzó 112 grupos** que luego fueron clasificados y seleccionados según algunas de las características que nos parecieron importantes a los fines de la investigación: por lo menos dos años de existencia, dada la corta vida que caracteriza a la mayoría de las organizaciones comunitarias; que tuviesen alguna representatividad real, es decir que fuesen expresión de una actividad de participación de alguna comunidad concreta y con reconocimiento en la localidad; que respondieran en alguna medida a los criterios de participación ciudadana que definimos en esta investigación; que la actividad que llevaban a cabo se efectuara en el campo de la salud, referida ésta a la calidad de vida; que pertenecieran a diversas regiones del país; que constituyeran preferiblemente experiencias de actividades desarrolladas en sectores populares; que no fuesen controladas por o dependieran de partidos políticos, instituciones u organismos gubernamentales o privados, lucrativos o religiosos. Aunque tales características nos permitían obtener información útil a los fines planteados en la investigación no estaban exentas de limitaciones e insuficiencias que comentaremos. Es pertinente señalar que el listado inicial del centenar de grupos pre-seleccionados lo obtuvimos directamente del conocimiento de experiencias comunitarias en salud que durante la década de los noventa reseñamos en todo el territorio nacional, o conocimos mediante referencias de otras personas, grupos, o instituciones. Como expondremos en el capítulo correspondiente, no se cuenta en el país con una base de datos confiable sobre las organizaciones comunitarias existentes, sean estas ONG's u organizaciones comunitarias de desarrollo social, y menos aún en el área de la salud. La escasa información que obtuvimos al respecto ha sido recabada por algunas Asociaciones Civiles (CESAP, SOCSAL, Apalancar), o datos dispersos y poco confiables que encontramos en organismos públicos (MSDS, MECD, Direcciones Regionales de Salud o Alcaldías, Coordinación Nacional de Atención Primaria).

Después de una meticulosa escogencia de las 112 organizaciones comunitarias factibles de ser abordadas, **seleccionamos diecisiete experiencias** cuyas características generales mostramos en el anexo 4. Es obvio que no se trata de una muestra representativa de la población, y que el propósito no es el de mostrar estadísticas y cuantificar la población en estudio. *“En una búsqueda cualitativa, nos preocupamos menos con la generalización y mas con lo específico y abarcador de la comprensión, sea de un grupo social, de una organización, de una institución, de una política o de una representación”* (Minayo, 1997). Se trata de una investigación que establece como prioritario lo cualitativo, que en nuestra opinión se corresponde más con los objetivos del presente estudio y con el método empleado.

Las diecisiete experiencias comunitarias que hemos seleccionado tienen las siguientes **características**: todas se desarrollaban en sectores populares; en cuanto a su distribución geográfica: una se ubica en la Región Capital, seis en la Región Centro-Occidental; dos en la Región Andina; tres en la Región de Los Llanos, una en la Región Sur, dos en la Región Oriental, y dos con ámbito nacional; sobre el tiempo de existencia de los grupos: todos alcanzaban al menos dos años de existencia y nueve de los diecisiete habían sido creados antes de aprobarse la Constitución de 1999; en cuanto a su vinculación-dependencia con instituciones: trece eran organizaciones comunitarias independientes y cuatro contaban con el apoyo de instituciones (una con el MSAS, una con la Gobernación del estado, una con la Alcaldía del municipio y otra con una universidad) aunque mantenían diversos grados de independencia en relación a éstas.

Los **entrevistados**, que denominamos “informantes clave”, fueron rigurosamente seleccionados de manera que pudieran suministrarnos toda la información posible requerida. Entre sus características establecimos: que fuesen conocedores de la experiencia comunitaria respectiva desde su inicio, en la cual el informante hubiese cumplido un rol importante en la promoción, organización, planificación y realización de sus actividades; que tuviesen un grado de

instrucción no menor de Educación Básica; que fueran reconocidos por el grupo, y que de alguna manera se les aceptara como voceros de la organización comunitaria respectiva. La casi totalidad de los entrevistados (informantes clave) no eran militantes de partido político alguno, casi todos pertenecían a organizaciones comunitarias de base, procedentes de 12 diferentes estados de Venezuela. Once de los diecisiete entrevistados se identificaron como “chavistas”, pero enfatizaron su no militancia partidista, y hasta en su oposición o crítica a los partidos, los tradicionales, y los nuevos, entre los cuales no aprecian mayores diferencias (En el anexo 4 se identifican como “Chav. Indep.”: chavista independiente). Argumentan que están con el “proceso”, que creen en el Presiente Hugo Rafael Chávez Frías. No de igual manera expresan confianza hacia la mayoría del equipo que le rodea, incluyendo su tren ministerial, pero se encuentran convencidos de que este gobierno está intentando producir un cambio social, económico y político, y “*de oposición al modelo neo-liberal y al imperialismo norteamericano*”, teniendo como plataforma la Constitución de 1999.

El material recogido a partir de las entrevistas (notas manuscritas, grabaciones, videos, etc.) lo registramos minuciosamente y luego lo resumimos. Posteriormente, organizamos la información por áreas temáticas, de acuerdo a las preguntas formuladas y a las respuestas obtenidas, apegados a los objetivos de la investigación. Arribamos entonces a una “tipificación de los discursos” de acuerdo a la técnica adoptada (Minayo, 1997:167-175).

Aunque la pretensión del estudio es el análisis hermenéutico-dialéctico, que supera el “análisis de contenido” y el “análisis del discurso” compartimos con Minayo (1997:212) la siguiente afirmación:

En lo que respecta al instrumental práctico para el trabajo empírico, muestro que el abordaje dialéctico no lo ha elaborado. Debe, entonces, apropiarse de la experiencia funcionalista y fenomenológica y, al incorporarla, superar las premisas y supuestos.....siendo que la “visión dialéctica” privilegia las contradicciones y el conflicto; el

fenómeno de la transición, del cambio; el movimiento histórico, y la totalidad y la unidad de los contrarios.

Se trata entonces de vincular el análisis de los hechos en la perspectiva histórica, económica, social, política y cultural, con la utilización de técnicas que recojan de los actores seleccionados información directa sobre los acontecimientos en su desarrollo.

Capítulo II

Marco Teórico

En el presente capítulo procederemos, en primer lugar, a presentar el producto de la revisión bibliográfica sobre el tema, obtenido sobre todo de las experiencias que encontramos en la última década del siglo pasado en la Región Latinoamericana, y una breve reseña sobre la escasa producción nacional referida a la materia. Luego presentamos la base conceptual del estudio donde exponemos la definición de los términos claves utilizados, tales como: Estado, participación, ciudadanía, salud, democracia, política social; comentamos la participación social y su relación con el Estado, en particular sobre la formación de políticas públicas, la participación ciudadana y la salud, los 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.

II.1.- Revisión bibliográfica

Procederemos ahora a presentar una síntesis de la bibliografía sobre el tema, en primer lugar sobre las experiencias internacionales, particularmente las de América Latina; luego, la correspondiente a Venezuela.

En la literatura internacional hemos conseguido valiosa información de experiencias sobre participación de la comunidad en salud, en la cual privilegiamos las ocurridas en Latinoamérica, escogidas preferiblemente entre aquellas que acontecen en el mismo lapso del presente estudio, es decir, a partir de los años noventa del siglo XX. Así, obtuvimos un grupo de trabajos de México, Cuba, Colombia, Brasil, Argentina, Bolivia, Uruguay y Chile, que comentaremos a continuación.

La casi totalidad de los trabajos hace referencia al impacto de la política neo-liberal en esos países y la organización comunitaria que se desarrolla en cada

uno de ellos -unas con más, otras con menos éxito-. No se vinculan en su mayoría a organizaciones partidistas y presentan como denominador común su oposición a la propuesta de mercantilización de la salud y su la lucha por la defensa de la salud como derecho social.

En el caso de **México** encontramos varios trabajos que presentan experiencias de participación ciudadana o comunitaria en salud. Unos vinculados a la política del gobierno en la capital mexicana (Laurel, 2002), otros promovidos desde labores de investigación o extensión universitaria (Solano, 1999), y algunas experiencias locales autónomas, como la experiencia de Chiapas (Molina, 1992).

En **Cuba** las experiencias han estado impulsadas desde el gobierno central, dadas las característica del sistema político y sanitario de ese país, y se encuentran vinculadas a la propuesta de la OPS-OMS, primero de Atención Primaria en Salud, luego los denominados “Municipios Saludables” (Sanabria, 2004).

En cuanto a **Colombia**, durante la segunda mitad de la década de los noventa se ha desarrollado un movimiento de participación en salud que, iniciado a nivel local, ha cobrado características nacionales, con un claro perfil de defensa de la salud como derecho, y de oposición a la violencia que signa ese país, hasta lograr en el presente la realización de múltiples eventos locales, regionales y dos congresos nacionales “Por la Vida y la Salud” (Torres, 2004).

Por su parte, en **Brasil**, desde los años de la dictadura (1964-1984) se gestó un movimiento de participación social en salud que formó parte de la resistencia popular al régimen. A partir del advenimiento de la democracia, en 1985, alcanzó dimensión nacional e inclusive conformó una organización popular en salud que presentó y obtuvo representantes al congreso de ese país. Tal desarrollo se ha vinculado por una parte a organizaciones políticas, como el caso del PT (Partido de los Trabajadores), y por otra parte ha contado con la influencia de intelectuales y académicos organizados en una asociación denominada Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), con bastante autonomía y

en ocasiones en oposición a lo partidista y al Estado (Dos Santos, 2000; Pinto, 1998; Abrantes, 1999). Mención especial amerita la experiencia de participación ciudadana que se ha dado en **Porto Alegre**, una de las referencias de mayor significación en el Continente, y de las pocas que se conozcan a nivel mundial, donde la participación de la población ha sido determinante para provocar un cambio radical en la planificación, organización, gestión de las actividades de carácter social y aún en lo cultural, en la vida de la gente. Sectores de izquierda, socialdemócratas y liberales le han otorgado reconocimiento. El Banco Mundial, insospechable de posiciones izquierdistas, en su libro sobre participación (2001:186) refiere en torno a esta experiencia:

...Alcance de la Participación. El Presupuesto Participativo se estableció en 1989. Para 1995 las reuniones regionales, coordinadas por el gobierno municipal, habían logrado atraer a más de catorce mil participantes. Si a esta cifra se añaden los miembros de las asociaciones locales y de las organizaciones populares, el alcalde de Porto Alegre calcula que más de cien mil personas se vincularon a la creación del presupuesto de la ciudad. ... Aprobación general. El plan de inversión definitivo debe ser aprobado por el Concejo Municipal. Una vez aprobado debe ser controlado continuamente por el mismo para que pueda presentarse un resumen al comienzo del año siguiente. Los ciudadanos de Porto Alegre han tenido oportunidad de pasar por un proceso plenamente participativo a través de haber: expresado su comprensión de los problemas cruciales que enfrenta la ciudad; establecido prioridades de los problemas que merecen mas inmediata atención; seleccionado las prioridades y generado soluciones prácticas; tenido oportunidad de comparar con las soluciones creadas en otras regiones de la ciudad y en otros grupos de temas; decidido , con el apoyo de técnicos de la oficina del Alcalde, en invertir en los programas menos costosos y más factibles de atender; revisado los éxitos y fracasos del programa de inversiones para mejorar sus criterios para el año siguienteEste progreso material fue sólo una parte de los beneficios que ha experimentado la ciudad de Porto Alegre. El proceso participativo también ha tenido un enorme impacto en la habilidad de los ciudadanos para responder a los retos organizadamente, como comunidad,

y en la capacidad de trabajar en forma conjunta para mejorar la calidad de la administración pública y en consecuencia de la calidad de la vida.(subr. nuestro)

Marta Harnecker (2002) formula algunos comentarios sobre esta valiosa experiencia:

*Este proceso subvierte el concepto de ciudadanía tradicional, que es una ciudadanía individual y meramente vinculada a derechos, y transforma esa ciudadanía en una ciudadanía colectiva, vinculada a demandas y al control monetario del Presupuesto del estado; una ciudadanía que se realiza en tensión con el estado, controlando y decidiendo al lado o junto con el estado..... **Esto nada tiene que ver con la cooptación de las organizaciones populares por el estado o su disolución en el estado.** Por el contrario, se forma un núcleo de poder fuera del estado, fuera del ejecutivo y fuera del legislativo, y por eso pienso que se trata de una experiencia altamente positiva y altamente revolucionaria. (392). (subr. nuestro)*

Como apreciamos, no se trata de una experiencia de Participación Ciudadana en Salud en el sentido estricto, de atención médica o asistencial: se trata de una propuesta global, integral, que tiene que ver con la calidad de vida, con el bienestar, que abarca simultáneamente atención médica, educación, ambiente, trabajo, vivienda, recreación, lo que en definitiva es realmente salud. Así lo vamos a exponer en la sección correspondiente de esta investigación, donde se le asume como una propuesta política y no técnico-administrativa, como ha sucedido en la mayoría de los casos.

En **Argentina** se reseñan experiencias en las ciudades de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán y especialmente en Rosario. En esta última ciudad se ha desarrollado una importante trayectoria de participación ciudadana vinculada a la experiencia de su alcaldía, que alcanza ya más de diez años de trayectoria; aunque tutelada por esa institución, ha permitido importantes niveles de autonomía a la participación popular con logros significativos (Fein, 2004). De más reciente data, en los últimos cuatro años aparece en Buenos Aires la experiencia de los “piqueteros”, organización popular de izquierda que gira en torno a los

desempleados denominada Movimiento Barrios de Pié (MBP, 2004) y su inserción en el campo de salud con una propuesta de capacitación para la lucha por la defensa de la salud como derecho y bien público.

En relación a **Bolivia**, es importante destacar el nuevo marco legal a partir de 1994, que incluye la *Ley de Participación Popular*, la *Ley de Descentralización Administrativa* y la *Ley de Municipalidades*, entre otras. En parte,

como efecto de este marco legal se ha producido la participación en la gestión de salud de nuevos actores (comunidad, municipio), profundización de los mecanismos de organización de la comunidad, planificación participativa, control social, apropiación de la salud como derecho, incorporación de prácticas y costumbres interculturales... (Salcedo, 2004:7).

De manera semejante, la Alcaldía (Intendencia) de Montevideo (**Uruguay**) ha logrado durante una decena de años el desarrollo de una exitosa experiencia de gestión en salud con importante y activa presencia de organizaciones comunitarias, en las cuales la población ha desarrollado sus propios mecanismo de asociación (Fernández G., 2004). Precisamente, su Alcalde alcanzó recientemente la Presidencia de la República de ese país.

En **Chile** también encontramos diversas experiencias de participación de la comunidad reseñadas en diferentes trabajos de investigación y artículos publicados en revista nacionales (Escobar, 2001; Palma, 1994). Exponen experiencias de participación comunitaria promovidas por el gobierno central a partir de la caída de la dictadura (1989) y otras impulsadas desde los sectores populares, en algunos casos con presencia de activistas políticos de organizaciones progresistas, o desde espacios académicos universitarios como tareas de extensión. Al igual que en Brasil, la participación comunitaria en salud jugó un papel importante de resistencia durante la dictadura, al lado de numerosos grupos comunitarios de derechos humanos, educación y otros.

Aunque de difícil obtención de literatura y sistematización, también se han producido en los últimos años experiencias de participación de la comunidad en otros países latinoamericanos como **Perú**, donde destaca la existencia del “Foro Social en Salud”, con alcance nacional. **Ecuador** presenta experiencias significativas en sectores populares. En **Paraguay** se vinculan más bien al movimiento campesino.

Por considerarla de especial interés incluiremos la referencia sobre el primer “Taller sobre Políticas Públicas de Participación Ciudadana en Salud” efectuado en Buenos Aires en marzo de 2004. Organizado por iniciativa del organismo canadiense Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CRDI), con participación de la OPS, Banco Mundial, entre otras organizaciones, al cual asistieron representantes de Chile, Uruguay, Paraguay, Brasil, Bolivia y Argentina, quienes presentaron sus relatos, y focalizó su interés en las *“experiencias en las que la sociedad civil participa ya sea en la discusión y definición de prioridades como en la implementación, monitoreo o evaluación de políticas y programas a nivel meso o macro del sistema de salud”* así como en contribuir a la definición de prioridades de investigación sobre este tema (IDRC, 2005).

Cabe destacar una iniciativa de carácter continental que ha impulsado la OPS: creación de “*Municipios Saludables*” y “*Escuelas para la Salud*”; más recientemente también las “*Ciudades Saludables*”. Se trata de una propuesta que avanza en la línea de desarrollo de la Atención Primaria en Salud y los Sistemas Locales de Salud (SILOS), en la cual la participación de la comunidad se señala como elemento central y motor fundamental de la propuesta. El informe de la OPS denominado “*La Salud en las Américas*” (1998:220-7) reseña experiencias en casi todos los países de la región. No conocemos si se ha producido una evaluación de los logros de este proceso. Más adelante presentamos algunos comentarios sobre el caso venezolano en este aspecto.

Aunque no pertenece al ámbito latinoamericano -aunque sí al denominado hispanoamericano-, no podemos dejar de reseñar un excelente libro sobre participación social en salud referido a la realidad española: “*La Participación Comunitaria en Salud: Mito o Realidad?*” (M. J. Aguilar, 2001), donde la autora expone el resultado de una investigación llevada a cabo en España, en Castilla de La Mancha específicamente, desde 1986, que recoge la experiencias de participación comunitaria en el sector salud, relacionadas con la constitución e implantación de los Consejos de Salud de Zona. Recoge los aspectos históricos y conceptuales de la participación, la experiencia en esa localidad y los factores causales de logros y fracasos en el marco de una propuesta metodológica de excelente diseño. En sus conclusiones expresa:

*La pretensión del estudio no es otra que mostrar no sólo hasta qué punto se cumple o no con una directiva o normativa vigente, sino dar cuenta de las posibilidades reales del desarrollo pleno del derecho que todo ciudadano tiene a participar en la toma de decisiones que le afectan, empezando por su propia salud. Hemos podido comprobar que no basta con disponer de mecanismos y ámbitos institucionalizados para la participación, aunque sin ellos tampoco se puede pensar en su consolidación. Es preciso situarse en un contexto socio-político que permita ciertos márgenes de participación democrática y en un sistema de salud que crea realmente en la necesidad de contar con los propios ciudadanos para su adecuada gestión. Pero ello solo no basta. De nada, o de muy poco, sirve modificar ciertas estructuras administrativas si no se intentan **modificar paralelamente las actitudes de quienes tienen que impulsar los cambios (agentes sanitarios y comunidad)**. Y todo ello también será insuficiente si las personas no son capaces de percibir que con su participación activa puede mejorar su calidad de vida.* (129). (subr. nuestro)

En un intento de resumir los contenidos de la bibliografía reseñada sobre experiencias de participación comunitaria en salud en el contexto latinoamericano en los últimos años, podemos puntualizar algunas nociones preliminares:

1. En casi todos los países latinoamericanos se vienen produciendo experiencias de participación ciudadana en salud con muy diversos niveles de desarrollo. Ello evidencia la importancia de los movimientos sociales autónomos, también en el sector salud, aunque es necesario profundizar la investigación y sistematización de este proceso y estas experiencias, y evaluar sus alcances y perspectivas.

2. En la mayoría de las experiencias de participación en salud se aprecia la presencia de instituciones gubernamentales o académicas que las promueven o apoyan. En algunos casos, lo hacen organizaciones político-partidistas.

Sin contar con una evaluación rigurosa del conjunto de esta dinámica, tarea importante, pendiente por realizar, podemos anotar seguidamente algunas tendencias y formular algunas observaciones.

La participación ciudadana en salud en América Latina corre, por un lado, el riesgo de ser utilizada desde los gobiernos e instituciones de diversas maneras, en unos casos con fines utilitarios, en otros como manipulación ideológica, como mano de obra barata, como facilitadora de la acción médica, incluso con fines privatizadores, y en general atrapada en una concepción biomédica, individual, curativa y hospitalaria. Por otra parte, sin embargo, se desarrollan numerosas iniciativas, con grados diversos de autonomía respecto al Estado y a los partidos políticos, que avanzan, y en algunos casos han obtenido logros importantes (Briceño, 1998) en la lucha por la defensa de la salud como derecho, como bien público, y obligación del Estado. Se han desarrollado movimientos de base, planteados como crítica del poder, como organización democrática, como mecanismo para transformar el sector salud, y en general como parte del proceso de construcción de ciudadanía en Latinoamérica, todo lo cual son signos claramente esperanzadores en medio del progresivo deterioro social de nuestros pueblos. Como señala acertadamente Bernardo Kliksberg (2001:8), refiriéndose a la “América Latina actual”:

*Un continente paradójal. Rico en procesos democratizantes, y pobre en oportunidades concretas para la mayor parte de sus habitantes. Pleno en leyes cada vez mas avanzadas, y por otro lado, cada vez mas retórico cuando se confrontan las mismas con las realidades cotidianas de miseria, y desamparo de vastos sectores que dejan en mera letra las leyes. Un Continente de gran potencial humano y cultura, pero donde sus habitantes solo completan cinco años de educación. El Continente marcado por un estigma que afecta cada una de las expresiones de su desenvolvimiento, **el ser la región mas desigual del planeta.** (subr. nuestro)*

Sobre los rasgos de la situación de *pobreza* en la que se encuentra América Latina ver datos en el anexo 5.

3. No parece haber duda que en donde hay participación social activa de la comunidad los logros y beneficios favorecen tanto las políticas, las instituciones, y contribuyen a mejorar la calidad de vida de las comunidades. Esto sin embargo supone una planificación, ejecución y control de planes y programas no solo para, sino sobre todo de y con la comunidad como actor protagónico.

Para concluir las referencias bibliográficas, comentaremos lo **que sobre el tema de la participación ciudadana en salud hemos encontrado respecto a Venezuela.**

Es obligante señalar la escasa elaboración teórica y la poca investigación o incluso la ausencia de una simple descripción de experiencias que obtuvimos -al menos en la revisión que hicimos-. Para el análisis de la década de los noventa, destacaremos tres publicaciones que representan enfoques y propuestas diferentes sobre la participación ciudadana en salud: en una se expone la propuesta de los “Municipios Saludables”, iniciativa del gobierno nacional conjuntamente con la OPS, inspirado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que comienza en 1994 (MSAS, 1999); en otra, un grupo de experiencias comunitarias apoyadas o avaladas por instituciones o empresas en una iniciativa conjunta del Banco

Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que colocan el énfasis en el carácter técnico-administrativo de la participación comunitaria (IESA, 1999). Finalmente, en otra publicación, encontramos otro enfoque en una ONG denominada Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (CONSALUD Participación Comunitaria), nacida en el Distrito Federal (hoy Distrito Capital), que reivindica su autonomía respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos (CONSALUD, 2001). En el capítulo correspondiente a los resultados de la investigación comentaremos en detalle cada uno de ellos.

El tema de las Organizaciones No Gubernamentales-ONG's (que también se les denomina oenegés u OCDS: organizaciones comunitarias de desarrollo social) en Venezuela, de particular importancia para nuestra investigación, cuenta con algunas referencias, que, igualmente, comentaremos posteriormente en el capítulo correspondiente (García-Guadilla, 1997, 1999; Ramos, 1995; Geigel, 1993; Mascareño, 1998; Acedo, 1967; Machado, 1997, 1998; Navarro, 1994; Barrantes, 2003). Las experiencias locales de participación de la comunidad en el área de la salud, aunque con poca sistematización, y sin recoger la variedad y multiplicidad de lo acontecido en la década de los noventa, reporta algunos materiales escritos: en Aragua, los Núcleos de Atención Primaria - NAP (1994); en Lara, la experiencia de FUNDASALUD (1994); en Sucre, la creación de las Organizaciones Comunitarias de Salud - OCS (Mendoza, 2004); en Caracas, la realización de eventos locales y nacionales de organización comunitaria (SUSALUD, 1998); sobre los Comités de Salud y la experiencia de Barrio Adentro (Álvarez, 2004; MSDS, 2004), y en Carabobo, la experiencia sobre participación comunitaria y la relación Universidad-comunidad desde la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad (DESCO, 2002).

En cuanto a las experiencias locales o regionales, *que incluye casi todos los estados del país*, logramos acceso a una valiosa documentación que incluye publicaciones mimeografiadas, trípticos, folletos, y material de eventos, foros, conferencias, talleres y otras actividades, cuyo material organizamos

rigurosamente a los fines de obtener información sobre el tema en estudio, que vamos a exponer más adelante.

II.2.- Base conceptual

La Participación Ciudadana en Salud se nos presenta como un tema conceptualmente simple y que en apariencia se resuelve operativamente. Luce como si la gente actuara en relación a los servicios que se encargan de prestar atención médica. Sin embargo, el asunto es más complejo. Bastaría con hacernos algunas preguntas, como por ejemplo: ¿Qué entendemos por salud? ¿Qué es participación? ¿Por qué participación ciudadana? ¿Qué es ciudadanía? ¿Cuáles son las formas y niveles de tal participación? ¿Qué tiene que ver esto con el gobierno o el Estado? ¿Y con la democracia? ¿Se trata de una cuestión pública o privada? ¿Y qué tiene esto que ver con la política, lo político, y el poder?. Pero además, en nuestro país: ¿Qué características, significado o especificidad tienen estos conceptos? ¿O podemos usarlos de la misma manera en cualquier contexto, o momento histórico, o en cualquier cultura o país? El asunto definitivamente tiene múltiples aristas, y obliga a una revisión conceptual, teórica y metodológica que nos permita aproximarnos a nuestro objeto de estudio.

Se hace obligatorio, entonces, revisar y reflexionar sobre estos asuntos para tratar, con alguna propiedad, el tema de la *participación ciudadana en salud en la Venezuela de hoy y su relación con la nueva Constitución*. En este capítulo intentaremos ubicar los enfoques teóricos sobre el tema en cuestión -que abarcan buena parte de las interrogantes señaladas anteriormente- y precisar cada una de las nociones, conceptos o categorías que vamos utilizar, para luego establecer una relación entre la teoría y el tema propuesto en la presente investigación. Todo ello nos permitirá adoptar una postura en el debate planteado, así como asumir una definición de los términos básicos que utilizaremos.

II.2.1.- La participación social y su relación con el Estado

Partimos de afirmar que la participación social se refiere a la relación de las personas, individual o colectivamente, con el Estado, pues se trata -a los fines de esta investigación- 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. Tal planteamiento nos exige revisar cada uno de estos conceptos, y nos remite a otros: política social, ciudadanía, sociedad civil, privatización, “publicación” o “publitzación”. Vayamos sucesivamente a cada uno de estos asuntos.

Comenzamos por plantear lo que entendemos por Estado. Entre diccionarios y búsqueda electrónica la respuesta puede ser casi infinita. Ya Bastiat, en 1863, *“ofrecía un millón de francos para el que lograra una buena, simple e inteligible definición de Estado”*, según reseña el *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas* (DCSP, 1989). Algo parecido se puede afirmar sobre el concepto de participación o el de democracia.

La participación ciudadana es *“un proceso de construcción histórico y político respecto al Estado”* (Fleury, 1997:74). De allí derivan las políticas públicas, la política social, la política de salud. Empezaremos entonces con algunas reflexiones y la caracterización del concepto de Estado, desde la perspectiva que hemos adoptado en el presente estudio.

Desde la perspectiva histórico-dialéctica clásica (Lenin, 1971; Miliband, 1973) se formuló una caracterización del Estado que podemos sintetizar como sigue:

El Estado no es una abstracción. Está sujeto a los intereses de los sectores económicos que lo detentan y sus políticas están definidas por esos intereses en juego, de tal suerte que si bien para el Estado existe la obligación formal, principista y hasta legal, de atender prioritariamente los intereses de la colectividad, los mecanismos de control y toma de decisiones están en manos de los sectores económicos de mayor poder a nivel nacional e internacional. Las

democracias latinoamericanas serían un claro ejemplo de ello, y aún en el caso de los países del centro capitalista, se evidencia que la llamada política social no va más allá del interés por cubrir necesidades básicas mínimas dirigidas fundamentalmente a mantener la **reproducción de la mercancía mano de obra**, sin la cual evidentemente no funcionarían sus economías.

Estos señalamientos llevan a ubicar el problema en un marco histórico y social. En nuestra época, hablar de Estado exige definir su carácter político. El Estado, en la mayor parte de los países del mundo de hoy -incluyendo el nuestro-, es un Estado capitalista. El Estado lleva inherente un proceso de organización, reorganización y ejercicio de la dominación. Esto ha sido y será así mientras persista la sociedad de clases. El Estado capitalista, en el actual período histórico, concentra y resume la fuerza de la burguesía como clase. El Estado se constituye como una fuerza organizada de la clase dominante, pero una fuerza que es tal, porque representa y constituye su unidad efectiva. La burguesía no está plenamente constituida más que en el Estado; mientras que ella no conquista su unidad y su fuerza (cosa que logra en el Estado) no es posible la instauración del dominio pleno del capital.

La forma en la cual el Estado se articula al proceso de reproducción social del capital ha sido diversa debido al propio desarrollo de éste; pero la naturaleza del Estado, como parte activa e indispensable de la reproducción económica y social del sistema, nunca ha cesado.

Es a partir de aquí que podemos entender cómo la propiedad privada y la "pública" pueden asumir una la forma de la otra, y cómo la llamada "intervención del Estado" puede ser un concepto improcedente.

Como lo señala E. Balibar (1974):

Es ser enteramente prisionero de la ideología jurídica pensar que el capital "público" no sería objeto de una apropiación (es decir de una monopolización) privada, es decir, en el sentido de un monopolio de clases. No hay entonces contradicción entre la reproducción de los capitales "privados" y la reproducción de los capitales

"públicos" por el único motivo de su estatuto jurídico diferente. Ésta es, en la época del imperialismo, una de las formas de la apropiación privada, de la apropiación de los medios de producción por una clase, la burguesía, que se constituye en esta misma apropiación. (76).

La propiedad privada puede entonces, sin dificultad, asumir la forma de propiedad "pública" sin perder su naturaleza. Esto es posible porque la propiedad no es sino la forma jurídica de la apropiación, y la apropiación es, en las relaciones sociales de producción, el acontecimiento principal. En el capitalismo, la apropiación privada del producto social es la concreción de la relación de explotación. Así se puede decir que la propiedad privada en condiciones capitalistas es el modo de designar una relación de apropiación de parte de una clase y de expropiación de otra clase. Este movimiento es lo que permite plantear que la propiedad "pública" gubernamental es una forma desarrollada, compleja y real de expropiación.

No asumirlo así, según esta perspectiva, es ser víctima de la ilusión según la cual la propiedad "pública" (estatal) es una forma de propiedad social, cuando en realidad lo que hace es superar y desarrollar contradicciones del capital, pero en los propios términos del capital. En la actividad estatal se produce plusvalía, hay explotación. Lo que ocurre es que la plusvalía es producida y apropiada por el conjunto de la clase burguesa, no por un capital privado en particular. Esa apropiación por parte de esta clase en su conjunto, por medio del Estado, toma la forma de creación de condiciones generales para la producción, requisito necesario para desarrollar los procesos de los capitales individuales o privados (Proceso Político, 1976:23-6).

Esto no quiere decir que el capital se desarrolla de manera armónica, abarcando todo sin conflictos ni contradicciones. Por el contrario, su existencia como capitales individuales sólo es posible en competencia, en conflicto dentro y fuera del Estado. La competencia es la ley interna del capital, que opera como

una fuerza exterior a cada capital individual. Esta competencia no excluye ninguna forma de manifestarse.

Es necesario, además, reconocer que la Teoría del Estado, desde una perspectiva histórico-dialéctica, como la expuesta en los lineamientos anteriores, no permite dar cuenta suficiente del análisis de las políticas específicas y sectoriales. Este enfoque sobre el Estado ha sido denominado por Fleury (1997:11-51) como instrumental o “economicista”, señalando importantes críticas al respecto y presentando otras corrientes -también marxistas- con otras caracterizaciones, a las que tipifica en cinco grupos: el Estado como derivación, el Estado como selectividad estructural, el Estado ampliado, el Estado como relación y el Estado consensual.

En nuestro caso, el análisis de la participación ciudadana en salud y su relación con el Estado -que se expresa en la política social- debe tomar en cuenta, además, la coyuntura y los actores sociales. De manera que, como bien señala un estudio sobre Estado y Políticas Sociales en América Latina, *"...hemos minimizado el análisis del tiempo en su verdadera dimensión histórica, así como el análisis dialéctico del Estado, de las relaciones sociales y de las luchas políticas..."* (Eibenshutz, 1991: 59).

Al analizar la política social del capitalismo hay que entender al Estado en su doble perspectiva: como necesidad de crear y otorgar los beneficios y condiciones mínimas para la reproducción de la fuerza de trabajo y, a la vez, como conquista de los trabajadores y del pueblo que deben ser defendidas (Telteboin, 1991:14).

Por ello, la política social de un Estado se encuentra estrechamente relacionada con la política económica en el marco de un proyecto nacional, como apunta S. Fleury (1987:14), cuando precisa que la política social debe ser interpretada como *"...la resultante de las relaciones que históricamente se establecen en el desarrollo de las contradicciones entre el capital y el trabajo,*

mediadas por la intervención estatal". De allí que uno de los ámbitos privilegiados para analizar la transformación del proyecto neoliberal es precisamente el conjunto de intereses contradictorios que se expresan a través de la política social (López Arellano, 1991).

Al analizar la relación entre política social y Estado, Fleury (1984:63) comenta:

La política social se caracteriza por ser al mismo tiempo un sistema de exclusión política y social de ciertos grupos (campesinos, trabajadores, domésticas, desempleados), un sistema de privilegios diferenciados para los sectores poderosos (militares, burócratas) y un mecanismo institucional (administrativo y legal) fragmentado, múltiple y diversificado.

Así, la intervención estatal puede producirse por demandas populares y los beneficios son materializados como privilegios o concesiones y no como derechos.

Agregaremos algunas precisiones importantes para nuestro estudio en relación al “Estado de Bienestar” y luego sobre el proyecto neo-liberal, para vincularlos luego al concepto de ciudadanía.

Históricamente, a grandes rasgos, constatamos que la política social abarca varios momentos en el mundo capitalista contemporáneo. Después de la crisis de 1929, la filosofía del Estado liberal cede terreno a la concepción del Estado que, además de conservar el orden y defender la integridad nacional, tiene una función central en la regulación de las relaciones sociales, de tal forma que asegure la convivencia de intereses contradictorios. El keynesianismo propone dinamizar la acumulación de capital mediante el gasto público con el propósito de que los efectos multiplicadores de la "inyección" de dinero en la economía se expresen en incrementos en la creación de empleos y en los niveles salariales, todo lo cual eleva el consumo y la demanda, y estimula las inversiones (Villarreal, 1984).

Se desarrolla así el llamado "*Welfare State*" (*Estado de Bienestar*), que no es más que una forma política que resulta de la colaboración del movimiento obrero con el Estado a partir del compromiso de la post-guerra y como expresión de la gestión burocrática directa de las demandas obreras (Farfán, 1988).

Entre 1940 y 1970, los regímenes populistas latinoamericanos retoman algunos elementos de la propuesta keynesiana a través de un Estado que estimula el crecimiento industrial, asegura el desarrollo de la infraestructura, se responsabiliza de los servicios públicos, promueve mecanismos de redistribución del ingreso y asegura el crecimiento del mercado interno (Belmartino y Bloch, 1984). En Venezuela, el proceso de industrialización por sustitución de importaciones y el modelo socialdemócrata de los años sesenta y setenta del siglo pasado son ejemplo de ello.

En la década de los ochenta en Latinoamérica, como producto de la conducción política y económica del período anterior, la situación se plantea de manera muy diferente y se responsabiliza a la intervención del Estado de la espiral inflacionaria y el descenso en la productividad, por lo que se propone la contracción del Estado como inversionista, la conservación de su función reguladora de la política monetaria, el desmantelamiento de la vertiente de bienestar y el reforzamiento de los aspectos coercitivos, es decir, su función de garante del orden social vigente (Vergopoulos, 1981); se argumenta que el *Estado de Bienestar* genera gastos sociales "improductivos" que representan una reducción del plusvalor disponible para el propio capital privado. Se plantea entonces minimizar la participación del Estado y que éste se limite a su papel de garante del libre mercado y conservador del orden y la paz social. Esta es la base de sustentación de lo que surgirá como *proyecto neo-liberal* (Laurell, 1997).

La consecuencia práctica de esta interpretación, desde la óptica conservadora, es la necesidad de revertir el proceso distributivo, mediante la transferencia de fondos del sector público al sector privado. Los drásticos recortes selectivos realizados a los gastos sociales se sustentan en esta lógica

(López Arellano, 1991). Los mismos que pasan a cuestionar la intervención estatal, antes la pedían a gritos para salvar la industria y atenuar las crisis periódicas del capital.

Esta situación llevó a una *redefinición neoliberal de la política social*, que se expresa en el retraimiento de la intervención estatal a través de tres estrategias básicas:

- a) La asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación ("pobreza extrema") mediante servicios públicos de bajo costo, lo cual será conocido como *focalización del gasto social*;
- b) La *privatización* de la producción estatal de bienes y servicios públicos, que conduce a una disminución del peso relativo del sector público con respecto al privado, y
- c) La *desregulación laboral* que privilegia la ética privada sobre la pública.

Desde esta perspectiva, la salud pasa a ser concebida como una mercancía, un bien individual y de mercado. La participación ciudadana, según este enfoque, no debe ir mas allá de reivindicar al individualismo, la propiedad privada, y asumir su presencia en la vida pública como una intervención de carácter técnico-administrativa, con una propuesta anti-estatista y anti-política; es decir, la culpa de todos los males es del Estado, por ineficaz e ineficiente; por lo tanto, lo público -en manos del Estado- debe ser privatizado. Además, lo político, los políticos, la política, son demonizados y se les señala como corresponsables de la crisis, de manera que debe fortalecerse la "sociedad civil" aunque en realidad, en esta concepción, se trata sólo de un fragmento clasista de la sociedad civil, y no la sociedad civil en su conjunto; todo ello expresa una concepción conservadora y reaccionaria de la ciudadanía, de la participación y de la sociedad civil, sustentada en el proyecto ideológico neo-liberal.

La relación público-privado, el Estado y la salud: privatización vs. “publitzación”.

La relación entre lo público, lo privado y lo estatal ha provocado un importante debate. Aun cuando tomemos como punto de partida la concepción del pensamiento liberal sobre el Estado, es importante revisar algunos planteamientos que expresan importantes contradicciones en la perspectiva de la participación ciudadana en la sociedad capitalista. Varios estudiosos del tema plantean la necesidad de no confundir lo público y lo estatal (Soriano, 1996; Cunil, 1997; Magallanes, 1997; Curcio, 1999). Lo público no le pertenece al Estado, argumentan; lo público es el ámbito de todos los habitantes de un país. De allí la noción de República: la “*res publica*”, la cosa pública, el tesoro público, como lo que es de todos, lo que le pertenece a todos los habitantes de un país, que **adquieren la condición de ciudadanos** en la medida en que son sujetos de derechos y los hacen efectivos; en la medida en que ejercen el poder político y controlan la gestión pública delegada en una burocracia y unas instituciones que conforman el gobierno de un país y que administra los bienes públicos colocados por la sociedad en manos del Estado. Es cierto que la “cosa pública”, el tesoro público, es administrado en buena medida por el Estado, a través del gobierno de turno, pero de ninguna manera le pertenece, y menos aún es propiedad del partido o gobernantes de turno (Cortina, 1998). Lo público le pertenece a toda la sociedad, y es ella, la comunidad, la sociedad toda, quien delega o no en la administración gubernamental el papel de administrador, regulador, normatizador, de los bienes colectivos (Fleury, 1997).

La salud, como los demás bienes públicos, es un ámbito colectivo; en consecuencia, la comunidad organizada puede asumir directamente el diseño, la planificación, y el control de los recursos, las acciones y las políticas en materia de la salud, en tanto bien público; en nuestro caso, de la salud pública. La vía que utilice dependerá de las circunstancias que así lo determinen. La dinámica perversa de la relación Estado-sector privado-burocracia partidizada llevó a un

proceso de apropiación de lo público por parte de empresarios y funcionarios públicos para beneficio personal, privado y lucrativo, y quedó de lado el bien colectivo, la pretendida razón de ser del Estado.

Se requiere entonces una renegociación de la relación Estado-sociedad civil, se impone el rescate de lo público desde los espacios de la sociedad civil vista como totalidad, no como un grupo o sector que habla en su nombre. Lo opuesto a lo privado no es entonces lo estatal, es lo público. El fracaso gubernamental y estatal, en un determinado momento histórico, para administrar lo público, de ninguna manera conduce inevitablemente a que el sector privado deba hacerse cargo de lo público. Es ampliamente conocido que lo privado lucrativo no es garantía, sobre todo en el caso de la salud, de eficacia y eficiencia. El caso típico son los EEUU, con un sistema de salud completamente privado; sin embargo, es el sistema de salud más caro e ineficaz del mundo. Además, es pertinente comentar que en el sector salud no se cumplen las leyes del mercado, en los términos en que se aplican a otros sectores productivos. Se trata, como dicen los economistas, de un mercado de competencia imperfecta, con demandas inelásticas, y otros elementos que le son característicos, convirtiéndolo en un terreno en el que no puede afirmarse que la privatización de los servicios de salud podrían garantizar, consecuentemente, su mejoría (Curcio, 1999).

Sin embargo, el enfoque neo-liberal ha planteado -así se viene aplicando en diversos países- que la salud es una mercancía, que no es un derecho social, que es un tema de responsabilidad individual, que cada quien debe pagar por los servicios que recibe y que el Estado se debería encargar de atender solamente a quienes no puedan pagar. En definitiva, la salud es, pues, según ese enfoque, un mercado de grandes posibilidades para la acumulación de capital. Por supuesto, esa visión no incluye la prevención ni la promoción de la salud: se limita al concepto de atención médica. Es una concepción reduccionista, ahistórica, abstracta y claramente mercantil en cuanto a la salud y la vida humana.

Por el contrario, afirmamos, y así se consagra en los Derechos Humanos conquistados por los pueblos y establecidos en las leyes y convenios internacionales suscritos por nuestro país, que la salud es un bien público, un derecho social; por lo tanto, el Estado debe garantizar el derecho que a ella tienen los ciudadanos. Cada quien debe recibir los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades. La salud colectiva debe regirse por los principios de universalidad, equidad, eficacia, eficiencia, calidad y democracia. La sociedad civil en su conjunto sí puede plantearse en este contexto el rescate de lo público, el control comunitario de la gestión pública sanitaria (Valla, 1999; Arteaga, 2000).

Es conveniente comentar que esta propuesta no significa que la comunidad se hace cargo y administra lo público, que el Estado se desentiende de lo público, del financiamiento de los servicios de salud, ni de su rol regulador (Carquez-León, 1995). Por el contrario, se trata de exigir el incremento de los recursos para el sector salud (no menos del 8% del PIB, según normas internacionales), pero bajo control comunitario, la población organizada ejerciendo la contraloría social. Se trata de impulsar una política de desburocratización, humanización y descentralización de los servicios gubernamentales de salud, de impulsar una política de rendición pública de cuentas por parte de los funcionarios que ocupan cargos directivos en el sector salud, que se les exija informar públicamente sobre los planes, la administración, los contratos, las compras, etc., y se les obligue a incorporar a la comunidad en la toma de decisiones. Este es el verdadero camino de la participación ciudadana en salud (Laurell, 1997).

El Estado como garante del bien común, expresión de la sociedad para el cumplimiento de los fines colectivos, ha sido progresivamente despojado de su rol pretendidamente neutral, y los ciudadanos se sienten expresados en él cada vez menos (Fleury, 1997). La relación Estado-sociedad en términos de equidad para todos sus miembros, que permita a la sociedad civil toda una interrelación armónica, ha devenido históricamente en la utilización y apropiación del Estado por parte de los grupos de poder económico o político de turno en el Gobierno, quienes lo colocan al servicio de sus intereses.

“Publitzar” como respuesta a la privatización neo-liberal.

Publitzar es un neologismo que intenta expresar el hecho de hacer público lo que en manos del Estado ha sido apropiado indebidamente por particulares, habida cuenta de que lo estatal es público, es decir pertenece a todos, es propiedad de todos los habitantes, de todos los ciudadanos, de un país.

Cunil (1977) utiliza de manera similar el término “publificar” y plantea la necesidad de volver la administración pública *“verdaderamente pública y democrática, en lugar de dominada por una burocracia autoreferenciada o por capitalistas interesados en apropiarse del patrimonio económico público”* (194).

En este mismo estudio hemos argumentado cómo el Estado latinoamericano, además de haber sido colonizado por los partidos políticos, en algunos casos hasta fusionarse con él, también ha sido apropiado privadamente por políticos y empresarios devenidos en mercaderes. Todo lo estatal es público, aunque no todo lo público es estatal, hemos afirmado. Sin embargo, históricamente en nuestros países, los bienes públicos han sido sometidos al proceso de apropiación descrito, directa e indirectamente, bajo múltiples formas.

El proyecto económico-político-ideológico neo-liberal, que de manera acelerada cubrió a Latinoamérica desde la década de los ochenta, planteó explícitamente la privatización y lo asumió con toda claridad como parte de **su política**, con la conocida argumentación de la ineficacia-ineficiencia del Estado, de que todo lo estatal es corrupto, y le agregó el pregón de la anti-política. Desde la sociedad civil y el pensamiento político de avanzada ha surgido la propuesta de rescatar lo público y se propone su publitzación. O'Donnell (citado por Cunil, 1977:229) comenta al respecto:

...el nordeste y toda la región amazónica de Brasil, la zona de la sierra en Perú y varias provincias del centro y noroeste de Argentina son ejemplos de la evaporación de

la dimensión pública del Estado y, en consecuencia, de la curiosa “objetivación” del Estado como un ente exclusivamente conformado por organismos que, en esas regiones, son de hecho parte de circuitos de poder privatizados y a menudo sultanísticos

La misma autora comenta luego:

La apropiación privada del aparato del Estado latinoamericano y, en definitiva, la deformidad de sus relaciones con la sociedad, expresada ,entre otros, en la preeminencia del paternalismo, del nepotismo y del clientelismo, ancla sus raíces en la matriz Estado-céntrica que se desplegó en América Latina sobre todo a partir de los años treinta.....se caracteriza por el síndrome de la hiperpolitización, y en consecuencia, por la difuminación de las fronteras entre el Estado, la estructura partidaria y la sociedad civil.(1977:304)

Esta apreciación del carácter del Estado y su relación con la sociedad civil retoma los aportes de Gramsci (Gallo, 1990) al concebir al Estado y a la sociedad civil como espacios donde se ejerce la hegemonía de la clase dominante y a la vez se construye la contrahegemonía que le disputa el poder. Allí se inserta, a los fines de nuestro estudio, el referente de la construcción de ciudadanía, de participación ciudadana: el ciudadano, como sujeto que no se ha podido realizar en el desarrollo del Estado capitalista.

Cunil (1977:246) agrega una reflexión sobre la “publificación”, referida a la democracia y a la manera de asumirla:

...un proceso de reforma administrativa orientado a la “publificación” de la administración pública no puede estar guiado por una lógica burocrática, ni por una lógica de mercado.....el marco reclamado es más de carácter institucional que organizacional y, sobre todo, político. Apunta, en este sentido, a un modelo de gobernabilidad democrática que tiene como ejes un tipo de autoridad basado en mecanismos pluralistas y participativos, y que se asienta en la coproducción de los bienes públicos, preservando la responsabilidad social de su ejercicio. Supone, en definitiva, la “publificación” de la

administración pública, pero esencialmente del propio Estado, como sistema de relaciones que implican al poder político para actuar sobre la sociedad.

Así pues, en América Latina el proceso de “publitzación” –o “publicación”- es tarea por realizar si se quiere avanzar en construir un nuevo Estado, un Estado de ciudadanos, que le rinda cuentas a la sociedad (accountability) ,a la que se debe, y que es su razón de ser. El proceso de privatización neo-liberal que ha vivido nuestra Región no ha mejorado la eficacia ni eficiencia del Estado, por el contrario, solo ha contribuido al saqueo inmisericorde al que han sido sometidas nuestras naciones (Carquez-León, 1995).

¿Qué entender por sociedad civil?

He aquí otro concepto con diversas connotaciones e interpretaciones, de particular importancia para nuestro estudio. En su evolución histórica se habla inicialmente de sociedad civil como lo opuesto a lo “incivil”, a lo no civilizado, aquella que se diferencia del “estado de naturaleza”, esto es, de la forma de la existencia humana antes del supuesto contrato social que le llevaría a una vida más civilizada, el momento en que surge el Estado. Luego se le interpreta como el ámbito de lo privado, de los intereses particulares, de todo lo que no es Estado, al cual se considera como lo público y lo político. Para Marx, la sociedad civil es el campo donde se establecen las relaciones de explotación del trabajo por parte del capital. (Lander, 2002).

En las concepciones más contemporáneas encontramos básicamente dos acepciones del término. Una, considera a la sociedad civil como ámbito de la vida colectiva, que no estaría regida por la lógica del poder, ni por la lógica del mercado, identificándola como algo bueno en sí mismo, como lo cívico, lo no perteneciente al Estado, pero tampoco al ámbito de lo popular, asumiendo un pensamiento antipolítico, antipartido, individualista, y antiestado. Es esta la concepción neo-liberal de la sociedad civil (Lander, 2002:27). Por la otra, se interpreta a la sociedad civil como parte de lo público, junto con el Estado, cuyo opuesto es el interés privado (lucrativo), basado primordialmente en el interés

económico (Castellanos, 2005). Este enfoque tiene su fundamento en la concepción de Gramsci (Gallo, 1990), quien a diferencia de Marx y de Lenin, concibe la sociedad civil como el conjunto de organismos (públicos y privados) que corresponden a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad, entendiendo por hegemonía el ejercicio del poder político (reproducción de la dominación de clase) que logra el consentimiento activo y voluntario de las clases subalternas, de los dominados. El Estado sería entonces la sociedad política más la sociedad civil, esto es, “hegemonía revestida de coerción”. Desde esta perspectiva se plantea la necesidad de la transformación cultural, ya que la revolución no sería solo un hecho económico y político. La transformación revolucionaria sería una conquista progresiva de posiciones a través de un proceso gradual de agregación de un nuevo bloque histórico (Fleury, 1990:41). Este planteamiento es particularmente importante e interesante a propósito del área de la salud, entendida en su acepción amplia, pues ésta sería una arena de lucha desde la cual se podría contribuir de manera decisiva a la conformación del nuevo bloque histórico que construya la contrahegemonía en la lucha por desplazar a la clase dominante del poder.

En nuestro medio se viene produciendo un importante y necesario debate sobre el tema de la sociedad civil. Lander (2002) se pregunta si tiene sentido, desde el movimiento popular, intentar siquiera rescatar el concepto, pues éste ha sido apropiado por sectores de clase media alta, blanca y racista, para pretender actuar en nombre de toda la sociedad. Por su parte, Gruson (1997:36), la define como “*el campo social de interacciones o espacio de relaciones entre el Estado y las Asociaciones*”, es decir, “*no se trata de uno o varios actores en específico, sino de un espacio donde cristalizan formas de relación entre actores*”, obviando el tema del poder o de las relaciones de dominación o de explotación. Desde el Tribunal Supremo de Justicia, de Venezuela, según sentencia de la Sala Constitucional del 30 de junio del 2000 (Renaud, 2002), se establecen los “criterios definitorios” sobre lo que es la sociedad civil:

-son asociaciones, grupos, e instituciones,

- están conformadas por venezolanos (as),
- no cuentan con subsidio externo,
- por su objeto (interés público, general, o social), permanencia, número de miembros o afiliados, y actividad continua, han venido trabajando desde diversos ángulos de la sociedad a fin de lograr para ésta una mejor calidad de vida;
- están desligadas del gobierno y de los partidos políticos, excluyendo las instituciones militares y eclesiásticas, y
- no puede ser representada por personas que se atribuyan tal representación sin respaldo alguno del conglomerado social.

A partir de allí M. M. Colmenares (2002: 31) define el término sociedad civil por lo que *no es*: *es lo que* no es gubernamental, no es mercantil, no es político, no es militar y no es religioso.

Por su parte el sacerdote jesuita Arturo Sosa (1997) plantea: *“Si hay ciudadanos habrá sociedad civil..... La sociedad civil es requisito para la democracia. Se requiere una sociedad civil politizada.....Una sociedad civil se caracteriza por actuar en lo público, en el terreno de la toma de decisiones sociales y su ejecución”* (452).

II.2.2.- Participación Ciudadana y Salud

Comenzando el nuevo milenio parece haber coincidencia en afirmaciones como, por ejemplo, que la democracia moderna debe construir ciudadanía -ya que es su fundamento-. Asimismo, se afirma que la construcción de ciudadanía conduce a la democracia plena y que sin participación no hay ciudadanía ni democracia.

Estamos en una nueva encrucijada histórica: en el proceso de entender y hacer la democracia. Las nociones, conceptos y categorías en las ciencias sociales no son ahistóricos. En cada situación, contexto histórico, político, social y cultural, el uso de cada término tiene connotaciones diferentes.

¿De qué democracia estamos hablando? ¿De qué ciudadanía? ¿Qué entendemos por participación?... ¿y por salud?.

Una vasta literatura se ha escrito sobre estos temas, de manera que nos obligaremos a centrar la discusión en cuanto al objeto de esta investigación: la participación ciudadana en salud en Venezuela y la nueva Constitución.

En esta sección nos proponemos revisar la posición de los diversos autores y las corrientes de pensamiento sobre el asunto e intentar asumir una aproximación acorde con los objetivos de nuestra investigación.

Sucesivamente veremos el concepto de salud, el de participación, el de participación comunitaria, el de ciudadanía, para arribar luego al de participación ciudadana, y posteriormente plantear sus alcances, niveles, finalidades e instrumentos.

II.2.2.a.- ¿Qué entendemos por salud?

Buena parte de los errores que se cometen en las prácticas, individuales y colectivas, en relación a la salud, incluyendo la participación social, tienen que ver con el concepto que hemos aprendido o utilizado en relación a ella. Asociamos salud a no estar enfermos, hablamos de política de salud como referida a médicos, medicinas, hospitales y enfermedades. También la participación de la comunidad en salud tendría que ver con la manera como las personas intervienen en relación a los centros asistenciales (ambulatorios u hospitales), o en el mejor de los casos, a tareas relacionadas con prevención de enfermedades o promoción de la salud. En verdad, de lo que nos hemos venido ocupando, “doctos e ignorantes”, es de lo que podríamos denominar “Atención Médica Reparatoria”, es decir, intentar la curación o reparación de máquinas humanas, o si acaso prevenir que las personas se enfermen. Muy poco o nada tiene esto que ver con lo que es salud. ¿Qué entender entonces por salud? ¿Siempre se ha tenido el mismo concepto de salud? Hablar de participación ciudadana *en salud*, ¿a qué se refiere?

Para intentar responder estas interrogantes haremos un breve bosquejo de la historia del concepto de salud desde la perspectiva del pensamiento médico; luego revisaremos la actual discusión y prácticas sobre lo que se entiende por salud, y finalmente arribaremos al concepto de salud que utilizaremos, cuya coherencia con el presente estudio pretendemos.

Breve historia del concepto de salud

El pensamiento mágico-religioso dominó desde tiempos ancestrales la explicación causal de la enfermedad, de manera tal que ante la población dioses y demonios se disputaban las bondades y desgracias de estar enfermo o de sanar. La *teoría naturalista* del cuerpo humano y de la enfermedad (teoría pre-socrática), en la Grecia antigua, rompería con tales concepciones, para luego continuar con la *Medicina Hipocrática*, centrada en los humores y sus desequilibrios como causa de salud y enfermedad. Vendrían posteriormente la versión *Galénica* y después la *Medieval*, todo lo que conformaría el *Paradigma de la Antigüedad Clásica* para explicar la salud-enfermedad (Laín Entralgo, 1982). Será apenas en el Siglo XVII, con Sydenham, que surge el *Paradigma Moderno*, que tendrá sustento en pensadores como Bacon, Locke, Galileo y Descartes. Este nuevo paradigma tendrá como elementos fundamentales el empirismo clínico, la clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas, y los esbozos de la perspectiva epidemiológica. Sucesivamente aparecerán diversos enfoques: la causa del daño son *las lesiones*, dirá la Escuela de Leyden (Alemania) desde la perspectiva anatomoclínica; luego el positivismo con la versión fisiopatológica argumentaría que las *alteraciones funcionales* eran las que provocaban las enfermedades; pero no tardó la *teoría microbiana* en culpar a diminutos, microscópicos seres, como causantes de los daños en el organismo. Se agregó luego en un intento integrador, el enfoque epidemiológico que no fue más allá de una *multicausalidad de factores* externos e internos, pero aún atado a concepciones naturalistas.

Todo el esfuerzo explicativo siguió atrapado en modelos biológicos para explicar la salud y la enfermedad, sin mayor éxito, lo que planteó nuevos

abordajes que no se hicieron esperar. Vinieron desde el campo de las ciencias sociales: la sociología, la antropología, la psicología y el psicoanálisis, que ofrecieron valiosos aportes.

El movimiento socio-médico alemán, aunque rápidamente derrotado, enunciaría la vinculación de las enfermedades con causas sociales; con impresionante visión integral proponían que el tratamiento de las enfermedades debían ser la prosperidad económica, la educación y la libertad. Virchow, en 1848, a la cabeza de este movimiento, proclamaba: ***“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala”*** (Doval, 2004:326).

Desde la Sociología médica aparecerán nuevos enfoques, tales como el funcionalista, de T. Parsons y otro, más historicista, con Sigerist. La Antropología hará una interpretación cultural y el enfoque de las representaciones sociales, de mucho valor en cuanto a la comprensión y manera de abordar el proceso salud-enfermedad, individual y colectivo.

La ausencia de explicación orgánica o biológica para los cuadros psiquiátricos (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, neurosis) evidenciarían el fracaso de las concepciones biologistas para explicar las enfermedades, con lo cual la psicología y la psiquiatría se posicionarían, añadiendo además el componente inconsciente, subjetivo, individual, a la manera de enfermar y curar.

A comienzos del siglo XX, la Salud Pública intenta ser una superación de la clínica; sin embargo, atrapada en el modelo bio-médico naturalista y el positivismo no logró ir más allá de estudiar la morbilidad y mortalidad ya no del individuo, como lo hacía la clínica, sino de las poblaciones. Si entendemos la clínica no como salud sino descripción, estudio y tratamiento de la enfermedad la podríamos denominar “enfermología individual”; asimismo, la salud pública, en consecuencia, bien podríamos denominarla “enfermología pública” (Granda, 1999). Por ello, en la actualidad se avanza en la elaboración del constructo *Salud Colectiva*, en lugar del tradicional concepto de Salud Pública (Almeida, 1999).

Hace menos de cuarenta años se ha producido, particularmente desde América Latina, un movimiento conocido como “Medicina Social”, que ha cuestionado el “*modo moderno de pensar*” en salud y ha producido valiosos aportes, todavía en debate, vinculados a la agenda post-moderna de la Teoría Social (Laurell, 1982; Vasco, 1988; Breihl, 1986; Castellanos, 1990).

Plantean, en lo fundamental, conceptualizar la *salud como un proceso* (el proceso salud-enfermedad), entenderla como un fenómeno social, como un hecho histórico, político y cultural, en el cual el trabajo y la clase social a la que se pertenece son determinantes en la manera de alternarse ese equilibrio dialéctico salud-enfermedad.

¿Qué se entiende actualmente por salud?

Todo este cuerpo doctrinario, apenas bosquejado, expresó a grandes rasgos la crisis de las teorías naturalista, ecologista y funcionalista para explicar la salud y la enfermedad.

El reto que está planteado hoy parte de entender el problema de la salud y la enfermedad como un proceso social. Esto implica darle un nuevo papel a las ciencias sociales en salud, integradas desde la perspectiva de la aproximación histórica al estudio de los problemas. Se trata de una concepción de la historia que implica un nuevo espacio para la integración de las ciencias sociales.

La reconstrucción de los procesos generales desde la historia estructural a partir de la interacción con las demás ciencias sociales, nos permitirá quizás comprender el proceso social e histórico de la salud de una nación así como en el contexto de las relaciones internacionales, es decir en el contexto de una economía-mundo concreta. Se trata de construir una epidemiología histórico-social, y una nueva semiología que supere el signo físico-químico para pasar al signo como realidad social y cultural, que permita reconocer en el individuo los signos de ese proceso de materialización (Quevedo, 1992). Entender cómo cada individuo pertenece a un proceso de historia local concreta y de qué manera en

ella se establece una forma determinada de andar por la vida en el contexto general de una economía-mundo (Tambellini, 1975).

Estos planteamientos nos conducen a repensar la concepción de la salud que hemos venido asumiendo. Aún hoy, en escenarios de importante nivel académico, se sigue repitiendo -como paradigma de supuesto pensamiento avanzado- que la salud es “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones*”, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Carta Constitucional* de 1946. La ruptura epistemológica que también en este campo se ha producido lleva a incorporar propuestas de cambio radical en los conceptos tradicionales. La discusión sobre salud lleva a concebirla hoy no como un **estado** sino como un **proceso**, y se incorporan los componentes histórico, político, cultural y ambiental a su definición (Castro, 2000). Todo ello conduce a afirmaciones como, por ejemplo, que la salud no está en la Medicina. Lo que hoy conocemos como Medicina es apenas una forma más de aproximación a la comprensión del proceso salud-enfermedad. El saber médico occidental es un saber entre otros; no es el conocimiento, es una manera más de conocer (Testa, 1989).

El debate continúa. Desde la perspectiva de la Teoría de la Complejidad (Morin, 1984) se propone una nueva ruptura epistemológica en relación al abordaje positivista convencional; o desde la física, la noción de “fractales” parece valiosa para la comprensión de la producción del conocimiento científico en salud. El “*orden a partir del caos*” (Atlan, 1981) o el engendramiento de lo “*radicalmente nuevo*” (Castoriadis, 1978) apuntan en la manera de pensar cómo la realidad concreta se estructura de modo discontinuo.

En resumen, del modelo naturalista biomédico, que evolucionó de la magia hacia la religión, y luego a la Filosofía, haciendo del ser humano doliente una máquina a reparar, o luego simplemente un desequilibrio funcional, se han estado produciendo secuencialmente rupturas epistemológicas considerables en diversos campos del saber, apuntando hoy a ubicar lo que entendemos por salud en una

perspectiva social, histórico-cultural y de recuperación de la condición humana perdida.

Nuestra opción: salud como calidad de vida

Del relato anterior, bosquejo histórico y caracterización de la discusión actual sobre el concepto de salud, podemos apreciar la complejidad del tema. A los fines del presente estudio hemos adoptado una definición que, en nuestra opinión, se adecua al momento histórico y político que vivimos, así como al nivel teórico-conceptual de la discusión.

Entenderemos salud como *calidad de vida*, esto es, no sólo atención médica a la enfermedad o a los enfermos, prevención de enfermedades o promoción de salud, sino que también comprende educación, vivienda, empleo, ambiente o recreación. *Es asumir salud como un derecho social, como derecho humano fundamental, y como responsabilidad del Estado*. De esta manera, la salud es entendida y asumida como una política pública; la política de salud como parte de la política social del Estado, y ambos, a su vez, como parte de un proyecto histórico de nación. En esta concepción la salud se entiende *como expresión de condiciones de vida y resultado de sus determinantes sociales*:

La salud revela las oportunidades equitativas que tienen personas y colectivos a la satisfacción plena de necesidades de calidad de vida... El acceso y la materialización de estas necesidades con equidad, es lo que determina la condición de estar y permanecer sano, desarrollando con autonomía y a plenitud todas las capacidades potenciales para realizarnos y transformar la vida, como seres humanos y ciudadanos sujetos de derechos". (MSDS – IAES, 2002).

Desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), se ha presentado una propuesta denominada “*estrategia de promoción de calidad de vida*”, cuya definición compartimos:

Estrategia de promoción de calidad de vida es un esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la

*autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por **autonomía** la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida. **Promoción** significa elevar o mejorar las condiciones de vida, iniciar o adelantar una cosa procurando su logro, es la acción o efecto de moverse hacia la superación de los problemas ... la calidad de vida representa, dentro de una perspectiva política que busca la universalidad de los derechos sociales con equidad, que todos y todas tengan igualdad de acceso e igualdad de oportunidades al pleno desarrollo y preservación de la autonomía como seres humanos y ciudadanos según las necesidades de cada quien, en forma individual y colectiva. Este pensamiento **exige el compromiso político de construir una ciudadanía social o de derechos sociales** y rescatar la función sustantiva de las políticas públicas en resguardo del interés colectivo”.* (MSDS – GTZ, 2002:10).

II.2.2.b.- Concepto de participación

Si algún término es utilizado de las más diversas maneras y con diferentes acepciones es el de participación, referido a la comunidad, a la gente, a la democracia y en general a muchos ámbitos de lo social. De ser un concepto utilizado sobre todo por socialistas o demócratas, hoy está en boca de conservadores y neo-liberales. Hasta el Banco Interamericano de Desarrollo publicó un Manual sobre Participación. Casi una panacea y alivio para todos los males. En palabras de Hopenheyn:

Insistir sobre el carácter inequívoco del concepto de participación parece, a estas alturas, un ejercicio gratuito. Cada vez mas la palabra, a lo largo y ancho de todo el arco político, es reivindicada por corrientes tan diversas como el neo-liberalismo, el neo-estructuralismo, la democracia cristiana, el socialismo renovado, el anarquismo. Y en general, toda forma de populismo. Se ha convertido en una referencia obligada de planes y programas de desarrollo, de manifiestos ideológicos y de campañas presidenciales. (En: Palma, 1994: 48).

Participar, del latín *participare*: *pars* (parte) y *capere* (tomar). Etimológicamente, significa “**tomar parte**” en algo, referido a una persona.

También significa “**compartir**” algo con alguien, según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2004). Así, la participación sólo es posible en 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.

Si la asumimos en términos genéricos, la participación sería tan antigua como la humanidad misma; de allí la importancia de precisar y delimitar el término.

A los fines de esta investigación, sin embargo, nos remitiremos a la idea de la participación **social**, que con mayor frecuencia se utiliza en el ámbito de las ciencias sociales y políticas.

Palma (1994) intenta presentar un “ordenamiento” del término de acuerdo a diferentes conceptualizaciones y nos habla de tres significados posibles: desde la **perspectiva neo-liberal** se plantea que los individuos se desenvuelven en un escenario neutro, donde cada uno avanza según su propio empeño o, en otro ángulo, como la capacidad individual para incorporarse en las oportunidades del mercado; otro enfoque es el de quienes consideran **la participación como un rasgo, técnicamente necesario a las nuevas políticas sociales**, y sus metas son la eficacia, la eficiencia y la autosostenibilidad; es una visión compatible con las propuestas socialdemócratas enclavadas en una concepción funcional y subordinada, pues las iniciativas son decididas, diseñadas y controladas por el aparato técnico burocrático gubernamental. Una tercera perspectiva entiende **la participación como una “práctica”** cuyos propósitos se ubican en la línea de “*desarrollo de las personas que participan*”, inspirados en la conceptualización de “acción” de Hanna Arendt (1993): “*el sujeto se construye en el mismo acto en el que construye su mundo de vida*”. Las políticas participativas serían las que facilitan el “desarrollo personal”, ya que incorporan al individuo con iniciativa y responsabilidad, lo cual es distinto de incluir “usuarios” en cursos pre-

establecidos y controlados por otros. Palma denomina “sustantiva” a este último grupo de participación.

La participación es, en definitiva, un acto social, colectivo, y al mismo tiempo una decisión personal. De esta manera incorpora dos elementos que son complementarios: *“La influencia de la sociedad sobre el individuo, pero sobre todo la voluntad personal de influir en la sociedad”* (Merino, 1999).

La participación social, y por ende la participación ciudadana en general, y en particular en el área de la salud, por supuesto abarca todos los sectores y niveles de la sociedad. Sin embargo, a los fines de la presente investigación nos referiremos en el análisis *fundamentalmente, aunque no exclusivamente*, a los sectores populares. Existe en nuestro medio una clara diferencia en el acceso a los servicios asistenciales de salud por parte de los sectores de clase alta y clase media con respecto a los sectores populares. La participación ciudadana en salud por parte de los sectores con mejores condiciones socio-económicas en nuestra sociedad están referidos fundamentalmente , o casi con exclusividad, a la utilización de los servicios privados de atención médica, que por cierto se han incrementado notablemente en nuestro país en las últimas décadas como parte del proceso de privatización del sector salud (Carquez-León, 1995), lo que plantea un carácter también diferente de la nueva relación Estado-Sociedad que se está gestando con estos sectores. De todas maneras es importante tener en cuenta como, a raíz del incremento de la franja de pobreza, que habría ascendido en Venezuela del 42 %, en 1999, a 53,9 %, en el 2003 (Maingon, 2004), cada vez mas sectores de la denominada clase media vienen recurriendo a los servicios públicos de salud, y se vienen planteando su participación respecto al Estado en esta área, bien sea en asuntos como la seguridad social, el funcionamiento de las Fundaciones de salud que se han creado en los Estados ante el deterioro crónico de los servicios, la legislación sobre salud, o los seguros privados de hospitalización-cirugía-maternidad y los centros de atención médica que cubren a trabajadores del Estado en la mayoría de los Ministerios, gobernaciones y dependencias gubernamentales, entre otros.

Debido a que la participación social hace referencia a personas y a las situaciones o relaciones a quienes está referida, es necesario establecer y precisar los alcances, formas y mecanismos en los que pueden desarrollarse tales grados de participación. Seguidamente intentaremos dar respuesta a estos problemas, con el objeto de elaborar un encuadre conceptual que nos permita delimitar el alcance de nuestro objeto de investigación.

II.2.2.c.- La participación comunitaria en salud

La Participación Ciudadana en el sector salud es un hecho históricamente muy reciente; más aún, si utilizamos el concepto que asumiremos a los efectos de esta investigación, en rigor sólo podríamos hablar como tal de lo que acontece en las últimas décadas en el ámbito internacional, y de los años noventa en adelante en el caso de Venezuela. Lo que se produjo con anterioridad, y podemos considerarlo como su antecedente, fueron *acciones de participación comunitaria* en el área de la salud, vinculadas a las políticas de desarrollo social, desde mediados del siglo XX.

Haremos entonces una revisión del uso del término *participación comunitaria*, estableciendo históricamente cuándo y dónde se ha utilizado, en qué contextos y con cuál significado, para luego precisar el uso de este concepto en nuestros días y adoptar una definición. Entonces abordaremos la definición de participación ciudadana.

Aproximación histórica al concepto de participación comunitaria en salud

Como afirmamos en las líneas precedentes, no podríamos caracterizar como Participación Ciudadana en Salud la manera como la comunidad intervenía en asuntos que tuviesen que ver con las actividades del Estado relacionadas con la atención a los enfermos, a la curación o prevención de enfermedades, o en todo caso las referidas al desarrollo social. A tal tipo de acciones en todo caso se les podría denominar participación comunitaria en salud. Revisemos este concepto.

Si la participación comunitaria en salud la entendemos como esfuerzo colectivo y apoyo mutuo tendríamos que referirla a la historia de la sociedad misma. Por ello, es necesario precisar que al utilizar el término participación comunitaria en salud nos estamos refiriendo a la participación de la comunidad *referida a los programas de desarrollo social*, orientada hacia la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades. En estos términos, es apenas desde mediados del siglo XX, a nivel mundial, que le ha sido asignada importancia a la participación social, y relacionada con ella a la participación en salud, la cual se ha incrementado progresivamente. Ya veremos cómo, en relación a salud, la *Declaración de Alma Ata* (OPS, 2004), que define la estrategia de Atención Primaria en Salud, será un momento clave y determinante de este proceso. Este desarrollo también tiene que ver con la manera como se ha entendido históricamente lo que es salud.

En la revisión de la bibliografía internacional encontramos que en EEUU, en la propuesta de trabajo social denominada “organización de la comunidad”, en la década de los veinte, aparece por primera vez el planteamiento de la participación comunitaria, como respuesta a los cambios sociales que se producían para ese momento en ese país (Ander-Egg, 1992).

Luego, a finales de la década de los cuarenta, se reseña la participación de la comunidad en los programas de desarrollo social, y por ende en salud. Tal planteamiento se asocia a los programas de acción social destinados a preparar la fuerza de trabajo que se requería en el mundo neo-colonial (Ander-Egg, 1991). Ese movimiento fue denominado “*desarrollo comunitario*” y “*propugnaba que los miembros de una comunidad desempeñaran un papel destacado en sus propios programas de desarrollo*” (Rifkin, 1990:4, citado por Aguilar, 2001: 39).

En la década de los cincuenta, debido al impulso dado por la Organización de Naciones Unidas (ONU), el desarrollo de la comunidad aparece claramente en países de Asia, África y América Latina. En 1955, en uno de sus documentos se define el desarrollo de la comunidad como “*un proceso destinado a crear*

condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de ésta, y la mayor confianza posible en su iniciativa” (NN UU, 1955, citado por Aguilar, 2001: 42). Con mayor precisión se señala: *“son los procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar estas a la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional”* (NN UU, 1955; citado por Aguilar, 2001:6). Ya se habla allí, explícitamente, de la participación comunitaria en los servicios de salud referidos a prevención, saneamiento ambiental y educación sanitaria.

En América Latina, las primeras referencias aparecen a finales de esa misma década, promovidas por el traslado de expertos norteamericanos y vinculadas a los intereses de las empresas estadounidenses en nuestros países. Es planteada la participación comunitaria como parte del “autodesarrollo” (Ander-Egg, 1963; Acedo Mendoza, 1967; Ravel, 1968). En todo este período la participación comunitaria está asociada al desarrollo social capitalista y a las necesidades de las empresas internacionales con el fin de contar con mano de obra barata, abundante y saludable, actividad que pone de manifiesto una visión tecnocrática, paternalista y utilitaria en relación a las comunidades por parte del Estado. No se trata pues de una acción de y con la comunidad, sino desde arriba, desde el aparato gubernamental, sobre y para la comunidad.

Definición, alcances y mecanismos de la participación comunitaria

Asumiremos como definición de participación comunitaria

el proceso social en virtud del cual grupos específicos, que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas. (Aguilar, 2001:XV).

Tal participación puede tener diversos alcances: como participación en los beneficios y mejora de las condiciones de vida, como esfuerzo o contribución de la gente, como participación en los servicios, en la planificación de acciones sanitarias, o aún como cogestión y autogestión de programas de salud.

Asimismo, la participación puede llevarse a cabo a través de diversos mecanismos -comités de salud, consejos de salud u otros-, dependiendo de las circunstancias e incluyendo el marco jurídico de referencia. Puede ser realizada en los diversos niveles de gobierno: barrial o comunal, parroquial, municipal, estatal y nacional. Todo ello sujeto a las características sociales y culturales de una comunidad y sobre todo al momento histórico y político que atraviese cada país.

Lo planteado hasta ahora en las líneas anteriores como participación comunitaria se fue aplicando al área de la salud. De manera que **la participación comunitaria en salud** a nivel internacional se plantea en el siglo pasado particularmente después de la post-guerra, en los años sesenta, sobre todo a partir de las notables deficiencias del sistema médico-sanitario tradicional, para mejorar el estado de salud de la mayoría de las personas y con el reconocimiento de que la política de salud pública debía integrarse con las políticas de desarrollo social (Rifkin, 1990).

Tal desarrollo contribuyó a redefinir el concepto mismo de salud y dio lugar a la concepción de la denominada estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Incluso la definición de salud emanada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), expresada en su *Carta Constitucional* (1946) como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones*”, es sometida a diversas críticas, pues se le considera como abstracta, ahistórica o utópica. Nuevos planteamientos conceptuales enfatizarán otros aspectos. Así, por ejemplo, el Ministro de Salud canadiense, Lalonde (1974), elaboró un modelo en el cual establece cuatro subsistemas en el nivel de salud de una comunidad: biología humana, medio ambiente, estilo de

vida y sistema de asistencia sanitaria; todos ellos influenciados por los factores sociales.

No parecía quedar duda de que la política de salud pública debía integrarse a las políticas de desarrollo social de un país y que los servicios de salud no podían quedar exclusivamente en manos de los médicos.

En 1978, las autoridades sanitarias de 140 países, reunidos en la Conferencia de Alma Ata (OPS, 2004) declaran la estrategia de “Atención Primaria en Salud” (APS), definiéndola como:

*La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, **mediante su plena participación** y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, **en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación**. La Atención Primaria en Salud (APS) forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del cual constituye el núcleo central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar en donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (subr. nuestro) (OPS, 2004).*

Esta declaración incorpora elementos nuevos y de gran importancia para la participación comunitaria: las prácticas sanitarias deben ser aceptadas por la comunidad, no impuestas por gobiernos u organismos, y la comunidad debe tener plena participación en las acciones sanitarias. Establece que la APS se propone garantizar atención de calidad, integral, entendida como parte del desarrollo social; exige la existencia de un sistema de salud que funcione por niveles, posea integración intersectorial y garantice universalidad (atención a toda la población),

y establece que la salud es un derecho y un deber del individuo y de la comunidad.

“La salud es un derecho humano fundamental” y su logro “es un objetivo social”. “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y de su atención de salud”. “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial... puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación”. “La atención primaria de salud... exige y fomenta en grado máximo la auto responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud... y desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar”. Son estas citas textuales de la *Declaración de Alma-Ata (OPS, 2004)*. Sin embargo, a veinte y dos años de estos enunciados, la situación en salud, en general, y en participación comunitaria o ciudadana, en particular, no parece haber mejorado sustancialmente (León U., 2001).

Entender la salud como **“un derecho humano fundamental”** ubica claramente la diferencia con la concepción neoliberal que entiende la salud como un bien individual, un objeto de mercado, una mercancía. Un derecho humano es una responsabilidad del Estado, y es un derecho-deber de las personas y las comunidades. Así lo ratifica la APS: *“el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y de su atención a la salud”*.

Según esta visión, la participación comunitaria no se limita a un aspecto particular o utilitario de la acción individual o colectiva al afirmar, en la Declaración de Alma Ata, que la APS *“exige y fomenta en grado máximo la auto responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la **planificación, la organización, el funcionamiento y el control** de la atención primaria en salud”*.

A partir de la *Declaración de Alma Ata*, los gobiernos de la mayoría de los países y de muy distinta manera, han incorporado la participación de las comunidades en sus políticas de salud.

II.2.2.d.- Participación ciudadana y ciudadanía

Intentaremos ahora clarificar lo que entendemos por ciudadano, ciudadanía y participación ciudadana, su vinculación con las políticas públicas, y algunas precisiones de su relación con el concepto de democracia, considerando los enfoques actuales sobre estos temas, para arribar a la noción de participación ciudadana, y su aplicación al área de la salud.

Se define como ciudadano a la “*persona considerada como miembro activo de un Estado, titular de derechos políticos y sometido a sus leyes*” (DRAE, 2004), y por ciudadanía: “*la cualidad y derecho de ciudadanos... conjunto de personas de una población o país, que reúnen los requisitos para ser considerados como tales, y por lo tanto tiene derechos políticos*” (DCSP, 1989). Planteado de esta manera, sin embargo, ciudadano o ciudadanía tienen un carácter estático y pasivo, o no van más allá de la ciudadanía civil o política. Veamos el enfoque histórico y su relación con el tema del poder.

La noción de ciudadanía se remonta a la ***polis*** griega, ejemplo clásico de la denominada democracia directa, donde la representación y la participación se ejercían directamente pues *no había delegación de poder* en otra persona, ni representación de unos por los otros, ya que el poder lo ejercía cada ciudadano directamente. Para ese entonces, sin embargo, se reconocían como ciudadanos solamente a los hombres libres, con bienes de fortuna. No se consideraban como ciudadanos a esclavos, plebeyos, ni a las mujeres.

Durante la Edad Media, la condición de ciudadanía como tal no existía pues *el ejercicio del poder tenía un carácter religioso* y se obtenía por gracia divina como proveniente de Dios, recayendo en el Rey, quien lo ejercía de manera

exclusiva, sin que la participación social tuviese posibilidad alguna de incidir en sus actuaciones, por supuesto.

Con el advenimiento del capitalismo y el surgimiento de los Estados Nacionales *se reconoce para el pueblo el status de ciudadanos* y se separa la participación y la representación del individuo en su accionar social; surge así la *democracia representativa* o delegativa: la persona ya no ejercerá directamente el poder, sino que estará representada por otro quien lo ejercerá en su nombre, *delega su poder de decisión en otra persona mediante el voto*. Con el desarrollo del Estado capitalista se irá construyendo la ciudadanía como se le conoce en la modernidad: *se trata de una construcción histórica y política* que se expresa en la relación Estado-Sociedad como Participación Ciudadana. En la visión clásica de Marshall (1998) se otorgarán progresivamente al individuo: primero, los derechos civiles; luego, los políticos, y posteriormente, los sociales. La democratización histórica de Europa Occidental, muestra como *los Estados se vieron progresivamente obligados* a conceder a sus ciudadanos esta serie de derechos. Así pues, la ciudadanía implica teóricamente la garantía para todo ciudadano de la igualdad política y civil delante de la Ley, y la protección social del Estado.

Para Adela Cortina (1998:76) *“la ciudadanía une las ideas de justicia y pertenencia”*, y agrega: *“ciudadano es el que pertenece a una comunidad... Para pertenecer a una comunidad uno tiene que sentirse ciudadano y perteneciente a esa comunidad (el Estado), la cual debe protegerlo”*.

De esta relación Estado-ciudadano surgen las políticas sociales y su vinculación con la noción de ciudadanía:

*Comprendemos las políticas sociales como una relación social que se establece entre el Estado y las clases sociales, en relación con la reproducción de las clases dominadas, que se traduce en una relación de **ciudadanía**, esto es, un conjunto de derechos positivos que vincula al ciudadano con su Estado.* (Fleury, 1997:73)

En las últimas décadas del siglo XX el concepto de ciudadanía ha sufrido importantes cambios. Para finales de la década de los 80 parecía no haber ninguna posibilidad alternativa de futuro distinta al mercado globalizado y la democracia representativa; se hizo célebre Fukuyama (1989) con su artículo: “¿*El fin de la historia?*” (Gil, 1999). Sin embargo, la crisis del sistema capitalista mundial volverá a poner a la orden del día la búsqueda de alternativas. Kymlicka (1997:2), en un trabajo producto de la revisión de la teoría de la ciudadanía, titulado “*El retorno del ciudadano*”, señala que si para 1978 se podía afirmar que el concepto de ciudadanía había pasado de moda entre los pensadores políticos “*quince años más tarde se ha convertido en una palabra que resuena a todo lo largo del espectro político*”.

El concepto político de ciudadanía adoptará varias perspectivas, que actualmente continúan en debate. Hay autores que proponen avanzar más, profundizando en el desarrollo de los derechos sociales inherentes a la concepción de ciudadanía, amenazados por el proyecto neoliberal (García, 1999). Otros plantean desarrollar nuevas clases de derechos, como los derechos colectivos (Kymlicka, supra). Estos planteamientos abarcan la perspectiva del desarrollo de la ciudadanía dentro del Estado. En otra perspectiva, hay otros autores que plantean el reconocimiento supraestatal o internacional, fuera del Estado, de una ciudadanía cosmopolita (Nussbaum, 1999) que contraponen al patriotismo comunitarista.

La discusión sin embargo va más allá, pues no se trata sólo de la comprensión de la ciudadanía como parte del Estado, hacia adentro o hacia afuera, sino la perspectiva de asumir *la ciudadanía como externa al Estado*, y aún más, *teniendo supremacía respecto a él*. La ciudadanía no dimanaría del Estado, sino de la Sociedad Civil. Este planteamiento se separa de la concepción de Marshall, quien coloca a los ciudadanos como receptores pasivos de derechos otorgados por el Estado (ciudadanía pasiva) y mas bien le otorga a los ciudadanos un carácter activo, al considerarlos sujetos que autodeterminan su propio civismo (ciudadanía activa). Aquí se ubican los teóricos de la “democracia radical”, en cuya corriente

encontraremos varias posiciones. Agnes Heller (1982) desde los años setenta ya lo planteaba como la nueva vía al socialismo, en su artículo: *“El socialismo como radicalización de la democracia”*. Bresser (1999: 36) lo plantea en la perspectiva del *“control de las políticas públicas por parte del tejido asociativo: la propia sociedad civil debe aprender a controlar y pedirle cuenta a los poderes públicos por su falta de ‘accountability’ (responsabilidad de las instituciones de rendir cuenta por el manejo de lo público)”*. Por su parte, Chantal Mouffe (1999) sostiene la tesis de la ciudadanía radical tanto contra el pensamiento comunitarista como contra el individualismo liberal basado en su planteamiento de *“la democracia como conflicto regulado y no como consenso racional”*.

Avanzamos entonces hacia una redefinición de la relación Estado-sociedad en la cual el ciudadano puede colocarse como el eje del proceso, en la perspectiva de un desarrollo que coloque al ser humano, y no a la economía y al mercado, en su centro. Definiríamos así al **ciudadano** como

un sujeto de derecho plenamente asumido, no sólo desde las instancias estatales, sino también desde sí mismo, reconociéndose como actor protagónico y crítico en el conjunto de lo público, con valoración política de sus acciones. Este ciudadano asume lo público como un espacio de participación que le permite trascender la cultura individualista, reconociéndose en su pertenencia de base colectiva, donde su accionar es transformador, creativo e innovador. Asimismo, posee capacidad para incidir en la jerarquización de las necesidades, en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas. Sin embargo esto no lo diluye en la acción del Estado, sino que lo convierte en un ente interlocutor y contralor que puede compartir la responsabilidad con el aparato institucional del Estado. (CONSALUD, 2001:48)

En esta misma perspectiva, asumiremos el siguiente concepto de **ciudadanía**, según Calderón (citado por D’Elia, 2002:21):

es un mecanismo de construcción de poderes que se asocia con la igualdad, donde cada persona se asume con los mismos derechos que los demás y es considerada por los

otros como igual, dentro de un orden institucional plural y abierto, contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades políticas de la sociedad para dominar sobre sus propios destinos y a la organización de respuestas que articulen en lo colectivo objetivos dirigidos a impactar en las condiciones de calidad de vida de los diferentes grupos sociales con universalidad y equidad.

Se entiende en este contexto por **universalidad**:

garantizar los derechos sociales por igual a toda la población. Desde esta perspectiva, toda persona tiene derecho a realizar sus aspiraciones de salud, educación, ambiente, trabajo, vivienda, protección social, entre otros, incluyendo el derecho a no ser de ninguna forma discriminado/a o excluido/a del ejercicio de estos derechos. (14).

Por equidad, entendemos “la búsqueda de la ‘igualdad en la diversidad’; es reconocer que todos necesitamos cosas distintas en tiempos diferentes, combatiendo todo aquello que haga de estas diferencias expresión de desigualdad” (15). Así, la universalidad con equidad

es entonces la máxima expresión de justicia, entendiendo lo justo como lo que se necesita, es decir, responder a cada uno según su necesidad dando más a quien tiene menos y menos a quien tiene más. A necesidades diferentes corresponderán respuestas diferentes (equidad vertical) y a necesidades iguales respuestas iguales (equidad horizontal). (15).

La ciudadanía, sin embargo, no está dada, no existe *per se*, como algo que puede ser tomado o no, a conveniencia; al igual que ser ciudadano no se puede considerar como una condición natural, inherente a la persona. Bien lo sintetiza la consigna del movimiento sanitario brasileño: “*Del habitante que mendiga al ciudadano que decide*”. La ciudadanía, y el ser ciudadano, se construyen. Son un proceso social, histórico y cultural inclusive, producto de la interrelación de la población con el Estado. Como proceso de construcción puede alcanzar niveles distintos de desarrollo; puede expresarse como una ciudadanía “mínima”, en algunos casos casi inexistente, en otros casos con mayor grado de desarrollo. Esta

relación dinámica Estado-sociedad y el proceso de construcción de ciudadanía no es necesariamente armónica, ni en ella se preservan los grados de autonomía deseables para el Estado y para la sociedad; por el contrario, sin asumirlo como una relación irreconciliable, debe entenderse como un espacio de conflicto y negociación, como una arena de relaciones en permanente tensión.

En nuestros países es frecuente observar cómo el Estado ha invadido el espacio de la sociedad civil, y de la misma manera, cómo los partidos políticos y los grupos de interés, particularmente sectores de la economía privada, colonizan el Estado, lo invaden y tienden a apropiarse de él para fines particulares.

Afirma de manera contundente Sonia Fleury (1997:196):

...la constitución del Estado y la consolidación de la nacionalidad de la cual el desarrollo de la ciudadanía es al mismo tiempo producto y parte esencial del proceso de institucionalización del poder político sucedió en América Latina prescindiendo de la dimensión republicana de la democracia, por la cual entendemos no sólo el establecimiento de reglas abstractas universales como, fundamentalmente, la separación entre lo público y lo privado.

Las diferentes formas de corrupción de esta relación (prebendarismo, patrimonialismo, clientelismo, corrupción) así como la ausencia de la noción de prestación de cuentas del gobernante o “accountability” demuestran que los gobiernos democráticos en la región, aún cuando propician el ejercicio de los derechos sociales, civiles y políticos (de forma más amplia o más restrictiva) no alcanzan a romper con la estructura autoritaria que sirve de amalgama al sistema político. La ausencia de la dimensión republicana (etimológicamente res-publica significa cosa pública) se manifiesta en la cosificación del orden social elitista y en la imposibilidad de constitución del individuo como sujeto político...

De esta manera nos encontramos con un deber ser sobre el ciudadano y la ciudadanía confrontados con una matriz histórica, política y cultural que nos debe llevar a situar la discusión en sus justos términos. Ser ciudadano y construir ciudadanía son hoy, en nuestros países, un proyecto inacabado, en algunos casos embrionario o casi inexistente. No se trata solamente de otorgar derechos, de

consignarlos o establecerlos en un marco legal; el problema es hacerlos realidad, efectivizarlos. Y esto no es una concesión graciosa de gobernantes, es un proceso en el cual cada uno de los miembros de una sociedad es corresponsable de forjar su condición de ciudadano y de construir ciudadanía. Es una decisión individual y una responsabilidad personal de participar en actividades públicas, construyendo relaciones colectivas dirigidas al bien común, al bienestar de todos.

Aún asumiendo la opción de ser ciudadano, no es ésta una vía unidireccional. Hay diversas concepciones y prácticas sobre el ejercicio de ciudadanía, sobre lo cual volveremos posteriormente. Apuntemos ahora, a grandes rasgos, las dos modalidades prevalecientes: una concepción de ciudadanía pasiva, limitada, “mínima”, que no va mas allá de una relación paternalista o dependiente respecto al Estado, y otra concepción de ciudadanía activa, amplia, crítica, que se construye, y que reivindica una relación autónoma con respecto al Estado, que incorpora al individuo como un sujeto de derecho plenamente asumida. A esta última hemos denominado **ciudadanía plena**.

Políticas públicas y Participación Ciudadana

El tema de la ciudadanía y el de políticas públicas son inseparables:

Las políticas públicas, en cuanto instrumento de construcción de ciudadanía, se refieren a la obligación ética y política de los estados (gobiernos y otros espacios organizativos de lo público) de satisfacer los derechos correspondientes a sus ciudadanos: civiles, políticos y sociales ... En un Estado democrático contemporáneo, los derechos son la base de la ciudadanía, y las políticas públicas son los instrumentos para la satisfacción de dichos derechos por parte del conjunto de la sociedad, para con todos sus ciudadanos ... Las políticas públicas expresan la condición de ciudadanía. (Castellanos, 2004: 22).

Sin embargo, en la visión tradicional -como la hemos observado en su práctica en nuestros países- las políticas públicas han sido más un asunto vinculado a la planificación concebida desde el gobierno como una tarea

reservada a la burocracia y a los expertos. Parte de la crisis del modelo imperante tiene que ver con esta concepción que plantea la formación de las políticas públicas como un asunto de carácter técnico. El fracaso de buena parte de las políticas públicas, sobre todo en el área social, son clara consecuencia de ello. En la discusión sobre la necesaria redefinición de las relaciones entre el Estado y la Sociedad en América Latina el tema de la formación de las políticas públicas ha estado presente y se le ha ido dando un giro desde la planificación normativa hacia la planificación estratégica, así como se ha planteado la necesidad de *“devolverle al estudio de las decisiones públicas su dimensión propiamente política”* y la necesidad, en consecuencia, de la *“incorporación de la noción de poder como una variable esencial”* (Álvarez, 1992:10).

La participación de los ciudadanos en la formación de las políticas públicas ha venido cobrando cada vez mayor vigencia e importancia. Al menos en el discurso, pareciera haber consenso en la necesidad de consultar, tomar en cuenta, la opinión y las propuestas de la comunidad, a la hora de planificar, diseñar las políticas o definir el rumbo de los lineamientos generales, sobre todo en las políticas públicas sociales. En los hechos es muy poco lo que se ha avanzado. En realidad, la participación social en la formación de las políticas públicas se limita a la influencia de los sectores de mayor capacidad económica y con mayor poder político, los más organizados, que no hacen otra cosa que reproducir las relaciones de poder existentes y beneficiar a los sectores que ya disfrutaban las mejores condiciones.

Parte de los retos que tiene planteada la democracia en nuestros países tiene que ver con una nueva relación Estado-sociedad, en la cual la participación ciudadana juegue un rol fundamental en la formación de las políticas públicas. Pero no sólo esto. Se requiere además que la sociedad ejerza un rol contralor en relación al Estado, que contribuya a la vigilancia de lo público, a la desburocratización del Estado, a la transparencia en la administración de los recursos públicos por parte del Estado, que se produzca un efectivo control social-comunitario de la gestión pública. Álvarez (33) plantea la necesidad de la

formación de políticas públicas sociales en un modelo democrático y social que atienda tanto la *eficacia social* como la *viabilidad política*, diferenciándolo tanto del modelo populista como del neo-liberal:

Una política socialmente eficaz genera la iniciativa, estimula la participación y compromete la acción de los beneficiarios en la formulación de los problemas, en la búsqueda de soluciones y en la ejecución de las actividades que, en el mediano y largo plazo, minimizan la necesidad de la intervención gubernamental.

El modo populista-conciliador de desplegar políticas privilegia la viabilidad política (en tanto que hay una preocupación básica por minimizar el conflicto social) por sobre la eficacia. Los enfoques neo-liberales de las políticas sociales privilegian la eficacia económica por sobre la viabilidad política

Es importante acotar que las políticas públicas sociales no sólo tienen que ver con la satisfacción de necesidades y la redistribución del ingreso como responsabilidad del Estado, pero también, y con carácter fundamental, se refieren a la construcción y fortalecimiento del *capital social* de las poblaciones: “*por eso las políticas públicas han de ser culturalmente adecuadas y han de promover la cohesión, la organización, la participación social, y las redes de solidaridad*” (Castellanos, 2004:19). Como lo plantea Putnam (citado por Castellanos, 2004:19): el capital social es ese bien intangible que constituye la base de la cohesión, la confianza y la solidaridad social, que son a su vez la base de la democracia.

Democracia y ciudadanía

No hay democracia sin ciudadanos. No hay ciudadanía posible sin democracia. El neo-liberalismo es incompatible con la construcción de ciudadanía. La globalización neo-liberal no es posible en democracias de ciudadanos. Tales afirmaciones son elementos de la discusión que desde el pensamiento social progresista conforman parte del debate contemporáneo sobre la democracia (Bobbio, 1984; Touraine, 1991; Castellanos, 2004; Fals Borda,

1986 ; Palma, 1994; Dieterich, 2003; Harnecker, 1999; Chomsky, 1992; Fleury, 1997; González Casanova, 1986; Mires, 2000; Silva Michelena, 1986; O'Donnell, 2004; Dahl, 1988; Giddens, 2002). Edgardo Lander (1996), incluye 1.058 referencias bibliográficas sobre el tema. Desde el campo neo-marxista, tiempo ha se elevaron voces planteando que el socialismo verdadero no puede ser otro que la profundización de la democracia liberal, la “democracia radical”, como lo plantea entre otros Agnes Heller, discípula de Lukács, desde los años 70 (Ibáñez, 1991). Pero, por otra parte, no por casualidad, la más reciente publicación del PNUD se titula: “*La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*” (2004). Desde el pensamiento liberal también hoy la discusión sobre la democracia está a la orden del día.

En América Latina particularmente, después del tenebroso túnel y la larga noche que representaron las dictaduras militares a finales del siglo pasado, hoy, en todo el continente, la democracia es el sistema de gobierno que domina el panorama político y es defendida por los más diversos sectores. Lo que no se logra en ese aparente consenso es ponerse de acuerdo sobre dos aspectos que lucen fundamentales: ¿de qué democracia estamos hablando? y ¿cómo logran las democracias imperantes superar la pobreza y la inequidad en la región, considerada la más desigual del planeta, la región de mayor polarización social del mundo? (Kliksberg, 2001). Más allá de los discursos habría que agregar otra pregunta: ¿cuánta participación ciudadana toleran nuestras democracias?.

En la introducción de la publicación del PNUD, referida anteriormente, se plantea que el *concepto de democracia* no debe limitarse a su funcionamiento como régimen político sino que la considera “*una forma de organización de la sociedad en cuyo centro se sitúa la necesidad de expandir la ciudadanía como condición fundamental para la gobernabilidad de los países, y la paz y la seguridad de las regiones y del continente*”. (27).

Aquí se plantea un conjunto de temas para la discusión, variadas interrogantes para la reflexión, todas *líneas de investigación* urgidas de hallazgos

y respuestas que contribuyan a la transformación de nuestras aún muy frágiles estructuras y procesos democratizadores en la Región Latinoamericana.

No pretendemos desarrollar un tema de tal magnitud en esta investigación, pero sí consideramos necesario establecer algunas precisiones en relación a nuestro objeto de estudio, al menos desde nuestro punto de vista. En tal sentido, en buena medida basados en la reflexión de los autores señalados anteriormente, formularemos algunos planteamientos a continuación:

1. Sin participación ciudadana no hay democracia.

La crisis de legitimidad de nuestras democracias, la venezolana incluida, pero también la de otros países del continente, ha tenido mucho que ver con el vaciamiento de contenido social, y con la debilidad de la sociedad civil y fragilidad en la conformación de su tejido asociativo. Progresivamente, como ya lo hemos argumentado en otra sección de este mismo estudio, la democracia fue transformada de gobierno “*del pueblo, por el pueblo y para el pueblo*”, que se autoproclamaba garante de una proba administración y defensora de lo público, en un régimen de elites, en una suerte de poliarquía, que la redujo a una democracia política menguada, desprovista de su contenido social y ausente de la construcción de ciudadanía, favoreciendo la colonización del Estado por los partidos políticos y un empresariado depredador, que, en contubernio, se dieron a la tarea de expropiación de lo público administrado por el Estado. La débil presencia o hasta la ausencia en muchos casos de ciudadanía, de participación ciudadana, fue una característica dominante de este proceso. Rescatar el ejercicio democrático real pasa por la construcción de una democracia participativa en la cual la ciudadanía activa, el desarrollo de la ciudadanía plena, juegue un rol protagónico.

2. ¿Democracia Representativa vs. Democracia Participativa?

Probablemente se trate de un falso dilema, pues la representación no está reñida con la participación. Sin embargo, el énfasis en lo participativo no es caprichoso: lo que en nuestros países hemos conocido y ejercido como democracia fue tomando características tales que *de la representación*, es decir, elegir a alguien para que nos represente en relación a nuestros derechos ante los diversos niveles e instancias de gobierno, *se pasó a la delegación* de ese poder en otra persona que nunca nos rindió cuentas después de resultar electo, con lo cual de hecho se produjo una delegación de un poder que nunca otorgamos (“democracia delegativa”), y en la práctica se produjo una sustitución del elector por el representante electo, quien en su nombre accedió a la cuota de poder que le permitió el Estado, contribuyendo luego como agentes de esa descomunal expropiación de lo público en que se trastocaron los “representantes de la voluntad popular”. La democracia convertida apenas en un régimen para elegir a quien nos gobierne. De allí que la democracia representativa *ha devenido en una democracia sustitutiva* del poder y de la voluntad de las personas que votan, despojados entonces de su condición de ciudadanos, pues son apenas objetos que se utilizan para legitimar el proceso de expropiación de lo público y no son, las personas, sujetos de derechos libremente asumidos que es la condición de ciudadanía. Se puede argumentar que son democracias legales y podríamos convenir que ciertamente lo son, pero han perdido o nunca han tenido legitimidad; un indicador de tal situación es la poca credibilidad de la población en las instituciones, en las leyes, en el poder judicial, en los partidos políticos, y, más terrible aún, en el deseo de jóvenes y familias enteras de querer abandonar su país de origen (Latinobarómetro, 2004).

Ahora bien, el hecho de establecer constitucionalmente la democracia participativa no garantiza su realización, ni la participación significa que se decreta la construcción de ciudadanía, pues ésta conforma un proceso

histórico, social y político que se conquista, y que, además, para hacerla efectiva debe incluir y garantizar mecanismos mas equitativos de distribución del ingreso nacional; sin embargo, no es de poca importancia que una Constitución dote de un marco jurídico a ese proceso deseable y posible de desarrollo *“hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos”*, en los términos referidos del PNUD. En tal sentido no desaparece la representación, pues se siguen eligiendo representantes a todos los niveles, desde lo comunal y municipal hasta lo estatal y nacional: miembros de organismos vecinales, concejales, alcaldes, gobernadores, diputados y presidente del país. De lo que se trata es de hacer efectivos los mecanismos, que también prevé, en nuestro caso, la Constitución, de control de los representantes electos. La representación debe formar parte de la participación, debe ser un instrumento de la participación, debe quedar bajo su control; para ello se encuentran los mecanismos establecidos: referéndum en sus distintas modalidades, rendición pública de cuentas, revocatoria del mandato y otros que la ciudadanía activa va desarrollando, proponiendo, conquistando, en esa nueva relación a construir entre el Estado y la sociedad.

3. La democracia: ¿una forma de gobierno o una práctica cotidiana, una manera de vivir, una cultura?

Planteado de otra manera: ¿la democracia es un medio, un instrumento, para gobernar un pueblo, o es un fin en sí mismo, una manera de construir la sociedad, de relacionarse, de organizarse y participar en una obra colectiva, que es de todos, y de la cual nos sentimos parte y responsables, no para dominar a otros, sino para dotarnos de un auto-gobierno social en el cual nos reconocemos y nos hacemos sujetos? ¿Y qué nombre podemos darle a esto que no sea el de construir ciudadanía? En definitiva, construir ciudadanía es construir otro tipo de democracia, es decir, una democracia que no hemos tenido pero que no es una utopía, o si lo es tiene el sentido de la utopía posible, la utopística, la que nos sirve de horizonte, de brújula que guíe nuestros pasos.

4. ¿Democracia sin derechos humanos fundamentales?

Decíamos anteriormente que cuando revisamos el comportamiento y los logros de las democracias latinoamericanas, no podemos menos que apreciar cómo lo que tenemos como democracia si acaso es un régimen de elegir a los gobernantes. Se garantiza el derecho a elegir y, no siempre, a ser elegido. Sin embargo, los derechos sociales, económicos y culturales, no son realizados, ni siquiera están necesariamente incorporados en la agenda pública. Asimismo, las decisiones sobre política económica de nuestros países son tomadas más por el Fondo Monetario Internacional (FMI) o el Banco Mundial (BM) que por los gobiernos, los parlamentos, o por la opinión y las necesidades de la gente. Más grave aún: el más sagrado y fundamental de los derechos, sin el cual ningún otro derecho tiene sentido, **el derecho a la vida, no está garantizado**. Basta considerar la situación de violencia en todas sus formas que azota nuestros pueblos. En nuestro país, en particular, las muertes, ya rutinarias y sin que causen asombro, de más de un centenar de personas los fines de semana, o las que de manera interminable y creciente ocurren en nuestras cárceles, o las que se producen por enfermedades evitables en niños, madres y trabajadores, son parte de una lista muy larga y terriblemente cierta. ¿Es que puede haber democracia si no se garantiza el derecho a la vida? La ciudadanía, la democracia y la garantía de los derechos humanos, por lo demás indivisibles, son una sola y misma cosa. Por ello volvemos aquí al planteamiento inicial: ¿de qué democracia estamos hablando? Algunos teóricos del pensamiento post-moderno nos han querido vender la idea de la muerte del sujeto, de la política y de la democracia; éstas son -dicen- cosas del pasado. Para el pensamiento liberal el asunto está claro: la democracia es lo que es, y no podemos pedirle que sea lo que no puede dar. La democracia no es más, según ellos, que un régimen de gobierno en el cual se puede elegir; lo que se debe garantizar son los mecanismos que permitan los procesos electorales. Para quienes creemos que la democracia es una utopía realizable y que su base está en la ciudadanía plena, en la que el Estado garantiza los

derechos humanos y se basa en principios y valores animados por la defensa de lo público y la búsqueda colectiva del bien común, la democracia tiene un sentido, tiene su razón de ser en la gente que la construye y la practica en su vida cotidiana. En esa democracia es pre-condición absoluta garantizar el derecho a la vida y a la vez todos los derechos que son expresión de la conquista de ciudadanía.

5. La democracia no es garantía para liquidar el autoritarismo, democratizar el poder y garantizar la equidad

Aunque parezca obvio, para un régimen que gobierna con representantes electos no basta contar con tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial; no basta incluso aprobar una nueva constitución para que se garantice la solución de los problemas de la sociedad. *El autoritarismo bajo formas democráticas* ha sido una larga experiencia en nuestros países, concentración del poder en democracia lo hemos conocido hasta la saciedad, inequidad generadora de pobreza en democracia es casi la norma de lo que acontece en este lado del mundo. Así pues, no basta con un régimen que se autoproclama democrático para contar efectivamente con una democracia de ciudadanas y ciudadanos.

La sociedad está basada en relaciones de poder, que en las actuales circunstancias históricas y políticas, colocan su ejercicio y control en manos de grupos minoritarios que auto-reproducen la concentración de la riqueza y del poder, y ejercen la dominación sobre los sectores mayoritarios de la sociedad. Sólo la reversión de ese proceso y la garantía de mecanismos para una redistribución equitativa de poder -lo cual pasa por la conformación de un nuevo “bloque histórico” que conquiste la hegemonía, para decirlo en términos Gramscianos- pueden sentar las bases para la construcción de una nueva democracia. De eso estamos hablando cuando nos referimos a la democracia.

6. Democracia es pluralidad y tolerancia

No hay democracia real si no se entiende que el respeto por el otro, la tolerancia, la pluralidad, son requisitos indispensables para su funcionamiento.

En palabras de Mouffe (1999:4):

...el otro ya no es percibido como un enemigo a destruir, sino como un adversario; es decir como alguien cuyas ideas vamos a combatir pero cuyo derecho a defender dichas ideas no vamos a cuestionar.....Su aceptación del otro no consiste en limitarse a tolerar las diferencias sino en celebrarlas positivamente, puesto que reconoce que, sin alteridad ni otredad, no es posible afirmar identidad alguna.....La principal tarea de la política democrática no es eliminar las pasiones ni relegarlas a la esfera privada para hacer posible el consenso racional, sino movilizar dichas pasiones de modo que promuevan formas democráticas.

Sin duda se trata de un camino más lento, más difícil, más contradictorio, pero la verdadera democracia no tiene otro camino. La pluralidad y la tolerancia no son un discurso, son una práctica cotidiana en la vida de la gente, en sus relaciones interpersonales. Su razón de ser tiene que ver con la propia condición humana.

Y entonces: ¿Participación Comunitaria o Participación Ciudadana?

Efectuado este recorrido por los temas vinculados con participación, democracia y ciudadanía, veamos ahora qué concepto de participación asumiremos.

Participación comunitaria y Participación Ciudadana se utilizan como sinónimos con mucha frecuencia. Sin embargo, a los fines del presente estudio, **hemos escogido el término Participación Ciudadana** por considerar que acoge

de mejor manera los objetivos propuestos, por las razones que hemos expuesto y las precisiones que pasamos a comentar.

Como hemos señalado, la participación comunitaria es considerada, en términos generales, en relación a una comunidad que participa en cualquier actividad, privada o pública. Desde mediados del siglo pasado el término se utiliza asociado a la relación Estado-sociedad -más específicamente al desarrollo social- y a la participación de la comunidad en la búsqueda del mejoramiento de sus condiciones de vida.

El concepto de Participación Ciudadana, a diferencia de participación comunitaria, está relacionado con el surgimiento y desarrollo de la conceptualización de los derechos humanos como tales, su adopción por parte de la comunidad internacional, y al concepto mismo de ciudadanía, asociado a la redefinición de las relaciones del Estado con la sociedad en términos contemporáneos. A partir de la Segunda Guerra Mundial, con la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) (ONU, 2005), y luego con el desarrollo de los derechos de las llamadas segunda, tercera, y más recientemente, los de cuarta generación, el tema de la ciudadanía y la redefinición de la relación Estado-sociedad cobran plena significación. Los derechos humanos o ciudadanos inicialmente se consideraban circunscritos a los derechos civiles y políticos, luego se extendieron a los sociales, posteriormente a los culturales y de identidad. Hoy en día se plantea agregar otros de discusión actual emergente, como por ejemplo el derecho a un ambiente sano.

La noción **Participación Ciudadana** recoge con mayor precisión asuntos referidos a la participación como derecho y deber, a la ciudadanía como proceso que se construye en la relación Estado-sociedad y lo vincula al desarrollo de los Derechos Humanos y Ciudadanos. Como expresa Cunill (1997:74):

...cobra sentido una nueva expresión que se perfila desde fines de la década de los sesenta: la noción de participación ciudadana. Ella, más específica que la relativa a la participación popular e incluso deslindada de

la noción de participación comunitaria, que suele referirse más bien a las acciones de autoayuda social.

Precisa la autora el concepto de Participación Ciudadana en los siguientes términos:

*...refiere a la participación política pero se aleja de ésta al menos en dos sentidos: abstrae tanto la participación mediada por partidos políticos, como la que el ciudadano ejerce cuando elige a las autoridades políticas. Expresa, en cambio, aunque con múltiples sentidos **la intervención directa de los agentes sociales en actividades públicas** (subr. nuestro). (Cunill, 1997:74).*

Dos enfoques de Participación Ciudadana: neo-liberal y social

La Participación Ciudadana en la actualidad ha adoptado fundamentalmente **dos enfoques**: uno *conservador, de carácter técnico, que responde a la ideología del proyecto **neo-liberal***, y otro *progresista, con énfasis en lo político, de carácter **social*** (Cunill, 1997), que responde a la búsqueda de un modelo alternativo. Responden a dos concepciones, a intereses distintos y por supuesto las consecuencias también son diferentes.

De manera esquemática expondremos el perfil de estos dos enfoques:

La **Participación Ciudadana, desde la visión neoliberal**, coloca el énfasis de la participación de la comunidad en los aspectos administrativos, en términos técnicos y con criterios financieros; entiende la participación social como aumento de la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad de los proyectos y programas, remitiendo su actuación a un problema de economía de costos; asocia la participación con contribuciones materiales por parte de la población, plantea la provisión privada de bienes públicos, propone considerar al ciudadano como “cliente”, está circunscrita a microespacios o al solo ámbito local, sus prácticas están asociadas a formas de lucha defensivas, vinculadas a la sobrevivencia. Esta práctica de participación, al hacerse dominante, contribuye a legitimar la abdicación de las responsabilidades del Estado sobre el bienestar general y en

consecuencia al debilitamiento de los Derechos Económicos y Sociales (que esta visión no los asume como derechos del Ciudadano y tampoco como deber del Estado). Todo lo anterior conlleva deliberadamente a una mayor despolitización social. Esta modalidad de participación contribuye o se opone, en los hechos, a la construcción de ciudadanía, expresa la ideología neo-liberal, que enarbola como valores el individualismo, el egoísmo y la competencia, y argumenta que a través de la “mano invisible del mercado” se lograrán los equilibrios posibles en la sociedad.

La otra concepción, Participación Ciudadana desde una perspectiva social, coloca el énfasis de la participación de la comunidad en la participación política, es decir, referida al tema del poder: su accionar está dirigido a la redistribución del poder (democratización del poder y del saber); por tanto, su impacto se mide en los niveles de autoorganización social y autoorganización política de la población, no se vincula a formas disfrazadas de pago de los servicios públicos, al usuario se le considera ciudadano sujeto de derechos, plantea el rescate de lo público en manos del Estado, apropiado privadamente por políticos devenidos en hombres de negocios, o directamente por empresarios privatizando lo público; propone y ejerce el control social de la gestión pública, entendido como un ejercicio de ciudadanía, y para ello exige mecanismos que aseguren las condiciones de acceso a la información de las instituciones públicas y la democratización de los procesos decisorios; su acción, aunque local, está referida a lo nacional, e incluso mundial (“actuar localmente, pensar globalmente”, “globalizar la solidaridad”, “otro mundo es posible”); sus prácticas están asociadas a la ampliación de los derechos políticos, económicos y sociales; coloca en primer plano el hecho de que la participación es un derecho ciudadano y el Estado es responsable del bienestar general, y éste, en consecuencia, debe garantizar los derechos económicos y sociales. Todos estos elementos conducen a plantear la promoción de la politización social. Su accionar va dirigido a un proceso de construcción de ciudadanía, que es mucho más que combatir o superar la pobreza. En esta perspectiva, se exige al Estado, para su ejercicio pleno:

legislación que promueva la participación ciudadana, espacios institucionales (organismos) en los cuales se ejerza tal participación y exista representación mayoritaria o exclusiva de la población, participación 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); garantía en el tiempo de que se mantengan las medidas adoptadas; decisiones tomadas en los organismos que sean creados (espacios institucionales) cuyas decisiones deben tener carácter vinculante, es decir, de obligatorio cumplimiento para todo funcionario, a todo nivel que competa; y como rasgo fundamental, exigencia de autonomía respecto al Estado e independencia respecto a los partidos políticos. **Esta modalidad de Participación Ciudadana activa expresa un modelo alternativo, crítico–transformador; es la que denominamos Ciudadanía Plena.** Es ésta la acepción que adoptaremos en la presente investigación. Intentaremos ahora, en consecuencia, aproximarnos a una definición.

II.2.3 Una aproximación a la definición de Participación Ciudadana

Luego de la revisión y reflexión que hemos hecho sobre los aspectos conceptuales, históricos y políticos pertinentes, formularemos una aproximación a lo que, a los fines de nuestro estudio, consideramos como participación ciudadana

Entendemos por *Participación Ciudadana* el **proceso de intervención de las personas en los asuntos públicos, respecto al Estado, en tanto sujetos de derechos que se proponen hacerlos efectivos. Se lleva a cabo de manera voluntaria, consciente y organizada, asumiendo la ética del bien común como horizonte, y planteándose la redistribución del poder en la sociedad. El impacto de tal intervención se mide en los niveles de auto-organización social y política que alcance la población, así como en el control social-comunitario de la gestión pública.**

Se trata de un **proceso** por cuanto no es lineal, estático. Es dinámico, dialéctico, supone avances, altibajos y retrocesos, como acontece en la realidad. Es la acción social entendida como un proceso.

Es de **intervención directa**, ya que se trata de una acción que se propone incidir en la realidad social para transformarla.

Es llevada a cabo por **personas**, sin distinción de ninguna especie, sin ningún tipo de exclusión; se realiza colectivamente, y en caso de efectuarse de manera individual debe estar vinculada a otros individuos, grupos o redes.

La acción se lleva a cabo en **actividades públicas, respecto al Estado**. Se entiende por público lo que es de todos, lo que pertenece a todos, a toda la colectividad; es el campo de la sociedad civil y de la sociedad política, en tanto todo lo que es estatal es público (aunque no todo lo público es estatal). Se trata de un proceso de construcción histórico y político respecto al Estado.

Se materializa en tanto la persona es **sujeto de derechos**: son y se saben sujetos, no objetos, portadores de derechos inalienables, derechos individuales (civiles y políticos) y sociales (salud, educación, vivienda, empleo, ambiente sano, recreación,...), económicos, y culturales, que deben ser garantizados por el Estado.

La acción está dirigida a **efectivizar tales derechos**, es decir, no se trata de una proclama abstracta del deber ser, es actuar para que se hagan realidad; se trata de asumirse como seres senti-pensantes que actúan, exigiéndole al Estado el cumplimiento de su responsabilidad en tanto garante del bien común, administrador de lo público. Es asumir la ciudadanía como derecho a tener derechos, pero también a actuar para lograrlos.

Se lleva a cabo de manera **voluntaria**, esto es, tiene un carácter volitivo, sin coacción, no es impuesta, ni cooptada, ni manipulada. Es **consciente**,

intencional, con conocimiento de razones y fines, y es **organizada**, bajo cualquier modalidad que libremente decidan quienes participan.

Antepone la **ética del bien común**, pues asume una ética ciudadana a la cual le da primacía ante sus propios, particulares y privados intereses; ante su individualismo egoísta, pregonado por el pensamiento liberal y neo-liberal. Reivindica como sus valores: el bien común, la solidaridad, el altruismo, la responsabilidad y el compromiso social, y se plantea el rescate y el fortalecimiento de lo público, lo que no quiere decir que se diluyan o desaparezcan los legítimos intereses individuales y el ejercicio pleno de la libertad individual. Se trata de anteponer una ética colectiva a los intereses privados y particulares, la razón ética de la vida en sociedad.

Se propone la **redistribución del poder**, pues su accionar no es visto en un sentido técnico o administrativo, sino con un carácter político, esto es, referido al poder en la sociedad, expresado en relaciones de dominación. Se propone la democratización del poder, y del saber, en tanto el saber como instrumento de poder.

El impacto de su acción se mide en los niveles de **auto-organización social y auto-organización política**, preservando su autonomía respecto al Estado y su independencia respecto al partidismo y a la politiquería, como metas que logra alcanzar la población, en cada ámbito o sector donde se desenvuelve.

Se plantea el **control social de la gestión pública**, es decir, se propone ejercer el poder sobre lo público, sobre el manejo y administración de lo público, en manos del Estado, quien lo administra a través del gobierno, cualquiera sea su forma. Para hacer objetivo tal control de lo público utiliza diversos mecanismos, como por ejemplo: la contraloría social, la rendición de cuentas obligatorias y periódicas a la que deben estar obligados los funcionarios públicos, electos o no; la revocatoria del mandato si quien habiendo sido electo no cumple, o no es competente, en el ejercicio de las funciones para las que fue designado; el referéndum, en sus diversas modalidades; la Asamblea de Ciudadanos, cuyas

decisiones sean de carácter vinculante para todo funcionario público en el ámbito de la competencia específica, entre otros.

Planteada de esta manera, la participación ciudadana se opone de manera categórica a la concepción conservadora, individualista y mercantil que propone el enfoque neoliberal, y constituye lo que denominamos **ciudadanía plena**.

II.2.4.- La Participación Ciudadana en Salud. Enfoques y características

Ya definidos los conceptos de salud, participación, ciudadanía, y los enfoques actuales predominantes sobre participación ciudadana, nos plantearemos qué es lo específico de la participación ciudadana en el campo de la salud.

II.2.4.a) Enfoques sobre Participación Ciudadana en Salud

Siguiendo la caracterización que hicimos de la participación ciudadana, y de acuerdo a la revisión teórica que hemos hecho sobre el tema, en el caso de la salud encontramos tres perspectivas o propuestas de Participación Ciudadana en Salud, las cuales contienen un enfoque político: **la conservadora**, de clara inspiración neo-liberal; **la reformista**, asumida desde la propuesta socialdemócrata o institucionalista (OPS, PNUD-BID), y **la social o alternativa**, impulsada desde el movimiento comunitario, contenida en buena medida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Veamos cada una de ellas.

La propuesta conservadora, de orientación neo-liberal, concibe la Participación Ciudadana en Salud como un asunto de carácter técnico y administrativo, por lo cual asume que la participación de la comunidad debe colocar el énfasis en la ejecución y administración de los servicios de salud, contribuyendo al financiamiento de éstos, participando en tareas administrativas, promoviendo mecanismos de auto-gestión o de cogestión como formas disfrazadas de privatización y utilizando el cobro directo a los pacientes, quienes

son considerados como clientes. Promueve, en el mismo sentido, el “voluntariado” y una concepción de la corresponsabilidad de la comunidad con la cual se logra mano de obra gratuita o a muy bajo costo. El concepto de salud que maneja la reduce a lo curativo, a la salud vista como enfermedad y como una responsabilidad individual. La salud es entendida como Atención Médica Reparatoria. El modelo de atención coloca el énfasis en lo curativo, individual y de predominio hospitalario. La salud es vista y asumida como un bien de consumo, como una mercancía: cada quien tendrá la salud que pueda pagar, y quien no tenga capacidad de pago será asumido por la asistencia social o la beneficencia pública a través de políticas focalizadas del Estado. El único saber aceptable es el saber médico-científico (racional-positivista-naturalista), con lo cual no discute el poder ni el saber que encierra la racionalidad técnica dominante. La participación de la comunidad en los organismos de decisión no va mas allá de oír sus opiniones o recomendaciones, y la representación comunitaria en los organismos existentes no existe o es minoritaria y/o simbólica. La relación con el Estado es subordinada o dependiente, asume que lo público es del Estado, a través del gobierno de turno y, en definitiva, la participación de la gente es vista como una cuestión de “gobernabilidad”. Un ejemplo coincidente en buena medida con este enfoque lo podemos revisar en la exposición que hacemos en esta misma investigación en la sección: “BM, BID, IESA: ¿una perspectiva desde la visión del mercado?” (ver p. 146).

En la segunda perspectiva de Participación Ciudadana en Salud, que denominamos **propuesta reformista** -impulsada por sectores liberales o socialdemócratas, apoyados por organismos internacionales (OPS, PNUD, BID,...)- encontramos algunas características comunes: el lenguaje y términos utilizados enfatizan la propuesta del Desarrollo Humano y/o Sustentable, la necesidad de la inversión en capital humano y social, y el necesario fortalecimiento de la democracia. Colocan el énfasis de la participación de la comunidad en actividades de prevención de enfermedades, rehabilitación de los enfermos, y en promoción de la salud; así, la comunidad debe participar en

campañas de vacunación, recuperación o mantenimiento de instalaciones sanitarias, educación sanitaria en general, apoyo en labores de saneamiento ambiental, tareas dirigidas a la “recuperación de fondos” o búsqueda de finanzas para el funcionamiento de servicios o centros asistenciales de salud con dos argumentos: dificultades presupuestarias de los gobiernos y si la gente “colabora” (pagos directos en el centro asistencial), tendrá sentido de pertenencia; vinculan la participación comunitaria a la descentralización, colocan a los actores institucionales (gobierno central, estatal o municipal) en el centro y protagonismo de los proyectos comunitarios; los proyectos que impulsan ubican el acento, al igual que el enfoque neo-liberal, en mecanismos como la autogestión, cogestión, trabajo voluntario u otros similares que constituyen mecanismos disfrazados de privatización; proponen la necesaria reforma del Estado acompañada de una mayor eficacia del gasto público; plantean que la política social del Estado debe estar destinada a aliviar los efectos regresivos de las políticas macro-económicas, por lo que se debe focalizar el gasto público en los sectores más pobres y en poblaciones de alto riesgo; cuestionan el modelo neo-liberal, pero no van más allá de la formulación de propuestas como “capitalismo con rostro humano” , “combinar Estado y mercado con justicia Social” o “armonizar los intereses del Estado, el mercado y las diferentes comunidades”. Llegan hasta el punto de plantear un “nuevo Contrato Social en Salud” fundamentado en “la planificación local participativa como instrumento que promueve la articulación social para impulsar el desarrollo económico con equidad, la participación social y la gobernabilidad en democracia” (Thompson, 1998). Un buen ejemplo de este modelo lo podemos observar en la operativización de los “Municipios Saludables”, expuesto en esta misma investigación (ver p. 137) y del cual hemos tomado las citas que anteceden.

Una tercera visión de la participación ciudadana en salud, la hemos denominado **social o alternativa**, que tiene como modelos referenciales numerosas experiencias en países latinoamericanos (Brasil, Argentina, Colombia,

Uruguay y otros), sustentada conceptualmente por los desarrollos teóricos producidos por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), con las características que describimos a continuación: asume la participación de la comunidad en el sector salud como un proceso de construcción de ciudadanía; rechaza la consideración de las personas como clientes, y reivindica en cambio su condición de ciudadanos en tanto sujetos de derechos; asume la concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, considerando la salud como un bien público; conceptualiza la salud como calidad de vida y bienestar, con una visión holística, integral, con énfasis en la promoción de la salud y de la vida, considerando los aspectos social, histórico, político y cultural del proceso salud-enfermedad; reivindica el saber popular sin desprestigiar el saber científico, caracterizando esta relación como un “encuentro de saberes”; propone la democratización del saber, incorporando y reconociendo el saber popular; a la participación ciudadana le asigna un carácter político, es decir, dirigido a lograr la democratización-redistribución del poder en salud; promueve la provisión pública de los bienes públicos, regida por los principios de universalidad y gratuidad, impulsando una política anti-privatizadora; concibe la participación de la población en las funciones de formación de políticas públicas, así como en los momentos de planificación, supervisión, control y evaluación; plantea como mecanismos de participación la rendición de cuentas, la revocatoria del mandato, la contraloría social, la Asamblea de Ciudadanos, cuyas decisiones tengan carácter vinculante; formula una relación con el Estado que no comprometa la autonomía del movimiento comunitario, que no permita la cooptación de su accionar o la dependencia respecto al aparato gubernamental ni con los partidos políticos, aunque no asume una posición anti-política -por el contrario, se plantea la re-significación de lo político y el ejercicio democrático, público, de la política-; 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 efectivización de los derechos sociales, económicos y culturales, además de los civiles y políticos. Como una referencia de este enfoque,

a nivel nacional, exponemos en esta investigación la experiencia de una ONG: “Una experiencia comunitaria en el Distrito Federal (CONSALUD)” (ver p. 143).

II.2.4.b) Características de la Participación Ciudadana en Salud.

Alcances, niveles, función, finalidades, instrumentos e indicadores de la Participación Ciudadana en Salud

La Participación Ciudadana en Salud nos plantea una serie de interrogantes cómo: ¿En qué se participa? ¿Con qué intensidad? ¿Es medio o fin? ¿A quién le sirve?, y ¿para qué? ¿De qué manera se operativiza y cómo se lleva a cabo? Veamos pues, cuales son sus alcances, niveles, función, finalidades, instrumentos e indicadores.

Alcances de la Participación Ciudadana en Salud

Diversos autores tratan el tema de los alcances de la participación de la comunidad en el área de la salud. Intentan responder a la pregunta: ¿En qué se participa? y ¿con qué carácter? Para Rifkin (1990), tal participación se genera, de manera *pasiva*, como beneficiarios de los programas de salud y de manera *activa pero limitada* integrándose a actividades, o asumiendo *responsabilidad en la gestión* y/o ejecución de programas; más aún, se puede intervenir o no en la vigilancia y evaluación de los programas, e inclusive en la planificación: determinación de prioridades, formulación de objetivos, selección de programas, etc.

Un grupo de estudio de la OMS (1991) plantea el alcance de la participación de la comunidad en tres modalidades: la más elemental, como *contribución*, bien sea dinero, trabajo voluntario o materiales. Otra modalidad, de mayor impacto, es asumirla como *organización*, para crear estructuras que faciliten la participación, y la tercera, a la que le asignan la mayor importancia, como *dotación de poder*, fortalecimiento o potenciación (“*empowerment*”) de grupos y comunidades, colocando el énfasis en sectores pobres y marginalizados, “*desarrollando el poder de tomar decisiones efectivas concernientes a los*

servicios de atención a la salud, ya sea teniendo voz y voto efectivos o teniendo el control sobre esos programas”. (12).

Otros autores (Pearse, 1979; Lele, 1975; Lisk, 1981; Oakley, 1990) destacan el desarrollo comunitario, la intervención de las comunidades en tomar decisiones, ejecutar y evaluar programas, o de los esfuerzos organizados por grupos “hasta ahora excluidos” para incrementar el control de los recursos y lograr la reglamentación necesaria, e incluso la participación en la autogestión y/o cogestión de programas y servicios.

Como podemos apreciar, son diversas ópticas, en su mayoría complementarias, que muestran un amplio panorama sobre este asunto, que en síntesis plantea la participación en los beneficios y mejoras de las condiciones de vida, la contribución que hace la gente, y la participación en la planificación, programación, evaluación y control de acciones y servicios de salud, destacando la participación en la toma de decisiones sobre problemas y programas de salud.

Desde la perspectiva de lo que hemos definido como Participación Ciudadana en Salud los enfoques reseñados acá están limitados y circunscritos al campo de la salud en sentido limitado, con un carácter técnico. La Participación Ciudadana en Salud **no es un problema de carácter técnico**, tiene un carácter político; en consecuencia, está referido al tema del poder como el alcance fundamental.

Niveles de la Participación Ciudadana en Salud

Por niveles de participación entendemos los grados de intensidad en los que puede ocurrir la participación de la comunidad en relación a la acción o actividad planteada. Es evidente que tal gradación depende de factores como interés, motivación, compromiso y otros que favorecen o no el mayor o menor nivel de incorporación de la población. Diversos autores han expresado su opinión sobre el tema. Ander-Egg (1992) lo plantea como una serie de seis grados: 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 codecisión) y de auto-gestión, en el cual se tendría el control operacional de todo lo que se realiza.

Se trata en realidad de la manera como la comunidad organizada puede participar en la toma de decisiones, con qué grado de profundidad se produce tal participación, en qué medida deja de ser una presencia formal o simbólica, con frecuencia manipulada, para ser un proceso de real re-distribución de poder.

El grado de intensidad en que pueda instrumentarse la participación, el nivel que se alcance, dependerá entonces del grado de organización social y política que se haya logrado, según lo planteado en la definición que hicimos de Participación Ciudadana.

Función de la Participación Ciudadana en Salud: ¿fin o medio?

¿Es la Participación Ciudadana en Salud un fin o un medio? Pudiera parecer un falso dilema, pero en verdad es importante precisar y deslindar la manera como se concibe la participación en este sentido. Con mucha frecuencia, quizás la mayoría de las veces, se entiende y se practica la participación de la comunidad de manera *instrumental*, es decir, la *participación como un medio*. En tal sentido, el mecanismo más frecuente es la utilización de los recursos comunitarios (incluida la población) para alcanzar metas y objetivos pre-establecidos, casi siempre definidos desde los organismos e instituciones, con poca o ninguna participación de la comunidad a quienes se considera usuarios, beneficiarios o clientes. Visto así, los resultados son más importantes que el acto mismo de participación. El objetivo es mejorar la eficiencia de los servicios. La comunidad se supone que participa en los beneficios que se obtengan; en el mejor de los casos, se le permite hacer observaciones sobre el funcionamiento o los

resultados de las acciones emprendidas. Es una forma de participación pasiva, estática y controlable.

Por el contrario, la *participación entendida como un fin*, con sentido finalista, conlleva la idea de un proceso de crecimiento dinámico, no cuantificable y no previsible. Esto implica que la participación no puede ser vista como una técnica de gestión, sino como una base para que la gente pueda intervenir e influir en niveles superiores. Es una forma activa que se crea y configura por quienes participan, respondiendo a las necesidades y circunstancias de cada lugar. En consecuencia, es fundamental la sensibilización, el compromiso y la creación de estructuras organizadas autónomas de la comunidad. La participación concebida como un fin es un proceso intrínseco al desarrollo, que refuerza los programas y existe más allá de ellos, como una intervención dinámica permanente. Los funcionarios, técnicos o expertos, desde esta visión, cumplirían un papel en todo caso como facilitadores de procesos. Existe reconocimiento al saber popular y respeto por los sentires y prácticas de la comunidad.

Finalidades de la Participación Ciudadana en Salud

Desde los organismos internacionales (OPS–OMS, PNUD, BID,...) se ha escrito bastante sobre la utilidad de la participación de la comunidad, dando respuesta a los fines, al para qué sirve o puede servir la participación de la gente en el campo de la salud. En tal sentido podemos hacer un breve resumen de los elementos que se destacan desde esa perspectiva:

- Se admite que *la salud es un derecho y un deber* de las personas, se le reconoce como un derecho humano y un elemento de justicia social, lo cual promueve la participación de la comunidad.
- Se acepta que la participación puede contribuir a la *movilización de recursos*, humanos y materiales, de diverso orden.
- Se considera como muy importante que las personas participen obteniendo logros por sí mismos y por su bienestar.

- Se reconoce que los programas y proyectos de salud tienen mayores posibilidades de éxito cuando la gente participa en su planificación o aplicación.
- Se acepta incluso que la participación de la comunidad contribuye a despertar conciencia en la gente y estimula el deseo de expresar su opinión.

Es este el lenguaje y la perspectiva de los organismos internacionales cuando evalúan la finalidad de la participación de la comunidad en el área de la salud.

Entendida **como Ciudadanía**, los fines que se persiguen con la participación de la comunidad no se circunscriben a las acciones sanitarias o de colaboración. Se trata de una participación consciente, crítica, organizada, entendida como Ciudadanía Plena, que se propone no sólo mejorar su calidad de vida, sino además se plantea la autoorganización social y política, y el control ciudadano de la gestión pública en el área de la salud.

La Participación Ciudadana en Salud plantea el logro de la redistribución del poder como objetivo político y de la construcción de la contrahegemonía en el seno de la sociedad civil al lado de otros movimientos sociales, asumiéndose como parte de la construcción del sujeto político del proceso de cambio de la sociedad en su conjunto.

Instrumentos para la Participación Ciudadana en Salud

¿De qué manera viabilizar la Participación Ciudadana en Salud? ¿Cuáles son los instrumentos, institucionales o no, que permiten, impulsan o posibilitan tal participación?. No cabe duda que éste es el asunto fundamental del tema que nos ocupa. Pasar de la teoría a la acción. Definir y precisar los mecanismos que permitan construir los espacios, establecer las instancias, tejer las redes y armar el

entramado que construya los nuevos poderes es el gran reto de ese proceso de construcción de ciudadanía, el que permita alcanzar la Ciudadanía Plena.

Muchas son las experiencias que en diversos países se han ensayado y se utilizan para favorecer, promover, estimular, viabilizar, la participación de la comunidad en el área de la salud. El listado pudiera lucir demasiado extenso, tanto como la creatividad, las relaciones de fuerza entre los sectores sociales, los avances en las luchas por la realización de la democracia, las conquistas de los derechos sociales, lo permiten.

Así por ejemplo, en la revisión de experiencias en el contexto latinoamericano y en países europeos, encontramos múltiples modalidades como instrumentos para la Participación Ciudadana en Salud, algunos de las cuales listamos a continuación:

- Sistema de sugerencias y reclamos en centros de salud.
- Encuestas de opinión y satisfacción de usuarios.
- Comités de salud (por centro asistencial, por localidad...).
- Consejos de salud (por localidad, municipio, estado, región,...).
- Posibilidades de la comunidad para elegir médico, enfermera, horario y forma de consulta
- Formación de grupos de auto-ayuda.
- Formación-capacitación de personas de la comunidad.
- Formación de personal de salud a partir de la localidad (agentes de salud comunitarios, promotores sociales,...).
- Formación de cooperativas o grupos de apoyo de los centros asistenciales.
- Creación de organizaciones voluntarias que trabajan en promoción de salud de la comunidad o en tareas de rehabilitación.
- Elección de representantes comunitarios en organismos creados para el área de salud a diversos niveles.
- Rendición de cuentas por parte de los directivos de los centros de

salud.

- Creación de “veedurías”.
- Creación de organismos de “contraloría social” en salud.
- La formación de grupos, ONG’s, organismos de derechos humanos “por el derecho a la vida”, “por la defensa del derecho a la salud” o similares.

Las formas, modos, mecanismos, maneras de instrumentar la participación dependen en definitiva del momento histórico y político de cada país, del grado de conciencia y organización que tenga el movimiento comunitario, del proyecto sanitario y social que se propongan. Todo ello acompañado de espacios institucionales que favorezcan el ejercicio del derecho a participar, del marco jurídico que le dé el sustento legal y de la formación-capacitación de la comunidad que permita avanzar en el proceso de construcción de ciudadanía.

En Venezuela han surgido múltiples formas de instrumentar la participación de la comunidad en el área de la salud, lo cual comentaremos en detalle en el capítulo correspondiente.

Indicadores de participación de los ciudadanos en salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), haciendo una revisión crítica de su actuación, se propuso, a finales de la década de los noventa, plantear un conjunto de reformas en el sector de la salud pública dirigidas a la Región de las Américas, con el objeto de *“fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel consiste en hacer cumplir las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que competen al Estado, en sus niveles central, intermedio y local”* (OPS, 2000: 59).

De las once FESP, la número cuatro es la “participación de los ciudadanos en la salud”. En su medición, presentan la metodología y resultados de 41 países. Los **indicadores** de participación de los ciudadanos en salud son (127):

1. Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre la salud pública.
2. Fortalecimiento de la participación social en la salud.
3. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en salud.

Las **características que determinan el nivel de desempeño**, según tal enfoque, son:

- Existencia de organismos formales de recepción de opinión de la sociedad civil en salud.
- Existencia de espacios formales de consulta ciudadana sobre la salud, y respuesta a las opiniones recibida
- Existencia de organismos de protección a los ciudadanos en materia de salud (independientes respecto al Estado, con atribuciones legales y de actuación pública), por ejemplo: el “Defensor del Ciudadano”
- Informe público nacional sobre el estado de salud de la población (al menos cada 2 años) y su amplia difusión.
- Consultas de opinión que ayuden a definir los objetivos y metas nacionales de la salud
- Estrategias para dar a conocer a la población sus derechos sobre la salud.
- Personas capacitadas para promover la capacitación comunitaria en los programas de salud.
- Evaluación de lo que se hace.

Con estos indicadores la OPS ha procedido a evaluar la participación en un conjunto de países de la Región y es un instrumento que sirve de referencia para

la necesidad de contar con herramientas que permitan explorar la situación existente. Es muy poco lo que sobre este tema se ha trabajado.

II.2.5 Ahora, un paréntesis necesario:

¿Todo este marco conceptual es válido sin más para América Latina?

Sería plantear otra tesis, y sin duda lo es: preguntarnos de qué manera podemos aplicar estas nociones, conceptos, categorías, a nuestra realidad. Muy poco se ha dicho -es escasa la investigación- que nos permita alimentar una reflexión obligada y obligante en el sentido de interrogarnos sobre la manera como debe ser pensada nuestra historia, y con ella las categorías o conceptos a utilizar, su pertinencia y su poder explicativo. Con la intención de asomar apenas esta discusión, haremos referencia a un par de autores sobre dos temas de enorme trascendencia: el que se refiere a la conformación de la familia venezolana, y el tema del Estado y la ciudadanía en América Latina.

El Estado tiene su base y razón de ser en la sociedad, y la familia, se afirma, es su “célula fundamental”. La ciudadanía es un proceso de construcción en la relación entre el Estado y la sociedad, que hace de los individuos sujetos que se asumen con sentido de pertenencia respecto a su comunidad y se hacen responsables socialmente participando en la actividad pública para desarrollar la democracia. Es un proceso social, histórico y cultural. Nos preguntamos entonces: en América Latina, y en Venezuela en particular, ¿de qué Estado, sociedad, democracia, familia, estamos hablando? ¿Qué es la ciudadanía en nuestro caso?

¿Qué calidad de ciudadanos descubrieron, conquistaron y colonizaron nuestro país? ¿Aventureros, delincuentes y ex-presidarios encabezaron en su mayoría la conquista de América, provocando el exterminio de la población nativa y haciendo desaparecer culturas en pleno desarrollo? El proceso que le siguió no fue menos dramático. En palabras de José Luís Vethencourt (1997:490):

Nunca unos seres humanos estuvieron en una situación de privación institucional como la ocurrida en América Latina durante toda la colonia y, luego, después de la Independencia Ni siquiera el estado tribal más primitivo ha estado tan privado de estructuras sociales y culturales.

Nuestros pueblos han sufrido una historia caracterizada por el despotismo, la exclusión y la explotación a la que sometieron los colonizadores a la población, reproducida después por los criollos con características similares. Esto dio origen a una estructura familiar que Vethencourt caracteriza como un

de casi todo antropológico familiar atípico: madre abandonada – poliandria sucesiva – poliginia itinerante – hijos naturales – padrastró – endeblez de la figura paterna – machismo – inadecuación del yo para la ambición económica – resignación – laxitud extrema de los vínculos intrafamiliares – familia matricentrista. (491)

Esta caracterización de la familia venezolana obliga a una reflexión sobre la manera como se conforma a su vez la comunidad, a la manera como se expresa esta situación en los diversos sectores sociales del país, a las consecuencias que tiene esta situación en la conformación y la especificidad de la sociedad venezolana a lo largo de nuestra historia.

La estructura familiar descrita, aunque apenas esbozada, corresponde a lo acontecido hasta finales del siglo XIX en Venezuela; con la urbanización forzada, provocada por la explotación irracional del petróleo, que liquidó el país rural agro-productor-exportador, esta situación se agrava. Esa matriz, familia matricentrada, que ya generaba severas carencias en la vida rural, sufrirá el impacto de la conformación de áreas marginales en las grandes ciudades; “Campamentos estables de refugiados” los denomina Vethencourt. Se produjo un empobrecimiento netamente cultural, “especie de amnesia cultural respecto al matricentrismo campesino”, lo que produjo a su vez la más artificial de las aculturaciones (“Pobreza empobrecida culturalmente”). Aparece entonces en los sectores consolidados de los barrios populares una “familia extensa modificada” en torno a un centro materno constituido por una abuela, la “red familiar extensa”

y la “red vecinal”. Las consecuencias de este cuadro para la familia de los sectores populares que viven en pobreza “estructural” producto “de quienes vienen heredando la situación de pobreza desde hace siglos” tiene características de suma gravedad para cualquier intento de lo que podríamos denominar construcción de ciudadanía, pues su esquema conceptual referencial operativo, sus valores y percepción de la sociedad y la vida, no guardan relación con identidad, historia común, ni aspiraciones de cambio, esperanza o futuro posible. La ilegalidad, desesperanza, la violencia en todas sus formas, se les presenta a quienes viven en esta situación como *la forma habitual de resolver los conflictos* y de enfrentar la vida cotidiana.

A esta grave situación que conforma y confronta buena parte de la población venezolana, sobre todo la que se encuentra en los estratos de mayor pobreza, hay que incorporarle otro hecho social: las graves carencias en la conformación del Estado y sus instituciones en América Latina. Al decir de Sonia Fleury (1997:312):

*La constitución, en América Latina, de **Estados sin ciudadanos**, implica que la existencia de un poder político central no correspondió a la creación de una nación, entendida como la construcción de una sociabilidad mínimamente necesaria para legitimar el ejercicio de este poder. Esta es la raíz de la crisis de gobernabilidad que hemos enfrentado durante todo este siglo XX con diferentes expresiones.*

*Estamos en un momento crítico, representado por la posibilidad de dar a estas sociedades una cara verdaderamente democrática o eternizar las diferencias que fueron siendo construidas en un modelo social de capas que apenas se encuentran en dos puntos: **la dependencia generalizada de un Estado patrimonial** y en **la irrupción periódica e incontrolable de la violencia social.***

*La interposición de la acción de la ciudadanía en este contexto, funciona como una posibilidad comunicacional, a través de la cual se **puede reconstruir la comunidad nacional**, dando lugar a una sociabilidad pautada en principios éticos acordados. Sólo así será posible **rescatar el carácter público** que debe servir como norma en la cual*

estén pautadas, no sólo las acciones estatales, sino también aquellas que, aunque privadas, afectan a la comunidad nacional.

*De otra forma **continuaremos teniendo Estado pero no nación, y en estos casos, todo ejercicio del poder es autoritario e ilegítimo, y, por lo tanto, la sociedad ingobernable.** (subr. nuestro).*

Nos hemos permitido tal extensión de las citas de Vethencourt y Fleury por cuanto no tenemos duda de la importancia que tales reflexiones tienen en la necesidad de interrogarnos sobre el presente y el futuro de nuestro(s) país(es), pero además por la imprescindible revisión crítica de las nociones, conceptos y categorías que utilizamos en nuestro intento de captar y traducir en praxis transformadora nuestras sociedades. Es apenas asomar la necesidad de una reflexión e investigación tan imperiosa como impostergable.

Capítulo III

Resultados de la investigación

Presentada la revisión bibliográfica sobre el tema y la base conceptual que nos permitieron abordar la interpretación del objeto de estudio, procederemos a exponer los resultados de la investigación, para lo cual dividiremos este capítulo en tres secciones:

-En primer lugar, hacemos una breve exposición sobre los antecedentes de la Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y sobre las constituciones anteriores a la de 1999: desde la primera en 1811, hasta la número 25, en 1961, describiendo a grandes rasgos de qué manera se incorpora progresivamente la noción de salud, y cómo va apareciendo la participación social o comunitaria, haciendo referencia al marco histórico y político en el que se presentan tales conceptos (1811-1988).

-En segundo lugar, nos detenemos en el lapso histórico escogido para el presente estudio: 1989-2004. Comentaremos el contexto histórico-político caracterizado por la crisis de la Democracia Representativa, la gestación de una nueva relación Estado-sociedad, el avance del proceso de globalización, el auge y fracaso del proyecto neo-liberal, y la manera como se realiza la participación de la comunidad en el área de salud en la década de los noventa. Presentaremos el análisis de la Constitución de 1999, su posible impacto en la participación social en salud y el intento de construir un modelo alternativo de Participación Ciudadana en Salud.

-En tercer lugar, presentamos el informe de nuestro trabajo de campo, comentaremos los resultados de las entrevistas a voceros de grupos comunitarios de diversas regiones del país, organizada la información por ejes temáticos que se desprenden del análisis del discurso de los entrevistados conjugada con la vivencia personal que en calidad de observación participante desarrollamos durante ese período.

III.1.- Antecedentes de la Participación Ciudadana en Salud (PCS) en Venezuela y el marco constitucional (1811-1988)

Venezuela cuenta con 26 textos constitucionales aprobados que han regido al país en casi dos siglos de vida republicana: desde 1811, después de la Declaración de Independencia, cuando se conforma el primer congreso nacional y se aprueba la primera constitución, hasta 1999 cuando se aprueba la última, denominada *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela* (CRBV).

Desde 1811 hasta 1958, con excepción del breve lapso del gobierno de Isaías Medina Angarita en los años 40 y el aún más breve gobierno de Rómulo Gallegos (1947), cuando en ambos se presentan rasgos de apertura democrática, Venezuela vive un **Período que podríamos denominar Pre-democrático**, que abarca el proceso independentista, luego el ensayo de conformar un Estado con rasgos autonómicos, después el intento de crear un Estado Federal, hasta llegar al Estado centralista-autárquico gomecista, esbozo para conformar un Estado-nación y culminar con la dictadura perezjimenista (hasta 1958).

A partir de 1959 se desarrolla un **Período caracterizado por ininterrumpidos gobiernos de Democracia Representativa**, en el cual se eligen, sucesivamente, nueve presidentes y el Congreso Nacional que corresponde a cada mandato, renovado en los lapsos correspondientes mediante elecciones universales y secretas, durante casi cuarenta años.

En 1998, por medio de una elección popular, se conforma una Asamblea Nacional Constituyente que elabora un nuevo texto constitucional, el primero en la historia de nuestro país aprobado en referéndum consultivo, producto de un amplio debate público nacional. Esta nueva Constitución sienta las bases de lo que podría denominarse **Período de Democracia Participativa**.

Si asumiéramos tal caracterización histórica en términos cronológicos, Venezuela ha contado con 26 textos constitucionales, de los cuales 24 corresponden al Período Pre-democrático (1811, 1819, 1821, 1830, 1857, 1858,

1864, 1874, 1881, 1891, 1893, 1901, 1904, 1909, 1914, 1922, 1925, 1928, 1929, 1931, 1936, 1945, 1947 y 1956), uno al Período de Democracia Representativa (1969), y el último (1999) al Período de Democracia Participativa.

En verdad, la mayoría de las 24 constituciones del Período Pre-democrático no fueron más allá de cambios que, obedeciendo a las circunstancias políticas, sólo modificaban la duración del período presidencial, o algunos elementos coyunturales escogidos según conveniencia del presidente de turno o los grupos de poder. Así, por ejemplo, durante la dictadura gomecista se produjeron siete modificaciones a la constitución y cada una de ellas fue considerada como un nuevo texto constitucional, aunque se produjeron en atención a intereses particulares, sobre todo del presidente Gómez, como por ejemplo la modificación de 1922, que permitió incorporar la figura de las vicepresidencias, que fueron ocupadas por su hermano y su hijo. No es sino hasta la Constitución de 1961 cuando se establecieron mecanismos (reforma y enmienda) que intentaron poner fin a la fácil manera de reformar la Carta Magna.

III.1.1.- La salud en el marco constitucional venezolano

El tema de la política de salud de un Estado, y el de la política social -de la cual forma parte- en el marco de las políticas públicas, tiene que ver con la conformación de ese Estado, atendiendo al momento histórico y la correlación de fuerzas de las clases sociales en pugna. Con esta perspectiva revisaremos, a grandes rasgos, el tema de la salud en la constitución venezolana.

En el Período que hemos denominado Pre-democrático (1811-1958), la primera Constitución Venezolana (1811) refleja los primeros intentos de nacimiento del Estado Nacional, bajo la influencia de su contexto histórico y político específico. En la fase independentista (1811-1830), el contenido social de la Constitución, como es de suponer, es casi inexistente. Las palabras salud, social o participación ciudadana, simplemente no aparecen. Sin embargo, es menester comentar que en esa primera Constitución, en su Artículo 198 se establece que “la

sociedad debe proporcionar auxilio a los indigentes y desgraciados” (APEAC, 2001). Igualmente, debe mencionarse, como referencia histórica poco conocida que da cuenta del espíritu social que signaba el movimiento por la independencia, que entre las primeras líneas del *Acta del 19 de abril de 1810*, firmada en el Ayuntamiento de Caracas, se encuentra como propósito “...*el de atender a la salud pública de este pueblo que se halla en total orfandad...*” (Referida por Badell, 2001:5). Por supuesto: lo que se entendía para ese momento por salud pública no es lo mismo que a comienzos del siglo XX, cuando aparece como una disciplina en la evolución del pensamiento médico.

En 1817 se crea la “Junta Superior de Sanidad”, cuya misión era “*velar por la conservación de la Salud Pública y la preservación de los males físicos que puedan alterarla*” (Francisco, 2003:28). El Congreso de Cúcuta -constituida la Gran Colombia con inclusión de Venezuela- aprueba la Ley (1821) según la cual los Cabildos eran los encargados “*de la política de salubridad, aseo y comodidad*” (28).

En la fase independentista, primero en la conformación del Estado venezolano con rasgos autonómicos (1830-1864) y después en el Estado Federal (1864-1901), el eje de los textos constitucionales se corresponde con el nacimiento de la República y se debate en medio de la guerra y los intentos separatistas. Por lo tanto, es comprensible que el texto constitucional asumiera entonces un contenido fundamentalmente político. Las alusiones a la salud o a lo social no aparecen de manera explícita en las constituciones de ese período.

No es sino hasta la dictadura gomecista cuando Venezuela logra su integración como país y son derrotados los últimos caudillos, se liquida el sistema federativo y se crea uno centralizado. La aparición del petróleo y su rol en la economía nacional se reflejan también en la política social y de salud de la nación. Las necesidades generadas por la explotación petrolera requieren una política de saneamiento ambiental y un órgano centralizado de atención a las enfermedades. Sólo entonces los esbozos de una política social (educación, salud, vivienda,

empleo) comienzan a avizorarse. En 1909 el Gobierno Nacional creó, dentro de la estructura del Ministerio de Relaciones Interiores, la Comisión de Higiene Pública; en 1911 se crea la Oficina de Sanidad Nacional, y en 1912 el Congreso de la República aprobó la primera *Ley de Sanidad Nacional* (Francisco, 2003:69). La presencia en nuestro país de las empresas petroleras extranjeras y su necesidad de una mano de obra abundante, barata y saludable fue factor que determinó el avance de una política de salud pública. La lucha contra el paludismo, las parasitosis y la tuberculosis viene de la mano con las necesidades del desarrollo capitalista en el país. La situación sanitaria en Venezuela para ese momento era dramática y se sintetiza en palabras del Dr. Luis Razetti (1924): “*Tenemos una natalidad de 20 a 30 por mil, pero tenemos una mortalidad espantosa de 34 por mil....*” (Citado por Francisco, 2003:77).

De manera coherente con lo anterior, es en la décimo octava constitución, de 1925, cuando por primera vez encontramos una referencia al tema de la salud explícitamente. Así, leemos en su Artículo 15: “*...se reserva a la competencia Federal.....la legislación que regirá en toda la República en materia de.....previsión social, sanidad,.....*” (APEAC, 2001).

En 1930 se crea el primer ministerio de salud del país, con el nombre de Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, que en 1936, por división de ese mismo Ministerio da origen al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS); en 1944 se crea el Seguro Social Obligatorio (que devendrá en Instituto Venezolano de los Seguros Sociales-IVSS en el año 1946), adscrito al Ministerio del Trabajo. Por cierto, con esta última decisión se fragmentó la atención a quien enferma: la de quienes estén asegurados y la de quienes no lo estén. De allí en adelante se fomentaría la creación de diversos sistemas de atención a las enfermedades y a los enfermos en nuestro país, contraviniendo la necesidad de un sistema único público de salud, lo cual prevalece hasta nuestros días.

En la Constitución venezolana de 1947 el tema de salud aparece con claridad:

De la salud y la Seguridad Social... Artículo 51: El Estado velará por el mantenimiento de la Salud Pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Su Artículo 52 reza: “El Estado establecerá en forma amplia y progresiva un sistema amplio y eficiente de Seguridad Social”. El Artículo 138 establece: “la salud pública es competencia del Poder Nacional”. Además, aparecen numerosas referencias a lo “social”. En general, se encuentran numerosos artículos que vinculan salud y Estado y las responsabilidades de éste respecto a la sociedad. Como lo plantea Delgado (2001) con claridad, al referirse a la Constitución del 47:

...se superó la visión de caridad que antes tenían (los derechos sociales) y, sobre todo, se institucionalizó la concepción del ciudadano en cuanto titular de derechos y deberes de cara al Estado”, con esta Constitución se “asentó por primera vez....una ciudadanía social amplia, de acuerdo con la cual, independientemente de la condición social, nacionalidad o edad, se tenía derecho a ser protegido por el Estado. (86).

Andrés Eloy Blanco, Presidente de la Asamblea Constituyente, en el debate señaló:

Otros puntos que deben ser elevados a la categoría de principios constitucionales son las garantías sociales y económicas. Hasta ahora las Cartas Constitucionales únicamente han recogido los derechos individuales, los derechos representativos: una igualdad abstracta que estipulaba que todos los hombres eran iguales, pero en realidad no existía tal igualdad....La Ley le dice al ciudadano: “Usted es libre”, pero la realidad respondía: “libre de morirse de hambre”. (Delgado, citado en PROVEA, 2003:viii).

Sin embargo, en la siguiente constitución (1953), que aprueba la dictadura militar, su contenido social y los artículos señalados en líneas anteriores desaparecen o se restringen drásticamente.

Al Período de Democracia Representativa corresponde la Constitución que le sigue, promulgada en 1961 -a raíz de la caída de la dictadura perezjimenista en 1958-, donde aparece en su *Capítulo III, De los Derechos Individuales*, única referencia al tema de la salud, en el Artículo 76: “*Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos*” (Subrayado nuestro). Aunque limitado al sector de la población que carece de bienes de fortuna, se establece la salud como responsabilidad del Estado. Adicionalmente, en este texto constitucional también encontramos numerosas referencias a lo “social”, así como al rol del Estado y sus competencias y responsabilidades para con la sociedad. Como, de nuevo, nos comenta el mismo autor (93):

Esta Constitución construyó, desarrolló y amplió, formalmente, las bases del Estado social al dejar en manos del Estado venezolano la responsabilidad en la ejecución de los derechos sociales. Asentó de manera implícita, una concepción de ciudadanía ampliada en relación con la del 47, no estableció limitaciones en cuanto al disfrute del bienestar social...

Aunque en términos de los derechos sociales, en general, se lograron avances que dan continuidad a lo planteado en la Constitución de 1947, la situación es controversial en relación a la salud. Al respecto, en el Informe Especial sobre salud PROVEA (2003), una organización venezolana no gubernamental de derechos humanos, a propósito de la Constitución del 61 plantea:

Desde entonces (1961), la salud ha sido un derecho de segunda categoría en Venezuela. Primero, quedó condicionado a las capacidades económicas y

administrativas del Estado venezolano en términos de provisión y dotación de servicios y a los circuitos clientelares que se establecieron dentro del Estado para tener acceso a ellos; y más tarde, cuando mermaron estas capacidades y disminuyó el acceso y la calidad de atención de estos servicios, pasó a depender de las posibilidades económicas de las mismas personas. En ambos casos, la salud no ha logrado convertirse en un derecho de las personas que los habilita para exigir y contribuir a su ejercicio.

En la Constitución de 1999, que corresponde a lo que hemos llamado el **Período de Democracia Participativa**, los temas de la salud y lo social adquieren características completamente distintas y novedosas. Por tratarse del tema central del presente estudio dedicaremos una sección aparte a este período. Se trata de un profundo y significativo cambio en los distintos órdenes, desde la perspectiva jurídica, sin precedentes en la historia constitucional del país.

III.1.2.- Referencia histórica sobre la participación de la comunidad en el área de salud en Venezuela y el marco constitucional

De acuerdo con la definición que adoptamos de **Participación Ciudadana en Salud**, expuesta en el marco conceptual del presente estudio, no podríamos aplicarla a buena parte del período histórico que abarca la historia constitucional del país, pues de las 26 constituciones que ha tenido Venezuela, sólo en la última (1999) aparece por primera vez este término, con ese significado. Así pues, es comprensible que la organización y la participación de la comunidad en el campo de la salud no sean referidos como tales a lo largo del siglo XIX.

En consecuencia, no hay alusiones a la participación comunitaria o ciudadana, ni se encuentra el término, en ninguno de los textos constitucionales anteriores. Recordemos además que la aparición de las nociones de desarrollo

social y política social, así como el tema de los Derechos Humanos y con ello el de Ciudadanía en la Sociedad y su relación con el concepto de salud, como lo hemos mostrado previamente, es un hecho reciente, muy avanzado el siglo XX.

Sin embargo, nos parece pertinente y necesario, aunque sea muy brevemente, referir los conceptos de Ciudadanía y Participación Ciudadana, entendidos como un proceso de construcción en la relación Estado–sociedad, referidos a la historia venezolana y su marco constitucional.

PERÍODO PRE-DEMOCRÁTICO

En el Período Pre-democrático (1811-1958), un primer momento a destacar es la aprobación de la Constitución Norteamericana (1787) y posteriormente la aprobación en la Francia revolucionaria, por una Asamblea Nacional Constituyente (1789), de la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano*, como expresión de un nuevo momento histórico que en la materia que nos ocupa es de carácter relevante porque establece el reconocimiento, primero, de que la noción de Constitución sólo tiene vigencia si en ella están contemplados los derechos fundamentales y, segundo, de la necesidad de jerarquizar los derechos del hombre como anteriores y superiores al Estado, el cual se concibe como una organización instrumentalizada a su servicio (Combellas, 1999).

En Venezuela, la primera Constitución (1811) contiene una notable influencia de las constituciones norteamericana y francesa. Sin embargo, pasaría mucho tiempo para que el texto constitucional venezolano recogiera avances importantes sobre los derechos civiles y sociales. Es visionaria la afirmación de Simón Bolívar, en 1819: “*El sistema de gobierno más perfecto es el que produce la mayor suma de felicidad posible, **mayor suma de seguridad social**, y mayor suma de estabilidad política*” (subr. nuestro) (PIDH, 2003).

Muchas serán las dificultades que encontraría la conformación del Estado venezolano, alcanzar la democracia y avanzar en el proceso de construcción de ciudadanía desde que se declara la Independencia en 1810.

La Primera Constitución (1811) fue elaborada por el **Primer Congreso Nacional de Venezuela**, que contó con 42 diputados, **electos por los “hombres libres”, únicos que tenían derecho al voto** (ni los esclavos ni las mujeres eran reconocidos como electores). Sin embargo, en ese primer texto constitucional se consagraron principios fundamentales como: soberanía popular, representatividad, separación de poderes y reconocimiento de los derechos del hombre. En la Carta Magna de 1830 se estableció que para alcanzar el derecho a ser elector, los aspirantes debían poseer bienes raíces; para ese momento el país estaba dividido entre hombres libres y esclavos (APEAC, 2003).

En la Constitución de **1857 se consagraría la abolición de la esclavitud** y la eliminación de la condición económica como requisito para ser elector; con la Constitución de 1858, se conquista el establecimiento del sufragio universal y directo para elegir al Presidente de la República y diputados, y en la siguiente, en 1864, la Constitución establece la **enseñanza gratuita** para la educación primaria y la educación de artes y oficios; en la de 1874 se establece que el voto debe ser *“directo, público, escrito y firmado”* (Badell, 2003). En la Constitución de 1893 se establece el *“sufragio universal, secreto y directo, sólo para los hombres”* (APEAC, 2003).

Será a finales del siglo XIX, con los gobiernos de Cipriano Castro primero, y luego de Juan Vicente Gómez, que se sientan las bases del Estado venezolano, mediante la centralización como forma de ejercicio del poder, la creación de un Ejército Nacional y el precio de **treinta años de ejercicio autárquico de gobierno**.

En 1936, luego de la muerte de Gómez, **la Constitución reconocerá nuevamente el ejercicio de los derechos políticos y las libertades públicas**. Por cierto, en ella se establece la protección social del obrero como una misión del

Estado. Para ese entonces ya Venezuela era un país petrolero. A los 130 años de vida republicana se abre un breve período de intento de apertura democrática: en la Constitución de 1945 se garantiza la libertad de pensamiento y la elección directa de diputados y concejales, se promueve la intervención del Estado en los asuntos económicos y hasta se produce un debate sobre este texto constitucional en la prensa nacional. En 1947 aparece la primera Constitución aprobada por una Asamblea Nacional Constituyente, electa en votación directa y secreta, con una discusión de seis meses que fue radiodifundida; se consagra el voto universal, directo y secreto para los cargos de Presidente, Senadores, Diputados y Concejales. **Se otorga el voto a los analfabetos y a las mujeres**, y se establecen por primera vez los derechos de la familia, de la salud y de la seguridad social, de la educación y del trabajo como pautas constitucionales. No duraría ni un año este intento, pues un golpe militar contra el presidente Gallegos en el mismo año 1947 liquidaría estos esfuerzos y se abriría de nuevo un período dictatorial. Una nueva Constitución es aprobada. Retroceden las conquistas sociales logradas y se prolonga este período Pre-democrático hasta 1958, año en el cual es derrocado el gobierno militar mediante un movimiento cívico-militar.

En cuanto a **la Participación Ciudadana en Salud en el Período Pre-democrático**, no será sino hasta el inicio de la explotación petrolera en Venezuela por un lado, y el planteamiento de desarrollo social desde los organismos internacionales, por el otro, lo que permitirá introducir el tema de la participación de la comunidad en el área de la salud en nuestro país. *“Participación Comunitaria en Salud entendida como la acción que la Sociedad Civil ejecuta para el logro de metas sanitarias como algo distinto de la acción del Estado.... Puede ser opuesta o complementaria, pero en cualquier caso diferente a la acción estatal”* plantea con claridad Roberto Briceño León (1993:166). Este autor sintetiza, de una manera que compartimos, la participación social en salud en Venezuela para las primeras décadas del Siglo XX:

Durante la primera mitad del siglo, uno encontraba múltiples formas de participación de las personas, desde los distribuidores voluntarios de quinina hasta la

construcción de las viviendas por las personas o la atención comunitaria de pacientes, pero eso era entendido como la acción normal de las personas ante el riesgo y la enfermedad, y no como participación, pues esta idea, tal y como en la actualidad la entendemos, sólo surge como una reacción ante la fuerte presencia del Estado en el área de la salud. (Briceño, 1998:2).

Para ese período no existen grupos ni organizaciones sociales que participen en el área de la salud. En todo caso, los partidos políticos están en proceso de conformación en esa primera mitad del siglo XX.

PERÍODO DE DEMOCRACIA REPRESENTATIVA

Con la caída del gobierno autoritario del dictador Marcos Pérez Jiménez se inicia en Venezuela lo que hemos denominado el **Período de Democracia Representativa**, que se extenderá desde 1958 hasta 1998. En el año 1961 se aprueba una Constitución en cuyo texto, como vimos anteriormente, se consolidan y amplían los derechos civiles, ciudadanos y sociales que conforman la base de la ciudadanía.

Se impulsará el desarrollo del modelo de sustitución de importaciones, de comienzo tardío en nuestro país, pues desde hacía varias décadas otros países lo habían adoptado -casos de Brasil, Argentina o Chile-. La renta petrolera fue la palanca que permitió impulsar un desarrollo económico caracterizado como capitalista dependiente o subdesarrollado, acompañado de un desarrollo político y social en el cual se alcanzaron logros del modelo socialdemócrata compatibles -aunque con mucho menor alcance- con los del “*Estado de Bienestar*” (*Welfare State*) impulsado desde la postguerra en Europa, especialmente en Inglaterra, Alemania y los países nórdicos. Venezuela creció entre 1960 y 1970 a un ritmo superior al 6% anual. Los motores decisivos de esta expansión fueron el sector externo, el gasto público, la construcción y la industria (Silva Michelena, 1986:326). Esta democracia liberal burguesa pudo conquistar logros en lo social en áreas como salud, educación y empleo, y de relativa igualdad jurídico-política

de las personas en su condición de ciudadanos. Durante sus primeras décadas, en este modelo fue posible un doble proceso: el enriquecimiento de un sector social, la burguesía venezolana asociada al capital transnacional, y al mismo tiempo, la cobertura parcial de necesidades sociales. La renta petrolera permitió, a diferencia de otros países, que la inversión social no tuviera que ser producto de una política impositiva a los sectores económicamente mas poderosos; un juego permitido por el producto de la renta petrolera donde todos vivían, unos mejor que otros, pero todos a expensas del Estado.

La Democracia Representativa venezolana fue generando las limitaciones, contradicciones y vicios que la irían progresivamente deslegitimando. La participación ciudadana, expresada en los derechos individuales, civiles y políticos, se redujo cada vez más al ritual periódico de votar, sin tener capacidad real de elegir y, menos aún, de controlar a quienes hubiesen sido electos. Los partidos, secuestrados por sus cúpulas políticas, fueron incubando un doble proceso de apropiación: por una parte, respecto al Estado para, desde el gobierno, en alianza con una burguesía voraz y desnacionalizada, apoderarse progresivamente de los bienes públicos, administrados por el Estado, en especial la renta petrolera. De esta manera se produce un descomunal proceso de privatización del Estado venezolano por intereses particulares, políticos y hombres de negocios, fusionados en un solo interés. Por otra parte, se contribuye al proceso de expropiación de la voluntad popular que, también en el contexto latinoamericano, ha dificultado la constitución de Estados nacionales y el fortalecimiento de sus instituciones. Se generan los más terribles **vicios** que hasta el presente mantienen ahogada la democracia de ciudadanos: *el clientelismo, la corrupción en el manejo de lo público, el paternalismo y el corporativismo*. Se pervirtió la política, expropiándola también del uso del común de la gente y reservándola para los políticos, a quienes se atribuye el uso, manejo y abuso de la actividad política para fines personales y privados lucrativos; la política casi devenida en profesión rentable, para la cual no se necesitan estudios ni preparación alguna. De esta manera se fue privatizando el espacio público y mercantilizando la sociedad. El poder es legitimado por la vía de la simple

convocatoria a votar. Se consagran así privilegios y derechos sólo para algunos: la clase “política” y las elites. Democracia de elites y de partidos. Partidos que progresivamente fueron abandonados por su base social, convertidos en instrumentos de burocracias al servicio de ellos mismos para autoreproducirse. La igualdad de oportunidades y el Estado de Derecho como una simple formalidad. La soberanía descansando en el individuo, quien la delega: la democracia representativa fue transformada en democracia delegativa o sustitutiva.

El *boom* petrolero del año 1973 generará un insólito resultado: la más fabulosa abundancia convertida en pobreza; en palabras de Usler Pietri (1992):

Basta decir que entre 1973, en que comienza el ascenso de los precios, y 1984, Venezuela recibió, por el solo concepto de las explotación petrolera, más de 200 mil millones de dólares, que es el equivalente de 20 planes Marshall. Este inmenso poder financiero quedó concentrado en manos del Estado, creando así una primera y fundamental paradoja, la de un Estado cada vez más rico y dispendioso en un país mayoritariamente pobre y atrasado. (13).

En otra investigación en la que participamos en esa época (Proceso Político, 1976), demostramos la aparición en ese período de un voraz grupo de hombres de negocios (“burguesía emergente”) que desde el Estado mismo amasó una inmensa fortuna personal y dirigió el proceso de reacomodo para incorporarse al mercado mundial en proceso de globalización neo-liberal. Las migajas del festín fueron cuantiosas y permitieron alimentar expectativas en los sectores populares en cuanto a encontrar solución a los males sociales.

Tal situación no hizo sino apuntalar aún más el *modus vivendi* que se venía desarrollando. La democracia venezolana, referencia formal para el Continente, permite que ricos y pobres, blancos, indios y negros; empresarios, Estado y trabajadores, convivan en casi perfecta armonía, sin racismos, sin señalamientos al Estado de ineficaz y corrupto, alternándose en el gobierno los fundadores de tal democracia: la socialdemocracia (AD) y el socialcristianismo (COPEI), confundidas sociedad civil y sociedad política en el Estado, lo que se

traduce en una participación social muy limitada y en la práctica reducida a la representación política (la democracia como ejercicio de ejercer el derecho al voto); el paternalismo, el clientelismo, la burocracia y la corrupción, avanzando como un cáncer en el aparato gubernamental.

Ya para 1978 el manejo desordenado y despilfarrador de los fondos públicos, la corrupción sin freno y su agravante, la impunidad, así como el saqueo al que fue sometido el tesoro público por el capital transnacional asociado a una burguesía venezolana a su servicio y una elite política sirviendo de agentes para consumir ese gigantesco proceso de expropiación de lo público, llevaron el país al término de esa década a una bancarrota. Esta armonía de clases, por tanto, duró hasta la brusca caída de los precios del petróleo al comenzar la década de los 80, con la subsiguiente devaluación de la moneda en el año 83, conocida como el “viernes negro”. Allí se abren “dos Venezuelas”: la de los sempiternos beneficiarios de la renta petrolera, que por supuesto no podían ser los afectados, y la gran mayoría de la población, eterna recipiendaria de las crisis y los fracasos gubernamentales. El gobierno de Lusinchi no haría sino agravar la crisis (Toro Hardy, 1992), cometiendo graves errores en política económica, profundizando los niveles de corrupción, y agravando la situación social, cuyos indicadores evidenciaron la gravedad de la situación

...justamente cuando afloran todas las formas de manifestación de la crisis del sistema político a finales de la década de los 80, un sistema político de Estado centralizado de partidos y cuyo paradigma en nuestra historia de los últimos 50 años, sin duda, fue el gobierno del Presidente Lusinchi, donde la imbricación total entre Partido y Estado condujo a que aflorara dicha crisis. Se trata de una crisis terminal del sistema político de la cual no salimos todavía y en la cual está inmersa la sociedad venezolana. (Brewer Carías, 1998:36).

Participación Ciudadana en Salud en el Período de Democracia Representativa

La participación de la comunidad en el área de la salud a partir del inicio del Período de Democracia Representativa (1958) estará enmarcada entre las políticas públicas gubernamentales y los intentos desde la incipiente sociedad civil de crear sus propias organizaciones de manera autónoma. Desde esa época comenzará la aparición de las llamadas organizaciones no gubernamentales (ONG's u oenegés) o como también se les denomina Organizaciones Comunitarias de Desarrollo Social (OCDS).

Desde las instancias gubernamentales se le irá otorgando importancia a la participación de la comunidad, en parte siguiendo los lineamientos de Naciones Unidas sobre esta materia que ya en la década de los cincuenta llamaba a incorporar a las comunidades en los programas de Desarrollo Social (Aguilar, 2001:6) Hasta ese momento sólo existían en Venezuela -como organizaciones comunitarias, con cierta autonomía y diferenciadas de los partidos políticos- las organizaciones cooperativas, con un incipiente desarrollo. Es así como se lanza, luego del derrocamiento de la dictadura perezjimenista, en **1958**, el **Plan de Emergencia** dirigido, sobre todo, a mejorar las condiciones de vida de la capital, particularmente afectada por el violento proceso de migración rural-urbano, que en menos de veinte años había elevado la población urbana de 31,3 % en 1941 a 62,5 % en 1961 (Ministerio de Fomento, 1973:13)). El gobierno promovió la creación de **Juntas Pro-mejoras** y de centros comunales con el fin de promover la participación comunitaria. En el Ministerio de Sanidad se crea la División de Organización y Desarrollo de la Comunidad,

primer organismo público de este estilo de ámbito nacional, al cual se le asignaron entre sus objetivos: promover un cambio de actitud en las comunidades, a favor de la participación activa de sus miembros, reagrupar la población rural para facilitar su dotación de servicios, organizar las comunidades, según diversas modalidades, y de esta manera aglutinar esfuerzos y recursos que, sumados a los del gobierno, produzcan mejores niveles de vida, individual y colectiva. (Geigel, 1993:113).

A partir de **1960**, se formula el *Programa Nacional de Desarrollo de la Comunidad*, primero bajo la conducción de la Oficina Central de Coordinación y Planificación (CORDIPLAN),

dirigido a auspiciar la toma de conciencia y organización de la población, para que, a través de sus iniciativas, haciendo uso de sus recursos materiales e institucionales, logren participar y convertirse en autores y gestores de su propio desarrollo. Para el soporte organizativo del programa se establecieron el Consejo Nacional de la Comunidad, los Organismos de Desarrollo Comunal (ORDEC), al nivel de cada una de las entidades federales, y las Juntas de Desarrollo de la Comunidad, al nivel de las comunidades, cuyo objetivo fundamental era que los líderes de la comunidad, junto con los técnicos oficiales, identificaran las verdaderas necesidades, se organizaran, y así, mediante el aporte de mano de obra local, solucionar problemas puntuales, particularmente los atacables mediante la dotación de servicios de infraestructura”. (Geigel, 1993:113).

En 1962 se crea la Fundación para el Desarrollo y Fomento de la Comunidad (**FUNDACOMUN**), que tenía entre sus objetivos la promoción, organización y capacitación de las organizaciones de base existentes en los barrios populares. Para la misma época van apareciendo otras organizaciones impulsadas desde la Iglesia Católica (Instituto Venezolano de Acción Comunitaria-IVAC), el sector privado (Acción en Venezuela) o los partidos políticos (Movimiento Pro-desarrollo de la Comunidad, vinculado a Acción Democrática). A finales de los sesenta se crea la Secretaría de Promoción Popular, adscrita a la presidencia de la República, “*concebida como una oficina de coordinación de todo lo relacionado con la política de promoción y participación popular, con el objeto de lograr estructuras que aseguren la participación popular, la coordinación inter-institucional y la promoción de actitudes favorables al desarrollo*” (Geigel, 1993:114). En verdad, no podemos considerar todas estas iniciativas y programas como organizaciones de la comunidad, sino como agencias gubernamentales para el desarrollo de los barrios. Acertadamente, Salamanca nos comenta:

....el Programa de Desarrollo de la Comunidad fracasó como política social, tal como queda reflejado en la expansión de la marginalidad urbana. Sin embargo, fue exitoso como medida de profilaxia político-ideológica y como mecanismo de atracción político-clientelar de la población. (Ramos, 1995:34).

Desde la base comunitaria las iniciativas en este período fueron muy limitadas, aunque destaca la presencia de los grupos ecologistas, las asociaciones de vecinos y los grupos cooperativos.

En relación a la *participación de la comunidad en salud* a partir de los años 60, se manifiesta como acciones de la población diferenciadas del Estado y de los partidos políticos. Tendría como telón de fondo la situación política producida por la guerra fría, la amenaza que representaba el campo socialista, y en América Latina la influencia de la Revolución Cubana. Briceño (1998) nos habla de cuatro perspectivas de la participación comunitaria en este período: *como manipulación ideológica, como mano de obra barata, como facilitadora de atención médica y hasta como subversión*. En tal sentido, la participación de la comunidad en el área de la salud se podía destinar a colaborar en acciones tales como construir escuelas o viviendas con fondos del Estado, o bien participando en campañas de vacunación o de tratamiento médico masivo. Desde las empresas privadas se promovían actividades de ayuda social en las comunidades como ayuda a los pobres, o desde agencias internacionales se desarrollaron propuestas como la “Alianza para el Progreso” promovida por el gobierno estadounidense, o los “Cuerpos de Paz”, que utilizando jóvenes norteamericanos hacían labor social en algunos barrios de las zonas urbanas más pobladas del país. También desde grupos políticos de izquierda, encubriendo acciones de enfrentamiento al Estado y a la empresa privada, se realizaron acciones que involucraban a la comunidad en tareas sociales que incluían labores de salud. Desde el Estado, la participación de la comunidad fue enfocada de manera utilitaria, en el mejor de los casos para colaborar en tareas preventivas o de saneamiento ambiental. Lo que sí queda claro ya desde ese momento es que la participación de la comunidad se va produciendo

como maneras de entender la relación Estado-sociedad, la cual irá evolucionando asociada a las nociones de lo público y lo privado y, en consecuencia, a los procesos de privatización que se desencadenan en esa perspectiva.

Es conveniente y pertinente, a estas alturas del discurso, apuntar que la participación de la comunidad en el área de la salud confirma la existencia de modelos de atención a la salud, o, mejor aún, modelos de atención a la enfermedad, diferenciados según el poder adquisitivo de la población. Como ya comentamos, los sectores de las clases media y alta recurren fundamentalmente al sector privado de la atención médica en salud, mientras que los sectores populares acuden a los servicios públicos, o de seguridad social, de manera tal que la relación Estado-sociedad también se produce de manera diferente, lo cual requiere un análisis diferenciado para cada sector. Dados los objetivos del presente estudio nos hemos centrado en el segundo grupo, por demás mayoritario de la población, es decir, el de los sectores populares.

En la **década de los 70 y comienzos de los 80** la participación comunitaria va adquiriendo un carácter cada vez más independiente y se le puede interpretar como una reacción frente a los abusos de los partidos políticos que no dejaban espacio a la sociedad civil y a sus organizaciones, avanzándose un progresivo deterioro de las instituciones colonizadas también por parte de las organizaciones partidistas. El movimiento ecologista, vecinal y cooperativo continúa desarrollándose. Particular empuje logra el movimiento de las Asociaciones de Vecinos, que fue calificado como “la rebelión de los vecinos”, aunque es menester señalar que tal desarrollo estuvo asociado fundamentalmente a los sectores de clase media, urbanizaciones y zonas residenciales que enfrentaban los abusos de Concejos Municipales donde la degeneración de la política y la corrupción ponían en peligro la calidad de vida lograda con no pocos esfuerzos por este sector social. En los sectores populares la situación es otra: continúa el éxodo rural-urbano, se acentúan las carencias en las llamadas zonas marginales, la inexistencia o deterioro de los servicios y las condiciones insalubres se acentúan; además, su capacidad de organización es menor, su acceso

a los medios de comunicación es más limitado, la cooptación y manipulación de los líderes comunales se mezcla con la politiquería y el partidismo de derecha y de izquierda, todo lo cual crea un panorama con muy severas dificultades en este proceso de construir tejido social organizado, de construir ciudadanía.

Es así como, en este **período de los setenta y los ochenta**, la participación comunitaria en salud adquiere nuevas características. Son los años en que, en el contexto global, se produce la crisis de las ideologías, crisis en los movimientos políticos, que alcanza al campo socialista que hasta entonces se presentaba como una alternativa indetenible ante un capitalismo en crisis. Proliferaron los grupos comunitarios que se organizaron al margen de los partidos políticos. Muchos de ellos se desarrollaron en conflicto con la concepción burocrática y partidocrática imperante, influenciados por las ideas del pensamiento humanista cristiano (Chardin, Mounier, Lebreton) y las nuevas corrientes de la izquierda (Lukács, Gramsci, Althusser), o la “Pedagogía de la Liberación” del brasileño Paulo Freire. Esta situación favoreció en nuestro país la aparición de numerosos grupos que involucraron sobre todo a estudiantes -universitarios y de educación media- en las zonas urbanas del país, quienes se mezclaron con la población y desarrollaron iniciativas de lo que podríamos considerar formas embrionarias de lo que hemos caracterizado como Participación Ciudadana en Salud. Se presentaron fundamentalmente dos modalidades: la de los movimientos comunitarios de perfil izquierdista y la llamada “Promoción Popular”, de inspiración socialcristiana, planteando la “autogestión”. Sin embargo, tales iniciativas no alcanzaron un desarrollo de carácter nacional, ni una vinculación orgánica. Se limitó a esfuerzos aislados, sobre todo en los estados Lara, Trujillo, Zulia y Carabobo.

En este período avanza el proceso de privatización del Estado, de expropiación de lo público por políticos devenidos en hombres de negocios asociados a comerciantes inescrupulosos que hicieron de la salud un filón de enriquecimiento privado lucrativo.

Las modalidades de participación de la comunidad en el sector salud promovidas desde el aparato gubernamental estuvieron signadas por la

manipulación y el utilitarismo. Nada tuvieron que ver con la posibilidad de promover la auto-organización social ni el empoderamiento de las comunidades; por el contrario, todo intento en este sentido era interpretado como acción política de grupos anti-gubernamentales.

III.2.- La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y la Constitución de 1999: del fracaso del proyecto neo-liberal al intento de construir un modelo alternativo (1989-2004)

III.2.1.- Década de los noventa: auge y fracaso del proyecto neo-liberal

El final de la década de los ochenta será un punto de inflexión en la historia contemporánea del país. La crisis social, económica, política y ética acumulada por la sociedad venezolana hará explosión, no como una protesta cívica, no a través del descontento que se traduce en el voto-castigo a un mal gobierno o a un gobernante, sino a través de un estallido social, sin dirección política, sin alternativa otra que el rechazo a una política de empobrecimiento insostenible a la cual fue sometido el país. Es así como el triunfo electoral aplastante de Carlos Andrés Pérez a finales de 1988, recordado por la población como el gobernante providencial cuya magia en su primer gobierno no tuvo otra explicación que el inmenso caudal de recursos que manejó gracias a la renta petrolera por el incremento de los precios en el mercado internacional, entra en profunda crisis apenas en su comienzo. En un contexto internacional donde el proyecto neo-liberal impone a los gobiernos del continente la aplicación de las medidas económicas que tal modelo encierra, el recién electo Presidente anuncia al país su decisión de aplicarlas. La respuesta del pueblo venezolano ante esta política fue tan sorpresiva como descomunal. A los pocos días de ser anunciada por el Presidente Pérez se produjo una respuesta de participación masiva, inorgánica, una “revuelta popular” como fue calificada, que sacudió

definitivamente el país, y generó una dinámica que llevaría luego a una ruptura del modelo imperante. Como bien lo describe Carvallo (1989:48):

Con la toma de posesión de Carlos Andrés Pérez (2-2-1989) y el posterior anuncio de su “paquete económico” (medidas macroeconómicas impuestas por el Fondo Monetario Internacional) se puso en evidencia que el modelo de desarrollo de los años anteriores dejaba de funcionar y al hacerse explícito un “nuevo viraje” para la economía, un viraje de clara orientación neo-liberal, en el cual el peso de los ajustes habría de recaer sobre los sectores de menores ingresos, el factor de clases, que parecía totalmente mediatizado en el pasado, reapareció violentamente. Al no contar el sistema político con canales de mediación para este tipo de conflictos, estos se desbordaron sobre la propia sociedad. La vitalidad de este fenómeno no había sido prevista por ninguno de los actores hegemónicos, quienes se vieron no sólo sorprendidos sino también acorralados por la fuerza y el carácter de la propuesta popular.

Para los sectores y clases dominantes aparecen los culpables: el Estado, los partidos políticos, los sindicatos, las demandas exageradas de la gente que no entiende que “todos deben sacrificarse por el bien de la patria”; se descubre el velo y aparece entonces una Venezuela clasista, racista, que intensifica la exclusión, en cuya ideología se sumarán buena parte de los sectores medios, a quienes les comienza a oler mal a quienes califican progresivamente como pobres, luego marginales, y ya después como “chusma”. La solución era implantar el modelo neo-liberal y enterrar el modelo social-demócrata, señalándolo como culpable. Y ciertamente habían convertido el país en una democracia de partidos, de elites, una democracia deslegitimada.

El proyecto neo-liberal exigía la aplicación implacable del conjunto de medidas macroeconómicas que como amarga medicina había que aceptar para volver a la prosperidad: minimizar el papel del Estado (volverlo a su rol de juez y gendarme); despidos masivos de la “burocracia gubernamental”, disminución del gasto social, especialmente en salud y educación; descentralización sin capacitación, sin democratización y sin recursos, para repartir hacia abajo

(gobernaciones y municipios) el peso de la crisis; política social “compensatoria”, esto es, “focalizar” los programas sociales en los sectores más pobres, potencialmente los más peligrosos para la paz social; devaluación de la moneda, desregulación y flexibilización laboral, que conjuntamente con la apertura a la inversión extranjera, ofreciéndoles beneficios apreciables, contribuiría a desnacionalizar la economía. Entronizar el mercado como árbitro y señor de la vida social. Apertura a la globalización capitalista y en consecuencia apertura incontrolada del mercado nacional a las mercancías y a los capitales extranjeros. Por supuesto, todo ello acompañado de una ofensiva ideológica dirigida por excelencia a los sectores medios, en la cual el mensaje era fomentar la anti-política, el ataque a los partidos, sindicatos y al Estado como responsables de todos los males: todo lo estatal es ineficiente, burocrático y corrupto, se deben privatizar los servicios públicos, la sociedad civil es el espacio de lo privado concebido de manera egoísta, territorio del individualismo y del consumismo, y en todo caso espacio para organizarse en defensa de la propiedad privada y la familia. Esto es el proyecto neo-liberal: un proyecto económico, social, político e ideológico para la actual globalización capitalista de la nueva elite financiera transnacional (Laurell, 1997).

La imposición del modelo neo-liberal contribuiría a liquidar lo que de avances o logros sociales podía exhibirse en el modelo social-demócrata.

Las consecuencias del proyecto neoliberal en el Sector Salud

El proceso de deterioro de la salud pública en Venezuela, que comenzó en los años sesenta, se fue acentuando a medida que también en esta área lo que fueron logros del sanitarismo nacional en la lucha contra las epidemias y aún en avances en atención médica, en manos del bipartidismo, condujo a una crisis sanitario-asistencial de dramáticas proporciones. En otra investigación hemos expuesto este proceso y analizado sus causas, características y consecuencias (Carquez-León, 1995).

La crisis de los años 80 no hizo sino exacerbar esta situación, pues el proyecto neo-liberal presentó y quiso implementar salidas y correctivos que agravaron la situación existente. Las líneas fundamentales de este proyecto fueron: la *disminución del gasto social* en salud, la *descentralización* sin planificación, capacitación, ni recursos y por supuesto no democrática; la *focalización del gasto social*, es decir, prestar atención médica a los sectores más pobres de la población, lo cual encubre también un propósito político: atender, así fuese superficialmente, a quienes son potencialmente grupos poblacionales políticamente expuestos a la subversión o a un estallido social, y, por supuesto, la *privatización del sector*, que abarcaba varios componentes: privatización de servicios y actividades lucrativas del sistema asistencial (laboratorio, radiología, imagenología, etc) a través de empresas privadas o de formas disfrazadas como las fundaciones (¡el Hospital Universitario de Caracas llegó a tener 36 Fundaciones!) que establecieron tarifas que condicionaban la atención del enfermo en el sistema público. Otra modalidad ha sido la utilización de la población en mecanismos como la “recuperación de costos” mediante los cuales se involucra hasta a la misma comunidad solicitando una “colaboración” para obtener atención del servicio o para contribuir con el sostenimiento del centro; también se emplea la modalidad del trabajo voluntario por parte de miembros de la comunidad o la entrega a las comunidades de centros de salud para que los administren, y a esto lo denominan participación comunitaria y ciudadana o corresponsabilidad social. Asimismo, se produjo un acelerado proceso de *apertura de centros privados*, cuya expresión más clara es la forma como en los últimos años el número de camas asistenciales en el sector privado ha crecido de manera exponencial y en el sector público no sólo no ha aumentado sino que en algunos casos ha disminuido (Carquez-León, 1995:161). La salud transformada en mercancía, la enfermedad como gran negocio lucrativo.

El otro gran componente que se propuso el proyecto neo-liberal de privatización es el que se refiere a la seguridad social, considerada como uno de los sectores de mayor rentabilidad para el capital transnacional en este período histórico. Con acierto Laurel (1998) señala:

La administración y producción del bienestar social representan en cualquier país actividades económicas que abarcan del 20 al 45% del Producto Interno Bruto. ... El régimen de capitalización individual con administración privada de estos fondos permite a los grandes grupos financieros privados controlar los fondos financieros más importantes de un país. (26).

En Venezuela se elaboró y aprobó una *Ley de Seguridad Social* que entregaba a la banca privada transnacional la parte rentable de la Seguridad Social de toda la población. A pesar de la importancia de este instrumento legal no se realizó un debate público y fue aprobada finalmente por vía de un acuerdo tripartito Gobierno-CTV-FEDECAMARAS, por el recurso especial de una Ley Habilitante, en el último mes del gobierno de Rafael Caldera, en 1998. Afortunadamente, al momento del ejecutarse en 1999, se produjo un cambio de gobierno que dio un viraje radical al tema de los derechos sociales, y con ello al manejo de la seguridad social, estableciéndose nuevos parámetros que se consagraron en la nueva Constitución, opuestos al modelo neo-liberal.

Las consecuencias del modelo impuesto fueron las esperadas: se incrementaron las carencias de todo tipo en el sector médico-asistencial de la red hospitalaria (carencia de equipos, insumos y medicamentos), se acentuó el abandono de la Atención Primaria y la Red Ambulatoria, aumentaron las enfermedades emergentes, típicas de los países desarrollados, y las reemergentes, propias de los países pobres, cuyos índices habían mejorado o habían sido controlados (dengue, paludismo, tuberculosis, ...).

La Participación Ciudadana en Salud en la década de los noventa

Una nueva dinámica social se genera en el país a partir de la revuelta popular del 27 de febrero de 1989, al producirse la implosión del sistema político, afectado por una crisis de legitimidad, en la cual todas las instituciones evidenciaron su incapacidad para recomponer el escenario social y en particular los partidos políticos, gremios y sindicatos abandonados por sus bases, cuyos

dirigentes ya habían abandonado años antes. La participación que se produce no tiene carácter orgánico, ni hay cohesión alguna; son múltiples experiencias de participación social, en todos los sectores de la sociedad, que también se presentan en el área de la salud.

Durante los años 90 la pérdida de credibilidad y de legitimidad de los partidos políticos, gremios y sindicatos, favorecerá la conformación de diversas experiencias organizadas de la sociedad civil, entre ellas las de salud. Como lo señala Clemy Machado (1998):

...han comenzado a aparecer innumerables movimientos sociales que venían incubándose desde tiempo atrás como los ecologistas, los feministas, los vecinales, los cooperativistas, etc., que ahora cobran nuevo vigor y variedad a través de las llamadas ONG's de todo tipo ... el descubrimiento del surgimiento de una alternativa al desarrollo social ya no centrada en el Estado sino en la sociedad civil. (205).

Es interesante observar cómo en este contexto, signado por el proyecto neo-liberal, aparecen, por primera vez en Venezuela, algunas organizaciones que en nombre de la sociedad civil asumen la defensa de los postulados ideológicos del liberalismo: el individualismo, la defensa de la propiedad privada y del mercado. García Guadilla (1999), dedica varios trabajos a mostrar los grupos que adoptan la defensa del neo-liberalismo en Venezuela, entre las cuales cita: Grupo Roraima, Centro de Divulgación de Conocimiento Económico (CEDICE), Red Liderazgo y Visión, Asociación Civil Queremos Elegir (Elías Santana), SINERGIA, Escuela de Vecinos de Venezuela, Fundación Venezuela 2020, Centro de Formación al Servicio de la Acción Popular (CESAP), Primero Justicia, Venezuela Competitiva, entre otros. García (1999:24) lo expone con toda claridad:

Las redes liberales y las organizaciones que las integran representan un nuevo actor sociopolítico que surge de la sociedad civil y que cuenta con una importante capacidad de generar opinión pública política e incidir, en cierta medida, en otras esferas públicas de decisión. De esta

manera han logrado permear parcialmente ciertas orientaciones del Estado en materia de política social y en algunas definiciones económicas (se refiere al gobierno de Caldera). Cabe destacar que **este nuevo actor dispone del respaldo económico de ciertos sectores empresariales (Conindustria, Fedecámaras, Consecomercio, entre otros)** lo que les permite contar con cierta autonomía frente al Estado y los partidos políticos, de allí que el fortalecimiento de las relaciones con el empresariado y los organismos internacionales de financiamiento (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros) les proporciona respaldo político e ideológico a sus proposiciones; **mientras que por su parte estas redes y organizaciones sociales respaldan y legitiman en sus discursos los intereses y enfoques de los sectores que les sirven de apoyo económico.**

Por consiguiente, la efectividad de este nuevo actor se encuentra en su estrategia de aglutinar y tejer una nueva red de relaciones internas y externas, visibles y sumergidas, **que hagan viable el proyecto de sociedad liberal** promovido a través de diversas iniciativas organizacionales y programáticas. (subr. nuestro).

Como para que no queden dudas sobre la orientación de estos grupos, García Guadilla describe y comenta los objetivos y actividades de cada una de esas agrupaciones, y, a manera de ejemplo, al reseñar las estrategias de CEDICE señala

... sus propuestas mantienen cierta afinidad en lo económico con la Agenda Venezuela -elaborada por el gobierno de Rafael Caldera- en cuanto a las estrategias para enfrentar los graves desequilibrios macroeconómicos de los años noventa y con el proceso de privatización de las empresas del Estado orientado a desmontar el capitalismo de Estado y , en consecuencia, el Estado benefactor; **en lo político, sus propuestas enfatizan la democracia representativa en oposición a la democracia participativa...**(16) (subr. nuestro)

Y, en otro trabajo, García G. (1997) comenta, dándole un soporte conceptual al liberalismo venezolano, encarnado, según ella en grupos como los mencionados:

...cada individuo debe ser gratificado según la contribución que haga al mantenimiento y estabilidad del sistema social. Los valores consensuales alrededor de los cuales los individuos deben ser gratificados presuponen el mercado, la libre competencia, y, en general, la sociedad capitalista; todo ello lleva a la aceptación de las desigualdades sociales. (76). (subr. nuestro).

Desde las instancias gubernamentales durante este período, a partir de 1989, se dio impulso a la participación de organizaciones comunitarias, aplicando particularmente una política de convenir con oenegés algunos programas sociales.

Como bien señala Iranzo (1997:7) al referirse a esta situación:

La incorporación de la población a la ejecución y hasta la administración de los programas sociales, sea mediante un voluntariado y/o por la organización de los servicios para garantizar su funcionamiento, no ha sido producto de un proceso gradual y organizado donde el Estado establece una política coherente y sistemática de participación de la sociedad civil en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas sociales, ni es el resultado de las demandas de unas organizaciones sociales que exigen de manera coordinada y consciente esta participación, sino que ha sido impuesta por la crisis socioeconómica y los serios problemas de ineficiencia e ineficacia del Estado.

Desde el primer semestre de 1990, el gobierno venezolano (segundo mandato de C. A. Pérez) solicitó la contribución de un grupo de oenegés para poner en funcionamiento varios programas sociales. En 1992 se crea la figura del Comisionado Presidencial para las Relaciones del Gobierno con las oenegés. En algunos programas, las oenegés funcionaron como redes de distribución de bienes y servicios. En otros, tuvieron la oportunidad de participar en el diseño y gestión general del programa (Navarro, 1994:166). Sin embargo, no hay información organizada, sistemática y confiable sobre el número de tales oenegés. Para 1992, Salamanca (1994), haciendo acopio de información de instituciones privadas (CESAP, CISOR) y de algunos organismos oficiales (FONCOFIN), nos habla de 427 oenegés de intermediación (diferenciándolas de las oenegés de base), de las

cuales unas 350 serían “organizaciones de servicios” (entre ellos salud); el resto son de filantropía empresarial (25), de origen familiar (20), o vinculadas a instituciones religiosas (32), y afirma que *“es a partir de la década de los ochenta cuando se da una notable expansión de estas organizaciones”* (168). En cuanto a las oenegés de base señala este autor que la información es aún mas difícil y dispersa; sin embargo, tomando como referencia la base de datos de CESAP, informa que para 1988 habría un total de 1.432 oenegés de base, sin incluir cooperativas ni asociaciones vecinales. Es importante agregar que para ese momento se estimaba que existían entre 10.000 y 12.000 asociaciones de vecinos, unas 790 cooperativas; la Iglesia Católica reportaba la existencia de 347 institutos benéficos a su cargo (Salamanca, 1994:171). No olvidemos que cooperativas, asociaciones de vecinos e instituciones benéficas en muchos casos realizan actividades y programas que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la comunidad. Sin embargo, la cuantificación de organizaciones no gubernamentales y/o de desarrollo social no es un indicador suficiente para valorar el incremento o no de la participación comunitaria, aunque sí evidencia en su crecimiento la crisis de representatividad y de legitimidad de los partidos políticos que se desempeñaron clásicamente como organizaciones de intermediación por excelencia.

Lo que si es evidente y conviene destacar, es que existen diversos tipos de ONG's. Unas tienen un carácter complementario, subsidiario o subordinado respecto al Estado, y otras poseen un perfil autónomo e independiente respecto a las instituciones gubernamentales. Entre estas últimas, unas se plantean una posición antipolítica y antiestatal, de raigambre individualista y conservadora, obedeciendo al modelo neo-liberal, y otras se proponen la auto-organización social y política, en la perspectiva de construir una contrahegemonía al poder dominante, desde una perspectiva crítica y social. Tal caracterización la analizaremos con más detalle en otra sección de este estudio. Es pertinente apuntar también que tradicionalmente las ONG's tienen, entre otras características, tres que vamos a destacar ahora. Una es su alta morbi-mortalidad, es decir, la mayoría de ellas tiene un lapso de vida muy breve, desapareciendo con

gran frecuencia o pasando largos períodos de inactividad; otra es su muy frecuente dependencia económica respecto a los organismos e instituciones que las financian, generalmente gubernamentales o ayuda externa internacional de diverso orden, lo que a menudo las lleva a perder o adaptar su perfil subordinándolo a los intereses u orientaciones de quien les garantiza su sobrevivencia, cuando no, a veces, son simples instrumentos para encubrir negocios, presentándose como “instituciones sin fines de lucro”, y una tercera: dados sus costos y gastos, por más modestos que sean, para su legalización y funcionamiento, son más numerosas en los sectores medios que en los sectores populares, donde más las necesitan, pues éstos tienen mayores dificultades para sostenerlas y menos relaciones para obtener recursos.

En el gobierno de Caldera (1993), el desarrollo de las oenegés se intensificó, sobre todo a través de los programas de la Agenda Venezuela. Un ejemplo de ello es el Programa de Multihogares del Ministerio de la Familia, creando en 1994 el Servicio Nacional Autónomo de Atención Integral a la Infancia y a la Familia (SENIFA). Los Multihogares *“constituyen un ejemplo en el que la ejecución directa del programa, es responsabilidad de la red de ONG’s incorporada al programa como organismos facilitadores. Estos ascienden a 650 organizaciones y constituyen la instancia mediadora entre el gobierno y la comunidad”* (Machado, 1997:107). Toda esta proliferación de oenegés condujo también, una vez más, a utilizar los recursos públicos para fines privados lucrativos. Numerosas denuncias se produjeron para la época señalando que se creaban oenegés fantasmas con el único fin de obtener los recursos gubernamentales y en relación a lo cual era muy difícil llevar un control estricto y transparente. En general, en esta perspectiva se pone de manifiesto que la participación no es una decisión de gobierno, que no se trata sólo de abrir espacios institucionales -aunque no hay duda que estos son importantes y necesarios- pero es imprescindible que iniciativas, políticas, planes, programas y proyectos, entendidos como políticas públicas sociales, se formen desde abajo, con la gente participando en todos los niveles y momentos del proceso.

En materia de participación comunitaria o ciudadana, a nivel regional o local, se impulsaron múltiples experiencias de interés. El proceso de descentralización, iniciado en Venezuela en 1989, contribuyó a impulsar algunas iniciativas para promover la participación comunitaria, que alcanzaron el área social y en particular la de salud. Una investigación de la Fundación Escuela de Gerencia Social (1995) da cuenta de las experiencias en tres estados del país - Aragua, Bolívar y Lara- donde se desarrollaron alternativas de atención social gestadas a partir del esfuerzo de la sociedad civil organizada y de los gobiernos locales:

Hay iniciativas del tipo de los Fondos y Sistemas de Seguros, Consultorios, Sistemas de Afiliación y Atención Primaria. En general los grupos que promueven estos servicios manejan una concepción mucho más integral de la salud que los sistemas de salud pública y prestan atención a la alimentación y la calidad del medio ambiente; así como a la atención preventiva, haciendo más accesible la salud a través de enfoque de medicina simplificada. Se encuentran también en los consultorios y redes populares la combinación de terapias alternativas (fitoterapia, homeopatía, y reflexoterapia) con prácticas médicas tradicionales, de manera de hacer más accesible la salud. (Machado, 1998:212).

En particular, se comenta la experiencia de la Alcaldía del Municipio Autónomo Caroní (ALMACARONI), en la que se creó la modalidad de “presupuesto participativo”, que responde al objetivo de dar participación a la comunidad en la toma de decisiones públicas. Asimismo, desde el movimiento comunitario se creó en el estado Bolívar una ONG conocida como Salud para Guayana (SAPAGUA), que nacida desde la base comunitaria ha impulsado diversas iniciativas en ese estado.

Desde instancias gubernamentales regionales son relevantes en este período las iniciativas de Sucre, Lara, Aragua y Zulia.

La experiencia de **las Organizaciones Comunitarias de Salud (OCS)**, impulsadas por el gobierno regional del **Estado Sucre**, **se inician en 1996**,

realizando una labor en materia de prevención de enfermedades y promoción de salud, inscritos en las orientaciones de la Atención Primaria en Salud, inspirados en la *“visión filosófica del Gobierno del Estado Sucre: Democracia Horizontal Compartida: transferencia de poder las comunidades organizadas, por la vía de transferencia de recursos, o por la vía de la capacitación”*. (Mendoza, 2004). Si bien se trata de una iniciativa impulsada por la Gobernación, a través de la “Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades”, son las mismas comunidades las que se van apropiando de este proyecto. La metodología para su creación abarca cuatro momentos: identificación de líderes comunitarios, presentación a este grupo del Proyecto de Núcleos de Atención en salud, elección de integrantes de la OCS, y finalmente, capacitación en el Área Social y el Área de Salud. Para esa época se conformaron veinte grupos, en los cuales participaron 180 voluntarios, representantes comunitarios designados por la comunidad. Luego comentaremos su evolución a partir de la aprobación de la nueva Constitución en 1999.

En el Estado Aragua se producen experiencias puntuales como la “Sala de Parto Natural” del Municipio Mario Briceño Iragorry y los Gerontocentros, que emergen de una iniciativa de la sociedad civil. Asimismo, desde el año 1991 se desarrollan los **“Núcleos de Atención Primaria” (NAP)**. Esta experiencia es promovida por CORPOSALUD, organismo que se crea con el proceso de descentralización sustituyendo la Dirección de Salud del Ministerio de Sanidad. En cada NAP ubican un médico y un auxiliar de enfermería, que deben “crear el NAP” con participación de la comunidad. Crean el Comité de Salud, se consigue el local para su funcionamiento, aportado por los pobladores o por las instituciones locales, y comienzan a funcionar. Los médicos

... son evaluados por las propias comunidades donde trabajan. Una reunión de vecinos, convocada por el médico-NAP de la comunidad y el Coordinador de la zona al cumplir un año de trabajo, hace las veces de referéndum sobre la acción e integración de ese médico a su lugar de trabajo. 40 o 50 vecinos reciben una boleta contentiva de cuatro preguntas muy sencillas. Si una

abrumadora mayoría expresa quejas sobre el médico, éste es sacado inmediatamente del programa de los NAP. Para 1993 ya existían 34 NAP distribuidos en seis Municipios del Estado, atendiendo una población aproximada de 85.000 personas. (NAPS, 1994: 35.).

En el Estado Lara, FUNDASALUD, organismo creado por la Gobernación con el proceso de descentralización en 1990, desde su creación se plantea la incorporación de diversos representantes de la sociedad civil

...con el fin de administrar los recursos financieros ... se propone crear un modelo administrativo con criterios gerenciales de proyección social e incorporando la participación activa de la comunidad organizada ... se ha venido capacitando a los grupos de trabajo de la sociedad civil y de los establecimientos de salud a través de cursos sobre gerencia, talleres en todo lo relacionado con el manejo administrativo y organizacional de los centros de salud, creando incentivos para el trabajo en equipo ... en muchos casos son las asociaciones de vecinos las que administran el ambulatorio, pagan el personal, compran equipos y materiales. (FUNDASALUD, 1994:40).

En el marco legislativo no podemos dejar de reseñar la aprobación, el 5 de junio de 1996, de la *Ley de Planificación y Participación de la Sociedad Civil en la Gestión Pública del estado Lara*,

que contempla en su artículo 6, el derecho de la sociedad civil organizada a participar en los procesos de formulación , ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos de la gestión pública, lo que implica la participación de la sociedad civil en el control y vigilancia de la acción del Estado como un derecho y no ya como una concesión graciosa del Estado. (Machado, 1997: 112)..

En el Estado Zulia nos parece importante comentar el proceso de participación ciudadana llevado a cabo en el ambulatorio San Francisco, ubicado en Maracaibo. En el marco del proceso de descentralización iniciado en 1989, se promovió la participación activa de la comunidad en la red ambulatoria. Según un estudio llevado a cabo por un grupo de investigadores de la Universidad del Zulia

(Becerra, 2002), tomando como ejemplo este centro asistencial de la estrategia de implementación de un nuevo modelo de gestión de la salud adoptado por el gobierno regional, concluyen que

la descentralización favoreció en un principio la participación ciudadana hasta incorporar a la comunidad en decisiones y control, además de la ejecución ... la participación de la comunidad ha favorecido cambios en la gestión del ambulatorio tendientes a la privatización del servicio y a la sustitución de relaciones laborales por relaciones mercantiles. ... Con el avance del modelo privatizador se ha reducido la participación de la comunidad. (56).

Es pertinente agregar que **para este período se utilizaron diversos instrumentos** desde las instancias gubernamentales, o desde el movimiento comunitario, **para promover la participación comunitaria**; haremos una breve referencia a las Juntas Socio-sanitarias y Socio-hospitalarias, los comités de salud, los “ases de la salud” y las fundaciones privadas sin fines de lucro.

El mecanismo institucional de participación de las comunidades más importante fueron las **Juntas socio-sanitarias y las Juntas socio-hospitalarias (ver anexo 6)**. Mediante estas organizaciones que se conformaban en los ambulatorios y hospitales del país se incorporarían los representantes comunitarios y de esta manera se les involucraría en las tareas de los centros asistenciales buscando la participación de la comunidad. Sobre esta experiencia no se cuenta con informes o investigaciones que nos puedan ofrecer un balance de lo que se logró o no. En algunas de las entrevistas pudimos apreciar sus limitados alcances y las críticas que desde el movimiento comunitario se hicieron a estos organismos. También se promovieron desde el aparato institucional sanitario otras formas organizativas como grupos de auto-ayuda (clubes de diabéticos, de hipertensos,...), cooperativas, microempresas, participación de Asociaciones de Vecinos, entre otros.

Las **Juntas Socio-sanitarias** (en la red ambulatoria) y las **Socio-hospitalarias** (en los centros hospitalarios), creadas por Reglamento Interno del MSAS (MSAS, 1993) estaban integradas por representantes institucionales, cuyos coordinadores eran el Director del centro asistencial y representantes comunitarios, con carácter minoritario y sin poder de decisión. Esta situación las llevó a perder impacto y credibilidad como instrumentos de participación de la comunidad.

Los **Comités de Salud** tenían un carácter más independiente, sin sustento legal, creados de manera esporádica, colaborando fundamentalmente en las tareas de prevención de enfermedades o promoción de la salud del centro asistencial correspondiente. En muchos casos se crearon por iniciativa de la misma comunidad o vinculados a grupos u organizaciones políticas, adquiriendo en algunas localidades un importante desarrollo; tal es el caso del estado Trujillo, que llegó a contar para el año 1993 con más de treinta de estos comités. Lamentablemente tampoco en este caso se cuenta con una sistematización de la experiencia.

Los **“Ases de la Salud”** eran grupos conformados por alumnos de primero a noveno grado de Educación Básica, que recibían adiestramiento en temas de salud y se aspiraba que colaboraran en estos asuntos tanto en la escuela como en su hogar y comunidad donde habitaban. No logramos obtener información sistematizada sobre sus alcances o logros, si es que la hay, pero sí nos informaron, en el mismo Ministerio de Salud, que progresivamente han ido disminuyendo.

Las **fundaciones privadas sin fines de lucro** son grupos de personas de una comunidad, vinculadas de una manera u otra a un centro público de salud (ambulatorio u hospital) que ante la carencia de insumos, equipos, personal o cualquier otra necesidad, crean una asociación con la figura jurídica de Fundación y se abocan a la procura de recursos y/o su administración para colaborar en la solución de problemas del centro de salud correspondiente. Se encuentran entre

los mecanismos más utilizados como medio de privatización directa o indirecta de los servicios de salud.

Tres modelos de participación en salud: reformista, neoliberal y social

Ahora bien, retomando nuestro marco conceptual, es necesario identificar a qué concepción responden cada una de estas iniciativas, de qué manera la participación es o no un instrumento de construcción de ciudadanía, en qué medida son instrumentos de manipulación, o se trata de una pseudo-participación manipulada. En tal sentido, nos planteamos caracterizar diversas experiencias y arribar a criterios que nos sirvan como referencia para el análisis de la ideología subyacente en cada una de estas prácticas. Revisaremos para ello varias modalidades de participación de la comunidad en el área de la salud -las cuales hemos caracterizado y sistematizado-, presentando a los fines de este estudio los tres enfoques que, en nuestra opinión, los expresan: el modelo neo-liberal, el reformista y el social. Para el análisis de tales enfoques utilizaremos tres publicaciones que sistematizan diversas experiencias, por cuanto representan en buena medida diversas visiones sobre la participación ciudadana en salud tal y como se han desarrollado en Venezuela, particularmente en la década de los noventa, antes de la aprobación de la nueva Constitución. En uno de ellos se expone la propuesta de los **“Municipios Saludables”**, iniciativa del gobierno nacional conjuntamente con la OPS-OMS, inspirados en la estrategia de Atención Primaria en Salud que comienza en Venezuela en 1994; en otro, un grupo de **experiencias comunitarias apoyadas o avaladas por instituciones o empresas** en una iniciativa conjunta del BM, BID, PNUD-IESA, que colocan el énfasis en el carácter técnico-administrativo de la participación comunitaria. Y otro, **desde una ONG** que nace en el Distrito Federal (en la actualidad Distrito Capital), que reivindica su autonomía respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos.

Municipios Saludables: propuesta técnica atada a la institucionalidad

Los “Municipios Saludables” son una experiencia impulsada por la OPS-OMS, en la región de las Américas (OPS, 1998:221-7), en cuyo desarrollo la participación de la comunidad se plantea como un elemento central: *“Este enfoque centra la acción en aumentar las aptitudes personales y la capacidad de la comunidad de mejorar las condiciones físicas y psicosociales en los lugares donde las personas viven, estudian, trabajan y juegan”* (222) y agrega: *“el paradigma del municipio saludable fortalece la participación intersectorial y comunitaria”*. En Latinoamérica esta experiencia se inicia a principios de la década de los noventa y según informa la misma OPS *“para 1997 todo los países desde la región participaban en el desarrollo del municipio, ciudades o comunidades sanas”* (221). De la extensa reseña sobre las experiencias que se describen sobre el tema se aprecia que tal iniciativa centra su esfuerzo en asuntos como: prevención de accidentes, educación sanitaria, enfermedades sanitarias, enfermedades crónicas, hábitos alimentarios, prevención del tabaquismo, mejoramiento ambiental, reciclaje, prevención de violencia, planificación familiar, educación en salud reproductiva, desarrollo de la comunidad.

En cuanto a la experiencia venezolana, el documento citado informa:

El Ministerio de Salud ha fomentado y apoyado el desarrollo de al menos un Municipio Saludable en cada estado, basándose en el índice más elevado de necesidades insatisfechas. Este enfoque se proponía abordar los problemas de la pobreza, inequidad, especialmente en las esferas del desarrollo social, la salud y la educación con el apoyo del BID y la OPS, los municipios presentaron 150 proyectos comunitarios; se ejecutaron 35% de ellos y el fondo de inversión social proporcionó financiamiento. La red venezolana de municipios para la salud es uno de los movimientos más fuertes y activos de este tipo en la región. El estado Falcón formó su propia red con 10 municipios. (225).

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) -Ministerio de Sanidad Asistencia Social (MSAS) para esa época-, conjuntamente con la OPS, publicó

un par de libros bajo el título “*Municipios hacia la Salud, una revolución silenciosa*” (MSAS, 1999).

El “Municipio Saludable” denominado en Venezuela “Proyecto de Municipios hacia la Salud”, se inicia en este país a partir de 1994. Entre sus objetivos se destacan (MSAS, 1999:26):

- Promover la participación civil y ciudadana en el análisis y la priorización de problemas, definición de metas, estrategias y proyectos de salud.
- Profundizar la democratización del sistema de salud.
- Fortalecer la capacidad de las autoridades locales, políticas y sanitarias, *con la sociedad civil*, en la gestión, conducción, planificación, gerencia y administración, con enfoques estratégicos.
- En la fundamentación del proyecto agregan que se proponen la democratización de la salud, haciendo énfasis en la participación de la sociedad civil.

Su base conceptual está contenida en la estrategia de Atención Primaria en Salud, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la *Declaración de Alma Ata* en 1978 y en la *Declaración de Yakarta*, en la cual se adopta la Promoción de la Salud por parte de la OMS en 1977. El marco político lo constituye el proceso de descentralización político-territorial que se adelantaba para ese momento en el país.

Esta iniciativa dio lugar a un Decreto Presidencial (Gaceta Oficial N° 36.469, del 25 de mayo de 1998) que crea la “Comisión Nacional del Proyecto Municipios hacia la Salud”, donde se establece en su primer considerando “*Que es prioritario el fortalecimiento de la Atención Primaria en salud, con énfasis en la participación de los ciudadanos y de la sociedad civil, impulsando la descentralización en materia de salud, en particular hacia los Municipios*”.

En la publicación referida del MSAS aparecen descritos los relatos de “experiencias exitosas”. Con detalle se describen características, logros y fallas en

seis municipios -Puerto Cumarebo (Falcón), Biscucuy (Portuguesa), El Tocuyo y Sanare (Lara), Pueblo Llano (Mérida) y Tinaquillo (Cojedes)- a partir del año 1994. Se reseña que para 1998 ya se habían iniciado 64 experiencias municipales y contaban con un “Banco de Proyectos Comunitarios” con 256 proyectos elaborados por las mismas comunidades (MSAS, 1999:25).

En las seis experiencias que se describen hay un conjunto de elementos que destacan:

1. El énfasis en todos los casos está colocado en la figura del Alcalde, lo cual si bien es comprensible, pues se trata de la máxima figura de representación del Municipio, no favorece la participación de la comunidad en términos de auto-organización social y política.
2. Las actividades que se desarrollan en todos los casos están centradas en promoción de salud y prevención de enfermedades, lo cual no deja de ser un avance y un logro para el gobierno local y para la misma comunidad; sin embargo, no se coloca el proceso de construcción de ciudadanía como el tema fundamental, que es mucho más que el intento de mejorar la situación sanitaria.
3. Aunque no conseguimos nuevos documentos, ni al parecer existe -en las instituciones que promueven esta experiencia- el seguimiento y la evaluación pertinentes, pudimos obtener información de algunas de las “64 experiencias” reseñadas en la publicación: en casi todos los casos, el cambio del mapa político con la elección de nuevos alcaldes y gobernadores a partir las elecciones de 1998, dio al traste con la casi totalidad de ellas. En esto también hay otra enseñanza en el sentido de que los cambios gubernamentales, inevitables por lo demás, liquidan las experiencias de participación comunitaria si éstas no logran un nivel importante de autonomía respecto a la esfera política, tanto de los partidos como de los diversos niveles de gobierno.

4. Es un elemento significativo en todas las experiencias descritas que los avances del proyecto fueron siempre mayores y de mayor impacto en los municipios donde ya existía una diversidad y un mayor grado de organizaciones comunitarias, lo cual es otro aprendizaje importante a tomar en consideración
5. En todas las experiencias la participación organizada de la comunidad favoreció o fue determinante en la obtención de logros en muy diversos ámbitos: utilización de metodología participativa, jerarquización de necesidades por parte de la comunidad, educación sanitaria, saneamiento ambiental, actividades culturales y recreativas, educación para la salud, campañas de vacunación, actividades económicas productivas (granjas integrales, autoconstrucción de viviendas, etc.), entre otras. También en este aspecto la enseñanza luce obvia: cuando a la comunidad se le proporciona información, se toma en cuenta su opinión, discute su participación en las acciones, recibe apoyo institucional, entonces logra apoyo financiero y los resultados son más eficaces, eficientes y pertinentes.
6. Llama la atención la tendencia a involucrar a las comunidades como logros que se destacan con mucho énfasis por las organismos que la auspician (Alcaldía, MSAS, OPS): que las comunidades se hagan cargo de la administración de servicios de salud, que implementen mecanismos de recuperación de costos, que asuman tareas que tienen que ver con lo financiero y administrativo de servicios de salud, que realicen trabajo voluntario (mano de obra gratuita o barata). Todo ello contribuye a legitimar la disminución de la responsabilidad del Estado en lo que concierne a la salud entendida como un derecho ciudadano, derecho social y humano, por ende responsabilidad del Estado.

BM, BID, IESA: ¿una perspectiva desde la visión del mercado?

Un segundo grupo de “experiencias exitosas de participación comunitaria en salud”, iniciadas en su mayoría en los años 90, lo encontramos en una publicación (4 tomos) conjunta del Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), coordinada por el IESA (organismo venezolano privado de docencia – investigación - asesoría), intitulada: *“Gobernabilidad y Democracia: Participación Comunitaria y Cambio Social, Tomo II, La Salud en Venezuela”* (IESA, 1999). Es interesante señalar que esta publicación es el producto, como allí se informa, de una serie de reuniones celebradas en Caracas, en el año 1998, auspiciadas por los organismos antes citados, con el objeto de *“apoyar, en forma más eficiente, las iniciativas de política económica y social a ser decididas para promover el desarrollo en Venezuela”*. Convinieron en *“identificar cien experiencias de gestión social exitosa”* en el país, y publicarlas, de manera que *“sean reproducidas en otros estados y municipios de Venezuela, y ser compartidas también con otros países de América Latina”* (IESA, 1999:9). Fueron documentadas cien experiencias que agruparon en cuatro tomos: 20 en Educación, 18 en Salud, 36 en Gestión Pública y 26 en Vivienda.

En el tomo II, sobre salud, al cual dedicaremos estos comentarios, aparecen 18 experiencias que abarcan *“indistintamente las tres categorías de atención: primaria, secundaria y terciaria”*, según señalan los autores. De ellas, cinco experiencias *“incorporan a las comunidades en procesos de gestión”*, en tres está la *“presencia de un ente mediador”* (iglesia, fundación privada y organismo multilateral), en seis son *“experiencias lideradas por los gobiernos locales o estatales”* y cuatro *“lo representan experiencias de gerencia estratégica en la prestación de servicios públicos”*.

Es un denominador común en las experiencias reseñadas los señalamientos que se hacen a la ineficacia–ineficiencia del Estado venezolano: *“El deterioro de los servicios de salud ha generado iniciativas en diversas comunidades para rescatar y mejorar la administración de los hospitales”* (137)... *“es evidente que la estructura organizativa del MSAS se ha quedado corta para satisfacer las*

demandas de las comunidades” (67)... o el “agotamiento y el perjuicio de las reglas del juego pautadas por el sindicalismo y el gremialismo presentes en los ambulatorios del MSAS y los gobiernos regionales” (66). Sin entrar a considerar la indiscutible responsabilidad de gobierno y sindicatos, pero más importante aún, las causas de tal situación, en la cual el proceso de privatización del Estado es un elemento fundamental, llama la atención que a todo lo largo del texto -así se destaca en todas las experiencias- la solución se presenta apelando a la participación de las comunidades para contribuir a la privatización de los servicios públicos de salud, de manera indirecta, o en algunos casos en forma directa. Así, se destacan en los proyectos términos como: “eficiencia”, “productividad”, “competitividad”, “autosostenibilidad financiera”, o haciendo referencia a casos específicos, con afirmaciones como las siguientes: “a los profesionales se les permitió ejercer su práctica privada dentro del hospital” (166), “se establecieron tarifas que están 40 por ciento por debajo de las que ofrece el sector privado” (167), “De manera conjunta con los otros cuatro miembros de la junta, administra mensualmente, en forma transparente, los 450.000 bolívares que aporta la gobernación, los 100.000 bolívares que otorga la alcaldía y los cuatro millones de bolívares que se obtienen por la política de autofinanciamiento del hospital” (57); “una comunidad de bajos recursos, sin ningún tipo de apoyo gubernamental ni institucional se organizó para poner en marcha un centro médico a precios solidarios” (61); “el conjunto de personas de la comunidad que se dedicaron a la consolidación del centro, realizando las tareas que van desde el mantenimiento y limpieza del centro hasta las administración y coordinación general” (65); “el Estado debe delegar la administración en organizaciones no gubernamentales, estimulando la autogestión por parte de la comunidad. Para eliminar los aspectos negativos de orden gremialista y sindical, el servicio debe ser prestado por micro empresas, formadas por profesionales, empleados y obreros. El modelo busca cambiar el sistema y los procedimientos de trabajo tradicionales y permitir a los empleados convertirse en empresarios.... Eliminándose cargos a sueldo fijo mediante su transformación en micro-empresas.”(71). Estos son apenas algunos de los planteamientos que se destacan

en este selecto grupo de “experiencias exitosas”, ejemplo a seguir según ellos y por lo cual plantean la necesidad de “*diseñar estrategias que permitan en el largo plazo implantar modelos parecidos en el resto de la región*” y no escatiman palabras para colocar titulares como “*Hacia un Sistema de Salud*” (56) o mas aún: “*Una revolución en expansión*” !!! (76), claro está, desde la perspectiva de la visión de mercado del BID – BM – IESA – PNUD.

Encontramos pues en esta síntesis de experiencias de participación comunitaria y cambio social, “*La salud en Venezuela*”, un compendio de privatización de los servicios de salud.... ; a ser llevado a cabo por la misma comunidad!. Tiene a su vez todas las características que señalamos en la decisión conceptual y en el modelo de participación del proyecto neo-liberal: utilización de la comunidad como mano de obra barata, mercantilización de la salud, flexibilización laboral, intento de liquidar la organización sindical y la seguridad social, minimizar el rol del Estado, centrarse en acciones curativas (Atención Médica Reparatoria), entre otras.

Una experiencia comunitaria en el Distrito Federal: un intento de autonomía del movimiento popular

Aunque varias de las experiencias organizativas comunitarias del período en cuestión (1989-1998) las expondremos en la presentación de los resultados de las entrevistas del presente estudio, en este capítulo haremos referencia a los orígenes de la “Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud”, ONG que tiene sus inicios a partir de diversos grupos y experiencias que, primero en algunas comunidades de la zona norte de Valencia, a comienzo de los noventa, y luego en el Distrito Federal (hoy Distrito Capital), a partir del año 1995, se fueron conformando como una organización no gubernamental, que al final de la década, en el año 2000, se registra como una Asociación Civil con cobertura nacional. Un par de textos recogen esta experiencia (DESCO, 2002 – CONSALUD, 2001), que comentaremos, en los cuales el autor de la presente investigación cumplió un rol activo, inicialmente como promotor de la iniciativa,

hasta llegar a ejercer durante varios años la Coordinación General de tal organización.

Debemos destacar que la reseña, descripción y sistematización o teorización de las experiencias comunitarias, en salud y en otros sectores, no ha sido escrita aún en el país. En el mejor de los casos encontramos algunos trabajos mimeografiados, manuscritos, notas personales o reseñas de algunos eventos que pueden servir de referencia. Es toda una línea de investigación que requiere desarrollo.

El contexto en que se inicia esta organización es el de finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, caracterizada por la derrota de las opciones izquierdistas y la aparición y avance del proyecto neo-liberal , así como su repercusión en el sector salud que hemos comentado en otro capítulo del presente estudio.

Desde el movimiento comunitario, en el sector salud, pero también en otros sectores, se desarrollaron iniciativas de signo contrario a las del proyecto neo-liberal; proliferaron ONG's en todo el país, influenciadas por las ideas de autores como Freire, Gramsci, por ejemplo. Las propuestas de la Medicina Social, entre otras, forjaron la aparición de múltiples experiencias de participación popular en salud, semillero de lo que en la década de los 90 podríamos caracterizar como el inicio del desarrollo de la participación ciudadana en salud. El denominador común de estas propuestas consiste en un conjunto de lineamientos entre los que destacan: la defensa de la salud como derecho humano y social, como bien público; la denuncia de la privatización del sector salud, la lucha por el carácter público, universal y gratuito de la salud, en fin, la construcción de ciudadanía, entendida como el derecho a tener derechos, la participación activa en su efectivización y la obligación del estado de garantizarlos.

En este contexto se dan los orígenes de CONSALUD, a través de experiencias locales en la zona norte de Valencia, estado Carabobo -hoy

municipio Naguanagua-, vinculadas con experiencias similares que se desarrollaban en estados como Lara, Trujillo y Zulia.

Las propuestas que se formularon alcanzaban a incorporar grupos pequeños de habitantes de las comunidades, aún muy influenciados por la ideología de la izquierda de los años sesenta, y en consecuencia con severas limitaciones para desarrollar una propuesta autónoma y sostenible. Fue importante la presencia e influencia de universitarios (algunos docentes, trabajadores y estudiantes) sobre todo de las escuelas vinculadas al sector salud de la Universidad de Carabobo (Medicina, Bioanálisis y Odontología). En el documento *“Universidad-comunidad: Un proyecto de acción transformadora”* (DESCO, 2002:36) podemos evidenciar el propósito de esta experiencia: *“propiciar en la colectividad procesos que le permitan conocer sus problemas y buscar las soluciones pertinentes a través de la organización comunitaria autónoma y la participación democrática de sus miembros y a la vez sensibilizarlos para que comprendan su responsabilidad histórica frente al mundo que les rodea”*. Allí se destaca que tal propuesta debe estar signada por un *“Encuentro de Saberes”*, y que la Universidad debe despojarse de su *“rol colonialista”* en relación con las comunidades.

Así se iniciaba esta organización, CONSALUD, que adquiriría un perfil más definido a partir de 1995, cuando se desarrolla en el Distrito Federal un proceso de nucleamiento de grupos comunitarios que circunstancialmente contó con el apoyo de la Dirección de Salud de la Gobernación de esa entidad federal y del Ministerio de Salud, a través de la presencia del Dr. Carlos Walter, primer Ministro de Salud en el país con orientación claramente progresista, quien rompía con la tradición bipartidista, enfrentaba con claridad el desorden y la corrupción imperantes en ese Ministerio y abría canales de participación a la comunidad.

El proceso de participación ciudadana condujo a celebrar, en 1995, un *“Primer Encuentro de Participación Comunitaria en Salud en el Distrito Federal”*, *“con el propósito de debatir, discutir y reflexionar en torno a la participación popular y la promoción de la salud en el marco de la Reforma Sanitaria”*

(CONSALUD, 2001:13). Asimismo, a solicitud de las comunidades, se lograron sendos decretos por parte de la Gobernación del Distrito Federal para la creación de las Juntas Socio-sanitarias y las Juntas Socio-hospitalarias en los Centros Asistenciales dependientes de la esa Gobernación (23 hospitales y 143 ambulatorios). Se estableció en estos documentos: *“es necesaria la participación activa de los Entes Oficiales y la comunidad organizada en la planificación, evaluación y ejecución de las actividades que se prestan en dichos establecimientos ... en base al sentido de pertenencia con miras al proceso de democratización de la gestión de salud”*. En ambos se otorgaba paridad a la representación comunitaria en la integración de tales organismos (GDF, 1997) **(ver anexo 7)**.

En marzo de 1998 se realiza el II Encuentro, esta vez con carácter “Metropolitano”, de participación comunitaria en salud; en octubre de ese mismo año el III Encuentro, y en junio de 1999 el IV Encuentro. En el segundo semestre de ese año, al calor de la convocatoria de la Asamblea Nacional Constituyente, se propusieron la tarea de convocar reuniones y eventos en todo el país para *“promover la discusión sobre lo que debe contener la nueva Constitución en materia de Salud y Seguridad Social”*. Un Encuentro Nacional, con representación de los 24 estados del país, llevado a cabo en Pozo de Rosas (estado Miranda), e instalado por el Ministro de Salud y el Presidente electo Hugo Chávez Frías, fue la culminación de este período, que condujo a presentarle a la Asamblea Constituyente un conjunto de propuestas que en su mayoría fueron recogidas en el nuevo texto constitucional **(ver anexo 8)**.

A partir de allí se conforma, y se registra como Asociación Civil, la naciente Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (CONSALUD) y expresa así su objetivo general:

Desarrollar una red de organizaciones comunitarias en salud en todo el país que permita avanzar en el control de la gestión pública de este sector, contribuir a la capacitación de sus miembros y fortalecer la interrelación autónoma del movimiento popular, manteniendo su autonomía en el marco de la

renegociación de la relación Estado-Sociedad Civil, asumiendo como estrategia la construcción del poder local en salud base del surgimiento, al lado de otros sectores y movimientos sociales de un auténtico Poder Popular. (CONSALUD:7).

El relato de esta experiencia nos lleva a formular algunos comentarios:

1. No parece haber duda en cuanto a la existencia de una rica y variada gama de organizaciones comunitarias que en el sector salud tienen una tradición previa a la Asamblea Nacional Constituyente del año 1999.
2. Las Organizaciones Comunitarias pueden, y deben, tener un desarrollo propio, autónomo respecto al Estado y a los partidos políticos, lo que les permite alcanzar niveles de participación, definición de objetivos y procesos de avance también propios, que no necesariamente ocupan los espacios partidistas o los del Estado, aunque por supuesto los incluye en ese ámbito de negociación, relaciones de democratización y posible redistribución de poder.
3. La relación de las organizaciones comunitarias con instituciones u organismos, en este caso una Universidad, una Dirección de Salud, o con la cúspide del Ministerio de Salud, no necesariamente comprometen la autonomía del movimiento comunitario.
4. La participación de la comunidad organizada no tiene por qué manifestarse en la administración de los servicios, ni colocarse al servicio de intereses mercantiles. Ello requiere definiciones precisas, espacios de participación y una clara negociación de las relaciones comunidad–gobierno.

Las líneas que anteceden, en la presentación de tres enfoques con diversas experiencias, no pretenden ser un balance de la Participación Ciudadana en Salud en la década de los 90 en Venezuela, lo que en sí mismo es una tarea pendiente por parte de los protagonistas y actores de ese proceso. Sin embargo, intenta

contribuir con la presentación de tres perspectivas sobre participación ciudadana en salud, que consideramos de utilidad como marco de referencia para el propósito del presente estudio.

III.2.2.- Constitución venezolana de 1999: ¿hacia la participación protagónica del pueblo en el área de la salud?

Participación Ciudadana en la Constitución de 1999

La Constitución venezolana de 1999 fue aprobada en referéndum popular por primera vez en nuestra historia, elaborada por una Asamblea Nacional Constituyente, cuyos integrantes fueron electos por voto universal y secreto, además de ser sometida a un debate nacional. En los 350 artículos de esta Constitución encontramos 130 que tienen que ver, directa o indirectamente, con el tema de la participación, y el de la participación ciudadana (PROVEA, 2003). Tal propuesta no tiene precedentes en la historia del país.

De los 25 textos constitucionales, previos al de 1999, sólo en la Constitución de 1961 se plantea el tema de la participación de la comunidad – todavía de manera indirecta-, refiriendo la participación solamente al tema de la representación, como el instrumento que vincula a la sociedad con el Poder Público. En la Constitución del 99, en cambio, cincuenta y seis artículos se refieren a la participación ciudadana (Salamanca, 2002), lo cual no significa que se elimine la representación, sino que la asume como una *modalidad de participación*; es decir, la democracia se puede ejercer de manera directa, sin intermediarios (sean partidos, sindicatos u otros) y de manera indirecta, eligiendo representantes, pero incluso previendo control sobre ellos, hasta con la posibilidad de revocarles tal representación. Según lo planteado en esta Constitución, el pueblo ya no sólo elige representantes, sino que participa directamente en el diseño de las políticas públicas, en su planificación y ejecución, y en el control del Poder Público.

En la Exposición de Motivos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) se expresa con claridad

el derecho a la participación en los asuntos públicos de todos los ciudadanos y ciudadanas, ejercido de manera directa o indirecta. Este derecho no queda circunscrito al derecho al sufragio, ya que es entendido en un sentido amplio, abarcando la participación en el proceso de formación, ejecución y control de la gestión pública. (Constituciones de Venezuela, 2003)

Además, se reconoce la participación como un derecho humano fundamental, y agrega:

...se consagra el derecho al control por parte del pueblo de los representantes electos, el cual abarca la rendición de cuentas públicas, transparentes y periódicas. Tal derecho obliga al representante a cumplir a cabalidad con el programa de gobierno presentado al electorado, así como a mantener una comunicación permanente con el pueblo que lo eligió.

Y aún más, establece “La gobernabilidad entendida como la satisfacción de las demandas sociales”. En el fondo, hay dos concepciones de democracia: una se corresponde con la democracia representativa (contenida en el texto constitucional de 1961), y la otra, de democracia participativa y protagónica, expresada en la Constitución Venezolana de 1999:

La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica. (CRBV, Art. 64).

A tal fin, el mismo texto constitucional establece los instrumentos para hacer efectiva tal participación:

Artículo 70. *Son medios de participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía, en lo político: la elección de cargos públicos, el referendo, la consulta*

popular, la revocación del mandato, las iniciativas legislativa, constitucional y constituyente, el cabildo abierto y la asamblea de ciudadanos y ciudadanas cuyas decisiones serán de carácter vinculante, entre otros; y en lo social y económico: las instancias de atención ciudadana, la autogestión, la cogestión, las cooperativas en todas sus formas incluyendo las de carácter financiero, las cajas de ahorro, la empresa comunitaria y demás formas asociativas guiadas por los valores de la mutua cooperación y la solidaridad. La ley establecerá las condiciones para el efectivo funcionamiento de los medios de participación previstos en este artículo.

Como se puede apreciar, no es un carácter secundario, indirecto o referido a algún aspecto particular: lo que se plantea es la participación ciudadana en todas las esferas de lo público, social, político y económico. Pero, además, se establece con claridad la participación de los ciudadanos en la formación y funcionamiento de los poderes públicos: Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, Poder Ciudadano o Moral, Poder Electoral y Poder Judicial.

Participación Ciudadana en Salud en la Constitución de 1999

La Constitución venezolana del 99 en su conjunto, y lo expuesto previamente sobre la participación ciudadana, sirven de marco referencial para considerar la participación ciudadana en salud.

La convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente creó un ambiente político de reforma que favoreció la participación de numerosos grupos comunitarios, dispersos en todo el país, vinculados al sector salud. En el segundo semestre de ese año se produjo una gran cantidad de reuniones, foros y eventos organizados por diversas asociaciones y organismos comunitarios.

Una de estas iniciativas la coordinó una red de grupos comunitarios, que daría origen a la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (CONSALUD), cuyos orígenes hemos referido. Esta organización, en 1999, en los últimos cinco meses, llevó a cabo más de treinta reuniones, talleres y encuentros municipales y estatales que concluyeron en el mes de agosto en un Encuentro

Nacional (en “Pozo de Rosas”, estado Miranda), cuando se discutieron propuestas de las delegaciones de los veinticuatro estados del país sobre lo que la nueva Constitución debería contener en materia de salud, para ser presentadas luego a la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), solicitando su inclusión en la nueva Carta Magna. El Encuentro Nacional se declaró en “sesión permanente” para hacerle seguimiento a las discusiones en la ANC, hasta su aprobación en diciembre de ese mismo año. El resultado fue satisfactorio: el derecho a la salud y a la seguridad social se incluyeron como derechos sociales para todos los venezolanos, sin discriminación, recogiendo casi todas las propuestas presentadas por tal iniciativa. Claro está, no fue la única, pues desde muy diversos sectores (gremiales, políticos, comunitarios, institucionales,...) se produjeron propuestas y planteamientos que fueron recogidos por la Asamblea Nacional Constituyente (Feo, 2003: 47-78).

En relación a la participación de la comunidad en el sector salud, la CRBV afirma en su Exposición de Motivos, Capítulo V, De los Derechos Sociales y de las Familias:

*Se garantiza para todos la seguridad social, la cual debe responder a los conceptos de solidaridad, universalidad, integralidad, unicidad, participación y eficiencia. La salud, asociada indisolublemente a la calidad de vida y al desarrollo humano, constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y **participativo**. Asimismo, consecuente con el principio de corresponsabilidad, la Constitución **promueve la participación ciudadana en la formulación y ejecución de las políticas y planes de salud**, a fin de lograr un ambiente sano y saludable. (subr. nuestro).*

Luego en cuatro artículos (83 al 86) compendia las definiciones fundamentales sobre salud como derecho social, responsabilidad del Estado de garantizarla a todos los habitantes del país, participación comunitaria, financiamiento y funcionamiento del sistema de salud, seguridad social y

principios que regirán el sistema de salud definido como único, participativo, nacional y de salud integral:

Artículo 83. *La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.*

Artículo 84. *Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. **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 en las instituciones públicas de salud** .(subr. nuestro).*

Artículo 85. *El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de*

insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86. *Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial*

Adicionalmente, hay otros artículos referidos a la salud en la CRBV: salud laboral (Artículo 87); “*el Estado asumirá el deporte y la recreación como política de educación y salud pública*” (Artículo 111). En el Artículo 122 se reconocen las prácticas en salud de los pueblos indígenas; sobre salud ambiental: en el 127 sobre contaminación ambiental y en el 129 sobre desechos tóxicos; en el 156, Ordinal 24º, se establece la competencia del Poder Público nacional en “*las políticas y los servicios nacionales de educación y salud*”; en el 178, la competencia municipal en salud; en el 184, la transferencia de servicios en materia de salud a las comunidades, y en el 311, sobre el régimen presupuestario, la prioridad asignada a la salud para ser financiada “*por la explotación de la riqueza del subsuelo y los minerales*”.

Asimismo, se incluye un conjunto de artículos que favorecen expresamente la participación ciudadana o comunitaria: participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública (Artículo 62); medios de participación del pueblo: elección, referendo, consulta popular, revocatoria del mandato, iniciativa legislativa, cabildo abierto, asamblea de ciudadanos cuyas decisiones serán de carácter vinculante (Artículo 70); rendición de cuentas; honestidad y participación en la Administración Pública, que debe estar al servicio de los ciudadanos (Artículo 141); derecho de los ciudadanos a ser informados oportuna y verazmente por la Administración Pública (Artículo 143); la descentralización debe profundizar la democracia (Artículo 158); se crea el Consejo de Planificación Estatal con participación de las comunidades organizadas -en cada estado- (Artículo 166); Consejo Local de Planificación Pública -a nivel municipal- con representantes de organizaciones vecinales y de la sociedad civil organizada (Artículo 182); participación de las comunidades y ciudadanos en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos -en los estados y municipios- (Artículo 184); participación de representantes de la sociedad organizada en el Consejo Federal de Gobierno – nacional- (Artículo 185).

Todos estos mecanismos favorecen la participación ciudadana en el sector salud, creando el marco jurídico que lo promueve. Queda señalada también la necesidad de producir las leyes, orgánicas y especiales, decretos, reglamentos y normas, que permitan operativizar la casi totalidad de estas líneas maestras que plantea la Constitución. Así, desde 1999, se ha comenzado a presentar y discutir un conjunto de leyes en la Asamblea Nacional. En diciembre de 2002 fue aprobada la Ley Orgánica de Seguridad Social. Están en agenda la Ley de Participación Ciudadana, la Ley de Salud, y otras relacionadas con el tema.

La Participación Ciudadana en Salud en la Venezuela de hoy:

las premisas y los hechos

Los instrumentos y modalidades de participación de la comunidad en el área de salud nos exigen responder una serie de interrogantes. Hemos señalado la importancia que tienen para la Participación Ciudadana en Salud algunos *aspectos* en nuestra opinión *fundamentales*. Estas constituyen sus *premisas*:

1.- Contar con un **marco jurídico** que promueva, apoye y soporte la Participación Ciudadana;

2.- Que sean creados los **espacios institucionales** públicos adecuados y pertinentes en los cuales se pueda ejercer tal participación;

3.- Que se conformen **organismos**, con respaldo legal, en los cuales se establezca una **representación** mayoritaria o exclusiva de representantes **comunitarios**, y que las decisiones de esos organismos tengan carácter vinculante para todo funcionario público en el ámbito de la competencia correspondiente;

4.- Que se apoyen las iniciativas y faciliten los recursos para la **formación-capacitación** de la comunidad dirigidos a la Participación Ciudadana, y

5.- Que exista la **voluntad política** de quien conduce y gerencia los procesos desde las instancias gubernamentales a todos los niveles.

Si no se cuenta con estos elementos, conformando la base de la Participación Ciudadana, no se pasa de los discursos, las proclamas, o los decretos.

Como hemos argumentado, la Participación Ciudadana no es sólo ni fundamentalmente un asunto de carácter técnico, sino político. Esto es, referido al tema del poder, a disputarse la hegemonía en la sociedad (Gallo, 1990). En tal sentido, la Participación Ciudadana está referida a la actuación de la comunidad organizada respecto al Estado. De esta manera, se trata de precisar en qué espacios institucionales, a qué nivel de la estructura gubernamental se debe dar la

Participación Ciudadana y con qué características. ¿En cuál relación con las políticas públicas en lo social y en particular en el área de la Salud? ¿Cuáles son los organismos que se crean y con cuál estructura y funciones para la Participación Ciudadana en Salud?. Hagamos entonces una reseña de esta situación después de aprobada la Constitución de 1999.

Con la aprobación de esta Constitución se produce un cambio radical en la forma y el contenido de la participación de la comunidad, y en particular en el área de la salud. Ya hemos expuesto cómo el nuevo texto constitucional incorpora, en su extenso articulado, los temas de participación, salud, ciudadanía, incluso mecanismos e instrumentos, instancias y momentos en los cuales se puede y se debe dar la Participación Ciudadana. Comentaremos ahora lo que ha sucedido después de la aprobación de la Constitución y las tendencias en curso.

A cinco años de gobierno, y ya con cuatro Ministros de Salud e innumerables cambios en los distintos niveles de la estructura administrativa sanitaria, pudiéramos decir que el período aún es corto para arribar a conclusiones y formular inferencias y generalizaciones, pero igualmente es un lapso que nos permite apreciar **logros, limitaciones y contradicciones**.

Si tomamos como referencia los aspectos que señalamos como fundamentales, que consideramos *premisas* para el desarrollo de la Participación Ciudadana en Salud, en los términos que hemos definido para esta investigación, podríamos formular las siguientes observaciones:

1.- Marco jurídico

No cabe duda de que la nueva Constitución (1999) representa, en términos de la base jurídica, el mayor logro que se haya tenido en nuestra vida republicana, en los asuntos relacionados con la Participación Ciudadana en Salud. Estado Social de derecho y de justicia, participación ciudadana, universalidad y equidad en cuanto a los derechos sociales y muchos otros aspectos que lo complementan han

quedado establecidos legalmente. Sin embargo, cinco años después no ha sido posible avanzar en el marco legal de la Participación Ciudadana en Salud. Aunque fue declarada como materia de urgencia por el mismo Presidente de la República, la Ley de Salud aún reposa en la Asamblea Nacional, con el agravante de que cada nuevo ministro, o los grupos de presión del “oficialismo” (como se denomina a los sectores que apoyan al actual gobierno), no han llegado a un acuerdo básico sobre el tema, no sólo sobre la Participación Ciudadana en Salud, sino sobre la Política Social, la Política de Salud, el modo de gestión, el modo de atención o la estructura sanitaria que se debe adoptar. Hasta el momento se han producido 34 versiones oficiales del Proyecto de Ley de Salud. Desde el movimiento comunitario se efectuaron más de sesenta eventos, reuniones, foros, talleres, en todo el país, desde el año 2000 hasta el año 2004, y se han presentado sus conclusiones a los cuatro ministros que han sido nombrados hasta ahora, así como a la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, sin que tales propuestas hayan sido tomadas en cuenta (CONSALUD, 2001). Por considerarlo de especial interés, en los anexos 8, 12 y 14 incorporamos algunos de los documentos producidos por el movimiento comunitario venezolano en este período.

La situación es tal que la versión del Proyecto de Ley de Salud que viene elaborando la Asamblea Nacional tiene notables diferencias con la propuesta que se hace desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Pero tampoco a otros niveles ha sido posible avanzar en el marco legal de la participación en salud. No se ha producido desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ni un solo decreto, resolución o al menos algún instructivo o lineamientos oficiales sobre la concepción, mecanismos o instrumentos que guíen la participación de la comunidad. Con el agravante de que cada nuevo ministro, sin excepción, ha presentado nuevos proyectos, programas o políticas, que en buena medida contradicen, niegan o modifican sustancialmente lo que se hacía antes de su gestión. Al respecto, nos remitimos a los documentos oficiales del MSDS: Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS, 2000), en la gestión de Gilberto Rodríguez Ochoa; el Plan Estratégico Social (PES, 2000) , que presentó

María Urbaneja; la Misión Barrio Adentro (2004), asumida por Roger Capella, y más recientemente, Barrio Adentro II y III (2005), por Francisco Armada. Desde el movimiento comunitario y a partir del momento en que se aprueba la nueva Constitución, se le vienen presentando propuestas a cada uno de los ministros y burócratas del sector salud sobre un proyecto de Decreto o Resolución Ministerial sobre Participación de la Comunidad, sin que se haya obtenido respuesta alguna (**ver anexo 12**). Contradictoriamente, cada uno de los cuatro ministros que se han tenido hasta ahora hacen gala de discursos sobre democracia, participación y protagonismo del pueblo, cada uno más radical y contundente que el otro, pero en los hechos no hay avance alguno en este sentido.

A nivel de gobernaciones, alcaldías y consejos legislativos, con la excepción de la Gobernación del Estado Sucre (Comités de Gobiernos de Salud - **ver anexo 9**) tampoco se han producido decisiones sobre el Marco Jurídico de la Participación Ciudadana en Salud: el argumento que se ha utilizado, quizás con alguna razón, es que están a la espera de las decisiones y acuerdos del gobierno central.

2.- Creación de espacios institucionales para la Participación Ciudadana

Si bien es cierto que en las diversas versiones de los Proyectos de Ley de Salud se prevé la creación de espacios institucionales para la Participación Ciudadana en Salud, en la realidad en estos cinco años no existen, legal ni formalmente, tales espacios ni mecanismos que permitan el ejercicio de derecho a la participación en el área de la salud. Los espacios públicos institucionales siguen respondiendo a la misma estructura, con las mismas características de lo que existía anteriormente: la casi totalidad del poder de decisión del aparato administrativo de salud se concentra en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), con un Ministro designado por el Presidente de la República, sin conocidos criterios de selección sobre su escogencia; éste a su vez designa una burocracia de alto nivel a partir de su más estricto grupo de allegados, con el agravante de desplazar a quienes estuvieren identificados con el ministro anterior, independientemente de su

capacidad técnica o política. Tal estructura burocrática no tiene nada que ver, en lo absoluto, con participación de la comunidad organizada en ninguna de sus modalidades, y por supuesto, menos aún con propuestas de democratización o desburocratización de la gestión. La creación por parte del Ejecutivo Nacional de las “Misiones” y en particular la “Misión Barrio Adentro”, está dirigida, como lo ha declarado en numerosas oportunidades el presidente Chávez, a enfrentar la ineficacia e ineficiencia de los inoperantes ministerios, en este caso el Ministerio de Salud. De hecho, la presencia de unos 15.000 profesionales cubanos del área de la salud en todo el territorio nacional no es controlada por el Ministerio de Salud, y ni siquiera la información epidemiológica que producen es reportada a los canales regulares del ente rector venezolano de salud.

Tampoco existen instancias estatales, ni municipales, formales, en las cuales se incorpore la participación de la comunidad. El mecanismo por excelencia de la participación es, con mucha frecuencia, la pseudo-participación manipulada.

3.- Organismos con representación comunitaria

Por las razones comentadas anteriormente, legales e institucionales, no se han creado organismos donde se establezca la representación comunitaria en los términos establecidos en la nueva Constitución.

Las únicas organizaciones o instancias que podrían asemejarse son los denominados “Comités de Salud” y las “Contralorías Sociales”. Al respecto, nos remitimos a su descripción en esta misma investigación (ver pp. 173-181). Como allí se evidencia, tales agrupaciones no son sino intentos dispersos, sin política establecida, sin lineamientos claros y sin apoyo institucional o base legal alguna, que no sean las líneas generales planteadas en la nueva Constitución y algunos artículos de la vieja o nueva legislación, que realizan una labor de apoyo a la presencia de profesionales cubanos o cumplen algunas tareas de carácter preventivo en los “Consultorios Populares” adscritos a la “Misión Barrio Adentro”, en los términos que hemos criticado de utilización de la comunidad,

incluso con carácter de mano de obra barata. Fue destacada públicamente la renuncia de uno de los Ministros de Salud por una huelga de hambre a las puertas del Ministerio por parte de un grupo de enfermeras, quienes comenzaron colaborando gratuitamente en los referidos consultorios populares y luego exigieron su incorporación y pago como trabajadoras de tales centros.

4.- Formación–capacitación para la Participación Ciudadana en Salud

Al igual que los tres primeros, el tema de la formación-capacitación para la Participación Ciudadana ha sido objeto en estos cinco años de anuncios, discursos, deseos y ensayos en el mejor de los casos; sin embargo, no existe un plan, programa, o proyecto de carácter nacional, o una política o programa que exponga o defina tal propósito. Desde el Ministerio de Salud, con cada nuevo ministro, se han hecho una y otra vez los anuncios: Plan Nacional de Capacitación, Escuela de Nueva Ciudadanía, Programa de Formación de Líderes Comunitarios...., entre otros. Ninguno de ellos ha tenido continuidad, desarrollo, evaluación, que permita conocer sus resultados, su impacto o sus logros.

Desde el movimiento comunitario se han producido múltiples intentos. En muchos casos se informa sobre cursos, talleres, encuentros, eventos que se han multiplicado por todo el país. Lamentablemente, la falta de recursos (infraestructura, financiamiento, personal calificado, entre otros) limitan , dificultan o liquidan tales intentos. Tal situación se hace mas crítica en la medida en que casi siempre la obtención o no de los recursos o apoyos pasan por contar con el visto bueno del Ministro, burócrata del Ministerio, Director o Coordinador de programas, quienes los asignan generalmente condicionados a controlar o dirigir tales iniciativas, incluso bajo la pretensión de incorporar las tareas de formación al proselitismo y la partidización del esfuerzo comunitario.

La administración pública sigue guiada en la mayoría de los casos por los viejos vicios del Estado que se trata de cambiar: patrimonialismo, clientelismo, ineficacia, burocracia ineficaz e ineficiente, y corrupción.

5.- Voluntad política para promover la Participación Ciudadana en Salud

Este es quizás el mayor escollo para el desarrollo de la participación comunitaria en salud. No hay gobernante o gerente gubernamental de cualquier nivel: alta, media o baja burocracia, del actual gobierno, que no diga, proclame, anuncie, el protagonismo del pueblo, la defensa e impulso de la democracia participativa, y otras cosas por el estilo.

Hay con la realidad un abismo de diferencia. Aceptar y asumir con humildad la creación y desarrollo de nuevas relaciones de poder, poner en práctica los mecanismos de democratización del poder y del saber, permitir que el pueblo organizado en verdad participe en la toma de decisiones: he allí el gran reto para el nuevo liderazgo de la llamada “Revolución Bolivariana”. La posibilidad de que la nueva Constitución deje de ser un hermoso poema, un canto a la defensa de la vida y de la paz, con muy contadas excepciones, casi inexistentes, pasa por el hecho de que no existen hoy en el país situaciones concretas en las cuales la Participación Ciudadana en Salud sea una realidad. Es un reto para todos: gobernantes y gobernados. Para los gobernantes y también para sus opositores, para quienes los enfrentan.

III.3.- Resultados de las entrevistas:

comentarios sobre las experiencias del trabajo de campo

Como explicamos en el capítulo sobre la metodología, procedimos a efectuar diecisiete entrevistas, a través de informantes clave, utilizando un cuestionario semiestructurado, con el objeto de obtener información detallada sobre cada una de las organizaciones comunitarias seleccionadas. Comentaremos el resultado de las entrevistas agrupando las respuestas en seis temas: historia de la organización, objetivos y actividades, logros y fracasos, relación con la estructura gubernamental, impacto de la nueva Constitución en sus actividades y lo que entienden por participación comunitaria o ciudadana en salud.

Historia de las organizaciones

Nueve de las diecisiete organizaciones existían antes de aprobarse la nueva Constitución. De estas sólo una había surgido a final de la década de los ochenta, y las otras ocho aparecieron en la década de los noventa.

En ninguno de los casos estaban controladas por grupos o iniciativas partidistas. Por el contrario, presentan resistencia, crítica o rechazo, respecto a las organizaciones político-partidistas, tradicionales y nuevas:

Es lamentable pero no encuentro diferencia entre el comportamiento de los viejos partidos de la Cuarta República y los nuevos, de la Quinta República. Es como si se plantearan que ahora les llegó el turno a ellos. La robadera no ha cambiado, y no hay manera que le rindan cuenta a la gente que los pusimos ahí y que apoyamos esta revolución. (E.8).

...

Lo único que tengo claro es que no podemos echar marcha atrás. AD y COPEI acabaron con el país. Se robaron todo lo que pudieron y ahora vienen a criticar sin tener autoridad moral. Claro, los partidos que apoyan el proceso como que nacieron enfermos; heredaron los vicios de los viejos partidos y como que le han agregado vicios nuevos. Pero el pueblo es sabio, lo que no se dan cuenta es que desde abajo están naciendo nuevas formas y maneras de pensar y de hacer. Es necesaria una nueva manera de hacer política. Hay que democratizar el poder y reinventar la política. (E.6).

La motivación inicial para crear la organización casi siempre tuvo que ver con problemas sentidos por la comunidad, referidos a la atención médica u hospitalaria deficiente, o, en otros casos, fue promovida por alguna persona o grupo vinculado a organismos de salud encargados de tareas de prevención, promoción de salud o programa sociales. Las formas que asumieron son muy diversas, pero en su mayoría se constituyeron como comités de salud, organizaciones de derechos humanos, o como ONG's (organizaciones no gubernamentales) u organizaciones comunitarias de desarrollo social (OCDS)

como también se les denomina, asumiendo, en pocos casos (4 de ellos), la figura jurídica de Asociación Civil o de Fundación.

Objetivos y actividades

No todas las organizaciones tenían definidos sus objetivos y tampoco contaban con un plan de acción pre-establecido. En la mayoría de los casos sus actividades estaban referidas a situaciones locales, vinculadas con necesidades de la población

El comienzo fue muy difícil, había mucha apatía. A la gente no le gusta meterse en asuntos que consideran que son de política. Y hay mucha comodidad, porque nos acostumbraron a que la solución de los problemas de la comunidad vienen desde arriba. ... pero eso es mentira, lo poquito que resuelven es en época de elecciones para conseguir los votos. (E.5).

...

La verdad es que no teníamos ningún plan de trabajo. Todo comenzó con el ambulatorio que nunca funcionaba, una vez porque el médico venía cuando le daba la gana, otra vez porque los equipos no funcionaban, o estaban en paro. Entonces un grupo de la comunidad decidimos formar un comité de salud. Eso fue hace como seis años. (E.10).

...

Se ha producido un cambio que no se puede negar: antes la gente no participaba, ahora, después que tenemos una Constitución que nos da derechos y nos respalda, hay más disposición. A las reuniones asisten de 15 a 20 personas y todos colaboran. (E.11).

Sin embargo, la mayoría de las comunidades expresan su preocupación e interés por asuntos de carácter general como legislación sobre salud, necesidad de capacitación-formación de la comunidad sobre temas de salud (prevención-promoción), pero también sobre temas políticos como participación, salud como derecho social, organización popular. Asimismo, la mayoría de sus integrantes se plantearon o se involucraron en situaciones de denuncia sobre presuntos hechos

de corrupción en centros asistenciales, o exigencias a organismos locales o nacionales sobre legislación en salud y seguridad social.

Si no se capacita la comunidad, lo que hacemos es el papel de pendejos. No conocemos las leyes, ni sabemos de planificación, ni tenemos formación política. Eso no es nada complicado. Ya hemos hecho cuatro cursos para líderes comunitarios, con ayuda de la universidad, y la cosa ha resultado muy buena. Hasta internet hemos aprendido. (E.3).

...

Nos entusiasmos con la Contraloría Social, pero cuando intentamos aplicarla nos dimos cuenta que nada estaba claro:¿ Qué controlar? ¿Cómo controlar? ¿A quien controlar? ¿Quién nombra los contralores que pertenecen al comité? La cosa no es sólo buena voluntad, necesitamos capacitación técnica y política, juntas. Lo demás es habladera de paja, como los políticos. (E.1).

...

Nos organizamos para apoyar al Director del Hospital que formó una “Defensoría de la Salud” y comenzamos a trabajar. Nos incluyeron en el comité de compras del hospital y empezamos a denunciar los negocios en la compra de insumos, los casos de maltrato a los pacientes, y de mala praxis médica ... y hasta allí llegó la cosa. Hasta el Director lo botaron .. los mismos chavistas del otro bando. (E.2).

En muchos casos organizaban, solos o con otros organismos, comunitarios o institucionales, eventos y actividades diversas de tipo cultural, social, deportivo, etc.

Logros y fracasos

Cada una de estas organizaciones comunitarias en salud tiene una historia propia sobre sus éxitos y fracasos, sobre sus altos y bajos en el desarrollo de su experiencia. No detallaremos cada una de ellas, pero sin embargo comentaremos algunos aspectos comunes o específicos que nos han parecido relevantes.

En primer lugar, la mayoría de los grupos destacan su papel en cuanto al logro de una mayor participación de la gente:

Al principio éramos apenas cuatro gatos los que iniciamos este trabajo, pero al cabo de unos meses ya eran varias docenas. La gente descubría que si estábamos organizados las cosas se podían lograr. Sobre todo a partir de la Constitución Bolivariana nos hemos dado cuenta de todo el poder que tenemos ... por lo menos en el papel. (E.4).

...

Nos sorprendimos de la cantidad de gente que empezó a participar, y que nunca lo había hecho. No es fácil, pero aunque somos pocos, si hay organización las cosas se hacen. (E.14).

En segundo lugar, se plantean como logro importante haber contribuido a mejorar servicios asistenciales de salud: *“Por fin el ambulatorio está funcionando como debe ser” (E.10), “El hospital no está perfecto pero las cosas poco a poco van cambiando” (E.14), “La participación de la comunidad ha logrado que los médicos nos atiendan mejor, pero esa vaina es difícil” (E.8), “Es la primera vez que el dispensario funciona como debe ser, y eso se debe a la protesta de la comunidad” (E.3).*

En tercer lugar, los grupos destacan la actividad de capacitación comunitaria y cómo ésta ha contribuido a elevar el nivel de la lucha, de lo reivindicativo a lo político: *“Desde el comienzo lo planteamos: sin información y capacitación la participación no sirve para nada” (E.1), “Después de ocho meses ya llevamos dos cursos y más de veinte personas capacitadas. Claro, la universidad nos ha ayudado mucho, pero el esfuerzo es nuestro” (E.2) , “Al principio sólo nos ocupábamos de ayudar en el ambulatorio, pero ahora, después de los cursos, nos hemos planteado las cosas más grandotas: ¿qué pasa en el país? ¿qué es la política ?¿ por qué debemos conocer nuestros derecho ?” (E.1) .*

Un cuarto asunto, también señalado por casi todos los grupos como un logro, es el reconocimiento que han recibido por parte de la comunidad y de las instituciones y los diversos niveles de gobierno sobre su labor: *“Ahora por lo menos nos paran más en la Alcaldía, sin ser un partido político” (E.4), “La gente, aunque no venga o no se incorpore, reconoce que estamos haciendo una lucha*

por ellos” (E.15), “Participamos en muchas reuniones con gente del gobierno que nos invitan, y no nos quedamos callados” (E.12), “Yo no soy político, pero en el barrio saben que soy un luchador” (E.11), “Hemos llegado a ser la organización más importante del barrio y la gente lo dice” (E.4).

Es significativo comentar que las razones que aducen sobre los éxitos que han obtenido están referidas a asuntos como: unidad del grupo, objetivos claros en lo que buscan, no compromisos con partidos políticos, reconocimiento de liderazgo por parte de la comunidad, dedicación de los miembros, tradición de lucha en la comunidad. Y, en cuanto a las razones que la mayoría destaca sobre las causas de los fracasos o trabas para desarrollar el trabajo comunitario, encontramos señalamientos sobre el partidismo, la politiquería, el egoísmo, la falta de recursos, el sectarismo grupal, la burocracia de los organismos gubernamentales, la falta de apoyo del gobierno (local o regional), la desunión, la falta de capacitación de los líderes, los cambios de gobierno:

Mientras no se logre la unidad no vamos a echar pa'lante. Cada quien quiere hacer lo que le da la gana, y no faltan los oportunistas, sobre todo de los partidos, viejos y nuevos, que cuando ven que la cosa está andando se asoman para tratar de cogerse la organización comunitaria para ellos. Pero la gente ya los conoce. (E.5).

...

El problema es que para hacer el trabajo de base hacen falta recursos y todo intento de lograrlos pasa por un acuerdo de hecho con el que da los reales porque luego te lo cobran caro. Antes había que ponerse la boinita blanca de los adecos, ahora cambió el color de la boina, pero la práctica es la misma. Como si los reales fueran de ellos. Algún día les haremos entender que todo lo que es del gobierno es del pueblo y que ellos son unos simples administradores de lo público, de lo que es de nosotros. Un funcionario público es un servidor de la gente, y ellos se creen que son los dueños de los organismos gubernamentales. (E.6).

...

Mientras no se acabe esa burocracia incapaz e ineficiente no podremos avanzar. Con el agravante de que cada funcionario que llega cambia los planes del que estaba

antes, así sea del mismo gobierno. Entre la burocracia y la corrupción esto se lo llevó quien lo trajo. (E.12).

Relación con la estructura gubernamental

De las diecisiete experiencias seleccionadas, cinco nacen con apoyo gubernamental, siete son desarrollos netamente comunitarios y seis son comunitarias aunque ocasionalmente obtienen algún apoyo gubernamental. La relación comunidad-gobierno, a través de las organizaciones comunitarias no es fácil. En la mayoría de los casos los informantes expresan su descontento, malestar o rechazo por la falta de receptividad o atención a sus demandas o planteamientos: *“están enfermos de aire acondicionado”* (E.14), *“no quieren ensuciarse los zapatos”* (E.11), *“hacen un discurso en nombre del pueblo pero no saben lo que es vivir en un barrio, ni les importa realmente”* (E.10), *“a veces ni nos reciben, o si nos reciben no hay respuesta”* (E.10), *“la democracia de la que hablan es puro discurso”* (E.8). Y no sólo se trata de criticar a los funcionarios, pues con mucha frecuencia, tanto en el período que hemos denominado de Democracia Representativa como en el de Democracia Participativa el conflicto ha sido una constante: *“Lo que habíamos logrado avanzar en participación comunitaria en la Alcaldía se acabó con el nuevo alcalde porque es de otro partido”* (E.12), *“Nos vimos obligados a tomar el hospital para que respetaran nuestro derecho a participar, y de allí nos sacaron con la policía”* (E.7), *“El gobernador ha desatado un acoso y persecución contra nuestra organización comunitaria por el solo hecho de no pertenecer a su partido”* (E.5), *“Comenzamos apoyando al Alcalde, pero cuando exigimos la Contraloría Social de la Salud a ese señor se le acabaron los amores con nosotros y no ha permitido control ni rendición de cuentas para nada”* (E.4), *“A cada ministro que llega le hemos exigido dictar una Resolución sobre Participación Comunitaria y Contraloría Social y ninguno lo ha hecho, a pesar de que todos andan con la Constitución en la mano y se llenan la boca hablando de Democracia Participativa y Protagónica. El único protagonismo es el de salir en la televisión discursando”* (E.1), *“Estamos obstinados, le cambian el número a la República*

y nosotros seguimos jodidos...” (E.8) . La experiencia de Carora (municipio Torres, estado Lara) es emblemática en este sentido (**ver anexo 10**) (Carta de los Comités de Salud -chavistas- de Carora al Presidente Chávez denunciando la agresión de que han sido objeto por parte de la Dirección de Salud del Estado Lara -chavistas-, 2003).

Solamente en tres casos de los diecisiete seleccionados, encontramos una relación no conflictiva con las autoridades gubernamentales. Sea conflictiva o armónica la relación comunidad-gobierno, en todos los casos la tendencia por parte de los organismos o instituciones es la de querer utilizar, manipular, aprovechar o hacer un manejo ideologizado de lo que se hace. Pero, además, lo que el funcionario público entiende por participación de la comunidad en salud no va más allá de una concepción administrativa, técnica, pragmática en el mejor de los casos. Así, se llama a la comunidad a participar en campañas de vacunación, o labores de mantenimiento de centros asistenciales, pero muy difícilmente se aceptan los planteamientos de: democratización, rendición de cuentas o contraloría social.

Como lo expresan algunos funcionarios entrevistados (distintos a los informantes clave): *“La verdad es que la gente está alzada, ahora quieren hasta decidir lo que tenemos que hacer los médicos”, “Hermano, esto es una merienda ‘e negros: todo el mundo quiere hacer lo que le da la gana”, “Está bien que la gente participe, pero no es que van a meterse a decidir”*. No hay duda de que se mezclan la resistencia al cambio con expresiones elitistas y hasta clasistas o racistas.

Influencia o impacto de la nueva Constitución en sus actividades

Es interesante señalar que de entrada la casi totalidad de los grupos destacan dos situaciones: en primer lugar, coinciden todos en afirmar que la nueva Constitución ha “favorecido”, “logrado”, “hecho posible”, la participación de la comunidad en el sector salud, y al mismo tiempo están de acuerdo en plantear que

antes de la promulgación de la nueva Constitución ya existían grupos, o tradición, o antecedentes de participación de la comunidades en el área de la salud; pero además, en la casi totalidad de los casos critican que a pesar de lo establecido en la nueva Constitución en la realidad no se ha logrado que la comunidad participe en la planificación, ejecución, supervisión, evaluación y control de la política de Salud, como lo establece la misma Constitución: *“El Alcalde es chavista y nosotros también, pero no hay manera que acepte la participación de la comunidad en la toma de decisiones”* (E.4), *“Ministros y Ministras de Salud van y vienen, pero ninguno ha aceptado siquiera dictar un decreto sobre participación comunitaria en Salud. Puro discursar”* (E.15), *“No hay un sólo Director de Hospital en este país que rinda cuenta pública de la gestión que lleva a cabo”* (E.17), *“La Contraloría Social es una habladera de paja: a nosotros nos sacó del hospital un Director disque compatriota porque le pedimos que informara cómo se gastan los reales del hospital”* (E.2), *“Esa vaina en el Ministerio es pura corrupción, igual con los adecos que con los chavistas. Algún día los sacaremos de ahí y el pueblo podrá ejercer realmente la contraloría social”* (E.1), *“Del dicho al hecho hay mucho trecho: la burocracia antes adeca, ahora chavista, no le para a la participación comunitaria, así lo diga la Constitución”* (E.6), *“Ese Ministro las tiene de mamut: cree o nos quiere hacer creer que la participación comunitaria es para andar matando zancudos y para que persigamos a la gente porque fuma. ¡Eso se acabó! Aquí lo que está planteado es construir el poder popular en salud, desde el nivel local”* (E.5).

Otro elemento a destacar, referido por todas las organizaciones, es que se ha producido en todo el país una proliferación nunca antes vista de organizaciones comunitarias que tienen que ver con Salud, ya sea vinculadas a los hospitales, los ambulatorios, o más recientemente a la “Misión Barrio Adentro”. Más adelante comentaremos las características de los centenares de Comités de Salud y las múltiples experiencias de “Contraloría Social en Salud” que se vienen dando en el país a propósito de esta Misión.

¿Qué entienden por Participación Ciudadana o Comunitaria en Salud?

La pregunta se hizo como “participación comunitaria o ciudadana” a pesar de la aclaratoria que a los efectos de este trabajo hicimos en el marco teórico, por cuanto para la mayoría de las organizaciones comunitarias el tema de la ciudadanía o de la connotación que en la presente investigación le hemos dado no es de uso común. Sin embargo, la intención es la de explorar, en términos de representación social, lo que para la gente que participa de forma organizada en el sector salud significa este término.

Las respuestas fueron muy variadas. Sin embargo, hay algunos asuntos comunes que comentaremos.

“Participación Ciudadana o Comunitaria” en la mayoría de los entrevistados tiene como características los siguientes elementos, en ese orden de prioridad: poder de decisión para la comunidad, autonomía de los ciudadanos para actuar, contraloría social de la gestión pública, organización popular; participación en la planificación, ejecución y control en el área de salud; compromiso, corresponsabilidad, construcción de ciudadanía, defensa de los derechos, participar en todos los momentos y a todos los niveles de los organismos públicos de salud, que las decisiones de los organismos que se creen para participar tengan carácter vinculante.

Tres experiencias de Participación Ciudadana en Salud de carácter nacional: CONSALUD (ONG Comunitaria), Comités de Salud y Contraloría Social (Misión Barrio Adentro – Gobierno Nacional)

Por considerarlas de particular interés e importancia, hemos incluido en el resultado de las entrevistas la reseña de tres experiencias de Participación Ciudadana en Salud de carácter nacional:

CONSALUD (ONG Comunitaria)

Hemos descrito anteriormente la trayectoria de esta organización en la década de los noventa, relatando sus orígenes y desarrollo inicial. Ahora comentaremos su evolución a partir de la aprobación de la Constitución del 99.

Como hemos narrado, la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (CONSALUD) es una organización comunitaria que tiene su origen a comienzos de la década de los noventa, pero que aparece como tal a raíz de la movilización que generó la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente, registrándose como Asociación Civil en el año 2000. A partir de la aprobación de la nueva Constitución, esta ONG se da a la tarea de desarrollar un plan de acción que comprende tres componentes: promoción de la organización comunitaria en el área de la salud en todo el país, formación-capacitación de líderes comunitarios y organización de eventos (foros, talleres, encuentros, etc.) para discutir una temática que incluye asuntos relevantes en relación a la política de salud, tales como: Proyecto de Ley de Salud y de Seguridad Social, Modelo de Financiamiento, Modelo de Gestión y Modelo de Atención del Sistema de Salud; Contraloría Social, y Municipalización de la Salud. En noviembre del 2002, producto de eventos realizados en 17 ciudades del país, presentaron las conclusiones y propuestas a la Sub-comisión Presidencial designada para elaborar el Proyecto de Ley de Salud (**ver anexo 11**).

Han llevado a cabo cuatro encuentros nacionales, a los que asistieron representantes de casi todos los estados del país, donde se fueron conformando grupos que seguían sus lineamientos; fortalecieron una red de organizaciones similares, con otros grupos que se desarrollaron en esa área, hasta llevarlos a organizar, en noviembre de 2003, en el Parque Central, Caracas, el “I Congreso Nacional por la Salud y la Vida” (**ver anexo 12**). A este evento asistieron más de 2.000 personas provenientes de todo el país, editaron varios folletos impresos que orientaron la discusión de los temas centrales tratados: Salud como Derecho Social, Situación de Salud y Calidad de Vida en Venezuela, Construcción del Poder Local en Salud, Descentralización, Participación y Liderazgo, Marco Jurídico, Ley Orgánica de Salud y de Seguridad Social (Congreso por la Salud y

la Vida, 2004). Posteriormente, han desarrollado una serie de actividades en todo el país, sumándose a lo que se conformó en el Congreso como “Movimiento por la Salud y la Vida”, concentrando su accionar en tareas de capacitación, publicación de folletos, boletines y otras publicaciones, incluyendo una página web.

Su relación con el gobierno central ha estado signada por una situación difícil y contradictoria, como ha sucedido con las demás organizaciones comunitarias, sobre todo en la medida en que esta organización ha hecho un esfuerzo por preservar su autonomía respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos, tanto en su período inicial, en la década de los noventa, como con el nuevo gobierno. Esto ha planteado limitación en cuanto a los recursos, reservas en cuanto a la receptividad a sus propuestas, y en algunos casos franca negativa a aceptar planteamientos, sobre todo los relacionados con la Contraloría Social-comunitaria en el área de salud y las propuestas de exigir participación comunitaria en todos los momentos y a todos los niveles de la estructura gubernamental, desde el nivel parroquial hasta el nacional, y sobre todo la negativa por parte de la alta burocracia de salud a aceptar representación mayoritaria de organizaciones comunitarias en los organismos de decisión, y que los organismos que se crearen contemplen que las decisiones que se tomen tengan carácter vinculante (ver propuestas en **anexo 13**). Los cuatro ministros que han pasado por el despacho de Salud y Desarrollo Social no han dado respuesta, o su receptividad ha sido negativa en relación a estos planteamientos. Como referencia a esta situación comentaremos cómo a raíz de los sucesos del intento de golpe de estado, en abril de 2002, esta organización le planteó a la Ministra de Salud y su equipo un conjunto de propuestas para avanzar en el proceso de democratización, y, aunque no hubo negativa formal, ninguna de ellas fue puesta en práctica (**ver anexo 14**).

Destaca en la actividad desarrollada por esta ONG el trabajo que vienen realizando en los estados Carabobo, Sucre, Anzoátegui, Táchira, Trujillo, Barinas, Cojedes, Guárico, Aragua y Yaracuy.

En las publicaciones que recogen las tareas llevadas a cabo (CONSALUD, 2001) resalta la campaña realizada contra la privatización del sector salud, y como dato que luce contradictorio con el discurso gubernamental, señalan que el Proyecto de Ley de Seguridad Social que presentó el Ejecutivo a la Asamblea Nacional *“es más neo-liberal que el contenido de la Ley de Seguridad Social aprobado por Ley habilitante, en los últimos días del Gobierno de Rafael Caldera”* (CONSALUD, 2001:151). Esta campaña les llevó a conformar la “Red de Seguridad Social para Tod@s”, la cual impulsó una campaña comunicacional en todo el país que logró eco en la Asamblea Nacional, y finalmente se aprobó una Ley de Seguridad Social, en diciembre de 2002, con un claro contenido social y anti-privatizador. En el año 2004, obteniendo importante receptividad del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Arnoldo Gabaldón”, ubicado en Maracay, estado Aragua, lograron que se creara el Centro Nacional de Capacitación Comunitaria y la Escuela de “Nueva Ciudadanía”, que inició un plan nacional de capacitación con posibilidades de extenderse a todo el país, dirigido en particular a los comités de salud, que solamente en el caso del estado Aragua son unos doscientos. El cambio de directiva en ese Instituto paralizó tal iniciativa.

El desarrollo de esta ONG es una importante referencia de las posibilidades del movimiento comunitario en el proceso de construcción de ciudadanía; sin embargo, también evidencia las múltiples dificultades que se tienen que enfrentar, cuando desde la sociedad civil se intentan propuestas alternativas que no se someten al control gubernamental debido a la carencia de recursos, la falta de receptividad de los organismos oficiales -a pesar de los discursos que en apariencia apoyan este tipo de iniciativas- y sobre todo por las políticas públicas sociales contradictorias entre lo que proclaman y lo que en definitiva llevan a cabo.

Los “Comités de Salud” (Misión Barrio Adentro)

Los “Comités de Salud”, vinculados a la “Misión Barrio Adentro” del Gobierno Nacional, conforman una experiencia que aparece en el año 2003, fecha

en que se crea tal Misión. Sin embargo, ya existían con ese nombre numerosos grupos que en varios estados del país se organizaron desde los años ochenta, llegando a adquirir un importante desarrollo en los estados Lara, Trujillo y Zulia. Los actuales comités de salud -si bien tienen que ver con la “Misión Barrio Adentro”- surgieron, la mayoría de ellos, a partir de la presencia de unos doscientos médicos cubanos que inicialmente, en mayo de 2003, comienzan una experiencia cumpliendo labores asistenciales en el Municipio Libertador, en el Distrito Metropolitano de Caracas. Al cabo de un año, la presencia de profesionales de la salud cubanos se estimaba en unos 10.000 médicos y más de 1.000 odontólogos, ambos grupos ubicados en los denominados *consultorios populares*, los cuales en su mayoría comienzan a funcionar en casas de familia de los sectores más pobres, en todo el territorio nacional. En torno a cada consultorio popular se ha ido creando un comité de salud.

Hasta el momento, no se ha dictado ninguna normativa que regule estos comités, de manera que en la práctica son una mezcla, por una parte, del planteamiento formulado de manera muy general desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS, 2004) y, por la otra, como un desarrollo espontáneo de grupos comunitarios, en su gran mayoría afectos al gobierno central, que realizan trabajo voluntario muchas veces relacionado con prestarle apoyo vecinal a los médicos cubanos que laboran en las comunidades. El número de comités de salud ha crecido rápidamente. A finales del 2004 se estimaban en más de tres mil, pues sólo en el Municipio Libertador (Caracas) se reportan unos ochocientos. En actos públicos se han ido juramentando en número de 100 a 200, como ha sucedido en los estados Carabobo, Aragua, Falcón y Lara. No obstante, no existe un registro en ningún organismo que permita contar con una base de datos confiable al respecto. Inclusive, en un intento de seguimiento que hicimos sobre estos comités, en dos estados (Aragua y Carabobo) pudimos constatar que muchos de ellos se constituyen y en poco tiempo desaparecen.

En la única publicación oficial sobre el tema (MSDS, 2004:3) se hacen algunas precisiones sobre su definición y funcionamiento que recogemos a continuación:

¿Qué es un Comité de Salud? Es una organización de base comunitaria que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida. Puede ser promovido desde los Consultorios y Clínicas Populares, los Hospitales del Pueblo y por propia iniciativa de los vecinos, en función del desarrollo integral de las personas en el ámbito ciudadano y colectivo.

¿Cuál es su Misión? Integrar a los miembros de las comunidades en torno al desarrollo de estrategias de Promoción de salud y calidad de vida en la búsqueda de alternativas que den respuestas a las necesidades sociales más urgentes en los territorios y en interacción con los gobiernos municipales y regionales.

¿Cuál es su visión? Ser una organización comunitaria líder y transformadora de nuestra realidad, que brinde espacios de concertación, comunicación, fortalecimiento del sentido de pertenencia en los grupos de base, que nos generen una cultura de convivencia, participación, justicia social y equidad, que se articulen a procesos municipales, regionales, en función de un desarrollo humano sustentable.

¿Cuáles son sus objetivos? Gestionar y movilizar recursos que los vinculen al Plan de Desarrollo Local a nivel de municipios y parroquias en respuesta a las necesidades sociales prioritarias. Establecer mecanismos de negociación, planificación y coordinación para articularse a los distintos servicios, programas y redes sociales, en procura de una mejor salud y calidad de vida. Establecer y consolidar espacios institucionales y comunitarios para el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos, con una visión de desarrollo humano integral.

Luego, en el mencionado documento, se agregan las condiciones que deben existir para la conformación de estos comités de salud, las razones por las cuales son importantes, los criterios para organizarlos, los principios que los sustentan, los componentes y tareas que deben cumplir, y se presenta un cuadro

con la metodología para su desarrollo. Culmina con una figura en la cual se muestra la propuesta que se formula en el Proyecto de Ley de Salud, donde se establecería la participación de los comités de salud en todas las instancias:

ESQUEMA PIRAMIDAL PARA LA PARTICIPACION DE LOS COMITÉS DE SALUD



En cada una de estas instancias estarán presentes representantes de los comités de salud y “de las instituciones de salud, incluyendo en este segmento a las autoridades y trabajadores, miembros de la sociedad” (Art 28. Ley Orgánica de Salud)

Se agrega: *“En la Tercera Etapa (discutir, organizar e implementar) de la “Misión Barrio Adentro” se propone la “conformación de los distintos comités de salud en cada sector ... por cada consultorio popular se establecerá un Centro de Encuentro Comunitario que se denominará ‘Casa de la Vida y la Salud’, donde funcionará un ‘Comité de Salud’ que prestará apoyo al Equipo de Salud. Igualmente, allí los miembros del comité recibirán formación y capacitación como Promotores Comunitarios de Salud, a fin de multiplicar los programas preventivos” (MSDS, 2004:3).*

Sin embargo, la estructura, funciones, base legal y objetivos de los Comités de Salud, aún no están claros. En la práctica, como lo hemos constatado en diversas regiones del país, la mayoría no siguen las orientaciones del MSDS y varían de un sitio a otro en cuanto a composición, actividades, número de miembros, mecanismos de funcionamiento, forma de elección, etc. Muchos de ellos colaboran en tareas asistenciales en torno al consultorio popular, otros mezclan su participación con las “Misiones” (Robinson, Ribas o Vuelvan Caras), el número de integrantes varía de tres hasta quince, y su sostenibilidad es muy variable. Están muy influenciados por las directrices políticas del gobierno nacional y no se percibe un proceso de capacitación de sus miembros. En el último cambio de ministro (diciembre 2004) se eliminó el Programa Nacional que adelantaba esta propuesta (Coordinación Nacional de Atención Primaria).

Por supuesto, se trata de una experiencia muy reciente, sobre la cual hay poca información registrada o confiable. En consecuencia, luce prematuro hacer una evaluación exhaustiva o arribar a conclusiones. A pesar de esto, no hay duda de que se trata de una propuesta masiva, sin precedentes en el país, de participación de sectores populares en el área de la salud, en la cual percibimos un fuerte contenido social y una fuerte carga ideológica expresada en consignas o expresiones que hemos recogido en entrevistas o en asistencia a eventos de estos comités: *“La Salud es un derecho de todos los Venezolanos, y es un deber del Estado”, “El pueblo debe ejercer la Contraloría Social”, “Sin organización no hay fuerza para cambiar las cosas”, “Los viejos burócratas y los disfrazados de*

nuevos van a tener que rendirle cuenta a la gente”, “Hay que rescatar lo público que se lo venían robando en los gobiernos los empresarios y los políticos”, “Formaremos una red de salud en todo el país que no la parará nadie”.

Contraloría Social en Salud

Uno de los instrumentos que han sido propuestos, tanto desde el sector oficial, como desde las organizaciones comunitarias -con el propósito de viabilizar la Participación Ciudadana- es la denominada Contraloría Social en Salud. Desde los organismos oficiales se han hecho propuestas por parte de la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la Nación y la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Nacional. En el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se han elaborado varios papeles de trabajo, pero sin embargo no hay posición alguna, ni propuesta concreta conocida. Por otro lado, desde el movimiento comunitario se han producido múltiples iniciativas que han conducido a numerosos eventos, y se han desarrollado algunas experiencias, sobre todo en centros hospitalarios.

Por la importancia que este asunto tiene para la Participación Ciudadana en Salud, comentaremos el concepto, las propuestas formuladas, y algunas de las experiencias de la Contraloría Social en Salud.

Como quiera que no hay un marco jurídico (Ley, Decreto o Reglamento), ni una posición oficial sobre el tema, han aparecido numerosas definiciones, versiones, y prácticas y experiencias en los últimos cuatro años (2001-2004), a los que se denomina “Contraloría Social (o Comunitaria) en Salud”. En varios países latinoamericanos se han iniciado experiencias en el mismo sentido, con diferentes denominaciones: las “veedurías ciudadanas” (Colombia), los “comités de vigilancia” (Bolivia) y la “contraloría social” (México). En el fondo se trata del derecho que tiene todo ciudadano de estar informado e incidir sobre el manejo de lo público, el tesoro público, la cosa pública.

La Hacienda Nacional no pertenece al gobernante o al partido político de turno en el gobierno: pertenece a todos los ciudadanos de un país y el gobierno no debería sino administrar pulcramente tales recursos y rendir cuenta sobre su manejo. Ya lo planteó Simón Bolívar a comienzos del siglo XIX: *“Todos aquellos a los que habéis hecho depositarios de vuestros intereses, tienen la obligación de deciros el uso que de ellos han hecho”* (Citado por Jaua, 2004:29).

En el caso venezolano no hay una definición institucional, formal o consensual sobre la denominación, alcances, fines o mecanismos de la contraloría comunitaria o social, y menos aún en el área de la Salud. Pero existen varias referencias que nos permiten ubicar el tema.

En primer lugar, la Constitución de 1999, aunque en ninguna parte utiliza este término, establece en su Artículo 62:

Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas. La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica. (CRBV, 2002).

Asimismo, en las *“Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001 – 2007”*, presentado a finales del año 2000 por el presidente Chávez (Los cinco equilibrios, 2001), de las cinco líneas, una es lo político, en la cual se propone *“contribuir al establecimiento de la democracia participativa y protagónica”* y se plantea la sub-estrategia *“control social de la gestión pública”* para lo cual se establece: *“propiciar la participación ciudadana”*, y *“establecer sistemas de rendición de cuentas”*; en la línea de lo social se establece *“fortalecer la participación social y generar poder ciudadano, en espacios público de decisión”*, y en uno de sus objetivos plantea *“estimular la sociedad contralora de lo público”*.

También, en cuanto al marco jurídico (Jaua, 2004), se encuentra en manos de la Asamblea Nacional un *Proyecto de Ley de Participación Ciudadana*, y más recientemente se anuncia que está en elaboración un *Proyecto de Contraloría Social*; también aparecen referencias explícitas a la “participación ciudadana” y su papel en el “control social de la gestión pública” en diversas leyes vigentes: *Ley Orgánica de la Administración Pública* (2001: artículos 1, 135, 138), *Ley Orgánica de Planificación* (2001: artículos 14, 58, 59), *Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública* (2002: artículos 5, 8, 24) y *Ley Orgánica de la Contraloría General de la República* (2001: artículos 1, 6, 14, 24, 25, 75, 76).

En un intento de síntesis podemos resumir que en todas ellas se plantea:

1. La participación como un derecho.
2. La participación ciudadana en el ejercicio del control sobre la gestión pública.
3. La participación ciudadana en la gestión contralora.
4. Las funciones que se atribuyen a la participación ciudadana sobre el derecho que tienen las personas de estar informados, controlar, vigilar, evaluar, en cuanto a políticas, planes, proyectos, pero también a obras, servicios, etc.
5. La obligación de los funcionarios de la rendición de cuentas.

A partir de estos elementos y de las experiencias y discusión que se viene fraguando en el movimiento comunitario, donde se han producido más de cien eventos y reuniones en todo el país (IAES, 2004), podemos adoptar una **definición de Contraloría Social**: es un proceso individual o colectivo, mediante una iniciativa ciudadana, que procura intervenir en cualquiera de las etapas de la gestión de políticas públicas, para lograr, como fin último, una mayor satisfacción ciudadana y de la comunidad (Fermín, 2004).

En el área de la salud se han producido algunas precisiones y varias experiencias que pasamos a comentar. Desde el nivel institucional destaca la creación en la Defensoría del Pueblo (parte del Poder Moral creado en la nueva

Constitución), de la “Defensoría de la Salud y Seguridad Social”, mediante decreto, en febrero de 2003. Entre sus atribuciones y actividades se incluye la referente al “*acompañamiento y apoyo a la construcción de la contraloría social*” en los centros asistenciales de salud (Defensoría del Pueblo, 2003). Los materiales publicados por dicho organismo dan cuenta de su actuación en varios hospitales capitalinos y en otros centros asistenciales del estado Vargas.

Desde el movimiento comunitario se han producido numerosos eventos, talleres y otras actividades, entre las cuales destaca el “I Encuentro Nacional de Contraloría Comunitaria en Salud”, efectuado el 29 de julio de 2004, al cual asistieron delegaciones de buena parte del país y donde las instituciones involucradas (MSDS, Defensoría del Pueblo, Contraloría General de la Nación) expusieron sus opiniones y propuestas y los representantes comunitarios se reunieron en mesas de trabajo, arribando a un conjunto de conclusiones que entregaron posteriormente al Ministro de Salud (**ver anexo 15**). Seis meses después los organizadores de este evento informan en documento público que aún no tenían respuesta alguna del Ministro sobre las propuestas y exigencias formuladas (Contraloría Social, 2004:19).

Como se puede apreciar, esta iniciativa aún incipiente tiene una inmensa potencialidad en el proceso de construcción de ciudadanía. Sus propuestas fundamentales descansan en algunas de las consignas del movimiento comunitario: “*La sociedad civil al rescate de lo público*”, “*Control Social de la gestión pública en salud*”, “*Exijamos rendición de cuentas a los funcionarios públicos*”, “*La contraloría social desenmascara la corrupción*”. Sin duda, más que un asunto de carácter técnico es un tema de carácter político, de pugna por el poder, de intentar incidir en las políticas públicas, de tratar de aterrizar el discurso de la democracia participativa y protagónica en expresiones concretas de democracia directa y de poder popular. Los acontecimientos están en marcha.

Capítulo IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de los supuestos y objetivos que nos planteamos al comienzo de la presente investigación, nos corresponde proceder al análisis de la información recopilada y los resultados obtenidos, tomando como base el marco teórico formulado en el capítulo II. Luego procederemos a comentar cada uno de los asuntos que en nuestra opinión aparecieron como relevantes, que en la mayoría de los casos no son sino pistas, puertas que se abren para continuar la labor interminable de intentar aprehender los hechos sociales, interpretarlos y utilizarlos como herramientas para la transformación de la realidad que pretendemos conocer.

En relación a los antecedentes del lapso en estudio, referidos a la Participación Ciudadana en Salud en Venezuela comprendidos en el marco constitucional (1811-1988) apreciamos cómo el tema de la salud, desde la primera Constitución en 1811, aparece por primera vez en la decimoctava, de 1925, y no será sino en 1936 cuando se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), debido a las características sociales y políticas de Venezuela durante el Siglo XIX y comienzos del Siglo XX, determinadas por la guerra, luego los intentos separatistas, y la inexistencia de un Estado Nacional.

En cuanto a la Participación Ciudadana, será apenas en la primera mitad del siglo pasado cuando podemos hablar de participación comunitaria, referida como antecedente de la participación ciudadana y expresada como acción de la comunidad, complementaria y subordinada a la acción del Estado, y vinculada al desarrollo social -manera como se expresa el componente de salud y participación

comunitaria inicialmente-. Esta dinámica también se encuentra asociada a la aparición del petróleo y a las necesidades del capital extranjero en nuestro país.

Con el advenimiento de lo que hemos denominado Período Democrático (1958) y la decimoquinta Constitución, aprobada en 1961, ambos temas -salud y participación comunitaria- pasan a jugar un papel de mayor importancia, aparejado al proceso de sustitución de importaciones, el ingreso fiscal creciente de la renta petrolera y la conquista de los derechos sociales, a raíz de la caída de la última de las dictaduras en 1958, que pone fin a lo que, a los fines de la presente investigación, denominamos Período Pre-Democrático. La participación de la comunidad se caracterizará entonces por la presencia de organizaciones comunitarias diferenciadas del Estado, e incluso en oposición o conflicto con él, deslindándose también de los partidos políticos; aparecen como organizaciones de la sociedad civil e incorporan incluso un concepto más amplio de salud.

Desde la década de los ochenta del siglo pasado se va produciendo una crisis de legitimidad de la Democracia Representativa, de su institucionalidad y de los instrumentos de mediación (partidos, gremios, sindicatos), lo que plantea una redefinición de la relación Estado-sociedad. Aparecen los esbozos de la Participación Ciudadana en Salud, aunque ésta no cuenta con un marco jurídico que la apoye todavía. La Participación Ciudadana en Salud, en los términos como la definimos en el estudio, se gesta en esa década, expresándose con diversas visiones: la reformista, la neoliberal y la social, cuyas características fueron descritas. Emergerán desde la sociedad civil múltiples organizaciones -también las de salud- que, diferenciándose del Estado y de las organizaciones tradicionales, reclamarán su espacio, para devenir en una relación que plantea su independencia y preeminencia respecto al Estado. Se deslindan en ese proceso dos visiones: la de una elite que habla en nombre de la sociedad civil, liderada por sectores de la clase media, clasista y racista, con óptica neo-liberal, y otra, conformada por amplios sectores de la sociedad, hasta entonces excluidos, sin dirección política clara, pero con una organización autónoma respecto al Estado e independiente

respecto a los partidos políticos, con una propuesta política dirigida a la redistribución y democratización del poder, a la construcción de un poder popular de base social amplia, aunque con importantes limitaciones.

La nueva constitución de 1999 (CRBV) catapultó la Participación Ciudadana en Salud al dotarla de una plataforma jurídica con amplio sustento: 130 de sus 350 artículos tienen que ver directa o indirectamente con el tema de la participación y el de la participación ciudadana. Es la primera vez que en un texto constitucional venezolano aparecen con claridad y con una orientación definida hacia lo social conceptos como: Estado social, democracia entendida como social de justicia y de derecho, participativa y protagónica, ciudadanía, participación ciudadana, o salud como calidad de vida.

A partir del 1999 se amplían y profundizan las posibilidades de la Participación Ciudadana y en el área de la salud en particular. Sin embargo, aparecen factores que obstaculizan, limitan y en algunos casos son contradictorios con el proceso de participación en curso -en la realidad- entendido éste como construcción de ciudadanía. Si se parte de un conjunto de premisas que fundamentan la Participación Ciudadana en Salud, se concluye que no se está produciendo un avance significativo **en lo que se refiere al aparato gubernamental**: no se avanza en el marco jurídico (Ley de Salud, Ley de Participación Ciudadana, normas o reglamento sobre participación comunitaria en salud, o sobre contraloría social-comunitaria, etc.), no se crean los espacios institucionales que la favorezcan, no se han conformado los organismos que lo permitan, no se ha producido la formación-capacitación del liderazgo comunitario, no hay una real, sino proclamada, voluntad política que la apoye e impulse; no se respetan los espacios del movimiento comunitario: hay cooptación, y colonización por parte del Estado, y continúan los vicios de la democracia representativa: clientelismo, prebendarismo, patrimonialismo, y corrupción.

Las entrevistas (trabajo de campo), que en su mayoría fueron realizadas a dirigentes comunitarios identificados como “chavistas”, reafirman estas

apreciaciones. Luce más como un proceso de pseudo-participación manipulada. Sin embargo, **desde el movimiento comunitario** hay toda una efervescencia que mantiene abiertas las posibilidades de la participación ciudadana, cuyo destino probablemente dependerá del fortalecimiento del tejido social, de la auto-organización social y política, de la autonomía que logre respecto al Estado, todo lo cual es expresión de la **construcción de ciudadanía**.

Con el objeto de destacar los asuntos de mayor significación utilizaremos un conjunto de enunciados y su correspondiente comentario como método para presentar la discusión sobre cada uno de ellos.

**1.- La nueva Constitución:
promotora de la Participación Ciudadana en Salud y
consecuencia a su vez de la participación popular**

El supuesto básico del que partimos *-la nueva Constitución venezolana crea las condiciones para el desarrollo de la Participación Ciudadana en Salud-* fue ampliamente confirmado en la investigación mediante el análisis del texto constitucional, las apreciaciones expresadas en las entrevistas que efectuamos a integrantes de organizaciones comunitarias y el desarrollo de los acontecimientos en los primeros cuatro años de puesta en práctica de los principios contenidos en la Carta Magna sobre este tema.

La nueva Constitución promueve la Participación Ciudadana en Salud, en tanto: consagra en el texto constitucional un conjunto de principios, tales como los derechos a la salud y a la participación, incluye lo ciudadano y lo público en términos claramente coherentes con el deseable proceso de construcción de ciudadanía, en el marco de una nueva relación Estado-sociedad, definido éste como un “Estado Social de Derecho y de Justicia”, y establece una base jurídica suficientemente consistente que sirve de referencia para las organizaciones comunitarias en su intento por desarrollar los mecanismos de Participación Ciudadana en Salud.

Igualmente, en todas las entrevistas realizadas a los grupos comunitarios se enfatiza la satisfacción y convicción acerca de cómo la nueva Constitución ha fortalecido, promovido o impulsado la participación de la comunidad en el área de la salud. También, de manera categórica, se observó la tendencia hacia el aumento, en la cantidad y extensión geográfica, de organizaciones comunitarias en el área de la salud, en el período posterior a la aprobación de la Constitución. El ejemplo más evidente son los “Comités de Salud” de la Misión Barrio Adentro: aun cuando no se cuenta con cifras oficiales, la página web del Ministerio de Salud indica que en cada Estado se han venido juramentando de 100 a 200 de estos comités en numerosos actos públicos (MSDS, 2005).

Sin embargo, es necesario y pertinente comentar también por lo menos tres asuntos relacionados con tal aseveración:

- a) La Constitución de 1999 es aprobada en buena medida como producto de la participación popular y establece, a su vez, bases para generarla y/o fortalecerla. Su contenido y aprobación fueron impulsados por la movilización popular desde formas inorgánicas -como el estallido social conocido como el “Caracazo”- y luego a través de formas organizadas de lucha y movilización de la década de los noventa que la convirtieron en su conquista;
- b) Sus contenidos en materia de **Participación Ciudadana en Salud** en buena medida fueron producto de un proceso de activa participación de grupos comunitarios organizados que existían previamente a la aprobación de la Carta Magna, y
- c) Los acontecimientos que se han venido desarrollado desde la aprobación de la Constitución muestran que es importante pero no suficiente contar con un marco jurídico para que se genere la participación ciudadana.

**2.- De cómo un marco legal puede catapultar un proceso en gestación.
La Participación Ciudadana en Salud no se inicia en el año 1999,
ni la produce instrumento jurídico alguno**

Estamos ante un proceso que se presenta en Venezuela desde mediados del siglo pasado y su plataforma aparece en las numerosas organizaciones populares que desde los años setenta se conformaron en el país. La Constitución del 99, además de ser una conquista del movimiento popular, catapultó la potencialidad de un proceso que venía gestándose en los sectores populares en todo el país.

Ello quedó evidenciado en el desarrollo de la investigación cuando se describe la manera como el marco constitucional produjo un impacto significativo sobre todo en los sectores populares, que constituyen la gran mayoría de la población, en lo que a la **Participación Ciudadana** se refiere. Se multiplicaron los grupos, asociaciones, comités, relacionados con la salud, pero lo que es más importante: sus integrantes se dedicaron a tareas no sólo de naturaleza asistencial, técnica o administrativa, típicas del modelo tradicional (neo-liberal o reformista), sino que las han asumido con objetivos relacionados con la auto-organización social y política. Asimismo, han fortalecido en términos significativos el componente formación-capacitación y su permanente movilización para exigir la participación en el control social de la gestión pública en salud en los distintos niveles de gobierno, todo lo cual forma parte del **proceso de construcción de ciudadanía**.

**3. La Participación Ciudadana en Salud:
un potencial no desarrollado, poco explorado, con enormes
posibilidades**

Entendida la salud como calidad de vida, como expresión de las condiciones de vida y resultado de sus determinaciones sociales, y la Participación Ciudadana como ejercicio de derechos y construcción de ciudadanía plena, la expresión **Participación Ciudadana en Salud** adquiere un enorme potencial, que supera ampliamente la concepción de salud como Atención Médica

Reparatoria -como se practica en la actualidad- y se convierte en una poderosa herramienta de lucha dentro de una perspectiva política que busca la universalidad y equidad de los derechos sociales. No se trata de la práctica tradicional que utiliza a la población como mano de obra barata o, de manera simbólica, legitima una burocracia auto-reproductora, sino de una estrategia que promueve calidad de vida e incorpora a cada individuo y al colectivo como sujetos de derechos que luchan por hacerlos efectivos. La participación de las organizaciones comunitarias, sean organizaciones de desarrollo comunitario u ONGs, requieren para ello un desarrollo autónomo e independiente. Como acertadamente lo plantea Iranzo (1997:8):

Cada ONG representa un proyecto propio, con el grado de autonomía que corresponda, y su progresivo mejoramiento debe estar en definitiva sujeto a una misión y a una visión a ser desarrollada independientemente de los intereses específicos del Estado y, menos aún, del gobierno de turno.

Más aún, en el estudio se plantea la nueva concepción de salud entendida como calidad de vida, hace de ella una arena de características especiales (punto de encuentro de sectores y movimientos sociales muy diversos, nudo de movilización, territorio de alianzas,...) que le permite ser portadora de una propuesta para contribuir a conformar la contrahegemonía, el bloque histórico, en el sentido Gramsciano, necesario y posible para lograr cambiar las relaciones de poder en la sociedad, lo que muestra su gran potencialidad política. Es todo un tema para la discusión.

4.- La Participación Ciudadana en Salud no es un concepto unívoco. De la propuesta neo-liberal a la ciudadanía plena: dos polos y sus matices.

Se hizo palpable en la documentación revisada, en la perspectiva histórica expuesta, en la bibliografía estudiada, en las posiciones teóricas sostenidas por diversos autores y en las experiencias presentadas -procedentes de diversas

regiones latinoamericanas y venezolanas en particular-, que la **Participación Ciudadana en Salud** está sujeta a múltiples interpretaciones, conceptualizaciones y prácticas, utilizadas para distintos fines. Se presentó un intento de ordenar estas posiciones diversas, develando los intereses e ideologías que llevan implícitos, para lo cual se agruparon en **tres enfoques**: el neo-liberal o técnico-administrativo, el reformista, y el social o alternativo. La caracterización que hicimos de ellos nos llevó a determinar cómo el **modelo neo-liberal** maneja una concepción utilitaria, productivista y mercantil de la participación de las comunidades que les impiden su autonomía y coartan su poder de decisión, por cuanto colocan el énfasis en los asuntos administrativos de los servicios asistenciales con un carácter técnico dirigido a la búsqueda de financiamiento de los servicios (“autogestión”, recuperación de fondos, autofinanciamiento, entre otros). El **modelo reformista**, de textura social-demócrata avanza en una propuesta de mayor amplitud y contenido social, pero no supera la concepción preventivista, atada a la institucionalidad y se pliega a la utilización de la comunidad incluso para utilizarla como generadora de ingresos o mano de obra barata. El **modelo social o alternativo**, aunque apenas se ha comenzado a ensayar, propone una intervención con objetivos de carácter político, se opone a la privatización directa o indirecta de los servicios, por lo tanto es contrario al cobro directo a los pacientes; plantea su participación en la formación de las políticas públicas del sector, coloca el tema del poder en la agenda de negociación con los administradores de los servicios, y exige participación en todos los niveles de la organización sanitaria (comunal, municipal, estadual, nacional) y en todos los momentos del proceso (diseño de políticas, planificación, supervisión, control y evaluación).

Sin duda, se trata de diferentes enfoques con matices entre ellos; pero indudablemente conducen a diferentes modelos de organización sanitaria, social y de perspectivas ético-políticas.

5.- La Participación Ciudadana en Salud como Ciudadanía Plena:

condición para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud y el fortalecimiento de la Democracia

Los elementos que surgen del presente estudio aportan elementos en nuestra opinión suficientes para formular esta afirmación. Efectivamente, la crisis sanitario-asistencial en nuestro país ha llegado a extremos tales que requiere presentar alternativas que le ofrezcan urgente respuesta (**ver anexo 16**). Los organismos internacionales (OMS, BID, BM,...), al igual que los más diversos sectores del país, coinciden en la importancia de la participación de la comunidad en el diagnóstico y búsqueda de solución a los problemas planteados en el sector. Así se estableció desde 1978, cuando se definió la estrategia de **Atención Primaria en Salud (APS)** con participación y anuencia de casi todos los gobiernos del mundo. Veintiséis años después la situación pareciera haber empeorado (León, 2001).

No es sólo ni fundamentalmente un problema de índole presupuestaria, organizativa, administrativa, técnica o burocrática. Se trata de decisiones de carácter político. De formación de políticas públicas, entendido lo público como lo que es de todos, de beneficio colectivo, norteado por el bien común como estrategia. Así, no hay salida posible que no pase por la participación activa, consciente, crítica y organizada de la comunidad en la planificación, ejecución y control del proceso de cambios necesario. Es inaplazable la construcción de un **Sistema Público Nacional de Salud**, teniendo como premisas los principios de la universalidad con equidad, con financiamiento garantizado por el Estado, en el cual la Participación Ciudadana es condición indispensable. La ciudadanía es consustancial a la democracia, pues no hay democracia sin ciudadanos. La construcción de ciudadanía es el instrumento fundamental para el fortalecimiento de la democracia. Si se asume la salud como calidad de vida, ésta compete a las más diversas esferas de la sociedad. En resumen: la construcción de una Ciudadanía Plena es condición para la construcción del

inaplazable Sistema Público Nacional de Salud y motor fundamental del fortalecimiento de una democracia realmente participativa.

6.- La voz de los entrevistados:

los protagonistas piden revolución en la revolución

Las entrevistas efectuadas a los “informantes clave” fueron de una gran riqueza en sus contenidos, aunque sólo mostramos algunos fragmentos y la sistematización de las respuestas en la presentación de los resultados. Sin embargo, encontramos algunos asuntos medulares que consideramos valiosos de comentar.

a) La casi totalidad de los entrevistados están convencidos de que en el país el gobierno nacional está intentando provocar un cambio radical en lo social, económico y político (esto lo identifican como “*el proceso*”), para lo cual se considera.. la Constitución del 99 como referencia, aunque no les queda muy claro el modelo de sociedad que se proponen lograr y se identifican, en su mayoría, como “*chavistas*” independientes (ver en anexo 4: Chav. Indep.), esto es: creen en “*el proceso*” y en el presidente, Hugo Rafael Chávez Frías.

b) Todos coinciden en afirmar que aún no se ha logrado la deseada Participación Ciudadana en Salud, ni el control comunitario de la Gestión Pública, ni la Contraloría Social en el área de la salud, que son inherentes a tal participación.

c) Todos los entrevistados critican la actuación de los ministros de salud, a unos más que a otros (cuatro hasta el presente), y a la alta gerencia que les ha acompañado, por ineficaces, ineficientes, y ausencia de rectoría en el sector, señalando además que cada uno de ellos se ha dedicado a cambiar la propuesta y el equipo del anterior, provocando incoherencia y confusión, y hecho que hasta ahora no permite que se cuente con una política social, ni de salud, ni marco jurídico alguno, y menos aún con un Sistema Público Nacional de Salud, meta que el gobierno nacional se propuso desde sus comienzos.

d) Los señalamientos críticos, por parte de todos los entrevistados, son contundentes respecto a la actuación negativa de los diversos niveles de gobierno: municipal, estatal y nacional. Plantean que no se ha promovido una verdadera Participación Ciudadana en Salud, sino una pseudo-participación manipulada; que no se ha avanzado en la construcción del Poder Popular en salud, ni se han creado los espacios de participación protagónica del pueblo en este sector, así como tampoco se han creado los instrumentos jurídicos que le sirvan de soporte.

e) Aunque en casi todos los casos, a más de cinco años de iniciado el actual Gobierno, los entrevistados, y en nombre de las organizaciones que representan, expresan que siguen manteniendo su apoyo al “proceso” y al presidente Chávez, los cuestionamientos son cada vez mayores, más frecuentes y contundentes. Para decirlo en boca de uno de ellos: *“o se produce una revolución en esta revolución, o la perderemos; pero el pueblo ya aprendió el camino”* (E.1).

f) No queda duda alguna, en la casi totalidad de los entrevistados, del entusiasmo, la motivación, el compromiso, la vocación de servicio, la politización, que -manifiestan de las maneras más diversas- se ha producido en ellos. Alienta y entusiasma encontrar en los más apartados rincones del país -pues nos ha correspondido visitar en el período estudiado la casi totalidad del territorio nacional conociendo experiencias de participación en salud- la activa participación social y política de personas que jamás se habían interesado por los asuntos públicos, por la política, por los problemas comunitarios o colectivos. Se trata, en efecto, de una constatación sobre la manera como en este período histórico que se abrió a finales del siglo XX, la población ha sido impactada social y políticamente en términos de su participación. También en los sectores medios, aunque en oposición al gobierno -aunque no haya sido el centro del presente estudio- se ha producido una participación y movilización sin precedentes. Todo ello habla de una nueva situación cuyo desenlace está en proceso, pero sin duda muy positivo en términos de Participación Ciudadana.

7.- ¿Cuál participación? ¿Cuál protagonismo? .

Los sinsabores de la Participación Ciudadana en Salud en la nueva Democracia

Sin negar los logros y avances de la participación de la población en el período que se inicia a partir de 1999, enunciado como Democracia Participativa y Protagónica, no son pocas las limitaciones y contradicciones del desarrollo de la Participación Ciudadana en Salud que se han presentado, como queda demostrado en las entrevistas realizadas, en la revisión documental y en numerosas evidencias que en estos cuatro años (2000-2004) mantienen en interrogante el proceso de cambios que una y otra vez se anuncian.

Si tomamos como referencia los **requisitos para la participación** que señalamos en el presente estudio, podríamos tener un balance a grandes rasgos de lo que viene aconteciendo. Tales requisitos son:

- **marco jurídico** que le proporcione soporte,
- **espacios institucionales** que sean creados,
- conformación de **organismos** que le sirvan de estructura,
- **formación-capacitación** de sus miembros,
- **voluntad política** de los gobernantes y
- **autonomía** del movimiento popular.

Correríamos el riesgo, si no se van alcanzando tales requisitos, de hacer de la participación ciudadana, aún en manos de gobiernos que se denominan progresistas, un discurso retórico y con frecuencia manipulador.

En cuanto al **marco jurídico**, luego de aprobada la Constitución en 1999, no ha sido posible aprobar ni la Ley de Salud, ni la de Participación Ciudadana;

ni siquiera un decreto, norma o resolución ministerial sobre la participación comunitaria o ciudadana en el área de la salud. Tampoco se ha producido un debate público sobre estos proyectos de Ley que están en manos de la Asamblea Nacional, con el agravante de que cada nuevo Ministro(a) de Salud, de los cuatro que ya han sido designados, rechaza el proyecto elaborado por su predecesor. Desde el movimiento comunitario se han presentado numerosas propuestas ante el despacho ministerial y hasta el momento no ha habido respuesta alguna (**ver anexo 17**).

Tampoco han sido creados los **espacios institucionales** que le den soporte a la Participación Ciudadana. Si acaso los Consejos Locales de Planificación Pública han permitido alguna posibilidad de plantear los temas de salud de las comunidades, pero la insatisfacción existente con estos consejos es tal que no logran mayor credibilidad y nada tienen que ver con espacios de construcción de poder ciudadano.

Tampoco han sido creados **organismos institucionales** en los niveles municipal, estatal o nacional. La toma de decisiones sigue produciéndose autocráticamente desde el nivel central del Ministerio de Salud y para nada se toma en cuenta la participación de la comunidad.

En cuanto a un **programa de educación y/o formación-capacitación** de líderes comunitarios en salud, existen muy modestas iniciativas desde el nivel gubernamental central, sin continuidad, o con limitados intentos desde los espacios comunitarios, sin mayor impacto, sin evaluación conocida y sin que se avizore cambio alguno en este sentido.

En cuanto a la **voluntad política** de los gobernantes: no ha ido más allá de discursos y proclamas, pero no hay experiencias que muestren la participación real de la comunidad en la toma de decisiones, en la formación de las políticas públicas y en la supervisión, control o evaluación de la gestión de salud, a ningún nivel. Como se señala en la investigación, se han producido numerosos intentos, se han generado -por iniciativa comunitaria y en algunos casos por

disposición oficial- algunas comisiones, propuestas de crear organismos, o cualquier otro tipo de planteamientos, sin que logren mantenerse en el tiempo, sin que tengan un marco jurídico que las soporte, sin que logren expresarse en instrumentos de control comunitario de la gestión pública en el sector salud

Finalmente, en relación a la **autonomía del movimiento comunitario**, a su grado de auto-organización social y política, no es fácil tener una apreciación objetiva por la insuficiente -o inexistente en algunos casos- información confiable. De lo que pudo conocerse a través del trabajo de campo adelantado en la presente investigación, hay elementos para pensar que **ésta es una de las fortalezas de la Participación Ciudadana en salud en la actual coyuntura política**. No se trata en su gran mayoría de iniciativas promovidas desde el aparato gubernamental, pues no se aprecia la voluntad política real de los gobernantes, a los distintos niveles, de darles apoyo, de acoger sus propuestas, de poner en práctica los planteamientos que provienen del movimiento popular. Si bien el riesgo de la cooptación, la manipulación y el control partidista está presente en las comunidades, nunca como ahora había ocurrido un proceso tan intenso, extenso y numeroso en lo que a organización del movimiento comunitario se refiere. En todo caso, la opinión que recogimos en las entrevistas era unánime en afirmar que, por decirlo en boca de uno de los entrevistados, *“los requisitos para la participación no vienen solos, nunca están dados, ni los otorga gobernante alguno por vía de gracia; son conquistas del movimiento popular en su lucha por construir ciudadanía”*. (E-9).

8.- La especificidad histórica y cultural de los conceptos de referencia: Estado, Democracia, Sociedad Civil, Ciudadanía, Salud.....

Un asunto que merece ser destacado en la revisión teórica efectuada es el que se refiere a la necesidad de repensar las categorías, nociones y conceptos que utilizamos como instrumental para el análisis en el presente estudio.

Parte de los problemas que hoy tenemos para la comprensión de nuestra realidad tiene que ver con el uso acrítico y ahistórico de conceptos y categorías que extraídos de otras latitudes bien corresponden a esa realidad histórica y cultural, pero poco tienen que ver con nuestra coyuntura y contexto. En la presente investigación se puso de manifiesto tal necesidad cuando, en el marco teórico, nos fuimos apropiando de categorías que aunque finalmente las adoptamos, estamos obligados a revisarlas y profundizar la pertinencia de su utilización. Es tarea pendiente

Por ejemplo, la conformación del Estado y del Estado-nación en Europa tiene poco que ver con lo acontecido en Latinoamérica, al extremo que diversos autores plantean si podemos hablar con propiedad de Estados en nuestros países, o incluso si podemos utilizar el concepto de ciudadano de la misma manera que se puede aplicar en los países nórdicos o en el continente asiático. Esta discusión lleva a Sonia Fleury (1997) a plantear que los nuestros son Estados sin ciudadanos. El concepto de Sociedad Civil en nuestro medio sirve para que un sector social (blancos, de medianos o altos ingresos, con rasgos racistas) se autodenomine sociedad civil, lo cual tiene poco que ver con la sociedad civil de cualquier país del Norte. Aún así, estas categorías se utilizan indistintamente para analizar y calificar la situación social y los fenómenos explicativos de nuestros países.

En el capítulo donde efectuamos la revisión teórica mostramos - basándonos en los aportes de Vethencourt (1997) y Fleury (1997) cómo por ejemplo las nociones de familia, Estado o ciudadanía, deben ser repensados para la comprensión y análisis de nuestra realidad. Claro está, esto nos remite a

diversos asuntos como la relatividad cultural, la universalidad en el uso de las categorías, la validación de términos de acuerdo a la lengua y la cultura, etc. No es nuestra intención asumir acá esa discusión. Simplemente, decíamos, no podemos dejar de señalarla y queda como una de las tantas tareas pendientes. No cabe duda de su importancia, es necesario incorporarla como parte de las líneas de investigación que se desprenden de nuestro modesto aporte para este campo del conocimiento.

9- Los grandes retos de la Ciudadanía Plena para el siglo XXI

Múltiples son los asuntos de carácter teórico que el desarrollo de la investigación fue poniendo sobre la mesa. El comienzo del nuevo milenio nos asalta con infinitos interrogantes sobre los temas en discusión, en especial, en el tema que nos ocupa, el de la Participación Ciudadana en Salud, de la salud entendida como calidad de vida, como bienestar, como derecho humano fundamental y como bien público. Son tareas no sólo de orden teórico. Están vinculadas al quehacer del ciudadano necesario, de lo que insistentemente hemos denominado la ciudadanía plena. Se trata -entre otros asuntos- de la necesidad, frente a quienes se asumen como antipolíticos, de la **resignificación de la política**, de su rescate y manejo para el uso colectivo, de la democratización de la política, de la politización de la sociedad, de la apropiación del espacio de lo público por la sociedad en su conjunto.

Asimismo, planteamos la **resignificación de la democracia**, de rescatarla del “pantano engañoso de las bocas”, usando palabras del poeta T. de Mello (2003) de hacer de la democracia no un método, ni un medio, sino una manera de vivir, un espacio de convivencia y de tolerancia, donde la ciudadanía sea capaz de apropiarse del poder político. Que reivindique un nuevo concepto de libertad, aquel que asume que *“la libertad individual sólo puede ser producto del trabajo colectivo (sólo puede ser conseguida y garantizada colectivamente)”* (Bauman, 2002:15). Se trata del **rescate de lo público**, de apropiarse colectivamente de lo

que nos pertenece a todos y ha sido apropiado privadamente por unos pocos para su enriquecimiento personal. Se trata del **fortalecimiento de la función pública del Estado y de su desburocratización...**, de construir otro Estado, uno que esté, en verdad, al servicio de todos; de conquistar un Estado post-burocrático, que no esté al servicio de políticos y empresarios, sino al servicio del ciudadano, de una ciudadanía que se erige en contralora, por reconocerse y entonces saberse dueña del Estado. Que permita la **autonomía de la participación ciudadana** respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos. Ese es el tamaño del reto, son apenas algunos puntos de la agenda que se abre para este nuevo milenio desde la construcción de la ciudadanía necesaria y posible.

10. Y ahora, ¿Hacia dónde vamos?:

¿De la representatividad a la participación protagónica?

Como vimos en el desarrollo de la presente investigación, el panorama actual no luce transparente, y en consecuencia, el futuro próximo y mediano no se muestra claro. El balance global, de acuerdo al marco teórico trabajado y al trabajo de campo realizado, muestra a grandes rasgos una abundancia de discursos, generalmente con mucha retórica, acompañados con un marco constitucional que efectivamente es un importante logro social y político, pero con resultados limitados y contradictorios al menos hasta el presente.

Un intenso debate viene desarrollándose en Venezuela sobre la interpretación de los cambios sociales que se están produciendo. De una parte, quienes sostienen que estamos en presencia de un nuevo Estado (“social de derecho y de justicia”), de nuevas formas de organización económica (hacia una sociedad post-capitalista), de la construcción de una nueva institucionalidad y de una política social no neo-liberal expresada en las Misiones: Robinson, Ribas, Sucre, Barrio Adentro, Mercal, Vuelvan Caras..... (Rodríguez, 2004; Escarrá, 2004). De otra parte, se lanzan las más duras críticas por parte de la oposición

política, que incluye sectores que se siguen considerando de izquierda, en un ambiente caracterizado por la confrontación y la radicalización de las posiciones, o por parte de centros académicos, tales como la Universidad Católica Andrés Bello o las Universidades Autónomas, que casi en bloque mantienen una posición anti-gubernamental. Aun de investigadores independientes surgen opiniones críticas; tal el caso de Maingon (2004:64) para quien

La política social actual mantiene y profundiza los patrones compensatorios y asistenciales presentes en las dos décadas anteriores. ... En la actualidad se está asistiendo a la construcción de una institucionalidad social paralela, de corte notoriamente cívico-militar, autoritaria y centralista. De allí las grandes dificultades que se presentan para dar cumplimiento a la Constitución, ya que la participación es entendida por los actuales ejecutores de la política social como un mecanismo de adhesión al actual gobierno.

Por su parte, Iranzo (2004), a partir de una investigación que abarcó 38 organizaciones de desarrollo sociocomunitario -donde incluye algunas organizaciones representativas de salud-, en una de las zonas de mayor tradición de participación comunitaria en el país, el estado Lara, concluye su texto diciendo:

Se aprecia una conciencia mayoritaria de la pérdida de credibilidad en las organizaciones por parte de la población, en vista de la polarización política, así como su apreciación acerca del incremento de la apatía y el desinterés de las comunidades hacia la participación, ante lo que han optado por asumir la neutralidad a ultranza o ser mediadores con gran esfuerzo. (135).

Sin pretender ejercicio alguno de futurología, basados en el análisis, producto en buena parte de nuestra investigación, nos atrevemos a señalar las líneas gruesas de las tendencias que ya se avizoran.

Compartimos con Lander (2004) que la nueva relación Estado-sociedad que se está gestando en el país marcha hacia dos posibilidades: o se fortalece y profundiza la democracia participativa y protagónica, o se impone un modelo centralista-burocrático, basado en el control vertical del poder. Claro está: son tendencias incompatibles.

De una parte, el modelo centralista-burocrático tiene su más claro exponente en el clientelismo, el prebendarismo, el patrimonialismo y la corrupción, grandes males de la Democracia Representativa, que no han desaparecido en el intento de implantar la nueva democracia. Por el contrario, han continuado avanzando en todos los momentos y a todos los niveles de la administración pública, lo cual fortalece la tendencia centralista-burocrática, a pesar de los discursos y los intentos para enfrentarlos. El acceso de las organizaciones populares y las comunidades a los recursos del Estado continúa sujeto a la incondicionalidad con los gobernantes y al oportunismo de los gestores e intermediarios, quienes, con el mismo estilo tradicional, los asignan discrecionalmente. La obtención de tales recursos por parte de los ciudadanos mantiene un carácter individual y pasivo, dependiendo más de un “buen contacto” que de las virtudes y justificación del proyecto presentado, con lo cual se favorece la corrupción y no se produce una redistribución de poder.

Se habla de una nueva institucionalidad, basada en las llamadas “Misiones”, que no logra consolidarse, mientras la “vieja” institucionalidad es cada vez más ineficaz e ineficiente. Sirva de ejemplo el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que ha perdido toda rectoría, y donde cada Gobernación o Alcaldía pregona su autonomía y su política de salud, traducéndose en una verdadera anarquía, cuyo producto es la indetenible crisis sanitario-asistencial que padece el país. Las decisiones de todo tipo parecieran estar cada vez más concentradas en el nivel central, en la más alta burocracia gubernamental, haciéndose inaccesibles al ciudadano común y a las organizaciones populares de base, a lo cual se añade la creciente presencia de militares en posiciones clave en todo el aparato gubernamental. Todo ello va acompañado de un control cada vez mayor del Estado sobre las organizaciones de la sociedad.

Del otro lado, el intento por fortalecer y profundizar la Democracia Participativa y Protagónica se expresa al interior del mismo gobierno y de numerosas organizaciones populares que lo apoyan, se aprecia el intento de un sin fin de grupos populares por fortalecer la más amplia diversidad de organismos sociales, productivos, culturales y de otros tipos, con carácter autónomo respecto

al Estado, en proceso de conformación de una red de tejido social con el propósito de controlar la gestión pública. Se han multiplicado en todo el país estos grupos con un sorprendente grado de politización sin precedentes, e intentan incidir en la formación de las políticas públicas y avanzar en la auto-organización social y política. Como queda evidenciado en la presente investigación, tal desarrollo está ocurriendo también en el área de la salud, a pesar de sus limitaciones. Pero debe reconocerse que tal esfuerzo aún luce débil y sin suficiente desarrollo.

Los acontecimientos están en pleno desarrollo, los actores despliegan sus fuerzas, hoy dominantes desde el campo de quienes defienden el “proceso revolucionario”, pero de igual manera se producen escaramuzas desde los sectores de la oposición política, que en medio de serias dificultades intentan, con poco éxito hasta ahora, presentar una propuesta alternativa, donde ha dominado la presencia de importantes sectores de la clase media que de manera activa han participado políticamente de una manera sin precedentes en la historia contemporánea de Venezuela.

Sin duda, la historia se está escribiendo hoy en un nuevo momento de la vida del país, con la participación activa de unos y otros. Esto en sí es un signo alentador: participación ciudadana, a favor o en contra, pero participación al fin, aún en medio de una fuerte radicalización de las posiciones de la mayoría de los venezolanos, que antes se limitaban a ejercer el derecho al voto cada cinco años, de manera pasiva, delegativa y sustitutiva, del poder indelegable, que solamente lo tiene el pueblo. El desenlace no luce fácil ni cercano.

CONCLUSIONES

- La combinación de una **revisión teórica** pertinente y la utilización de técnicas adecuadas a la conceptualización, con un trabajo de campo en el cual se recurre a la investigación participante y la entrevista a actores seleccionados (informantes clave) se mostró como una acertada opción de investigación cualitativa.
- La **revisión bibliográfica** sobre el tema fue exhaustiva (tanto la obtenida de Latinoamérica como la de Venezuela), pero evidencia sin embargo su escasez, sobre todo en nuestro país.
- La **base conceptual** permitió arribar a la precisión de un conjunto de nociones y conceptos como: Estado, política social, políticas públicas, relación público-privado, salud, participación, ciudadanía, aplicables al tema estudiado. Se logró la aproximación a un concepto de Participación Ciudadana y su aplicación al área de la salud, lo cual emergió como un aporte original en este campo del conocimiento con tan escaso desarrollo, y conforma una línea de investigación a impulsar.
- Evidenciamos las determinaciones y diferencias entre los conceptos de lo público, lo privado, lo estatal, sus interrelaciones y su importancia con respecto a las políticas públicas y la política social, y de salud en particular.
- Quedó planteada la necesidad de **repensar los conceptos** que se abordan en torno a este tema, profundizando en los aspectos culturales, sociológicos e históricos, en la especificidad de la Región Latinoamericana y aun en su aplicabilidad a otras regiones del mundo.
- Confirmamos que la **Participación Ciudadana en Venezuela**, en los términos en que fue definida, es un hecho reciente. No existe como tal hasta bien entrado el siglo XX, cuando se presenta como participación comunitaria, en tanto parte del desarrollo social y de la presencia de las compañías petroleras internacionales en

el país. Se desarrolla el concepto de **participación comunitaria** y se muestra su importancia. Sobre el particular se efectuó un deslinde entre ambos términos. Con el inicio del Período Democrático, en 1958, la Participación Ciudadana presenta sus esbozos, y luego se desarrolla a raíz de la crisis de legitimidad de la Democracia Representativa, a partir de los años ochenta del siglo pasado.

- Revelamos que la Participación Ciudadana en Venezuela está **asociada a la evolución de los Derechos Humanos**, primero los políticos desde la primera Constitución, en 1811, hasta el reconocimiento de los derechos sociales, a mediados del Siglo XX , consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), luego impulsados a partir del inicio del Período Democrático (1959).

- Mostramos cómo la **Participación Ciudadana** en Venezuela -a comienzos y mediados del siglo XX- se expresa como **complementaria** a la acción del Estado, en tanto participación comunitaria, luego -en el Período Democrático, a partir de 1958- **diferenciada o en conflicto** respecto al Estado, y a raíz de la Constitución de 1999 (CRBV), **como preeminente y superior al Estado**, rescatando la condición del pueblo como el soberano, a quien se rinden todos los poderes, y planteándose el control del Estado por la ciudadanía, subordinándolo a ella: la sociedad civil al rescate de lo público administrado por el Estado, en el marco de la renegociación Estado-sociedad .

- **Concluimos que la Constitución de 1999 catapultó la Participación Ciudadana en Salud** dándole un marco jurídico que amplía sus posibilidades, sin embargo al no producirse los cambios requeridos en el aparato gubernamental, y el régimen democrático, continúa padeciendo los mismos vicios de la vieja estructura: clientelismo, patrimonialismo, prebendarismo y corrupción; **surgen obstáculos, deficiencias , limitaciones y contradicciones, para la participación ciudadana** en general, también en el área de la salud, y **se avizoran tendencias**

autoritarias por un lado y democratizantes en el sentido opuesto, en pugna, actualmente en curso.

- Hemos confirmado la hipótesis: **la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) de 1999 crea las condiciones para el desarrollo de la participación ciudadana en salud, en la perspectiva de la nueva relación Estado-sociedad generada en el país.**

- Sin embargo, los resultados nos llevaron a ciertas precisiones:

- **La Participación Ciudadana en Salud** no nace con la CRBV, pues **ya venía gestándose** desde la década anterior y tiene sus orígenes en la participación comunitaria en salud desde mediados del siglo XX en Venezuela.

- **La nueva relación Estado-sociedad no es** una realidad lograda, sino **una posibilidad que se plantea con gran potencialidad** y que dependerá del desenlace de los conflictos y la actuación de las fuerzas sociales del proceso en curso en el país, e incluso en su contexto internacional, dado el carácter actual del proceso de globalización y la manera como éste supedita los escenarios nacionales a la coyuntura mundial.

- **La Participación Ciudadana en Salud** no se produce por el hecho de que se apruebe un texto legal, así se trate de la Constitución del país. **Es una construcción histórica y política que se expresa en la relación Estado-Sociedad.**

- **Mostramos como en casi todos los países de la Región Latinoamericana** existen experiencias de Participación Ciudadana en Salud. Debe destacarse que **la participación activa de la comunidad permite logros y beneficios, favorece las políticas de las instituciones y mejora la calidad de vida.** Se requiere para ello planificación, ejecución y control de y con la comunidad como actor protagónico.

- Demostramos la importancia de la **necesidad de formación de políticas públicas sociales** en un modelo democrático y social **que atienda tanto la eficacia social como la viabilidad política**, diferenciándose tanto del modelo populista como del neoliberal.

- La realidad analizada expresa que las experiencias de participación comunitaria o ciudadana que tienen viabilidad y permanencia en el tiempo (sostenibilidad) son aquellas que **preservan su autonomía respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos**.

- No basta con tareas centradas en la enfermedad (prevención, curación, rehabilitación). Queda expuesto que se requiere una **estrategia de promoción de salud y calidad de vida**, de manera integral, intersectorial, con logros en términos de auto-organización social y política de la población.

- **Demostramos la necesidad de que las figuras gubernamentales, institucionales, formales, de poder** (centrales, regionales o locales), **asuman un rol de facilitadores de los procesos de empoderamiento (empowerment) de la población**. No deben cooptar, manipular o subordinar las iniciativas del movimiento comunitario, como viene aconteciendo en la mayoría de los casos, a riesgo de aniquilarlas.

- Observamos cómo la previa existencia de diversidad, cantidad y pluralidad de organismos comunitarios favorece su viabilidad, desarrollo y permanencia. **Se trata de construir tejido social desde la base del movimiento comunitario**. La participación no se decreta, no es cuestión de una ley, al igual que la contraloría social comunitaria. La norma jurídica en todo caso ayuda, apoya, fortalece, pero no crea la participación.

- Concedimos enorme importancia a **los métodos** de enseñanza que se empleen. Los métodos tradicionales favorecen la dependencia y la subordinación, asfixian

la creatividad y la autonomía de las organizaciones comunitarias. Se deben **estimular métodos andragógicos, aprender-haciendo, educación para la liberación, investigación-acción participativa y militante, planificación participativa local, presupuesto participativo**. Tales son las enseñanzas de las experiencias exitosas.

- Consideramos la información como elemento clave: **sin información no hay participación**, sin participación no hay democracia.

- Dedujimos que la participación de la comunidad debe darse a todos los niveles y en todos los momentos del proceso de planificación y operativización de las políticas públicas sociales, pero debe privilegiarse la **participación en la toma de decisiones** en todas las instancias.

- Observamos que los elementos, características, y teorización de este proceso no se ha escrito en el país, y pareciera muy poco lo que se ha avanzado en Latinoamérica.

- Percibimos que la ciudadanía no es algo que viene dado, que se tiene, que se trae, que se hereda. **La ciudadanía se aprende, se enseña, es un proceso**. Requiere un enorme esfuerzo de corto, mediano y largo plazo, teórico y práctico, de enseñar con el ejemplo, de incorporarlo en todo el sistema educativo, que forme parte de la vida cotidiana de la gente. Sin ciudadanía no hay democracia. De la investigación emana una afirmación impostergable: **URGE UN PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA LA CIUDADANÍA**.

RECOMENDACIONES

- *Se requiere profundizar la investigación sobre nociones, conceptos y categorías* que constituyen las herramientas fundamentales para el análisis de la problemática considerada en este estudio: Estado, salud, participación comunitaria, participación ciudadana, democracia, lo público, lo privado, sus interrelaciones, etc.

- En particular, *es necesario profundizar sobre el concepto de Participación Ciudadana en Salud*, con muy poco desarrollo hasta el presente, apenas formulada una aproximación en esta investigación. Asimismo es imprescindible repensar las categorías que, construidas en y para otra realidad, son aplicadas acríticamente en nuestra Región Latinoamericana, sin tomar en cuenta suficientemente las especificidades del contexto histórico, social y cultural.

- *Una exigencia más* la constituye el hecho de promover y favorecer la investigación cualitativa, la investigación-acción-participativa, el desarrollo de investigación aplicada en el campo objeto de esta investigación. **Ciencia útil al servicio de la gente**, impulsada desde los centros académicos, tan encerrados en sus cuatro paredes, pero también desde los espacios institucionales gubernamentales, tan estériles para la creación de conocimientos.

--Destaca la *necesidad* de continuar **la investigación en el país y extenderla a Latinoamérica**, sobre los temas relevantes del estudio, la nueva relación Estado-sociedad, lo público y lo privado, la construcción de ciudadanía, **en el campo de la salud**. Estudios que den cuenta de las tendencias que se mueven a nivel nacional y en el conjunto de la Región.

- No debe limitarse la investigación a tarea de académicos, para su regodeo intelectual, *se impone* un gran esfuerzo de **democratización del saber**, de

promover el encuentro de saberes, entre el saber científico y el saber popular. Una vasta experiencia, toda la Historia de la humanidad realmente, muestra el potencial y la riqueza que encierra la sabiduría de la gente común y su poder transformador. Es tarea urgente promover uno o varios tipos de capacitación para grupos comunitarios que les lleve a **sistematizar sus experiencias y conocer-transformar su realidad**, asumiendo los técnicos y científicos el rol de facilitadores de procesos de aprendizaje.

- **Sin formación-capacitación la participación es manipulación.** La participación ciudadana **requiere** el manejo de técnicas y el uso de herramientas que se aprenden: aprender conocimientos, aprender a hacer, y aprender a ser, que comprende ***cambio de actitudes y adquisición de valores que produzca la formación de sujetos epistémico-amorosos, seres senti-pensantes portadores de sueños realizables. Es ésa la magnitud del reto.***

- **Sin información no hay participación ciudadana.** Sin participación no hay democracia. Libros abiertos, rendición pública de cuentas, hacer efectivo el derecho humano y constitucional a la información. ***Es un pre-requisito*** para todo intento de **promover** la participación y permitir la participación informada, basada en la tolerancia y animada por el logro del bien común.

- **Educación para la construcción de ciudadanía.** Una gigantesca y **obligatoria tarea** de dimensiones nacionales, de corto, mediano y largo plazo, es sin duda la EDUCACIÓN PARA LA CIUDADANÍA, incorporada en el sistema educativo, en la educación formal e informal. Una educación para la libertad y el pensamiento crítico: en palabras de E. Morin: ***necesitamos gente no con la cabeza repleta, sino con la cabeza bien puesta, que se atrevan a pensar con cabeza propia, y agregamos nosotros: así nos cueste nuestra propia cabeza.***

- **Se requiere una nueva concepción del proceso enseñanza-aprendizaje.** Si se quiere ser coherente con el discurso, se requieren nuevos espacios de aprendizaje

(el barrio, la fábrica, la calle,..), nuevos métodos de enseñanza y de evaluación basados en métodos andragógicos, centrados en el estudiante y no en el docente; transformar el docente en un facilitador, modificar radicalmente la evaluación del aprendizaje, ya no centrado en la enseñanza...., nuevos contenidos programáticos que no salgan de la gris teoría, que vayan de la teoría a la práctica, que comiencen y terminen con la vida misma.....

- Y aunque luce pretencioso, no puede terminar este decálogo sin una propuesta que plantee las ***tareas de la Participación Ciudadana en Salud en la Venezuela de hoy.***

Extraídas de la sistematización que hemos intentado en el presente estudio, nos permitimos plantear que las ***tareas prioritarias*** de la Participación Ciudadana en Salud en el momento que vive nuestro país son:

- ***Impulsar*** la ampliación del espacio de lo público, sometido a un proceso inclemente de expropiación. Todo lo estatal es público, aunque no todo lo público sea estatal.
- ***Redificar*** la sociedad: multiplicar las redes sociales en todos los ámbitos posibles de la sociedad, construir tejido social, sin lo cual no es posible edificar República alguna.
- ***Fortalecer*** el Estado: promover su desburocratización, construir un Estado post-burocrático, fortalecer las instituciones públicas pero bajo control ciudadano; el Estado subordinado a la sociedad. Como pregona la consigna zapatista: “*Aquí manda el pueblo, y el gobierno obedece*”.
- ***Promover*** una nueva ética del funcionario público. Lo público debe y puede funcionar mejor que lo privado, pero requiere una transformación cultural. Un cambio de valores, de actitudes.
- ***Rescatar*** lo público, desprivatizar lo público apropiado por mercaderes de la política y de los negocios, promover su “publicización”.
- ***Impulsar*** el control comunitario de la Gestión Pública en salud.
- ***Impulsar*** un proceso masivo de educación para la construcción de ciudadanía.

- **Democratizar la democracia.** Sólo construyendo la real democracia participativa y sobre todo protagónica salvaremos la democracia, hoy gravemente enferma de retórica.
- **Democratizar la política,** convertirla en herramienta de todo ciudadano para su diario quehacer.
- **Democratizar el poder y el saber.** Lo político no está en la política. El poder está en todos los planos y niveles de la sociedad, y de la vida de la gente.
- **Construir nuevas formas de organización:** hacia la autoorganización social y política de la ciudadanía.
- **Reivindicar y promover** la *autonomía del movimiento popular* respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos.
- **Promover una cultura de paz, de democracia real, practicada en la vida cotidiana, y basada en el trabajo, la ética social, el propósito del bien común y la tolerancia.**

LUCE COMO UNA DOCTRINA DEL AMOR.....EN EFECTO, DE ESO SE TRATA, CONVENCIDOS COMO ESTAMOS DE QUE ES ESA, ASÍ DE SUBJETIVA, QUIZÁS POCO CIENTÍFICA, LA FUERZA MAS PODEROSA QUE MUEVE EL MUNDO, ES LA VIDA MISMA.....

PALABRAS FINALES

Y bien, hemos llegado a puerto, no por ello seguros, estancados. El mar está encrespado, hay aires y presencia de tormentas, en estos tiempos sombríos, diría Brecht, pero recurriendo a nuestro Msr. Casaldáliga, sacerdote brasileño, profeta de la bienaventuranza, de la esperanza y la liberación, decimos: ***“Estamos en invierno, pero huele a primavera”***. Nunca como ahora se levantó tanto entusiasmo, desde los más diversos rincones del país, pero también del Continente.....sí, del Continente Americano, postergado, sometido, excluido, como mostramos: el más desigual del planeta..... centenares, miles, ya se cuentan por millones, sobreponiéndose al hambre y la miseria del cuerpo y de las cadenas del espíritu, desde lo más profundo se oyen sus gemidos, sus voces, se levantan sus puños.....

La democracia venezolana vive uno de sus momentos más difíciles, a la vez que mas preñado de esperanzas y posibilidades. La Participación Ciudadana está en el corazón de ese potencial. No hay posiciones neutrales posibles. No participar es una manera conservadora de participar. De darle la razón a quien tiene el poder: a quienes detentaron el poder y abusaron de él, hasta hacernos creer que habíamos llegado al fin de la historia y que ya no había más futuro que el infierno del mercado y la angustia pre-fabricada, o a quienes en nombre de nuevos paraísos ofrecen futuros inciertos, confusos, contradictorios. Unos y otros no son mas o menos culpables que quienes permitamos que la historia se siga escribiendo y haciendo desde arriba. Sólo la Participación Ciudadana, es decir, de todos y cada uno de nosotros, en Salud, que es decir en la lucha por una vida digna y plena, que valga la pena vivirla, somos igualmente responsables de lo que pueda acontecer.

Estas líneas son apenas unas notas con rasgos autobiográficos, con esfuerzos de sistematización de una experiencia, en diálogo abierto con los protagonistas de la historia verdadera, de esta y de todas: el pueblo; alguna reflexión esperanzada que intenta colocarse a la altura de nuestro tiempo, con

absoluta humildad, consciente de sus limitaciones y deficiencias. Pero absolutamente convencido de que no estamos solos, que el proceso está de nuevo en marcha, que la historia no llegó a su fin.....ni llegará, que si hay futuro, y nos pertenece a todos, sin exclusiones.

Bibliografía

Abrantes, R. (1999). *Participación Social en salud: un estudio de caso en Brasil*. Salud Pública de México, 41(6), nov-dic.

Abrasco (1994). *Incentivo a participação popular e controle social em Saúde: relatório final*. Brasília: Abrasco (Asociación Brasileña de Salud Colectiva).

Acedo Mendoza, C. (1967). *El desarrollo de la comunidad en Venezuela*. Caracas: IVAC.

Agüero Gorrín, E. (1992). *Aspectos Jurídicos y Sociales de la Salud Pública en Venezuela. Privatización de los Servicios Médicos*. Mimeo. Caracas.

Aguilar, M. (2001). *La participación comunitaria en salud ¿mito o realidad?*. Madrid: Díaz de Santos.

Almeida, N. y Silva, J. (1999). *La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico-Sociales, 75, 21-28.

Álvarez, A. (1992). *Análisis de políticas públicas*. Cuadernos del CLAD. Serie: Temas de Coyuntura en Gestión Pública. Caracas: CLAD.

Álvarez de Bozo, M. y Morales, E. (1993). *Participación de la Comunidad en la Prestación de los Servicios Públicos. Caso Municipio Maracaibo*. Cuestiones Políticas, 9. Órgano divulgativo del CIEPA. FCJP, LUZ. Maracaibo, Venezuela.

Álvarez, R. (2004). *Una interpretación de la Misión Barrio Adentro*. Maracay: IAES.

Ander-Egg, E. (1963). *Ayuda Mutua*. Buenos Aires: CEI.

_____ (1991). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.

_____ (1992). *Reflexiones en torno a los métodos del trabajo social*. México: El Ateneo.

APEAC (2001). *Las Constituciones de Venezuela 1811-1999*. (Página web en línea). Disponible en: <http://www.fakemink.home.att.net/index.html>

Arendt, H. (1993). *La Condición Humana*. Barcelona: Paidós.

Arias, F. (2004). *El proyecto de investigación*. 4ª.ed. Caracas: Episteme.

Arteaga, Y. (2000). *Aprendiendo a construir el poder local*. Rev. SIC, 624, 172-175.

Atlan, H. (1981). *Entre le cristal et la fumée*. París: Seuil.

Badell & Grau (2001). *Modificaciones Constitucionales en Venezuela*. (Página web en línea). Disponible en : <http://www.badellgrau.com/index.html>

Balibar, E. (1974). *Cinq études du matérialisme historique*. París: Maspero.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1998). *Libro de consulta sobre participación* (Libro en línea). Consultado el 14 de agosto de 2004 en: <http://www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa>.

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington: World Bank.

Barrantes, C. (2003). *Organizaciones civiles de desarrollo social y representaciones sociales en la Venezuela bolivariana*. Cuadernos del CENDES, 20 (52), 145-170.

Barrio Adentro (2004). *Misión Barrio Adentro*. En: Coordinación Nacional de Atención Primaria. Caracas: MSDS.

Barrio Adentro II y III (2005). *Misión Barrio Adentro II y III*. (Página web en línea). Disponible en www.msds.gov.ve

Bauman, Z. (2002). *En busca de la política*. México: FCE.

Becerra, M. y otros (2002). *Descentralización y participación ciudadana en salud. Un caso de estudio*. Revista Ciencias de Gobierno, 6 (12), 51-62.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1984). *Las políticas de salud y bienestar social en Argentina: un intento de interpretación global*. Estudios sociológicos, 2. (5 y 6). El Colegio de México.

Blanco Muñoz, A. (1981). *Metodología e Investigación Social*. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales-UCV.

Bobbio, N. (1984). *El futuro de la democracia*. Barcelona: Plaza y Janes.

_____ (1994). *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica.

Bosch García, C. (1972). *La Técnica de la Investigación Documental*. Caracas: FACES-UCV.

Breihl, J. y Granda, E. (1986). *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. México: Fontamara.

Bresser, L. y Cunill, N. (editores) (1999). *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. Buenos Aires: Paidós.

Briceño León, R. (1998). *El contexto político de la participación comunitaria en América Latina*. Cad. Saúde Pública, 14, Supl. 2.

_____ (1993). *Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria*. Rev. Fermentum. 3, (8). Mérida, Venezuela.

Buchanan, J. y Fuentes, E. (1979). *El sector público en las economías de mercado. Ensayos sobre el intervencionismo*. 1ª ed. Madrid: Espasa-Calpe.

Cárdenas, M. E. (1997). *La Reforma de la Seguridad Social colombiana: entre la competencia y la solidaridad*. En: J. Ensignia y R. Díaz. *La seguridad social en América Latina: ¿Reforma o liquidación?*, Nueva Sociedad, Caracas, 169-218.

Carquez, F. y León, J. (1995). *La Crisis Sanitario-asistencial Venezolana. Los proyectos privatizadores y las políticas del Estado*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.

Casas, Juan A. (1999). *Gobernabilidad, Salud y Reforma*. Mimeo. Washington: OPS.

Castellanos, P. L. (1990). *Sobre el concepto de salud-enfermedad*. Boletín Epidemiológico, 10 (4). OPS.

_____ (2004). *Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el Estado democrático contemporáneo en América Latina* (Borrador preliminar). Mimeo. Santo Domingo, República Dominicana.

Castoriadis, C. (1978). *Science Moderne et interrogation Philosophique*. En: Les carrefours de labeynth. París : Seuil.

Castro, R. (2000). *Ecología Humana y Salud (Seminario-Taller)*. Mimeo. y grabación de clase. Área de Postgrado, Universidad de Carabobo. Valencia.

Cendes (2001). *Liberalismo Económico y Privatizaciones*. Cuadernos de Actualidad Internacional, N° 2. Caracas: Trilce.

Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (1989). *Privatización: evaluaciones teóricas recientes*, 6 (2). Dic. Caracas.

Cohn , A. (1999). *Reforma de los sistemas de salud y sus problemas*. En: Bronfman, M. y R. Castro (coord.). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX.

Combellas, R. (1999). *Poder Constituyente*. Caracas: Alto Libro.

Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) (1989). *Una Política Social para la afirmación de la democracia*. Vol. 8. Caracas: Arte.

Congreso por la Salud y la Vida (2003) (Página web en línea) Disponible en: <http://tripod.com.ve>

CONSALUD (2001). *CONSALUD Participación Comunitaria*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo-MSDS.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), Gaceta Oficial No. 5.453, 24 de marzo de 2000.

Constituciones de Venezuela (2003). *Historia Multimedia de las Constituciones de Venezuela de 1811 a 1999. Constituciones de Venezuela y Países Bolivarianos*. CD- ROM. Caracas.

Contraloría Comunitaria en Salud (2004). *Temas para el debate*. Maracay: IAES.

Cortina, A. (1998). *La reconstrucción y la valoración de lo público. El fortalecimiento del Estado y los problemas de la ética ciudadana*. En: Venezuela: desafíos y propuestas. Editado por SIC (Centro Gumilla), UCAB. Caracas: Texto.

Cunill, N. (1991). *Participación Ciudadana: dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados Latinoamericanos*. Caracas: CLAD.

_____ (1996). *La rearticulación de las relaciones Estado-Sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos*. En: Rev. Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, 2 (4), 79-106.

_____ (1997). *Repensando lo Público a través de la Sociedad*. CLAD. Caracas: Nueva Sociedad.

Curcio, P. (1999). *La salud ¿Espacio público o privado?*. Mimeo. Caracas.

Chomsky, N. (1992). *La democracia en un mundo cambiante*. Nueva Sociedad, 119, 121-128.

Dahl, R. (1988). *Un prefacio a la teoría democrática*. Caracas: UCV.

Decreto Presidencial No. 2.534. Gaceta Oficial N° 36.469, 1998. Caracas: Imprenta Nacional.

Defensoría del Pueblo (2003). (Página web en línea). Disponible en: www.defensoria.gov.ve

D'Elia, Y. (2002). *Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida* (Documento de Trabajo). Caracas: GTZ-MSDS.

Delgado, A, y Gómez, L. (2001). *Concepciones de la ciudadanía social en las constituciones venezolanas de 1947, 1961 y 1999*. Cuadernos del CENDES, 46, 73-100.

DESCO (2002). *Universidad-Comunidad: un encuentro necesario*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.

De Sousa Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.

De Viana, M. (1998). *La Gobernabilidad democrática, la construcción y valoración de lo público, el papel del Estado y la dimensión ética de la integración social*. En: Venezuela: desafíos y propuestas. Editado por SIC (Centro Gumilla), UCAB. Caracas: Texto.

Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas (DCSP). (1989). Di Tella, Torcuato (editor). Buenos Aires: Puntosur.

Diccionario de la Real Academia Española (DRAE). XXII Edición (2004). (Página web en línea). Disponible en: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>

Dieterich, H. (2003). *Democracia Participativa y Liberación Nacional*. Buenos Aires: Nuestra América.

Donahue, J. (1991). *La decisión de privatizar. Fines públicos, medios privados*. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós.

Dos Santos, N. (2000). *A prática do controle social através dos conselhos de saúde. Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. No. 22, pp. 71-91, dezembro.

Doval, H. (2004). *El nacimiento del concepto de salud como un derecho*. Rev. Argentina de Cardiología, 72 (4): 324-327.

Eibenschutz, C. (1991). *Estado y política sanitaria*. En: S. Fleury (Org.) Estado y Políticas Sociales en América Latina. México: UAM-Xochimilco.

Escarrá, C. (2004). *Las transformaciones constitucionales y los principios de las políticas públicas*. En: Seminario Nacional: Política Social ¿Un Nuevo Paradigma?. (Página web en línea). Disponible en: <http://www.gerenciasocial.org.ve>

Escobar, D. (2001). *La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud*. (Documento en línea). Disponible en: <http://www.ciudadania.uchile.cl/docs>

España, L. P. (1990). *La Privatización del Estado: entre el Pragmatismo y la Ideología*. En: Revista SIC, N° 528. Sept-Oct. Caracas.

Eyles, J. (1979). *Privatizing the Health and Welfare State. The Western European Experience. Health Services Privatization in Industrial Societies*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Fals Borda, O. (1986). *Reflexiones sobre democracia y participación*. Revista Mexicana de Sociología, 48 (3), 7-14.

Farfán, G. (1988). *Capital, trabajo y Estado de Bienestar en el capitalismo avanzado*. En : Gutiérrez, Estela (Coord). Testimonios de la crisis. 2. La Crisis del Estado de Bienestar. México: Siglo XXI.

Fein, M. (2004). *Experiencias de gestión en salud: el caso de Rosario (Argentina)*. VI Jornadas Científicas “Arnoldo Gabaldón”. Video. Maracay, Venezuela.

Feo, O. (2003). *Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana*. Maracay: Universidad de Carabobo.

Fermín, J. (2004). *La participación ciudadana y la contraloría social*. Mimeo. Caracas: FECS.

Fernández, E. (2004). *La experiencia en salud de Montevideo (Uruguay)*. Mimeo. Presentada en el I Congreso Bolivariano de Participación Comunitaria en Salud. Córdoba, Argentina.

Fleury, S. (1987). *Estado Capitalista y Política Social*. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, Colombia.

_____ (Org.) (1990). *La Reforma Sanitaria*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

_____ (1991). *Repensando las políticas de salud en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales, 55. Centro de Estudios sanitarios y sociales. Asociación Médica de Rosario (CESS). República de Argentina, marzo.

_____ (1994). *Estado capitalista y política social*. Medellín. ALAMES. Funsalud, Economía y salud, México.

_____ (1997). *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar.

Francisco, J. (2003). *Origen y evolución de la salud pública en Venezuela*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS.

Gallo, E. (1990). *Hegemonía, bloque histórico y movimiento sanitario*. En: S. Fleury (Org.) *La Reforma Sanitaria en busca de una teoría*, 113-150. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

García, J. C. (1981). *La medicina estatal en América Latina*, Revista Latinoamericana de la Salud, 1, 73-104.

García, S. (1999). *Ciudadanía: Justicia Social, identidad y participación*. Madrid: Siglo XXI.

García-Guadilla, M. (1997). *La red de organizaciones sociales liberales y la democracia en Venezuela: potencialidades y limitaciones*. Cuadernos del CENDES, 14 (35), 55-58.

_____ (1999). *De los movimientos sociales a las redes organizacionales liberales en Venezuela: estrategia, valores e identidades*. Rev. Politeia, 23, 7-27.

Geigel, N. (1993). *Urbanismo, Poder Público y Participación Ciudadana*. Caracas: UCV-Fundación Polar.

Giddens, A. (2002) *La Tercera Vía*. Madrid: Taurus.

Gil, E. *La Ciudadanía regresa al primer plano*. Diario El País. España. 25-9-1999, p.6.

Gobernación del Distrito Federal (GDF). Decreto No. 080 y 081. Gaceta Oficial de la República de Venezuela No. 36.252. Lunes, 21 de julio de 1997.

González Casanova, P. (1986). *Cuando hablamos de democracia: ¿de qué hablamos?.* Sociología, 48 (3), 3-16.

Goode, W. J. y Katt, P. H. (1976). *Métodos de Investigación Social*. México: Trillas.

Granda, E. (1999). *Salud Pública e identidad*. En: Boletín Ecuatoriano de Salud Pública. 4: 80-90.

Gruson, A. (1997). *El polo asociativo y la Sociedad Civil*. Caracas: CISOR-SOCSAL.

Hanke, S. (1988). *Privatization and Development*. San Francisco: International Center of Economic Growth-ICS Press.

Harnecker, M. (1999). *Haciendo posible lo imposible. La izquierda en el umbral del siglo XXI*. México: Siglo XXI.

_____ (2003). *Democracia y participación popular*. Ponencia presentada en el Encuentro Mundial de Solidaridad con la Revolución Bolivariana. Mimeo. Caracas

Heller, A. (1982). *El Socialismo como radicalización de la democracia*. Rev. Socialismo y Participación, 20, 32-45.

Ibáñez, A. (1991). *Agnes Heller: la satisfacción de las necesidades radicales*. Costa Rica: Alforja.

IDRC (2005). Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (**IDRC/CRDI**). *Taller sobre políticas públicas de participación ciudadana en salud en el Cono Sur*. (Documento en línea). Disponible en: http://web.idrc.ca/es/ev-61590-201-1-DO_TOPIC.html

IESA (1999). *Gobernabilidad y democracia: participación comunitaria y cambio social*. Tomo II: La Salud en Venezuela. Caracas: IESA.

Iranzo, M. (1997). *Las ONGs y la política social: una reflexión inaplazable*. Revista Memoria Política, No. 5, Universidad de Carabobo, Valencia.

_____ (2004). *Las organizaciones de desarrollo sociocomunitario del estado Lara en la actual coyuntura política*. Cuestiones Locales, 3:135-155.

Jaua, M. (2004). *Participación ciudadana y control de la gestión pública*. En: Contraloría Comunitaria en salud, 29-37. Maracay: IAES.

Jiménez M., F. (1988). *Teoría de la práctica de la privatización y su balance en el subsector público de la salud*. Tec. hosp.: 36 (3/4). 5-10, sept-dic.

Klisberg, B. (2001). *El Capital Social*. Caracas: Universidad Metropolitana-Panapo.

Kymlicka, W. (1997). *El retorno del ciudadano. Una revisión reciente en teoría de la ciudadanía*. *Agora*, 7, 5-42.

Lain Entralgo, P. (1982). *El Diagnóstico Médico – Historia y Teoría*. Barcelona: Salvat.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health.

Lander, E. (1996). *La democracia en las ciencias sociales latinoamericanas contemporáneas*. Caracas: UCV.

_____ (2002). *Sociedad Civil ¿un espacio democrático de los movimientos sociales y del movimiento popular?*. Caracas: GTZ.

Latinobarómetro (2004). *Informe-resumen Latinobarómetro 2004. Una década de mediciones*. (Página web en línea). Disponible en: www.latinobarometro.org

Laurell, A. C. (1982). *La salud-enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales, 19, 8-16.

_____ (1991). *La Política Social en la crisis: una alternativa para el sector salud*. Documentos de Trabajo. México: Fundación Friedrich Ebert.

_____ (coord.) (1994). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector Salud*. México: Fundación F. Ebert-UAM.

_____ (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: ERA.

_____ (2002). *Salud en la ciudad de México*. Presentación en Power Point. Conferencia en el Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos (CELARG). Caracas.

Lechner, N. (corrd.) (1987). *Cultura política y democratización*. Santiago de Chile: CLACSO-FLACSO.

Lenin, V. I. (1971). *El Estado y la revolución*. Obras escogidas. Moscú: Progreso.

León U., J. (2001). *Consalud - Participación Comunitaria*. Valencia (Venezuela): Fotolito Paredes.

_____ *Atención Primaria en Salud y Participación Comunitaria*. Cuadernos para el debate N.2. DESCO: Universidad de Carabobo.

_____ (Co-autor-Equipo Proceso Político) (1978). *CAP Un Juicio Crítico*.

Caracas: Ateneo de Caracas.

Lisk, F. A. (1981). *Popular participation in Basic-need orientated development planning*. Labour and Society, 6, 3-14.

López Arellano, O. (1991). *¿Desmantelamiento o modernización de la política social?* En: Estado y políticas sociales en América Latina. Sonia Fleury (Org.). México: UAM-Xochimilco.

Los cinco equilibrios (2001). *Líneas generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007*. Plegable. Caracas: MPD.

Machado, C. (1997). *Las nuevas relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil en la Venezuela en transición: algunas experiencias*. Cuadernos del CENDES, 14 (34), 95-126.

_____ (1998). *Los gobiernos locales: participación ciudadana y democracia*. En: C. Mascareño (coord.). Descentralización, gobierno y democracia, 199-230. Caracas: CENDES.

Madge, J. (1976). *Técnica de Investigación Social Documental*. Costa Rica: Centroamericana (EDUCA).

Magallanes, R. (1997). *Lo público y lo privado a finales de siglo. ¿Una distinción en desuso?*. Cuadernos del Cendes. Caracas: CENDES.

Maingon, T. (1990). *La intervención del Estado Venezolano en la organización del sector Salud: 1990-1936*. Cuadernos del CENDES N° 13-14. Enero-agosto.

_____ (2004). *Política social en Venezuela: 1999-2003*. Cuadernos del CENDES, 21 (55): 47-73.

MAIS (2000). *Modelo de Atención Integral*. En: Cuadernos para la Reforma del Sector Salud, 1 (3), 39-72. Caracas: MSDS-Proyecto Salud.

Marshall, T.H. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza.

Marx, C. y Engels, F. (1978). *La Ideología Alemana*. Moscú: Progreso.

Mascareño, C. (Coord.) (1998). *Descentralización, Gobierno y Democracia*. Caracas: CENDES.

Matos A., L. R. y Brizuela, L. E. (1990). *Reflexiones en torno a la Privatización*. En: Revista SIC, N° 528. Caracas. Sept.-Oct.

Matus, Carlos (1997). *Los Tres Cinturones del Gobierno*. Caracas: Altadir.

Mouffé, Ch. (1999). *El retorno de lo político*. Barcelona: Paidós.

Movimiento Barrios de Pie (MBP). (2005). (Página web en línea). Disponible en: <http://barriosdepie.org.ar>

Mendoza, D. (2004). *Gerencia de Promoción para la salud*. Mimeo. Cumaná: FUNDASALUD.

Merino, M. (1999). *La Participación Ciudadana en la Democracia*. Cuaderno N° 4. Instituto Federal de México. (Página web en línea). Disponible en: <http://www.deleyec.ife.org.mx>

Miliband, R. (1973). *El Estado en la sociedad capitalista*. México: Siglo XXI.

Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.

Ministerio de Fomento (1973). *Anuario Estadístico de Venezuela*. Caracas.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2004). *Lineamientos de política de salud: Misión Barrio Adentro. Coordinación Nacional de Atención Primaria*. Mimeo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

_____ (2004). *Comité de Salud. Coordinación Nacional de Atención Primaria*. Caracas: MSDS.

_____ (2005). *Misión Barrio Adentro*. (Página web en línea). Disponible en: www.msds.gov.ve

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (1999). *Municipios hacia la salud. La Experiencia Venezolana. Una revolución silenciosa*. 2 Tomos. Caracas: SAS – OPS.

Mires, F. (2001). *Teoría política del nuevo capitalismo*. Caracas: Nueva Sociedad.

Mohan, J. (1989). *Rolling Back the State? Privatization of Health Services Under the Thatcher Governments, Health Services Privatization in Industrial Societies*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Molina, J. (1992). *Participación social en salud. Una experiencia en Simojavel (Chiapas)*. Salud Pública de México Vol. 34, No. 6.

Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.

_____ (1995). *Los siete saberes necesarios a la educación del futuro*. Mimeo. París: UNESCO.

Mouffe, Ch. (1999) *Por una política de identidad democrática*. (Documento en línea). Disponible en: www.macba.es/antagonismos/castellano

Navarro, J. (1994). *Las organizaciones de participación comunitaria y la prestación de servicios sociales a los pobres en América Latina*. Caracas: BID-IESA.

Naylor C., D. (1988). *Private Medicine and the Privatization of Health Care in South Africa*. Soc. Sci. Med. 27:11, 1153-1170.

Naciones Unidas (NN UU) (1955). *El progreso social mediante el desarrollo de la comunidad*, E.C. No. 5-303. Rev. IST-SOA-26. Nueva York.

Núcleos de Atención Primaria (NAP) (1994). *Núcleos de Atención Primaria: que la gente no se enferme*. En: Ventajas competitivas. Mimeo. Caracas.

Nussbaun, M. (1999). *Los límites del patriotismo. Identidad, pertenencia y Ciudadanía mundial*. Barcelona: Paidós.

Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario*. Ginebra: OMS.

O'Donnel, G. ((2004). *Siete tesis sobre el Estado en América Latina*. En: La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanos y ciudadanas. Lima: PNUD.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2005). *Declaración Universal de los Derechos del Hombre*. (Página web en línea). Disponible en: www.un.org/spanish

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2004). *Declaración de Alma Ata*. (Página web en línea). Disponible en: <http://paho.org/spanish/DD/PIN/almaata25.htm>

_____ (1998). *La Salud en las Américas*. Vol. I. Publicación científica N° 569. Washington, D.C.: OPS – OMS.

Osborne, D. y Gaebler, T. (1994). *La reinención del Gobierno*. Barcelona: Paidós.

Oszlak O. y cols. (1990). *Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la Salud*. En: OPS, "Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias". Publicac. Científica N° 519.

Paganini, J. M. y Chorny, A. H. (1990). *Los sistemas locales de Salud: desafíos para la década de los noventa*. En : Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 109 (5-6), 424 - 447.

Palma, D. (1994). *La Participación y la Construcción de Ciudadanía*. Univ. ARCIS. (Documento en línea). Disponible en [http// 168.96.200.17/ ar/libros/chile/arcis](http://168.96.200.17/ar/libros/chile/arcis)

Pardinas, F. (1977). *Metodología y Técnicas de Investigación en las Ciencias Sociales. Introducción Elemental*. México: Siglo XXI.

Paul, S. (1988). *Emerging Issues of Privatization and the Public Sector*. World Bank Working Paper. Sept.

Pearse, A. (1979). *Inquiry into participation: a research approach*. Nueva York: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Local.

PES (2002). *Plan Estratégico Social*. En: Programa de Educación Permanente en salud y Desarrollo Social. Caracas: MSDS-IAES.

PIDH (2003). *Derecho Humano a la Seguridad Social. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos*. Caracas: Color Grafic.

Pinto, J. (1998). *Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (2),19-37.

PNUD (2004). *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. (Documento em línea). Disponible en: <http://democracia.undp.org/Informe>

Proceso Político (1976). *La Reforma del estado*. Revista Proceso Político, 2, 27-53.

PROVEA (2003). *El derecho a la salud en el proyecto bolivariano. Informe especial*. (Libro en línea). Consultado el 16 de octubre de 2004 en: www.derechos.org.ve

Purroy, M.I. (1990). *Privatizar para rescatar al Estado*. En: Revista SIC, N° 528. Caracas. Sept.-Oct.

Quevedo, E. (1992). “*El proceso salud – enfermedad: hacía una clínica y una epidemiología no positivistas*”. En: Sociedad y Salud. A. Cardona. Coord. Bogotá: Zeus asesores LTDA.

Quijano, A. (1990). *A different concept of the private sector. A different concept of the public sector*. CEPAL Review, vol. 35. Aug.

Ramírez, R. (1983). *El Diseño de la Investigación Dialéctica*. Caracas: Escuela de Sociología y Antropología-UCV.

Ramos, M. (1995). *De las protestas a las propuestas. Identidad, acción y relevancia política del movimiento vecinal en Venezuela*. Caracas: Nueva Sociedad.

Ravel, C. (1968). *Nuevo enfoque en el desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires: Humanitas.

Renaud, C. (Coord.) (2002). *La participación de la sociedad civil en la Constitución de 1999*. Caracas: ILDIS.

Rifkin, S. (1990). *Participación de la comunidad*. Ginebra: OMS.

Rondón, Roberto. 1996. *La descentralización de la salud en Venezuela*. Caracas: Lithocolor.

Sabino, C. (1978). *Métodos de Investigación. Una Introducción Teórico-práctica*. Buenos Aires: El Cid.

Salamanca, L. (2002). *La Constitución de 1999 y la participación de la sociedad civil en el Poder Legislativo*. En: C. Renaud (Coord.), *La participación de la sociedad civil en la Constitución de 1999*, 47-67. Caracas: ILDIS.

Salcedo, H. (2004). *El caso de Bolivia. Taller de Consulta: Participación Ciudadana en salud en el Cono Sur*. Buenos Aires, 8-9 marzo 2004. Disponible en <http://web.idrc.ca/es>.

Sanabria, G. (2004). *Participación social en el campo de la salud*. Rev. Cubana de Salud Pública: 30 (3).

Sánchez A., B. (1979). *Métodos de Investigación*. Caracas: Eneva-Colección Universitaria.

Scarpaci, J.L. (1989). *The Theory and Practice of Health Service Privatization. Health Services Privatization in Industrial Societies.* New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Schermann, J. (1988). *La política de salud y su impacto en los sectores populares: Chile. 1974-1986.* Cuad. Med. Soc. (Santiago de Chile); 29 (2); 47-61, Oct.

Silva M., H. (1986). *América Latina. Economía Política de la democracia.* Caracas: José Martí.

_____ (1986). *Crisis surrealista y responsabilidad limitada.* En: M. Rodríguez MENA (Coord.), *La Crisis : responsabilidades y salidas.* Caracas: UCV.

Solano, S. (1999). *La participación ciudadana en el gobierno local mexicano.* Disponible en: <http://iglom.iteso.mx/index.html>

Soriano, G. (1996). *Aproximación histórica a "lo público" y "lo privado", a otras nociones afines y a sus mutuas relaciones, desde una perspectiva pluridimensional. Lo público y lo privado. Redefinición de los ámbitos del Estado y de la sociedad.* Caracas: Fundación Manuel García Pelayo.

Sosa, A. (1997). *El Estado democrático y los partidos necesarios.* Rev. SIC, LX (600): 450-454.

SUSALUD (1998). *Participación Comunitaria y Salud.* II Encuentro Metropolitano de Participación Comunitaria en Salud. Caracas: Gobernación del Distrito Federal.

Tambellini, A. M. (1975). *Contribución al análisis epidemiológico de los accidentes de tránsito.* Mimeo. Universidad de Campinas. Campinas, Brasil.

Teitelboin, C. (1991). *Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de las políticas públicas en América Latina?.* En: *Estado y Políticas Sociales en América Latina.* S. Fleury (Org). México: UAM-Xochimilco.

Testa M., Díaz, P. J., Vera, S. y Golfred, R. (1983). *Estructura de Poder en el Sector Salud.* Caracas: CENDES.

Testa, M. (1989). *Pensar en salud.* Buenos Aires: Lugar.

Thompson, A. (1998). *La Gobernabilidad Democrática.* IV Congreso Iberoamericano del Tercer Sector. Bogotá: ILDE.

Toro H., J. (1992). *Venezuela: 55 años de política económica*. Caracas: Panapo.

Torres, M. (2004). *Participación comunitaria y experiencias exitosas de gestión en salud en América Latina: el caso de Bogotá*. Conferencia. Video. XI Jornadas Científicas IAES, Maracay.

Touraine, A. (1991). *¿Qué es hoy la democracia?*. Revista Internacional de Ciencias Sociales, 43 (128), 213-228.

_____ (1997). *Igualdad y diversidad: las nuevas tareas de la democracia*. Buenos Aires: FCE.

Ugalde A. (1987). *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica*. En: OPS (Representación en Perú), Cuadernos Médico-sociales, N° 41.

Uslar P., A. (1992). *Golpe y Estado en Venezuela*. Bogotá: Norma.

Valla, V. (1999). *Participación social, derechos humanos e saúde*. Mimeo. Presentado en el V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Porlamar, Venezuela.

Vallejo, F. (1999). *La Reforma de salud en América Latina*. Presentado en la Conferencia: "La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina: el rol del Gobierno, la Empresa y la Sociedad Civil". Mimeo. Tegucigalpa, Honduras.

Vasco, A. (1988). *Hacia un nuevo concepto de la salud. Estado y enfermedad en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Vergopoulos, K. (1981). *¿El Neoliberalismo contra el Estado?*. En: Le Monde Diplomatique en español. Julio. México.

Vethencourt, J. L. (1997). *La dinámica de la pobreza exige un nuevo contractualismo*. Rev. SIC, LX ,600, 488-492.

Villarreal, R. (1984). *La contrarrevolución monetarista. Teoría, política económica e ideológica del neoliberalismo*. México: Océano.

Virtuoso, J. (1998). *Agenda para la construcción de lo público*. En: Venezuela: desafíos y propuestas. Editado por SIC (Centro Gumilla), UCAB. Caracas: Texto.

ANEXOS

ANEXO 1

Lista de páginas web relacionadas con organizaciones comunitarias de salud

www.nuestraamerica.info
www.redasociativa.org
www.congresobolivariano.org
www.isalud.com
www.gerenciasocial.org.ve
www.apalancar.org
www.alforja.org.cr
www.derechos.org.ve
www.ciudadessaudaveis.org.br
www.vlp.com.ve
www.vivalaciudadania.org
www.urbared.ungs.edu.ar
www.socsal.org.ve
www.ciudadania.uchile
www.fes.org.ar
www.participa.cl
www.amnistia.org.ve
www.centroderechoshumanos.com
www.eltercersector.com
www.debate-cultural.org
www.barriosdepie.org.ar
www.contraloriasocial.org
www.consejoslocales.org
www.consejoscomunales.org
www.conexionsocial.org.ve
www.nuevatierra.org.ve
www.cecodap.org.ve
www.ceaal.org
porlasaludylavida.tripod.com.ve

ANEXO 2

Listado parcial de publicaciones y actividades cumplidas por el autor en el período 1989-2004, relacionadas con el tema en estudio

LIBROS

- ***La crisis sanitario-asistencial venezolana. Los proyectos privatizadores y las políticas de Salud del Estado.*** (1995). Valencia: Universidad de Carabobo.
- ***Memorias del II Taller y V Congreso Latinoamericano de Medicina Social.*** (1992). Dos tomos. Compilación, edición, prólogo y discurso inaugural. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- ***Participación comunitaria y salud en el Distrito Federal.*** (1998). Caracas: Servicio Unificado de Salud de la Gobernación del Distrito Federal.
- ***Salud y Seguridad Social.*** (1998). Memoria del Foro-taller sobre el proyecto de Ley de Seguridad Social Venezolano. Compilación, edición, prólogo y diversas intervenciones. Caracas: Servicio Unificado de Salud de la Gobernación del Distrito Federal.
- ***La política de salud del Gobierno del Distrito Federal.*** Texto: diseño de la política social y de salud para Caracas. (1998). Caracas: Servicio Unificado de Salud de la Gobernación del Distrito Federal.
- ***Universidad – Comunidad: Un Encuentro Necesario.*** (2001). Cuadernos de la DESCO. Valencia: Universidad de Carabobo.
- ***CONSALUD-Participación Comunitaria. Hacia el control comunitario de la Gestión Pública en Salud.*** (2001). Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

PONENCIAS, CONFERENCIAS y OTROS EVENTOS

-Ponencia. "Programa de Educación por la Paz y los Derechos Humanos". II Seminario "La Universidad y los Derechos Humanos en América Latina". México, D.F., 1990.

-Conferencia. Curso Básico "Salud y seguridad en el trabajo". Valencia, estado Carabobo, marzo 1991.

-Conferencia. X Jornadas de Salud Pública "Pastor Oropeza". Valencia, septiembre 1991.

-Ponencia. "El Estado venezolano y la privatización de los servicios de salud". IV Seminario Internacional de Atención Primaria en Salud. La Habana, Cuba, 17-20 marzo 1993.

-Conferencia. I Jornadas Científicas de Medicina Familiar. Caracas, 19 noviembre 1994.

-Conferencia. II Taller "Familia y salud mental". Caracas, 3 agosto 1994.

-Conferencia. Foro "Salud mental y familia". Caracas, 10 octubre 1994.

-Ponencia. "Privatización de la salud en Venezuela". VIII Congreso Mundial y VI Latinoamericano de Medicina Social. Guadalajara, México, 20-23 marzo 1994.

-Conferencia. II Jornadas de actualización en Enfermería. Caracas, 26-27 de octubre 1995.

-Conferencia. "Reforma Sanitaria, descentralización y modelos de participación en salud". I Jornadas de "Participación Comunitaria en Gestión de Salud". Valencia, 17-18 octubre 1997.

-Conferencia. II Jornadas sobre Participación Comunitaria en Gestión de salud. Valencia, noviembre 1998.

-Ponencia. "Hacia el control comunitario de la gestión sanitaria". I Jornadas Científicas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo. Valencia, 21 julio 1999.

-Ponencia. "I Jornada Científica Comunicación y Salud". Valencia, 25 noviembre 1999.

-Ponencia. “Descentralización y participación comunitaria en salud. El rescate de lo público”. I Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Porlamar, estado Nueva Esparta, 7-11 junio 1999.

-Conferencia. Curso “Reforma del Sector Salud y Seguridad Social”. Valencia, 22-23 abril 1999.

-Conferencia. I Jornadas Nacionales de Nutrición Comunitaria. Caracas, 16-17 noviembre 1999.

-Conferencia. IX Jornadas Científicas del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Tinaquillo, estado Cojedes, octubre 1999.

-Conferencia. “Participación Comunitaria en el control social de la gestión sanitaria, una experiencia”. XVIII Jornadas del Departamento de Salud Pública. Colegio de Abogados del Estado Carabobo. Valencia, julio 1999.

-Ponencia. Foro-Taller sobre Participación Ciudadana. Salón de Sesiones Alcaldía de Valencia, 22 julio 2003.

-Ponencia. “Salud y Participación Ciudadana”. Foro-Taller sobre Participación Ciudadana. Sociedad Amigos de Miranda. Miranda, estado Carabobo, 10 julio 2003.

-Ponencia. “Participación Ciudadana”. Salón Azul, La Morita (Núcleo Aragua de la Universidad de Carabobo) .Maracay, estado Aragua, 8 julio 2003.

-Ponencia. “Participación Comunitaria en Salud”. Reunión Nacional de Directores de Salud. Barquisimeto, 27 junio 2003

-Ponencia. Foro: Participación Ciudadana. San Diego, estado Carabobo, 7 junio 2003.

-Conferencia. “Universidad y Comunidad”. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FACES), Universidad de Carabobo. Maracay, 3 junio 2003.

-Ponencia. “La Crisis y la Salud Mental”. Casa Comunal. San Diego, estado Carabobo, 02 junio 2003.

-Ponencia. “Bioética y Derechos Humanos”. Salón Arguaney, FUNDACID. Valencia, 24 mayo 2003.

-Ponencia. “Participación Ciudadana y Papel de la Universidad”. Mariara, Municipio Diego Ibarra, estado Carabobo , 25 mayo 2003.

-Ponencia. “Participación Comunitaria en Salud”. Encuentro Nacional CONAMEV. Maracay, 17 mayo 2003.

-Ponencia. Política de Extensión de la Universidad de Carabobo. FUNDACID. Valencia, 14 mayo 2003.

-Ponencia. “Salud Mental y Sociedad”. Ambulatorio I.V.S.S. San Joaquín, estado Carabobo, 14 mayo 2003.

-Ponencia. “Municipalización de la Salud”. Escuela de Enfermería, Salón Rojo, Universidad de Carabobo. Valencia, 13 mayo 2003.

-Ponencia. “Salud y sociedad”. Día Internacional del Profesional de Enfermería. Ambulatorio I.V.S.S. San Joaquín, estado Carabobo, 12 mayo 2003.

-Ponencia. “Violencia y salud mental en la Venezuela actual”. Curso de Ampliación “Salud Mental y Sociedad”. Área de Estudios de Postgrado, Universidad de Carabobo. Valencia, 04 abril 2003.

-Ponencia. “Impacto de la Crisis en la Salud Mental del Niño y su familia en el medio escolar”. Colegio de Ingenieros. Valencia, 22 marzo 2003.

-Ponencia. “Universidad y Comunidad”. Centro Cívico. Los Guayos, estado Carabobo, 18 marzo 2003.

-Ponencia. I Foro “Educación: Retos del Presente Hacia el Futuro”. Valencia, 22 febrero 2003.

-Ponencia. “Participación Ciudadana”. I Jornada de Reflexión y Participación Ciudadana de los Derechos Sociales. San Carlos, estado Cojedes, 12-13 diciembre 2002.

-Ponencia. V Jornadas Internas de Investigación, Extensión y Postgrado del Instituto Universitario de Tecnología Puerto Cabello (IUTPC). Puerto Cabello, estado Carabobo, 26 noviembre 2002.

-Ponencia. “Hacia la creación de la Red de Extensión de Educación Superior de la Región Central”. I Congreso de Extensión de Educación Superior de la Región Central. Auditorio FACES, Universidad de Carabobo. Valencia 16-18 octubre 2002.

-Ponencia Central. “Unidad de Salud Colectiva (USACOL): Una Experiencia de Integración- Docencia de Postgrado. Extensión Universitaria en la Universidad de Carabobo”. I Taller de Inducción Nuevos Líderes de la Academia. Valencia, 18 abril 2002.

-Ponencia. “La Extensión Universitaria. La creación de la Red de Extensión de Educación Superior de la Región Central”. I Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria – III Jornada Regional de Enfermería Comunitaria. Valencia, 20-23 noviembre 2001.

-Ponencia. “La política de Extensión de la Universidad de Carabobo”. Foro-Taller “Hacia el Fortalecimiento del Centro de Medicina Integral El Consejo–FCS – UC”. Valencia, 30 julio 2001.

-Exposición Mesa Redonda. “Seguridad social”. X Congreso Venezolano de Bioanálisis – XIII Jornadas de Bioanalistas Especialistas. Maracaibo, estado Zulia, 27-30 junio 2001.

-Exposición. “Municipalización de la salud”. Encuentro Regional de Trabajadores Comunitarios en Salud Hacia la Municipalización Democrática de la Salud. Carora, estado Lara, 24 noviembre 2001.

-Ponencia. “Participación Comunitaria y Reforma de la Salud”. I Congreso Nacional de Enfermería Comunitaria y II Jornada Regional de Enfermería Comunitaria. Valencia, 23 noviembre 2001.

-Ponencia. “La Extensión Universitaria: Una respuesta a la crisis”. VI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria. Sao Paulo, Brasil, 13-18 noviembre 2001.

-Ponencia. “La Extensión Universitaria como respuesta a la Crisis”. Congreso Venezolano de Extensión Universitaria. Ciudad Universitaria, Universidad Central de Venezuela. Caracas, 24-26 octubre 2001.

-Ponencia. “Promoción de Salud y Participación Comunitaria en la Municipalización de la Salud”. III Jornada Científica Médico-odontológica “El Municipio y la Salud”. Valencia 13-15 septiembre 2001.

-Ponencia. “La Integración Curricular, Docencia, Investigación y Extensión”. Foro-Taller “Hacia El Fortalecimiento del Centro de Medicina Integral El Consejo”. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, 30 julio 2001

-Ponencia. “Reforma Universitaria y Extensión”. Foro “La Universidad Hoy: Crisis y Reforma”. Maracay, 03 julio 2001.

-Ponencia. “Proyecto de Ley Orgánica de Salud”. Evento: X Congreso Venezolano de Bioanálisis y XIII Jornadas de Bioanálisis. Maracaibo, estado Zulia, 27-30 junio 2001.

-Ponencia. “Universidad-Comunidad: Un Proyecto de Acción Transformadora”. Foro Nacional “La Educación del Siglo XXI: Propuestas para el Desarrollo Estructurado del País. La Extensión Universitaria y la Escuela como generadores de la organización comunitaria: Acción vecinal y desarrollo local sustentable”. Maracay, 01 junio 2001.

-Conferencia. Curso “Nutrición Comunitaria Implicaciones en la Salud Pública”. Sociedad Venezolana de Salud Pública. Caracas, 04 mayo 2001.

-Ponencia. “Proyecto de Municipalización de la Salud para Diego Ibarra”. Encuentro Foro-Taller “Municipalización de la Salud con Participación Comunitaria”. San Joaquín, estado Carabobo, 25 marzo 2001.

-Ponencia: “Hacia una Política de Investigación en Salud en el Estado Carabobo”. XIX Jornadas de Salud Pública “Dra. Iraida Sánchez de Chocrón” - La Paz y la Violencia. Valencia, 16-18 noviembre 2000.

-Ponencia. II Jornadas Regional de Enfermería Comunitaria “Lic. Mirna Solanye Lugo”. Valencia, 16-17 noviembre 2000.

-Ponencia. “Salud, Seguridad Social y Seguridad Ciudadana”. Foro-Taller Consulta a la Sociedad Civil sobre Salud, Seguridad Social y Seguridad Ciudadana. Chichiriviche, estado Falcón, 15 de noviembre 2000.

-Ponencia. “Hacia una Política de Investigación en Salud para el Estado Carabobo”. Taller sobre Ciencia, Tecnología e Investigación en Salud para el Estado Carabobo. Valencia, 10 noviembre 2000.

-Ponencia. “Consulta a la Sociedad Civil sobre Salud y Seguridad Social”. Foro-Taller “I Encuentro Comunitario de Salud y Seguridad Social”. Trujillo, estado Trujillo, 20-21 octubre 2000.

-Ponencia. Foro-Taller “Municipalización de la Salud con Participación Comunitaria”. Municipio Diego Ibarra, Mariara, estado Carabobo, 08 octubre 2000.

-Ponencia. Encuentro “Hacia un Plan de Salud del Estado Carabobo con Participación Comunitaria”. Valencia, 13 mayo 2000.

-Ponencia. “Participación Comunitaria en la Constitución Nacional”. Encuentro “Participación Comunitaria y Salud”. Valencia, 11 marzo 2000.

-Ponencia. “El Sistema Nacional de Salud”. Taller “Hacia un Sistema de Salud Equitativo, Eficiente y Moderno”. San Fernando de Apure, estado Apure, 18-20 febrero 2000.

-Ponencia. “Democratización de la Salud, Comunicación y Participación Comunitaria”. I Jornada Científica Comunicación y Salud. Valencia, 25 noviembre 1999.

-Ponencia. “Salud y Participación Comunitaria”. Jornadas de Salud Comunitaria. Escuela Padre Dehon, Barrio Mariscal Sucre. Mariara, estado Carabobo, septiembre, 2000.

-Ponencia. “Los Consejos Locales de Planificación Pública: la experiencia regional”. Aula 14, FACES, Universidad de Carabobo, Valencia, octubre 1999.

-Ponencia. I Encuentro Nacional de Participación Comunitaria. Tucupita, estado Delta Amacuro, 28-30 julio 2003.

-Ponencia. Evento: “Por la Defensa del Derecho a la Salud”. Caracas, 16-18 junio 2003.

-Ponencia. Curso de Formación de Promotores Comunitarios de Derechos Humanos CODDECIUC – Capitulo Aragua. Maracay, estado Aragua, julio 2002.

-Ponencia. II Taller “Creación de Programa de Especialización en Enfermería Comunitaria”. Valencia, 21 febrero 2002.

-Ponencia. Encuentro Regional de Trabajadores Comunitarios en Salud “Hacia una Municipalización Democrática de la Salud”. Carora, estado Lara, 24 noviembre 2001.

-Ponencia. Congreso Venezolano de Extensión Universitaria. Ciudad Universitaria, Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas 24-26 octubre 2001.

-Ponencia. Encuentro Nacional de Participación Comunitaria en Salud. Maracay, 04 agosto 2001.

-Ponencia. Curso-Taller “Modelos de Prevención en Salud de los Trabajadores”. Maracay, 23-27 julio 2001.

-Discurso. Orador de Orden Sesión Especial celebración 15º Aniversario Comité Comunitario de Salud. Alcaldía de Valera. Valera, estado Trujillo, 22 junio 2001.

-Ponencia. Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales. Porlamar, 07-11 junio 1999.

-Ponencia. Foro “La Educación del Siglo XXI: Propuestas para el Desarrollo Estructurado del País”. Maracay, 01 junio 2001.

-Ponencia. II Jornadas de Reflexión de los Postgrados de Ciencias de la Salud. Valencia, 21 de marzo 1999.

ORGANIZACIÓN DE EVENTOS

-Presidente y Coordinador General. I Taller y V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, 1990.

-Coordinador. I Jornada Científica “Comunicación y Salud”. Valencia, 25 noviembre 1999.

-Coordinador. Curso “Reforma del sector salud y seguridad social”. Valencia, 22-23 abril 1999.

-Coordinador General. Reuniones preparatorias para los Cursos 2002-2003, auspiciados por el Área de Postgrado de la Universidad de Carabobo:

Diplomado en Derechos Humanos

Diplomado Gerencia de Extensión

Gerencia de Programas Sociales

-Coordinador General. Curso de Ampliación “Gerencia Estratégica y Liderazgo en Salud”, Área de Estudios de Postgrado Universidad de Carabobo. Valencia, 12 julio 2001-marzo 2003.

-Coordinador General. Cursos de Extensión Universitaria, Universidad de Carabobo. Valencia, 2002-03.

-Coordinador General. Cursos para Promotores de Derechos Humanos. Valencia, 2000-2003.

-Coordinador General. Cursos de Desarrollo Personal. DESCO-Universidad de Carabobo, 2000-2002.

-Coordinador General: Foro-Taller “Participación Ciudadana”. Colegio de Ingenieros. Valencia, 25 abril 2003.

-Coordinador General. Jornada “Impacto de la Crisis Actual sobre la Salud Mental en la Escuela y la Familia”. Colegio de Ingenieros. Valencia, 5 abril 2003.

-Coordinador General. Foro “Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social”. Teatro Dr. Alfredo Celis Pérez, Universidad de Carabobo (Bárbula). Valencia, 28 marzo 2003.

-Coordinador General. Curso de Ampliación “Gerencia Estratégica y Liderazgo en Salud”. Jornada “Crisis Sanitario-asistencial. Pobreza, Desempleo, Inflación, Desnutrición Infantil en la Venezuela actual”. Área de Estudios de Postgrado Universidad de Carabobo. Valencia, 06 junio 2003.

-Coordinador General: II Festival POR LA VIDA Y LA PAZ. Polivalente Padre Dehon, urbanización La Isabelica. Valencia, 01 diciembre 2002.

-Coordinador General. Curso Monográfico “Salud Mental y Sociedad”. Área de Estudios de Postgrado, Universidad de Carabobo: I al V, desde 1993 hasta el presente

-Coordinador General. Foro Social Regional. Cámara Municipal de Valencia, 30 noviembre 2002.

-Coordinador General. Congreso de Extensión de Educación Superior de la Región Central. Auditorio Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia 16-18 octubre 2002.

-Comité Organizador. Foro Social Nacional “Taller de Salud”. Caracas, 12 julio 2002.

-Comité Organizador. Curso “Formulación de Proyectos Sociales con Metodología FIDES”. San Joaquín, estado Carabobo, octubre-noviembre 2001.

-Comité Organizador. II Encuentro Comunitario del Municipio Naguanagua, Foro-Taller “Municipalización de la Salud”. Instituto Tecnológico CUAM. Naguanagua, estado Carabobo, 09 junio 2001.

-Comité Organizador. Encuentro Foro-Taller “Municipalización de la Salud con Participación Comunitaria”. Mariara, estado Carabobo, 25 marzo 2001.

-Coordinador. Taller de Capacitación Teórico-práctico “Modelo de Atención Integral en Salud. Valencia, 09-10 marzo 2001.

-Coordinador General. Curso de Líderes Comunitarios. Dirección de Extensión Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, 21 febrero-21 mayo 2001.

-Coordinador General. Asamblea Nacional de la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud. San Antonio de Los Altos, estado Miranda, 16-18 febrero 2001.

-Comité Organizador. III Jornadas de Trabajo Social. Área Estudios de Postgrado Universidad de Carabobo. Valencia, 08 diciembre 2000.

-Coordinador General. II Jornada Científica “COMUNICACIÓN Y SALUD”. Colegio de Médicos. Valencia, 29 noviembre 2000.

-Comité Organizador. Foro-Taller Consulta a la Sociedad Civil sobre Salud, Seguridad Social y Seguridad Ciudadana. Chichiriviche, estado Falcón, 15 noviembre 2000.

-Comité Organizador. Encuentro Foro-Taller “Municipalización de la Salud con Participación Comunitaria”. Mariara, estado Carabobo, 08 octubre 2000.

-Coordinador General: Ciclo de Foros –Taller “Consulta a la Sociedad Civil sobre Salud, Seguridad Social y Seguridad Ciudadana”. Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud CNPCS (CONSALUD). Septiembre-octubre 2000.

Barcelona	15 septiembre	San Cristóbal	16 septiembre
Caracas	22 septiembre	Maracaibo	29 septiembre
Tucupita	29 septiembre	Maracay	30 septiembre
Valencia	06 octubre	Pto. La Cruz	06 octubre
Pto. Cabello	06-07 octubre	Mariara	08 octubre
El Tigre	11 octubre	Trujillo	13 octubre
La Guaira	30 octubre	Ciudad Bolívar	30 octubre
Coro	21 octubre		

-Coordinador General. Encuentro Participación Comunitaria y Salud “Hacia el control comunitario de la Gestión Pública de Salud”. Cámara de Comercio. Valencia, 11 marzo 2000.

-Coordinador General. Unidad de Salud Colectiva (USACOL), Área de Postgrado, Universidad de Carabobo. Creación: 1999.

-Coordinador General. Primera Jornada Científica “Comunicación y Salud”. Colegio de Médicos. Valencia, 25 noviembre 1999.

Coordinador (Organizador) y Expositor (Ponente)

del Ciclo de Foros - Taller sobre "Salud" y/o "Participación Ciudadana"

1.

Salud y Participación Comunitaria. Tucupita, estado Delta Amacuro, 28-30 julio 2003.

2.	Participación Comunitaria en Salud. Liceo “Miguel Peña”. Puerto Cabello, estado Carabobo. 28 julio 2003.
3.	I Encuentro de Participación Ciudadana. Campo Don Bosco. Naguanagua Edo. Carabobo. 26 julio 2003.
4.	Participación Ciudadana. Complejo Cultural Manuel Arias. Tinaquillo, estado Cojedes, 25-26 julio 2003.
5.	Participación Ciudadana. Salón de Sesiones Alcaldía de Valencia. Valencia, 22 julio 2003.
6.	Participación Comunitaria en Salud. Padre Dehon. Mariara, estado Carabobo, 20 julio 2003.
7.	Participación Comunitaria en Salud. Centro Clínico La Morita. Maracay, 18 julio 2003.
8.	Participación Ciudadana. Salón Azul, Núcleo La Morita, 08 julio 2003.
9.	Participación Ciudadana. Alcaldía de Valencia. Valencia, 23 julio 2003.
10.	Participación Ciudadana. <i>Lugar:</i> Miranda (Ateneo) <i>Fecha:</i> 10 de julio de 2003. <i>Hora:</i> 3:00 pm
11.	IV Encuentro de Participación Comunitaria en Salud. Tecnológico CUAM- Naguanagua, estado Carabobo, 28 junio 2003.
12.	Participación Ciudadana. Universidad José Antonio Páez. San Diego, estado Carabobo, 07 junio 2003.

OTRAS LABORES EDITORIALES

-Revista “Diálogo Universidad – Comunidad”. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad (DESCO), Universidad de Carabobo. Valencia, desde noviembre 2001-2003.

-Boletín Informativo “DIA a DIA”: 80 números, circulación semanal. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad, Universidad de Carabobo. Valencia, desde diciembre 2000-2003.

-Cuadernos “Por la Vida”. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad (DESCO) y Comisión de Defensa de los Derechos Ciudadano (CODDECIUC), Universidad de Carabobo, Valencia. Desde diciembre 1999 -2003.

-Cuadernos “Universidad-Comunidad”: 8 números. Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad (DESCO) y Centro de Apoyo Universitario a la Comunidad (CAUCE), Universidad de Carabobo. Valencia, desde junio 1999-2003.

ANEXO 3

Guía de la Entrevista con informantes clave

Participación Ciudadana en salud en Venezuela (antes y después de la CRBV)

GUIA DE ENTREVISTA

- 1. Datos sobre la organización:** nombre, ubicación geográfica, radio de influencia, status jurídico, número de miembros, financiamiento, otros.
- 2. Historia de la organización:** comienzo, ¿cuándo? ¿por qué?, ¿cómo?, ¿quiénes?
- 3. Objetivos que se propusieron**
- 4. Actividades realizadas**
- 5. Logros obtenidos**
- 6. Incorporación comunitaria lograda.** Características
- 7. Relación con instituciones** (públicas y privadas): apoyos o no, recursos que han logrado de ellas.
- 8. Balance de logros de la experiencia** hasta el presente
- 9. Factores que han incidido en los logros (éxitos)**
- 10. Factores que han incidido en las fallas (fracasos o derrotas)** o que han sido obstáculos para su desarrollo.
- 11. Influencia o impacto que ha tenido la Constitución del 99 (CRBV) en ustedes como organización**
- 12. ¿Qué significa para ustedes Participación Ciudadana o Comunitaria en Salud?**

ANEXO 4

Lista de entrevistados (E) de las 17 experiencias seleccionadas de Participación Ciudadana en Salud. Venezuela (1990-2004)

Nº E	Ubicación Geográfica	Organismo al cual pertenece	Informante (entrevistado)	Relación con Instituciones	Edad	Sexo
E1	Caracas: Área Metropolitana **	Orgs. comunit- Dirección Salud Gobernación DF	Dirig. comunit. (Indep.)	Promovida desde institución+comunidades	52	M
E2	Carabobo: Valencia**	Defensoría Comunitaria Salud	Dirig. comunit. (Chav. indep.)	Vinculación fundamental: Universidad Carabobo	26	F
E3	Carabobo: Naguanagua* *	Grupos Comunit.- Univ. Carabobo	Dirig. comunit. (Chav. indep.)	Alcaldía (PROVE) + Univ. Carabobo	34	M
E4	Carabobo: Diego Ibarra *	Asoc. Profesionales y Técnicos	Dirig. comunit. (Chav. Indep.)	Alcaldía (chavista)	36	F
E5	Yaracuy: San Felipe *	Movimiento de Defensa del Pueblo	Dirig. comunit. (Chav. Indep.)	Gobernación (antes CONVERGENCIA, ahora chavista)	27	F
E6	Lara: Barquisimeto **	Comités de Salud	Dirig. comunit. (Indep.)	Gobernación (antes AD ahora chavista)	31	M
E7	Lara: Carora **	Fundación- Consejo Rector Salud	Periodista (Chav. Indep.)	Alcaldía (pasó a oposición)	42	F
E8	Trujillo: Trujillo**	Comités Salud	Dirig. Comunit. (Indep.)	Gobernación (antes AD ahora chavista)	35	M
E9	Táchira: San Cristóbal *	CONSALUD	Médico (Chav. Ind.)	Gobernación (chavista)	47	M
E10	Cojedes: San Carlos *	Comités de Salud	Dirig. Comunit. (Indep.)	Gobernación (AD ahora chavista)	27	F
E11	Barinas: Barinas*	Comités de Salud	Dirig. Comunit. (Chav. Ind.)	Gobernación (AD ahora chavista)	32	M
E12	Guárico: Valle de La Pascua**	CONSALUD- Comités Salud	Dirig. Comunit. (AD)	Gobernación (AD ahora chavista)	38	M
E13	Delta Amacuro: Tucupita *	CONSALUD	Lic. Tr. Social (Chav. Indep)	Gobernación (chavista)	52	M

Nº E	Ubicación Geográfica	Organismo al cual pertenece	Informante (entrevistado)	Relación con Instituciones	Edad	Sexo
E14	Sucre: Cumana **	Organizaciones Comunit. Salud (OCS)	Dirig. Comunit. (Indep)	Gobernación (chavista)	29	F
E15	Anzoátegui: Barcelona *	CONSALUD	Dirig. Comunit. (Chav. Indep)	Gobernación (antes AD ahora chavista)	42	F
E16	Nacional*	Barrio Adentro (MSDS) +Contral. Social	Médico (Chav. Indep)	Múltiples	36	F
E17	Nacional **	CONSALUD	Dirig. Comunit. (Chav. Indep)	Múltiples	51	M

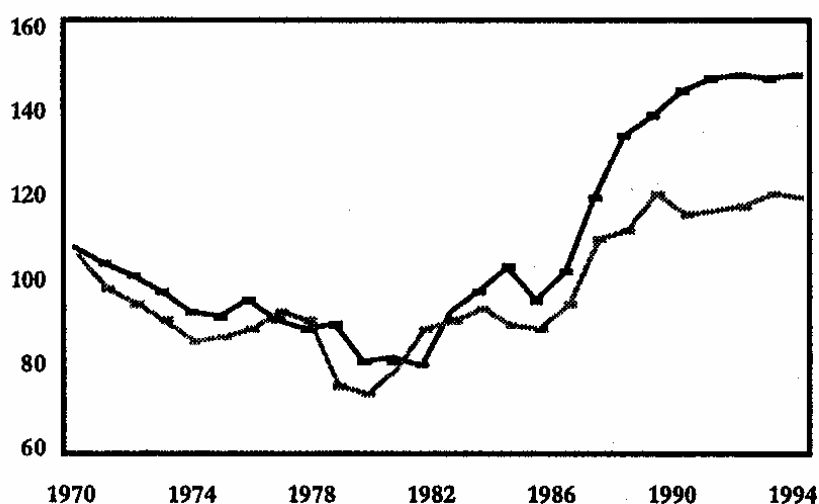
NOTAS:

1. Todas son experiencias de **sectores populares**
2. **Ubicación geográfica:** 1 en Región Capital,
6 en Región Centro Occidental,
2 en Región Los Andes,
3 en Región Los Llanos,
1 en Región Sur,
2 en Región Oriental y
2 corresponden a dirigentes comunitarios nacionales.
3. **Tipo de Instituciones :** 1) Gubernamentales: Gobierno local (Municipal), estatal y Nacional. La mayoría de ellas antes vinculadas con los partidos AD y COPEI, ahora chavistas.
2) Otras: universidades, instituciones de salud.
4. **Relación con la Constitución (CRBV 1999):**
 **Existían antes de aprobarse la CRBV: 9
 * Creadas después de la CRBV: 8
5. Las entrevistas se realizaron en las ciudades o localidades donde se llevaba a cabo la experiencia. En la mayoría de los casos se reentrevistó al informante en varias oportunidades

ANEXO 5

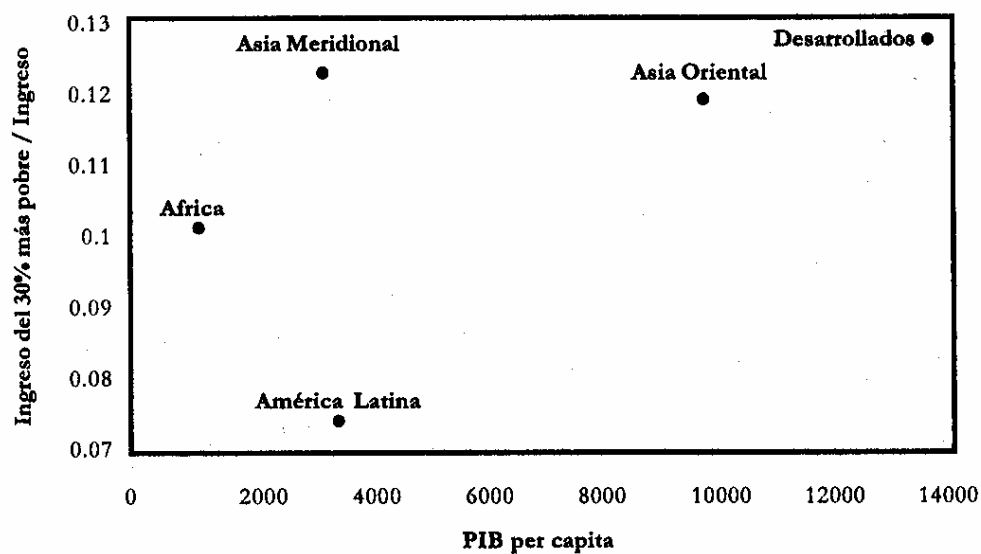
Gráficos y cuadros sobre pobreza en América Latina y Venezuela

EL IMPACTO DE LA DESIGUALDAD SOBRE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA



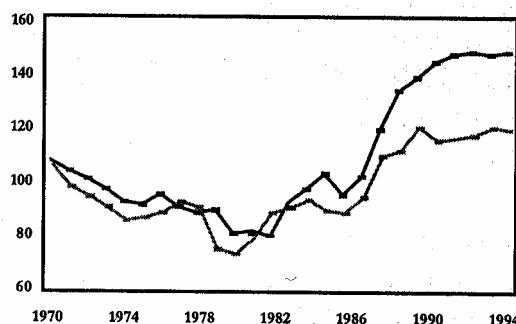
de: Birdall, N. y J. L. Londoño. "Asset inequality matters: an assessment of the world Bank's approach to poverty reduction", *American Economic Review*, May, 1997.

INGRESO QUE PERCIBE EL 30% MAS POBRE (porcentaje del ingreso total)



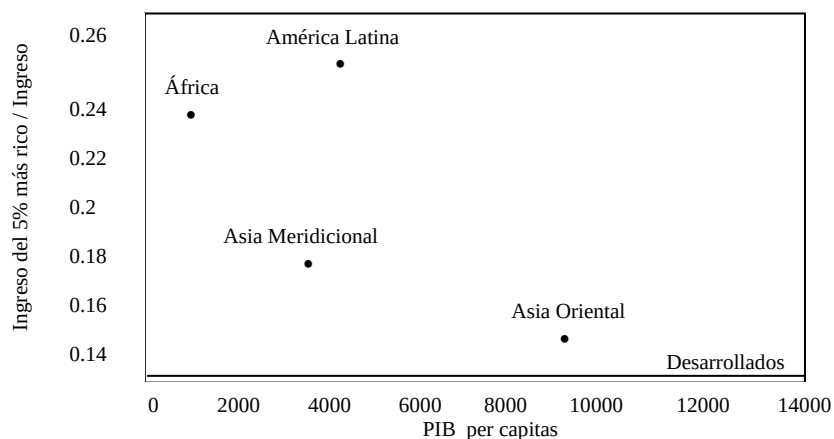
Fuente: BID - IPES, 1998.

EL IMPACTO DE LA DESIGUALDAD SOBRE LA POBREZA EN AMERICA LATINA 1970 - 1995



Irldall, N. y J. L. Londoño. "Asset inequality matters: an assessment of the world Bank's approach to poverty reduction." *Economic Review*, May, 1997.

INGRESO QUE PERCIBE EL 5% MAS RICO (porcentaje del ingreso total)



INGRESO QUE PERCIBE EL 30% MÁS POBRE (porcentaje del ingreso total)

Países mas desarrollados, en términos de equidad (Suecia, Dinamarca, Países Bajos, otros)	0.25 a 0.30
Países desarrollados	0.30
Gini promedio universal	0.40
América Latina	0.57

Fuente: (de cuadros y gráficos) Kliskberg B. (2001). El capital Social. Caracas : Universidad Metropolitana.

Cuadro sobre pobreza en Venezuela (2003)

Número y porcentaje de hogares pobres y pobres extremos, según Entidad federal, 2do semestre 2003

Entidad federal	Número de Hogares					Porcentaje de Hogares (%)					Brecha (%)	Severidad (%)	Gravedad
	Total	No Pobres	Pobres		Total Pobres	Total	No Pobres	Pobres					
			No Extremos	Extremos				No Extremos	Extremos				
Total	5.575.633	2.501.332	1.678.924	1.395.377	3.074.301	100,0	44,9	30,1	25,0	55,1	35,4	15,3	0,46
Distrito Capital	448.407	281.906	121.005	45.496	166.501	100,0	62,0	27,0	10,1	37,1	12,7	6,3	0,34
Estado:													
Amazonas	16.985	5.385	4.153	7.447	11.600	100,0	31,7	24,5	43,8	68,3	40,0	28,6	0,59
Anzoátegui	247.862	147.786	60.575	39.501	100.076	100,0	59,6	24,4	15,9	40,4	17,5	10,1	0,43
Apure	107.502	38.274	33.224	36.004	69.228	100,0	35,6	30,9	33,5	64,4	31,4	19,2	0,49
Aragua	351.636	167.388	109.049	75.199	184.248	100,0	47,6	31,0	21,4	52,4	22,9	13,1	0,44
Barinas	144.441	39.875	35.285	69.281	104.566	100,0	27,6	34,4	48,0	72,4	42,3	29,7	0,58
Bolívar	297.435	120.627	92.738	84.070	176.808	100,0	40,6	31,2	28,3	59,4	29,1	19,2	0,49
Carabobo	504.831	221.795	173.546	109.490	283.036	100,0	43,9	34,4	21,7	56,1	24,1	14,0	0,43
Cojedes	66.637	26.755	20.726	19.156	39.882	100,0	40,2	31,1	28,7	59,8	28,6	17,5	0,48
Delta Amacuro	30.733	14.525	10.543	5.665	16.208	100,0	47,3	34,3	18,4	52,7	20,9	10,9	0,40
Falcón	170.729	67.308	48.375	55.046	103.421	100,0	39,4	28,3	32,2	60,6	30,6	19,6	0,51
Guárico	147.378	53.171	44.787	49.420	94.207	100,0	36,1	30,4	33,5	63,9	32,0	19,8	0,50
Lara	350.203	106.556	119.300	124.347	243.647	100,0	30,4	34,1	35,5	69,6	34,1	20,9	0,49
Mérida	182.380	75.366	62.936	44.078	107.014	100,0	41,3	34,5	24,2	58,7	25,4	14,2	0,43
Miranda	676.693	395.623	176.560	104.510	281.070	100,0	58,5	26,1	15,4	41,5	17,2	9,8	0,41
Monagas	138.353	65.136	39.444	33.773	73.217	100,0	47,1	28,5	24,4	52,9	24,3	14,4	0,46
Nueva Esparta	74.149	37.847	20.820	15.482	36.302	100,0	51,0	28,1	20,9	49,0	21,9	13,1	0,45
Portuguesa	192.145	70.000	60.975	61.170	122.145	100,0	36,4	31,7	31,8	63,6	30,3	18,5	0,48
Sucre	166.130	43.962	47.228	74.940	122.168	100,0	26,5	28,4	45,1	73,5	41,1	27,7	0,46
Táchira	267.333	112.264	83.304	71.765	155.069	100,0	42,0	31,2	26,8	58,0	26,8	15,8	0,46
Trujillo	133.333	54.073	47.574	31.686	79.260	100,0	40,6	35,7	23,8	59,4	25,1	13,9	0,42
Yaracuy	106.013	36.342	32.893	36.778	69.671	100,0	34,3	31,0	34,7	65,7	32,9	20,6	0,50
Zulia	684.599	279.126	215.625	189.848	405.473	100,0	40,8	31,5	27,7	59,2	27,4	16,4	0,46
Vargas	69.726	40.242	18.259	11.225	29.484	100,0	57,7	26,2	16,1	42,3	17,9	10,6	0,42

Fuente: INE

Proceso: Unidad de Condiciones de Vida

ANEXO 6

Resuelto del Ministerio de Sanidad (MSAS) que incluye contenidos sobre participación social y creación de las Juntas Socio-sanitarias y Socio- hospitalarias (1993) (FRAGMENTOS del Resuelto)

GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA
CXX – MES X No. 4.539
Caracas, viernes 12 de marzo de 1993

REPUBLICA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

RESUELTO

SECCION VII DE LA OFICINA COORDINADORA DE ATENCION PRIMARIA

ARTÍCULO126.- Es competencia de la Oficina Coordinadora de Atención Primaria de Salud, la planificación, coordinación organizacional, dirección y control de las actividades de atención primaria de salud en el país, mediante acciones de:

1. La integración y coordinación por sistema de actividades de Atención Primaria de Salud con los Subsistemas de Asistencia Social, Saneamiento Sanitario Ambiental, Asesoría Técnica y Científica con los otros Subsistemas y los sectores públicos y privados que tengan relación e inherencia con la salud.
2. Estimular, favorecer y proteger la participación de la población organizada a todos sus niveles, tanto en planificación, como en la ejecución y la evaluación de actividades al logro de la Atención Primaria de Salud estrategia y objetivo.
3. Patrocinar a la Junta Socio-Sanitaria en la orientación de las actividades vecinales y comunales que contribuyan gestionariamente al incremento de la calidad de vida, mediante su integración en los múltiples programas e instrumentos y la utilización de los recursos disponibles de los órdenes sanitarios, ambiental, social y socioeconómico.

ARTÍCULO 127.- El Director Nacional de Atención Primaria es responsable de la planificación y realización de las actividades de Atención Primaria de Salud, y, en tal sentido coordinará esfuerzos con la Fundación de Atención Primaria de Salud y demás entes públicos y privados que tengan relación con tal proceso.

SECCION I

DE LA DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD SOCIAL

ARTÍCULO 153.- Corresponde a la Dirección de Promoción de la Salud Social:

1. Promover los programas de integración de sistemas de Atención Primaria de la Salud Social.
2. Promover la estrategia de salud social sobre la base de la concentración con todos los sectores.
3. Promover la organización del trabajo social de Fundaciones, Sociedades Civiles o Asociaciones de Vecinos sin fines de lucro de la población organizada, de los voluntarios sociales de la salud comunitaria en general y los objetivos, actividades, tareas y metas propuestas, mediante los programas que se establezcan al efecto, así como la participación eficiente en su control y evaluación continua.
4. Promocionar en forma continua en coordinación con la oficina del Catastro Social de la Dirección de Catastro Nacional de Salud del Sistema de Asesoría Técnica y Científica conjuntamente con la Fundación de Atención Primaria de la Salud, cualquier otro programa que resulte conveniente al desarrollo integral de la población organizada a todos sus niveles: individuo, familia, vecindario y comunidad.
5. Coordinar y supervisar los resultados de instituciones y centros de educación especial y asistencia de coordinación con el sistema integrado de Atención Médica del Subsistema de Asesoría Técnica y Científica.
6. Coordinar con las instituciones públicas y privadas la asistencia social para personas impedidas o en estado minusvalía física o mental, mediante programas integrales especiales al efecto.

Parágrafo único: La Dirección de Promoción de la Salud Social, contará con las divisiones de programación para la organización de la población y la de educación para la salud social.

ARTÍCULO 154.- Corresponde a la División de Programación para la Organización de la población:

1. Promover la participación organizada de la población en la gestión económica y social.
2. Promover en coordinación con las comunidades, asociaciones de vecinos y entes del sector público y privado la propensión por propio esfuerzo para el mejoramiento económico y social dentro de las demarcaciones territoriales en el área demográfica de influencia de cada uno de los establecimientos de salud que le prestan servicio, igualmente demarcar los

distritos sanitarios siguiendo instrucciones técnicas de la coordinación de la Dirección de Catastro Nacional de Salud del Sistema de Asesoría Técnica y Científica e igualmente en coordinación con el subsistema integrado de Atención Médica y el Subsistema de Saneamiento Sanitario Ambiental.

3. Establecer en coordinación con la Dirección de Catastro Nacional de Salud del Sistema de Asesoría Técnica y Científica y la División de Estadística Socioeconómica del régimen de abordajes, seminarios y censos autogestionados mediante reglamentos, manuales e instructivos para la cooperación activa de las comunidades organizadas en el logro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.
4. Promover la organización y funcionamiento de la población en el área demarcada, así como la constitución, organización y supervisión de las juntas socio-sanitarias, en coordinación con los subsistemas: Integrado de Atención Médica, Asesoría Técnica y Científica y el de Saneamiento Sanitario Ambiental. Todo de conformidad con los artículos 3 y 19 del Reglamento Parcial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

SECCION II

DE LA DIRECCION DE ACTIVACION SOCIOECONOMICA DE LA POBLACION ORGANIZADA

ARTÍCULO 156.- La Dirección de Activación socioeconómica autogestionaria de la población organizada tendrá las competencias y atribuciones siguientes y contará con la estructura y organización que se establece:

1. Comprenderá la coordinación interinstitucional (SECTOR PUBLICO Y PRIVADO) en el control de la ejecución de planes, programas y proyectos destinados a promover la participación organizada a todos sus niveles: individuo, familia, vecindario y comunidad, de todo aquello que pretenda por su propio esfuerzo elevar el nivel socioeconómico de la población así como también lo que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida y del ambiente en que habita, con el fin de combatir los factores que causan pobreza extrema y la marginalidad, y coadyuvar a la promoción social de la salud y de la justicia social.
2. El apoyo político administrativo del sector público a las sociedades civiles sin fines de lucro, Federaciones y Confederaciones de la Pequeña y Mediana Empresa, Fundaciones de Planes Integrados de Desarrollo Estratégico de Activación Socioeconómica que promuevan respectivamente cooperativas, microempresas familiares, de artesanía y otros rubros de la Pequeña y Mediana Empresa para ser ejecutados en la población organizada a todos sus niveles y por otra parte la capacitación, adiestramiento y motivación psicosocial de la población organizada.
3. En coordinación con la Dirección de Catastro Nacional de Salud del Sistema de Asesoría Técnico y Científico, obtener la información estadística socioeconómica y sociocultural a fin de establecer el control de las tendencias de la situación socioeconómica-sanitaria cultural necesaria

en la evaluación y proposición de líneas de acción a los fines de orientar los planes, proyectos y programas de salud social.

4. Coordinar con otros Ministerios e Instituciones del Desarrollo Social el atacar los problemas más graves de la pobreza.
5. Para el cumplimiento de sus competencias de promoción esta Dirección de la Activación Socioeconómica autogestionaria de la Población Organizada contará con las Divisiones de: Coordinación Interinstitucional de Cooperativas micro, pequeña y mediana empresa; la de Estadística Socioeconómica y la de educación para la activación socioeconómica.

SECCION III DE LA DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOCULTURAL DE LA POBLACION ORGANIZADA

ARTÍCULO 161.- La Dirección de Desarrollo Sociocultural de la Población, organización estructural necesaria para rescatar de la marginalidad social a la población en pobreza crítica, comprenderá:

1. La Coordinación interinstitucional de planes, programas, proyectos para promover los procesos de participación gestión que elevan el nivel sociocultural de la población organizada, a fin de combatir los factores que causan la marginalidad por ignorancia y coadyuvar a la promoción de la justicia social generada por la salud social, como bienestar biopsicosocial.
2. La Coordinación con Ministerios, instituciones y otros entes públicos y privados del desarrollo social para prevenir y solucionar o controlar la problemática de la marginalidad de la pobreza crítica por el desconocimiento de los procesos para la superación.

SECCION VII DE LAS JUNTAS SOCIOHOSPITALARIAS

ARTÍCULO 214.- De conformidad con el artículo 17 del Reglamento Parcial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud “en cada establecimiento hospitalario y centros donde se agrupen especialistas y servicios del sector salud a los cuales concurra la población después de agotar los servicios de atención primaria, se constituirá una Junta Sociohospitalaria integrada por los siguientes miembros principales, con sus respectivos suplentes: El director del centro quien la presidirá, el administrador, el representante de la sociedad de médicos, el representante de la comisión técnica, el jefe de enfermería, el jefe de trabajo social, el representante de trabajadores designados por el sindicato que agrupe mayor número de afiliados, todos pertenecientes al personal regular del establecimiento, y los representantes por la población organizada.

En los hospitales que presten servicios de odontología, bioanálisis, farmacia y nutrición, se incorporará un representante por cada uno de ellos y la jefa de historias médicas.

ARTÍCULO 215.- La Junta Sociohospitalaria, de conformidad al artículo 18 del Reglamento Parcial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, tendrá las siguientes atribuciones y obligaciones:

1. Reunirse ordinariamente cada quince días y en forma extraordinaria, previa convocatoria del Director, cuando éste lo considere necesario o cuando así lo soliciten tres de sus integrantes.
2. Informar de sus actuaciones, conclusiones, proposiciones y recomendaciones a la Junta Regional de Atención Médica de la región respectiva.
3. Supervisar y dirigir las actividades administrativas del hospital y practicar la auditoría operativa que tendrá por objetivo: la teneduría de libros, el control de bienes e inventario, la contabilidad fiscal y administración de recursos humanos.
4. Redactar su reglamento interno.

ARTÍCULO 216.- Corresponde a la Junta Sociohospitalaria en lo referente a la supervisión y dirección de las actividades administrativas en el ámbito de su institución:

1. Supervisar la programación de reparación y mantenimiento tanto de la infraestructura de la institución como de los equipos.
2. Velar por cumplimiento de la normativa reglamentaria y procedimental relativa a los programas de actividad de los diferentes servicios de la institución.
3. Realizar la evaluación y el seguimiento de programas prioritarios de salud en el ámbito hospitalario. A los efectos del control y la evaluación continua: implementar Sala de Eficiencia por sistema en las Fundaciones y actividades hospitalarias a través de las normas del Catastro Nacional de Salud.
4. Nombrar sus representantes por ante el comité de compras y supervisar sus actuaciones, el cual tendrá que informar todo lo concerniente a la Junta.
5. Formar parte de los comités de alimentación, nutrición, comedor, etc. y supervisar sus actuaciones.
6. Supervisar los precios de compras y la recepción, utilización y distribución de los insumos medico-quirúrgicos y productos medicamentosos destinados al hospital y controlar el uso de ellos.
7. Supervisar, controlar y evaluar la Oficina Recuperadora de Costos sin fines de lucro del centro hospitalario.
8. Promover y supervisar el funcionamiento de las reglas de información de los datos de cada servicio hospitalario requerido por el Sistema de Información Gerencial y Catastro Regional de Salud.
9. Conocer, considerar y recomendar a la Junta de Administración del Subsistema integrado de Atención Médica, proyectos de gastos y el presupuesto anual del hospital.
10. Promover y supervisar el funcionamiento de Juntas Socio-Sanitarias y de las Fundaciones Pro-Salud internas o externas, enmarcadas en el ámbito poblacional del hospital.

11. Promover acciones para concientizar a la comunidad en la importancia de su participación al logro y mejoramiento de los servicios de los hospitales.
12. En los hospitales III y IV integrar a las actividades al jefe del Distrito Sanitario y a los representantes de la Alcaldía.

ARTÍCULO 217.- En el área de la Administración de Recursos Humanos, cuando un servicio o departamento alcanzare los promedios de eficacia y eficiencia en funcionamiento, la Junta Sociohospitalaria, para auspiciar la idoneidad del personal hospitalario deberá:

1. Promover la “Capacitación en Servicio” de funcionarios del área afectada.
2. Supervisar el proceso de formación de funcionarios involucrados.
3. Evaluar las capacidades, habilidades y destrezas adquiridas para desempeñar los cargos requeridos, conforme con el artículo 150 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 218.- Los miembros de la Junta Sociohospitalaria serán propuestos por el Director del Hospital y designados por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social a través del Presidente de la Junta Regional de Atención Médica, órgano de Junta de Administración del Subsistema Integrado de Atención Médica.

SECCION VIII DE LA JUNTA SOCIO SANITARIA

ARTÍCULO 219.- La Junta Socio Sanitaria estará conformada y tendrá las competencias establecidas en los artículos 3, 18, 19 y 20 del Reglamento Parcial de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

ARTÍCULO 220.- Corresponderá a la Junta Socio Sanitaria para el cumplimiento de las competencias establecidas en el artículo anterior:

1. Participar e implementar en coordinación con el Director del Ambulatorio quien preside dicha junta todas las actividades de Atención Primaria de Salud: Sanitarias, Sociales, Ambientales y de Activación Socioeconómica, siguiendo las directrices e instrucciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y de las Direcciones competentes.
2. Supervisar y evaluar continuamente las funciones y actividades de los Comités Socio Sanitarios de la Jurisdicción de su Ambulatorio.
3. Las demás instrucciones dictadas por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social.

ARTÍCULO 221.- Los miembros de la Junta Socio Sanitaria durarán un (1) año en sus funciones y podrán ser reelectos en sus áreas o sectores respectivos por los organismos de la Sociedad Civil Organizada, como se establece en el artículo 3 del Reglamento Parcial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

ARTÍCULO 222.- La Junta Socio Sanitaria será encargada de orientar y dirigir las actividades comunales, vecinales, que coadyuven al incremento de la calidad de

vida, mediante la Atención Primaria de Salud, el mejoramiento progresivo sanitario, socio-económico y socio-cultural, factibles con la integración de los múltiples programas, instrumentos y la utilización de los recursos disponibles siguientes:

1. En el Orden Sanitario, Programa Preventivo: Educación para la Salud, Inundaciones, Atención Materno Infantil, Mejoramiento Nutricional, Prevención y lucha contra Enfermedades Endémicas; Programas Curativos: diagnóstico y tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes, suministro de medicamentos, salud mental, salud oral, rehabilitación y otros conceptos.
2. En el Orden Ambiental: Programas de Abastecimiento de Agua Potable, disposición de excretas, lucha contra vectores de enfermedades metaxénicas, de vivienda rural y urbana, prevención de contaminaciones ambientales, y otros conceptos.
3. En el Orden Social: Programas de organización de la comunidad, educación de la comunidad, planificación familiar, medicina legal, lucha contra el tabaco, accidentes, alcohol, drogas, medicina, prostitución, sida, delincuencia y otros.
4. En el Orden socioeconómico: Dentro del Plan Integrado de Desarrollo Estratégico Nacional, Regional, Municipal, en coordinación con Ministerios y otras instituciones y organismos públicos o privados, otorgará apoyo político administrativo necesario y suficiente para el desarrollo de los planes de Activación Socioeconómica de la Población Organizada que promuevan cooperativas, micro unidades de producción o servicios, micro empresas familiares, de artesanía y otros a nivel de la pequeña y mediana empresa y su desarrollo estructural y funcional, de los siguientes instrumentos: ferias de cooperación y consumo familiar, sociedad de conservación, mantenimiento, reconversión, sociedades de garantías recíprocas, redes integradas de producción a consumo, círculos de comercialización, cooperativas, sociedades de cooperación y desarrollo, banco de datos y conceptos, tutorías financieras, adiestramiento y capacitación a todos niveles.

ARTÍCULO 223.- Todas estas actividades constituidas simultáneamente, la demanda organizada de la población y su propia capacidad de satisfacción, complementadas en la sociedad civil, pero dirigidas por la acción del poder público nacional, regional y municipal.

**REGLAMENTO INTERNO PARCIAL DE LA
LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
Gaceta Oficial de la República de Venezuela No. 34.100,
de fecha 24 de noviembre de 1983**

ARTÍCULO 3.- A los fines del Sistema Nacional de Salud y de su Organización Regional, la población se organizará sobre superficie territorialmente delimitada por el área servida de la instalación socio sanitaria respectiva, demográficamente censada y estructura funcionalmente en doce sectores: 1) Social, que comprende sus niveles individual, familiar, vecinal, distrital, sanitario y regional; 2) Educación; 3) Promocional; 4) De Planificación y Evaluación de sus Actividades; 5) De Control y Seguimiento en la toma de sus decisiones; 6) Normativo; 7) Administrativo; 8) Económico y financiero; 9) Cooperativas, Micro empresas y medianas empresas de los servicios, comercios, producción y turismo; 10) Infraestructura y Mantenimiento; 11) Ecología y Conservación; 12) Salud. La población así organizada se constituirá en fundaciones, asociaciones o sociedades civiles sin fines de lucro y en su Consejo Directivo estarán representados por los titulares y sus suplentes de los doce sectores citados.

ARTÍCULO 18.- En cada establecimiento Ambulatorio de Atención Primaria se consultará una Junta Socio Sanitaria, integrada por el Equipo de Salud del Ambulatorio que incluye los niveles profesionales, técnicos de apoyo del establecimiento y los representantes de los doce sectores a los que se refiere el artículo tercero. El Director de Ambulatorio presidirá dicha Junta.

ARTÍCULO 19.- La Junta Socio Sanitaria participará activamente en el estudio y solución de los problemas socio sanitarios, administrativos y técnicos relacionados e inherentes al funcionamiento del Ambulatorio.

ARTÍCULO 20.- La Junta Socio Sanitaria coadyuvará en forma permanente y progresiva en las actividades de comunicación, demarcación, censos, organización, estímulo socioeconómico y consolidación de la población en todos sus niveles y en sus funciones y actividades sectoriales.

ANEXO 7

Decretos de la Gobernación del Distrito Federal sobre Juntas Socio-sanitarias y Socio- hospitalarias (1997)

GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA
DEPOSITO LEGAL p p 76-0002
AÑO CXXIV – MES X No. 36.252
Caracas, lunes 2 de julio de 1997

REPUBLICA DE VENEZUELA
GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
DESPACHO DEL GOBERNADOR

DECRETO No. 080

ABDON VIVAS TERAN
GOBERNADOR DEL DISTRITO FEDERAL

En ejercicio de las atribuciones legales conferidas en los artículos 14 y 15, numeral 17 de la Ley Orgánica del Distrito Federal y según lo previsto en el artículo 5° de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

CONSIDERANDO

Que para mejorar la calidad y el desempeño de los servicios de atención integral de los Centros Asistenciales Ambulatorios dependientes del Gobierno del Distrito Federal, es necesaria la participación activa de los Entes Oficiales y la Comunidad Organizada en la planificación, evaluación y ejecución de las actividades que se prestan en dichos establecimientos.

CONSIDERANDO

Que la optimización de la calidad en el desempeño de los servicios de salud será la consecuencia de la racionalización de los recursos materiales, financieros y humanos, en base al sentido de pertenencia con miras al proceso de democratización de la gestión en salud.

DECRETA:

ARTICULO 1°.- En cada Centro Asistencial Ambulatorio dependiente del Gobierno del Distrito Federal se constituirá una JUNTA SOCIO-SANITARIA integrada por los siguientes miembros: El Coordinador del Centro Ambulatorio, un (1) Representante de los Trabajadores Obreros adscritos al Centro Ambulatorio y dos (2) Representantes de las Comunidades Organizadas.

ARTICULO 2°.- La Junta Socio-Sanitaria tendrá las siguientes atribuciones:

1. Nombrar un Presidente, escogido dentro de su seno.
2. Establecer reuniones ordinarias cada quince (15) días y, en forma extraordinaria a solicitud de alguno de sus integrantes o del Presidente.
3. Informar de sus actuaciones al Coordinador de Ambulatorios del Distrito Sanitario respectivo.
4. Redactar su Reglamento Interno.

ARTICULO 3°.- Corresponde a la Junta Socio-Sanitaria la supervisión de la ejecución de los programas dentro del ámbito de su competencia, y para tal fin deberá desarrollar las siguientes actividades:

1. Incentivar la participación de la comunidad a través del trabajo voluntario o mediante la contratación de micro-empresas que se encarguen del mantenimiento y reparaciones de la infraestructura del Centro Ambulatorio.
2. Velar por el cumplimiento de la normativa reglamentaria y procedimental relativa a los programas y actividades que se desarrollan en el Centro Ambulatorio
3. Realizar la evaluación y seguimiento de los programas prioritarios de salud.
4. Supervisar las actuaciones del fondo de recuperación del Centro, controlar el uso y destino de los mismos.
5. Actuar en el comité de compras y determinar las prioridades, supervisar la recepción, utilización y distribución de los insumos adquiridos.
6. Fomentar el diseño de nuevos modelos de financiamiento en el Centro.
7. Planificar el presupuesto anual del Centro Ambulatorio.
8. Promover acciones para concienciar a la comunidad y a los trabajadores asistenciales de la importancia de su participación para el logro del mejoramiento de los servicios de salud.

ARTICULO 4°.- Los integrantes de la Junta Socio-Sanitaria serán electos de la siguiente manera:

- a) Los miembros de la Junta Socio-Sanitaria serán electos mediante asamblea interna a excepción del Coordinador.
- b) Los representantes de las Comunidades Organizadas o Asociaciones, (Iglesia, Cámara de Industria y Comercio, Comunidades Educativas, Fundaciones Culturales, Juntas de Vecinos, Comités de Salud,

Organizaciones Filantrópicas, etc.), serán electos mediante asambleas convocadas por las Comunidades Organizadas que realizan actividades en el área de salud, ubicadas dentro de la jurisdicción del área de influencia del Centro Ambulatorio.

Dado, firmado y sellado en el Palacio de Gobernación, a los Quince días del mes de julio de mil novecientos noventa y siete. Años 187° de la Independencia y 138° de la Federación.

Comuníquese y Publíquese,

ABDON VIVAS TERAN

Gobernador del Distrito Federal. Refrendado, **MANUEL MARTINEZ FIGUERA** Secretario de Gobierno

REPUBLICA DE VENEZUELA
GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
DESPACHO DEL GOBERNADOR

DECRETO No. **081**

ABDON VIVAS TERAN
GOBERNADOR DEL DISTRITO FEDERAL

En ejercicio de las atribuciones legales conferidas en los artículos 14 y 15, numeral 17 de la Ley Orgánica del Distrito Federal y según lo previsto en el artículo 5° de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

CONSIDERANDO

Que para mejorar la calidad y el desempeño de los servicios de atención integral en los Centros Asistenciales Ambulatorios dependientes del Gobierno del Distrito Federal, es necesaria la participación activa de los Entes Oficiales y la Comunidad Organizada en la planificación, evaluación, ejecución de las actividades que se prestan en dichos establecimientos.

CONSIDERANDO

Que la optimización de la calidad en el desempeño de los servicios de salud será la consecuencia de la racionalización de los recursos materiales, financieros y humanos, en base al sentido de pertenencia con miras al proceso de democratización de la gestión de salud.

Decreta:

ARTICULO 1°.- En cada Hospital dependiente del Gobierno del Distrito Federal se constituirá una JUNTA SOCIO-HOSPITALARIA integrada por los siguientes

miembros: El Director del Hospital, el Administrador del Hospital, un (1) Representante Intergremial, un (1) Representante de los Empleados y un (1) Representante de los Obreros ambos afiliados al Sindicato de agrupe la mayoría de los trabajadores según se trate, y tres (3) Representantes de las Comunidades Organizadas.

ARTICULO 2°.- La Junta Socio-Hospitalaria tendrá las siguientes atribuciones:

1. Designar un Coordinador escogido dentro de su seno.
2. Celebrar reuniones ordinarias cada quince (15) días y en forma extraordinaria por convocatoria del Coordinador, cuando éste lo considere necesario o cuando así lo soliciten tres (3) de sus integrantes.
3. Supervisar las actividades administrativas del Hospital y, en caso de ser necesario practicar auditorías operativas que tendrán por objeto examinar el control de bienes o inventarios, la contabilidad fiscal y la administración de recursos humanos.
4. Redactar su Reglamento Interno.

ARTICULO 3°.- Corresponde a la Junta Socio-Hospitalaria todo lo referente a la supervisión de las actuaciones administrativas, para lo cual deberá realizar las siguientes actividades:

1. Supervisar la programación de reparación y mantenimiento de la infraestructura y de los equipos asignados al Hospital.
2. Velar por el cumplimiento de la normativa reglamentaria y procedimental de los programas y actividades de los diferentes servicios del Hospital.
3. Realizar la evaluación y seguimiento de los programas prioritarios de salud en el ámbito del establecimiento.
4. Nombrar un representante ante el comité de compras para supervisar sus actuaciones, quien deberá informar a la Junta Socio-Hospitalaria sobre el particular.
5. Supervisar las actividades de los comité de alimentación, nutrición, etc.
6. Supervisar los precios de compra, la recepción, utilización y distribución de los insumos médicos, quirúrgicos y productos medicamentosos destinados al establecimiento, e igualmente controlar el uso y destino de los mismos.
7. Supervisar, controlar y evaluar la oficina de recuperación de costos, si es necesario fomentar el diseño de nuevos modelos de financiamiento.
8. Planificar el presupuesto anual del Hospital.
9. Promover acciones para concientizar a la comunidad y a los trabajadores asistenciales de la importancia de su participación para el logro del mejoramiento de los servicios que se prestan en el establecimiento.
10. En los Hospitales Tipo III y IV integrar a sus actividades al Jefe del Distrito Sanitario.

ARTICULO 4°.- Los integrantes de la Junta Socio-Hospitalaria serán electos de la forma siguiente:

- a) Los miembros de la Junta Socio-Hospitalaria no integrantes de la Directiva del Hospital serán electos mediante asamblea interna realizada por cada gremio o sindicato al cual pertenezca.
- b) Los representantes de las comunidades organizadas o asociaciones (Iglesia, Cámara de Industria y Comercio, Comunidades Educativas, Fundaciones Culturales, Juntas de Vecinos, Comités de Salud, Organizaciones Filantrópicas, etc.), serán electos mediante asambleas realizadas por las comunidades organizadas que realizan actividades en el área de salud y se encuentran ubicadas dentro del área de influencia del Hospital.

Dado, firmado y sellado en el Palacio de Gobernación, a los Quince días del mes de julio de mil novecientos noventa y siete. Años 187° de la Independencia y 138° de la Federación.

Comuníquese y Publíquese,

ABDON VIVAS TERAN

Gobernador del Distrito Federal. Refrendado, **MANUEL MARTINEZ FIGUERA** Secretario de Gobierno.

ANEXO 8

Conclusiones y Recomendaciones de los Encuentros Regionales preparatorios del Encuentro Nacional "Salud, Participación Popular y Constituyente" en Pozo de Rosas, 1999

Durante los meses de mayo, junio y julio de 1999 se efectuaron Encuentros Regionales en Caracas, Valencia, Barcelona, Mérida, Barquisimeto, Puerto La Cruz y Maturín, con la asistencia de más de mil personas representantes de las comunidades, instituciones y organismos de la sociedad civil, que debatieron los temas de la "Salud, Seguridad Social y Constituyente", denominación que se dio a estos encuentros.

El evento que hoy instala el Presidente de la República no es sino la culminación de una primera etapa. Durante estos tres días de reflexión y elaboración de propuestas, que serán llevadas a consideración de la Asamblea Nacional Constituyente, se definen los nuevos pasos para coordinar acciones regionales y nacionales **hacia la construcción del poder sanitario de las comunidades organizadas**

La aspiración y objetivo del evento es lograr que la salud, la seguridad social y la participación comunitaria sean consagradas como derechos para todos los venezolanos en la nueva Constitución.

Los principales **acuerdos, resoluciones y recomendaciones** de los Encuentros Regionales y reuniones preparatorias fueron:

1.- **Sobre el concepto de salud que aspiramos:** salud no es sólo ausencia de enfermedad, es el completo estado de bienestar físico, mental y social; pero además debe asumirse como un proceso: el proceso salud, enfermedad, y como un hecho histórico, político y cultural. En consecuencia, también incorpora y reconoce el saber popular, la medicina natural y las medicinas tradicionales.

Se trata de democratizar el saber

2.- **Sobre el Sistema de Salud que queremos:** El sistema de salud que queremos debe ser universal, gratuito, que obedezca al principio de solidaridad: cada quien recibe atención según sus necesidades y colabora de acuerdo a sus posibilidades; no discriminatorio, que se establezca un sistema de seguridad social para todos los venezolanos, que no separe a la población en asegurados y no asegurados; preventivo, comunitario y ambulatorio, no sólo en el discurso oficial, sino en los hechos; un sistema único con un fondo único, y una sola rectoría que recaiga en el "Ministerio de Salud". Debe ser democrático, eficaz, eficiente y de calidad. Debe ser descentralizado pero democratizado, es decir que llegue al Municipio, a la Parroquia y baje hasta la comunidad para que ejerza ésta el poder contralor. Debe establecerse el control comunitario de la gestión pública.

Se trata de democratizar la salud

3.- Sobre el financiamiento: El movimiento comunitario venezolano se pronuncia por un rotundo no a la privatización de la salud; por la regulación estatal del sector privado de la salud; contra la mercantilización de la salud; exige al Ministerio de Sanidad, como órgano rector, la inmediata prohibición por vía de decreto, del cobro directo a la población en todos los centros asistenciales públicos del salud del país. El financiamiento del sector salud debe ser fundamentalmente fiscal y contributivo. Debe ser solidario y equitativo. Exigimos un presupuesto justo para el sector salud, no menor del 10% del PIB... pero bajo control comunitario, con rendición pública de cuentas.

Se trata de democratizar el poder administrativo.

4.- Sobre la crisis ética del Sector Salud: El movimiento sanitario comunitario del país le solicita al Presidente de la República declarar la guerra a muerte a la corrupción en el sector salud. Que los delitos cometidos contra los enfermos, el cobro de comisiones en compras y contratos, el robo permanente de nuestros hospitales y ambulatorios, el sindicalismo que pone en peligro la vida de nuestra gente, el incumplimiento inmoral de horarios y responsabilidades, sean declarados delitos con penas ejemplarizantes. Ya basta de delitos sin delincuentes; ¡a la cárcel los "perros de la salud! Que se declare en emergencia el sector. Por el comportamiento ético exigible al trabajador de la salud. Por la humanización de la atención médica. No al maltrato del paciente.

Se trata del rescate ético del Sector Salud.

5.- Sobre la Política de Recursos Humanos: Exigimos el saneamiento de las nóminas; que se jubile al personal que cumple con los requisitos y se le cancelen sus prestaciones. Que se suspenda a reposeros, cabalgantes de horario y personal innecesario. Que se pague un salario justo y digno a los trabajadores que sí trabajan, pero a quienes incumplen que se les exija y sancione por lo sagrado de su responsabilidad. La vida misma es lo que está en juego en sus manos. Mayor salario a quien más trabaje, pero que se le rebaje el sueldo a quien no cumpla. Que se otorguen los cargos por méritos. Ya basta de clientelismo y ascensos por acción de la politiquería y el partidismo.

Que los cargos directivos sean asignados por concurso público y de acuerdo a un perfil profesional. Que rindan cuenta pública de sus funciones; que la comunidad conozca el presupuesto que se maneja, cómo lo gastan, a qué precios compran, qué contratos realizan, qué planes proponen; que se establezca la revocatoria popular de los cargos directivos para quien no cumpla con sus responsabilidades.

6.- Sobre la Participación Comunitaria en Salud: Estamos convencidos de votar, pero queremos elegir, queremos decidir, que el pueblo participe en la

toma de decisiones, a todos los niveles: en la planificación, en la ejecución, en la gestión, en la supervisión y control.

Es necesario y urgente un plan de capacitación técnica para las comunidades. Sin información y capacitación no hay participación. La participación comunitaria con frecuencia ha sido engaño y manipulación.

Vamos hacia el rescate de lo público por la sociedad civil. Por el control comunitario de la gestión. Contraloría Social de los centros de salud. Vamos hacia la construcción del poder sanitario; que se unan y coordinen en cada localidad, ambulatorio y escuela, la iglesia, los grupos culturales y deportivos, y todos los sectores de la sociedad civil involucrados en la defensa de la salud, que es la defensa de la vida. **Refundar la República, es Democratizar la Democracia. Construyamos juntos el PODER POPULAR EN SALUD**, como lo dice el editorial del Correo del Presidente (30.08.99) ..."El propósito es generar una red organizada y consciente que sea capaz de sustentar el nuevo poder que está naciendo."

Caracas, agosto 1999

ANEXO 9

Decreto de la Gobernación del Estado Sucre sobre los “Gobiernos de Salud” (2003)

GACETA OFICIAL DEL ESTADO SUCRE

Nº 4942

**DR. RAMÓN MARTÍNEZ ABDENUR
GOBERNADOR DEL ESTADO SUCRE**

En uso de las atribuciones legales que me confiere el numeral 1º del Artículo 117 de la Constitución del Estado Sucre, los numerales 1, 3, 4 y 12 del Artículo 14 de la Ley de Régimen Político y Administrativo del Estado Sucre, lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley de Salud del Estado Sucre, y en ejecución a lo contemplado en el Artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

CONSIDERANDO

Que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra el principio de corresponsabilidad que debe existir entre la sociedad y el Estado, el cual concreta la relación de los derechos y deberes entre los sujetos que intervienen en la formación de una sociedad más participativa, democrática, autogestionaria y protagónica.

CONSIDERANDO

Que la participación ciudadana está ligada a la concepción de la intervención de los miembros de la sociedad en la toma de decisiones relevantes para la solución de sus problemas y del ámbito en que se desarrollan como individuos.

CONSIDERANDO

Que para garantizar el derecho a la salud nuestra Carta Magna promueve la participación de la comunidad organizada en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de las políticas, planes, programas y recursos con el objetivo de lograr el control comunitario de la gestión pública del sector salud.

DECRETO

Artículo 1º.- Constitúyanse los comités “Gobiernos de la Salud”, que funcionará en las redes ambulatorias y hospitales del estado Sucre, cuyo objetivo primordial será el de vigilar y garantizar la observancia de los procedimientos administrativos en la ejecución de los planes, proyectos y programas destinados al sector salud así como la racionalización y optimización de los recursos materiales,

financieros y humanos destinados a la calidad de los servicios de salud prestados por la institución.

Artículo 2°.- Los comités “Gobiernos de la Salud”, estarán conformados, en proporción paritaria con los integrantes del Equipo Institucional de Salud, por representantes comunitarios que integren las Organizaciones Comunitarias de Salud (OCS), electos según su reglamento por votación directa y secreta.

Artículo 3°.- Los comités “Gobiernos de la Salud”, tendrán las siguientes atribuciones

1. Formulación, ejecución y evaluación de proyectos de salud y saneamiento ambiental.
2. Análisis de la situación social y de la salud de los habitantes de su área de influencia.
3. Participación en las compras, suministros, distribución y consumo de los insumos de los servicios y saneamiento.
4. Planificación y organización de servicios de salud.
5. Implementación de programas de capacitación.
6. Mantenimiento y conservación de infraestructura y equipos.
7. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario.
8. Presentación de informe trimestral de su funcionamiento ante el ente gubernamental, y anualmente, ante la población objeto de su área de influencia.
9. Redacción de su reglamento interno.

Artículo 4°.- El Secretario general de Gobierno y el Presidente de FUNDASALUD quedan encargados de la ejecución del presente decreto.

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Dado, firmado, sellado y refrendado en la sede del Poder Ejecutivo del estado Sucre, en Cumaná, a los veintiséis días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003). Años 193° de la Independencia y 144° de la Federación,

DR. RAMÓN MARTÍNEZ ABDENUR

Refrendado,
El Secretario General de Gobierno

PROF. LUIS BRAVO PEÑA

Refrendado, El Director de Planificación y Presupuesto TSU ANTONIO
ESPINOZA

ANEXO 10

Carta de los Comités de Salud (chavistas) de Carora al Presidente Chávez, denunciando la agresión de que han sido objeto por parte de la Dirección de Salud del Estado Lara (chavistas) (2003)

CARORA, abril de 2003

AL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

COMANDANTE HUGO CHÁVEZ FRIAS

AL CIUDADANO GOBENADOR DEL ESTADO LARA

CORONEL LUIS REYES REYES

A LA MINISTRA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

DOCTORA MARÍA URBANEJA

AL PUEBLO DE VENEZUELA

EN ESPECIAL AL PUEBLO DEL MUNICIPIO TORRES

Nosotros los abajo firmantes, convencidos del deber que tiene el pueblo de participar en los asuntos públicos, por ser este un derecho conquistado a base de esfuerzo, luchas y sacrificios durante más de 10 años y creyentes todos, de que la Patria democrática, pluralista, justa y solidaria se construye con el trabajo, el valor y la convicción que tengamos las comunidades para hacer valer nuestros derechos, **el día miércoles dos de abril**, representantes de los Comités de Salud de los Ambulatorios rurales y urbanos del Municipio Torres reunidos en el Consejo Rector Municipal de Salud, tomamos las instalaciones administrativas del Municipio Sanitario No. 2 ubicadas en el área de Consulta Externa del Hospital

Pastor Oropeza de Carora en protesta por la actitud ciega y sorda asumida por la Dra. Elizabeth Valecillos, Directora Regional de Salud quien desde que obtuvo el cargo se ha negado a oír y conversar con quienes participamos en esta instancia de participación ciudadana, sobre los logros, aciertos, fallas y deficiencias que presentan los programas de salud y nuestros centros asistenciales y además por la suspensión del cargo del Dr. Carlos Miguel Álvarez, quien hasta el momento de esta arbitraria suspensión había logrado compartir con las organizaciones comunitarias el reto de poner en práctica la democratización del poder y el control de su gestión como funcionario público.

Para mediar en el conflicto se presenta el Dr. Rafael Méndez, director del Hospital Pastor Oropeza, quien logra comunicarse con la Dra. Valecillos y le solicita por petición de los dirigentes comunitarios su presencia en Carora para conversar y llegar acuerdos. El día jueves hace presencia el Dr. Domingo Montes de Oca, Defensor del Pueblo del estado Lara, acompañado de la Dra. Maigualida, adjunta a la Directora de Salud, el director de Salud Poblacional de la región y la nueva encargada del Municipio Sanitario. Se hicieron presentes también en esta reunión representantes de la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Legislativo Regional. En la misma, los representantes comunitarios entregamos un oficio que expresa las solicitudes y necesidades más urgentes para que nuestros ambulatorios puedan prestar un servicio más adecuado a las necesidades de nuestras comunidades, llegándose al acuerdo entre las partes de dar un plazo hasta el jueves 10 para presentar respuesta. Los Comités de Salud nos reuniríamos el viernes 4 en asamblea para decidir si continuábamos el conflicto o se suspendía el mismo. El viernes en Asamblea con la presencia de 27 de las 41 organizaciones activas, acordamos continuar hasta la fecha convenida pues era la única garantía de obtener adecuada respuesta. También se nos solicitó no obstaculizar la entrega de vacunas y de medicinas para los ambulatorios, así como la elaboración de la nómina de los empleados. Acordamos en esta asamblea del viernes que aunque las instalaciones permanecerían cerradas, no seríamos obstáculo para ninguna de estas solicitudes, de hecho el día anterior se habían sacado vacunas, las medicinas no se encontraban en esas instalaciones y los empleados que elaboran las nóminas podían entrar cuando fuese necesario. Se ratificaba además la solicitud de no remoción del Dr. Carlos Miguel Álvarez, pero que nos mantendríamos en Asamblea permanente hasta el jueves para continuar evaluando y discutiendo los acontecimientos y avances del conflicto.

Los siguientes días de la toma pasaron sin novedad con la negativa de los empleados de subir a buscar las vacunas o elaborar las nóminas y las permanentes amenazas de represión por parte de las autoridades.

El martes 8, seis días de iniciado el conflicto, durante las horas de la noche son cerradas con llave por primera vez, las puertas que dan acceso al piso de las oficinas administrativas; cuando los miembros de los comités de salud van a cambiar la guardia se encuentran con la puerta cerrada y al tratar de abrirla se rompe el vidrio superior de la misma, al revisar nos damos cuenta que los tornillos que aprietan las láminas de metal que sostienen los vidrios habían sido sustraídos,

por tanto el vidrio quedó suelto y al menor forcejeo cayó y se rompió. Este hecho valió para que el director del Hospital, Dr. Rafael Méndez, que se encontraba en sus oficinas acusara de manera furibunda a los dirigentes comunitarios presentes en ese momento (6 hombres y 2 mujeres) de estar violentando las instalaciones del hospital, de ejercer la fuerza bruta y de querer acabar con los bienes públicos. Conscientes de las consecuencias que este hecho acarrearía, llamamos a la Lic. Myriam Giménez de G., conocida luchadora social de muchos años, fundadora con otros luchadores sociales de los primeros comités de salud que se formaron en el Municipio hace 10 años atrás y que nos viene apoyando en esta lucha por ser la representante de la Alcaldía ante el Consejo Rector de Salud en su condición de Directora de Desarrollo Social, para que fuese mediadora y testigo de los hechos. A los pocos momentos se encontraban en el Hospital grupos políticos que jamás hemos visto trabajando por los problemas de salud del Municipio fundamentalmente del PPT y V República, un grupo de jóvenes de la Urb. Jacinto Lara e inmediatamente con estupor vimos la llegada de la Guardia Nacional y una patrulla de la Policía de Carora. Nos consta de las conversaciones de la Lic. Myriam Giménez con el director del hospital y el Capitán de la Guardia Nacional para que se respetaran los acuerdos del Acta firmada con el Defensor del Pueblo ante nuestra negativa de desalojar las instalaciones del Municipio Sanitario. Vía telefónica nos comunicamos con el Dr. Domingo Montes de Oca quien nos dijo que estábamos en nuestro legítimo derecho de permanecer en las instalaciones producto de los acuerdos del acta, pero cual es nuestra sorpresa cuando los guardias nacionales y la policía se colocan sus chalecos antibalas, se cargan con bombas lacrimógenas, máscaras antimotines y con el director del hospital al frente nos amenazan con sacarnos por la fuerza si no entregamos las instalaciones. En ese momento contamos alrededor de diez o doce efectivos en actitud amenazante y dispuestos a agredirnos físicamente; ya la agresión psíquica y moral estaba consumada al presentarse tanto el director del hospital como la fuerza policial en actitud de gorilas amenazantes como si fuésemos unos delincuentes agresivos y violentos. El horror de los horrores y mayor fue nuestro asombro cuando ya dispuestos a entregar las instalaciones se presentan ocho o nueve, no pudimos contarlas bien, patrullas tipo toyota de la Policía de Barquisimeto repletas de efectivos policiales (mínimo cuarenta o cincuenta policías sino más) con pasamontañas, chalecos antibalas, máscaras antimotines, etc. Sólo podemos comentar con mucha tristeza que ni en los momentos de más altos índices de delincuencia habíamos visto tal despliegue policial en nuestra ciudad. Todos los accesos y salidas del hospital fueron tomados por la Guardia Nacional en actitud provocadora. Nosotros sólo éramos 8 dirigentes comunitarios, unos de la zona rural y otros de Carora. Ante tanta fuerza bruta no quedaba más remedio que entregar. La entrega de las instalaciones se hizo con la presencia del Dr. Méndez, el Capitán de la Guardia Nacional y un oficial de la Policía, quedando como constancia un acta firmada donde se recoge la entrega de las instalaciones en perfecto estado. Es de hacer notar que a la Lic. Myriam Giménez se le impidió el paso en el momento de la entrega y en la reunión realizada en la dirección del hospital cuando se elaboró el acta. Todo esto sucedió en horas de la noche, lo cual repudiamos y denunciemos como una violación a nuestros derechos civiles,

políticos y sociales consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Tal como lo presentíamos, el día jueves 10 de abril, día pautado para recibir respuestas a nuestras solicitudes no se presentan a la Asamblea ni las autoridades de Barquisimeto, ni el Defensor del Pueblo. Después de hora y media de espera se aparece el Director del Hospital, Dr. Rafael Méndez, ya informados con anterioridad de que había sido nombrado también jefe del Municipio Sanitario No. 2, acompañado de la Dra. nombrada, como su adjunta. Desde tempranas horas la policía de Carora nuevamente rondaba por la puerta principal del hospital. La reunión comenzó a las 11:00 a.m. aproximadamente hasta las 4:30 p.m. tiempo durante el cual la policía se paseaba por el pasillo del primer piso, sitio donde se efectuaba la reunión, llegándose al colmo de penetrar en forma intempestiva al sitio de la reunión cuando creíamos casi finalizada la misma.

Nuevamente los dirigentes comunitarios sentíamos la agresión y la represión que se quiere practicar, como método para amedrentar y asustar a quienes tenemos como único delito el querer ejercer nuestro rol protagónico con el fin de cumplir con un deber de ciudadanía y un derecho constitucional. De esta reunión solo teníamos claro el compromiso de otra reunión de trabajo para que el Dr. Méndez conociera qué es y cómo funciona el Consejo Rector. Saliendo de la reunión nos mandó a avisar que la misma se suspendía hasta nuevo aviso.

Algunas consideraciones que debemos hacer:

- Nosotros, los dirigentes vecinales participantes de este conflicto nos negamos rotundamente a que se nos involucre en una diatriba de intereses político partidistas. Nuestra lucha es netamente comunitaria para que se nos reconozca un espacio de participación ganado con creatividad y esfuerzo propio y en el que todos los dispuestos a trabajar por el derecho a la salud contemplado en los artículos 83 y 84 de la Constitución tienen cabida

- Este conflicto no le pertenece a ningún dirigente de partido político, tampoco permitiremos que se tome como bandera para desprestigiar al gobierno del Presidente Hugo Chávez Frías porque somos parte de este proceso revolucionario y sólo nos anima el reconocimiento a nuestro espacio de participación y la solución de los problemas que tienen nuestras comunidades.

- Exigimos sí, que en el escenario regional, cada funcionario asuma su responsabilidad y acepten el reto de poner en práctica los postulados de la Constitución, dándole la cara al pueblo, sin miedo, sin prejuicios, deponiendo actitudes fascistas y represivas y poniendo en práctica la democratización del poder, base fundamental para profundizar y consolidar esta revolución.

- Repudiamos la persecución y el desprestigio que se quiere hacer contra Fahospo y sus trabajadores, quienes también fueron víctimas del conflicto ya que sus oficinas administrativas permanecieron cerradas por encontrarse en las

mismas instalaciones. Se suma a esto la destitución de la TSU María Delfina Rojas como Coordinadora de Transporte, sin un razonamiento lógico que se pueda comprender y que según el Dr. Méndez no es discutible. Esta persecución nos recuerda la época del “Dispare primero y averigüe después”, muy propio de la cuarta república.

- Que no se siga especulando con la mentira, porque como lo dijo el presidente en una ocasión: “¡Que manera de torcer la verdad! ¡Qué manera de insultar nuestra inteligencia y nuestra capacidad de discernir, de nuestro derecho a considerar elementos de la verdad para fijar una posición!” Sin averiguar, sin pruebas se descalifica porque los agoreros quieren decidir por nosotros cuál es la verdad.

- Exigimos también el derecho a que todos los actores seamos escuchados en un clima de confianza, de paz, de tolerancia donde el reconocimiento de las experiencias y los aciertos del otro en tantos años de trabajo sea la guía para construir y de los errores y desaciertos aprender para edificar esta patria buena que tanto necesitamos echar adelante.

ANEXO 11

Propuesta de CONSALUD

a la Sub-Comisión Presidencial designada para elaborar el

PROYECTO DE LEY DE SALUD (2000)

A:

Comisión Presidencial que elabora el ante-proyecto de Ley de Salud de la

República Bolivariana de Venezuela

ASUNTO:

Presentación de la síntesis de las propuestas sobre participación comunitaria en salud que solicitamos sean incluidas en la nueva Ley de Salud. Estas propuestas son el producto parcial de los Foros-taller, denominados: "Consulta a la sociedad civil sobre Salud, Seguridad Social y Ciudadana", organizados por CONSALUD, realizados en diecisiete (17) ciudades de Venezuela, durante los meses de agosto, septiembre y octubre del presente año.

Caracas, noviembre 2000

SOBRE LA FUNDAMENTACIÓN

El nuevo marco jurídico, político y organizativo que vive Venezuela exige un inmenso esfuerzo para adecuar todos los sectores y áreas de la vida nacional a la construcción de un nuevo país, que sólo será posible con la participación de todos los venezolanos.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece con gran claridad la participación protagónica del pueblo en este proceso (artículos 62, 70, 71, 158, 166, 184, 185, entre otros). En particular, el Artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela reza en su párrafo final:

"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 en las instituciones públicas de salud". No queda ninguna duda sobre el poder constitucional que se asigna al pueblo, a la sociedad civil, a la comunidad organizada, en la transformación del país.

En esta perspectiva, afirmamos que la Participación Comunitaria es un problema de orden político, y en tal sentido referido al tema del poder. De lo que se trata es de un proceso de redistribución de poder que permita complementar la representatividad de la democracia con la participación activa, consciente y crítica del pueblo organizado en la democracia participativa que está planteado construir en el país. Se trata de sustituir el poder centralista, burocrático y representativo que había prevalecido por un poder popular democrático y participativo, ejercido directamente por el pueblo.

En una nueva Ley de Salud deben establecerse, en relación a la Participación Comunitaria, las definiciones y conceptos, los niveles e instancias de esta participación y los mecanismos para operativizarla, asuntos estos que luego deben contemplarse en detalle en un Reglamento específico de la Ley.

Sobre las definiciones

La **participación comunitaria en salud** debe referirse al derecho constitucional que tiene todo ciudadano, la comunidad organizada, el pueblo, de estar presentes de forma activa y con suficiente poder de decisión en todos los niveles e instancias de la gestión pública en salud y desarrollo social, en el ámbito local, regional y nacional. En este sentido, es necesario garantizar a la comunidad el derecho a participar en aquellas instancias donde se definan, ejecuten y evalúen las políticas de salud y la asignación de recursos, así como en las instancias más operativas que tengan que ver con la garantía de la calidad de los servicios, la selección y evaluación del personal de salud, el control de la administración, incluyendo la compra de insumos y equipos y su mantenimiento, así como la contratación y ejecución de obras y servicios (Artículo 84 ,CRBV).

Se entiende por **sociedad civil organizada** al conjunto de agrupaciones sin fines de lucro, conformadas para el logro del bienestar colectivo, establecidas de conformidad a lo previsto en el ordenamiento legal vigente que regula la materia.

La **representación de la comunidad organizada** debe regirse por algunos principios como:

- El carácter popular: los representantes comunitarios no deben ser representantes de sectores privados con fines de lucro, ni de intereses grupales, religiosos o particulares.
- Deben mantener su autonomía respecto al Estado y los partidos políticos.

- Deben representar a sectores de la población de manera legítima, a quienes deben rendir cuenta, y en quienes recae la revocatoria del mandato otorgado al no sentirse representados o sentir que no cumplen con la misión que les haya sido asignada.
- La representación en cualquier instancia debe ser de carácter paritario, no de carácter simbólico o formal, y con capacidad suficiente para participar en la toma de decisiones

SOBRE LOS NIVELES Y MECANISMOS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

La participación comunitaria debe orientarse hacia la planificación, evaluación, seguimiento y control de las políticas e instancias de salud, dejando la administración de los servicios en manos de los trabajadores y profesionales del sector, quienes para ello deben cumplir con un perfil previamente establecido según el centro de salud y la comunidad a atender.

Los organismos públicos, nacionales, estatales y municipales están obligados a apoyar, respetar y fomentar los procesos de desarrollo y consolidación de la Sociedad Civil Organizada para la participación en la gestión pública en salud y desarrollo social.

La Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal ajustará sus actuaciones a las disposiciones que en materia de participación ciudadana se consagran en la Constitución, las leyes y demás instrumentos legales.

Los organismos de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal están obligados a dar respuestas, dentro de los lapsos de Ley, a todos los planteamientos que les formulen las Organizaciones de la Sociedad Civil.

La satisfacción del usuario y la calidad del servicio deberán ser el fundamento y referencia para la planificación y organización de los servicios, dirigidos a la humanización de la atención y el rescate ético del sector.

La Dirección de cada instancia de salud será llevada a cabo por" un "Equipo Coordinador" mediante una estructura que dé importancia fundamental a la participación democrática, complementaria, horizontal, y no a la jerarquía. Se desarrollará una propuesta de **democratización del poder en el equipo de salud**, en el cual el médico dejará de ser el único profesional que puede ejercer cargo de dirección o coordinación, y se establecerá un ambiente de participación, solidaridad y colaboración. En estas instancias de Dirección participarán representantes de la comunidad, elegidos democráticamente y en número suficientemente significativo para que haya paridad en la representación. Habrá representación comunitaria en las direcciones de cada Ambulatorio, Hospital, en la Dirección Regional de Salud, y en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Sus decisiones tendrán carácter vinculante.

Todo funcionario público que ocupe cargos directivos en la gerencia de los servicios de salud y desarrollo social deberá presentar **rendición pública** de cuentas, y su desempeño será evaluado por la comunidad de trabajadores y vecinos. Asimismo, los cargos directivos deberán someterse a concurso público, de acuerdo a exigencias técnicas y un perfil del cargo acorde con las necesidades de servicio a la comunidad.

La selección de quienes ocupen cargos directivos se hará por méritos; pudiendo ser revocada su designación cuando la comunidad organizada considere que el servidor público no está cumpliendo debidamente con sus funciones, o que cometa faltas en la administración de los recursos públicos. Asimismo, el sistema de ascenso del personal se hará estrictamente por méritos y no por influencias partidista, personal o grupal. De la misma manera se premiará a quienes más trabajen, otorgándoles una mayor remuneración por rendimiento, y se sancionará a quienes no cumplan con su horario o con sus obligaciones, rebajándoles del salario el tiempo o labores no cumplidas.

Que se elabore un **perfil del servidor público** en salud, en el cual uno de los requisitos indispensables sea la disposición a trabajar abiertamente con la comunidad y al servicio de sus intereses.

Que en cada Centro de Salud se cree una instancia de estímulo y evaluación **para la vigilancia ética de los servicios de salud (Defensoría Comunitaria de la Salud)**, cuyo objetivo sea contribuir en la mejora de la calidad de los servicios y velar por la protección y deberes de los pacientes. Esta instancia estaría conformada por trabajadores de la salud y miembros de las organizaciones comunitarias elegidos democráticamente atendiendo a un perfil previamente establecido.

Que se fortalezcan los Comités de Salud como instancias autónomas de la comunidad, cuyo propósito es velar por la calidad de los servicios de la salud, la defensa del usuario, la organización y formación de la comunidad para la defensa del derecho a la salud, su participación en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, comprometiéndose el gobierno a aportarles recursos para su funcionamiento, pero respetándoles su autonomía.

Crear los Consejos Locales de Salud y Desarrollo Social a nivel de Parroquias y Municipios, de composición paritaria y decisiones de carácter vinculante, como instancia de participación en la que confluyan diferentes organizaciones comunitarias, instituciones de salud, educación y demás entes del gobierno local que hagan vida activa dentro del ámbito espacial de cada ambulatorio u hospital, cuyo propósito es construir un espacio de concertación para la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de salud y desarrollo social.

Con el fin de institucionalizar el trabajo de articulación entre los organismos que tienen que ver con la salud se creará el **Consejo Regional de Salud y Desarrollo Social en cada Estado**, con participación paritaria de la comunidad organizada, cuyo fin sea definir las políticas de salud para el Estado, así como la coordinación de la ejecución, seguimiento y evaluación de las mismas

en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud como ente rector nacional.

De ese modo lograríamos, entre otras cosas, unificar las políticas de salud, crear un sistema único de salud Estatal, definir responsabilidades, y hacer un mejor uso de los recursos disponibles a partir de una visión integral de la salud que supere la concepción de la salud como ausencia de enfermedad que nos ha llevado a poner énfasis en las políticas curativas y no preventivas y de desarrollo integral de la persona y la comunidad.

Destinar recursos por parte del Gobierno para la formación de las organizaciones comunitarias (**Escuelas Comunitarias de Capacitación en Salud**) que tengan como fin promover la participación comunitaria y la búsqueda de mejoras de salud en la población, las cuales deben ser coordinadas por las organizaciones comunitarias, financiadas con aportes del Gobierno Nacional, Estatal y Municipal.

Elaborar y ejecutar políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades con la participación estratégica de los medios de comunicación social, los entes educativos y la comunidad organizada, con el fin de bajar los índices de morbilidad y reducir los costos que supone los servicios curativos en personal, infraestructura, suministro de insumos, adquisición y mantenimiento de equipos además de los costos humanos que supone estar enfermo.

Incorporación de las prácticas de medicina tradicional y alternativa como estrategia de promoción de la salud, curación y prevención de enfermedades y reducción de costos.

La Sociedad Civil Organizada, tendrá derecho a participar de la gestión pública en las siguientes formas:

- a. Diseño de programas y proyectos específicos para ser presentados ante la administración pública del sector salud.
- b. Ejecución y gestión de programas y proyectos específicos, así como otras actividades que le sean asignadas por los órganos competentes de la administración pública del sector salud.
- c. Participación en la elaboración de políticas generales y sectoriales, en salud y desarrollo social.
- d. Participación en la elaboración del presupuesto anual.
- e. Seguimiento y evaluación en la ejecución de las políticas, programas y proyectos, así como otras actividades de la gestión pública en salud.
- f. Control, fiscalización y vigilancia de la ejecución de las políticas, programas y proyectos de la administración pública en salud.
- g. Cualquier otra función, tarea o actividad que permita o favorezca la participación de la representación comunitaria en la toma de decisiones en el control de la gestión pública en salud.

Los organismos Públicos Nacionales, Estadales y Municipales están **obligados a informar** oportunamente a las comunidades acerca de las obras que van a ser ejecutadas, indicando el nombre de la constructora y sus propietarios, monto, especificaciones y el lapso de construcción de las mismas.

Se considera **participación fiscalizadora y contralora de la Sociedad Civil Organizada**, todas aquellas actuaciones en las que la acción de la comunidad va dirigida a vigilar y garantizar la pulcritud de los procedimientos de ejecución de los planes, proyectos o programas y la óptima utilización de los recursos.

En las formas de gestión, las comunidades y sus organizaciones podrán asumir directamente la ejecución de una obra, la prestación de un nuevo servicio, con sus propios recursos o con aportes del Sector Público Nacional, Estatal o Municipal.

La Sociedad Civil Organizada participará en la gestión pública de manera diversa, considerando, entre otras, las siguientes modalidades:

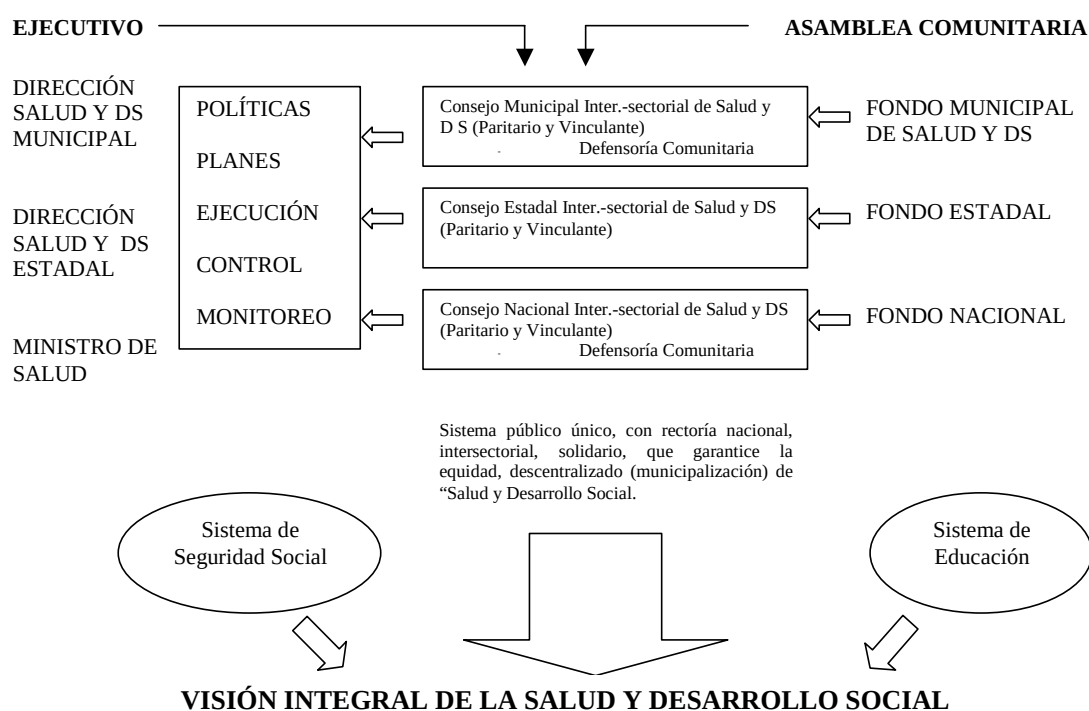
- Integrando el Consejo de Planificación Estatal y el Consejo Local de Planificación Pública o las Comisiones y Subcomisiones que estos creen.
- Integrando cualquier otra Comisión que pueda ser constituida a nivel de programas o proyectos específicos de otras actividades de la gestión pública en salud.
- Presentando programas y proyectos a entes públicos.
- Presentando proyectos de Leyes y Ordenanzas en los términos establecidos en la Legislación Nacional, Estatal y Municipal.
- Interviniendo en la gestión, ejecución de obras o administración de servicios.
- Requiriendo la rendición de cuentas de la gestión pública en salud.
- Emitiendo opiniones concretas cuando les sea consultado por vía referéndum.
- Interviniendo en las Jornadas Parlamentarias.
- Celebrando Asambleas Comunitarias.
- A través de cualquier otro medio que se le reconozca por convenio o por cualquier otra Ley, Reglamento u Ordenanza.

En todos los casos, la Sociedad Civil Organizada tiene el **derecho a solicitar al Poder Ejecutivo y Legislativo** Nacional, Estatal y Municipal o a quien tenga la responsabilidad, la rendición de cuentas en forma verbal o escrita, sobre actividades que se realicen en el ámbito espacial en que existen o en el que tenga interés.

La Asamblea Nacional, el Consejo Legislativo Estatal y la Cámara Municipal **garantizarán una instancia de consulta** por medio de jornadas especiales de estos organismos a las cuales podrán tener acceso las agrupaciones de la Sociedad Civil Organizada.

Las jornadas de consulta a la Sociedad Civil Organizada podrán realizarse en instancias parroquiales, municipales, estatales, sectoriales, y nacionales.

Propuesta de CONSALUD sobre el Sistema de Salud (Proyecto de Ley de Salud)



PROPUESTA PARA EL CAPÍTULO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE SALUD

Artículo

La Participación comunitaria en Salud es el derecho que tiene todo ciudadano(a), y la comunidad organizada, de estar presente en forma activa, y con suficiente

poder de decisión en todas las instituciones, instancias y Establecimientos Públicos, de Salud y Desarrollo Social, en el ámbito local, Parroquial, Municipal, Estatal y Nacional, para lo cual el Estado garantizará su derecho a participar en la formulación, planificación, ejecución y evaluación de las políticas, planes, programas y recursos con el objetivo de lograr el control comunitario de la gestión pública del sector salud.

Artículo

Para el ejercicio de la Participación Comunitaria se incorporarán sus representantes en todas las instancias organizativas previstas en esta Ley, a nivel local, municipal, estatal y nacional, cuyas decisiones tendrán carácter vinculante. Estos organismos se integrarán de manera paritaria por representantes comunitarios, democráticamente elegidos, y por trabajadores de la institución, sin distinción de sus rangos ocupacionales, teniendo tales representantes carácter revocatorio en su mandato. Estas instancias organizativas y quienes desempeñen cargos directivos rendirán cuenta pública y de desempeño periódicamente ante la comunidad. En toda comisión reestructuradora, interventora, reorganizadora o similares se incorporará una representación comunitaria.

Los mecanismos de organización, funcionamiento y características señaladas en este Artículo se desarrollarán en el reglamento correspondiente.

Artículo

En todo centro prestador de servicios de Salud y Desarrollo Social se creará un Comité de Calidad y Ética integrado por una representación paritaria de trabajadores de la institución y representantes comunitarios, con el fin de contribuir a mejorar la calidad y humanización en la prestación de servicios de salud.

Los mecanismos de conformación, organización, atribuciones y funciones se desarrollarán en el reglamento correspondiente.

Artículo

En todo centro prestador de servicios de Salud y Desarrollo Social se creará una Defensoría Comunitaria de la Salud conformada por representantes de la comunidad organizada, cuyo objetivo será el de vigilar y garantizar la pulcritud de los procedimientos administrativos en la ejecución de los planes, proyectos o programas, y la utilización óptima de recursos, así como velar por la protección, derechos y deberes de los usuarios, y canalizar las quejas, reclamos o propuestas de los particulares o comunidades organizadas en relación a la calidad de los servicios.

Las atribuciones, organización y funciones específicas se desarrollarán en el reglamento correspondiente.

Por CONSALUD Participación Comunitaria

José León Uzcátegui, Jesusita Villarroel, Sulpicio Rivera, Tibisay Machín (Secretaría Ejecutiva), Pedro Ruiz (Vargas), Aleyda Valbuena (Distrito Federal), Luz María López, Aurora Morales (Miranda), Miguelina Arciniegas, Claudio Meneses (Aragua), Yolanda Sevilla, Nubia Morales (Carabobo), Carlos Vizcaya, Edgar Medina, Mirian Jiménez (Lara), Américo Mavarez, Teresa Gamboa (Zulia), Carmen Chirinos, José Arteaga (Falcón), Freddy Leal, Arnaldo Robles (Yaracuy), Alexis Robles (Delta Amacuro), Jacobo Mora, Oslidia Avila, Yusbelis Córdova (Anzoátegui), Enrique Bouttó (Monagas), Lesbia Méndez (Mérida), Armando Pérez, Pauta Abello (Táchira), Armando Ramírez, Jesús Morón (Trujillo), Jhonny Seijas (Guárico), José Gómez, Onésimo Urrutia (Apure), Juvenal Silva, Angel Avila (Nueva Esparta), Rosa Herrera, Teresa de Arraigada (Bolívar), Clara Blanco, Felipe Borges (Amazonas), Gerardo Montes de Oca (Barinas), Carlos Co1menares, Carlos Díaz (Cojedes), Danegsy Ramírez, Luisa Córcega (Sucre), Margarita Canelón (Portuguesa).

ANEXO 12

Reseña del Primer Congreso Nacional “Por la Salud y la Vida”. Declaración de Caracas (2003)

¡Hacia el I Congreso Nacional por la Salud y la Vida!

Teatro Municipal, Caracas, 21 al 23 noviembre 2003

“Desde el movimiento comunitario hemos insistido, y es nuestro planteamiento fundamental, que la actual crisis se detendrá y por ende se sentarán las bases de su superación, cuando se logren construir colectivamente las propuestas alternativas, en un proceso que se desarrolle de abajo hacia arriba, con profundo contenido democratizador, que coloque en el poder local y el control popular de la gestión pública la base de sustentación de tal proyecto”.

¡Hacia el Control Comunitario de la Gestión Pública en Salud!

Organizaciones participantes: CONSALUD, ALAMES, Red de Seguridad Social para Tod@s, Coordinadora Nacional de Salud de los Trabajadores, Grupos de Salud de Petare, Escuela de Participación en Salud “Rosa Guzmán”, Frente Constituyente por la Vida y la Salud, Escuela de Formación, Foro Social Nacional, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Movimiento por la Salud, PROVEA, Grupo “Gente de Carne, Hueso y Alma”, Defensoría Comunitaria de la Salud, Colegios de Médicos, Colegios Profesionales, Gremios y Sindicatos de la Salud y de otros sectores, Coordinación Nacional de Médicas y Médicos por Venezuela, Clase Media en Positivo, Coordinadora Regional de Salud de los Trabajadores de Aragua (CRESTEA), Asociación Civil “Federico Brito Figueroa”, entre otros.

Instituciones que auspician: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), IVSS, INAMUJER, INN, GTZ, OPS, Ministerio del Ambiente, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, PDVSA, Asamblea Nacional, FAN, Universidades, Direcciones de Salud de Gobernaciones y Alcaldías, entre otros.

¡Control Comunitario de la Gestión Pública en Salud!

Boletín Informativo del " *I Congreso Nacional por la Salud y la Vida*". Caracas,
Marzo de 2004. N° 8

MÁS DE 1500 PERSONAS DE TODO EL PAÍS SE DIERON CITA EN CARACAS

CON MUCHO ENTUSIASMO SE REALIZÓ EL I CONGRESO NACIONAL POR LA SALUD Y LA VIDA

Después de un extraordinario esfuerzo organizativo que incluyó 36 encuentros y reuniones preparatorias, más de 1.500 representantes de comunidades organizadas, provenientes de todos los rincones de la Patria de Bolívar se reunieron en Caracas del 12 al 14 de marzo. Cuatro temas centrales: la salud como derecho, situación de salud y calidad de vida, la construcción del poder local y las contralorías en el área de salud, y el marco jurídico para la participación ciudadana, fueron discutidos en 30 mesas de trabajo que realizaron un diálogo abierto y plural para la construcción colectiva de las conclusiones que ahora se convierten en insumos para continuar el debate en todas las regiones. El congreso se pronunció sobre temas fundamentales que son de amplia aceptación que se sintetizan en la DECLARACIÓN DE CARACAS y en la conformación de un gran MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD Y LA VIDA.

Declaración de Caracas *Por la Salud y la Vida*

Entre otras consideraciones, en la "Declaración de Caracas" se destacan las siguientes: Exigir al Ministro de Salud y Desarrollo Social la inmediata promulgación del decreto que promueva y facilite la participación protagónica del pueblo en la gestión pública en salud que establezca la creación de las Defensorías Comunitarias o Contralorías Sociales en cada establecimiento prestador de servicios de salud. -Apoyar en forma irrestricta la Misión Barrio Adentro, como eje articulador de las diversas misiones y de los programas sociales, destinadas a disminuir las desigualdades sociales y mejorar la calidad de vida, como vía segura, estable, democrática y pacífica para lograr el desarrollo humano integral individual y colectivo. -Promover un amplio proceso organizativo y formativo del pueblo para la participación protagónica en la gestión pública en salud, de manera que las Defensorías Comunitarias de la Salud, Comités de Salud y demás espacios organizativos de la comunidad se

conviertan en escenarios horizontales, que promuevan el entendimiento y la pluralidad de las ideas en torno a un objetivo común: organizar y formar al pueblo para ejercer la contraloría social para garantizar la salud y la calidad de vida como derecho social fundamental. -Convocar para el primer trimestre del año 2005, el II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, que incluya el I Encuentro Nacional de Defensorías Comunitarias o Contralorías Sociales de Salud. -Saludar especialmente la participación protagónica de la mujer venezolana, que representa casi el 70% de las delegaciones, como otra muestra del compromiso revolucionario de la mujer venezolana. -Felicitar el trabajo de todos los equipos promotores que hicieron posible los 36 encuentros preparatorios estatales y la participación de tan nutridas y fortalecidas delegaciones. APLAUDIMOS CON ENTUSIASMO Y FELICITAMOS EL GRAN ESFUERZO DE LAS DELEGACIONES ASISTENTES DE TODO EL PAÍS, MUY ESPECIALMENTE A LAS QUE EXPUSIERON SUS EXPERIENCIAS, SUS TRADICIONES, NOS ALEGRARON CON SUS EXPRESIONES MUSICALES Y CON SU GRAN ESPÍRITU CREADOR.

Seguimos de cerca las deliberaciones de la XXV Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), destacamos la participación de la Dra. Mirta Roses (OPS) quien expuso la necesidad de impulsar en cada uno de los países el nuevo liderazgo, a través de una mayor participación de la sociedad civil, para que la salud sea ubicada como un punto de la estrategia de desarrollo social y económico del país, convirtiéndola en tema de la agenda política y de realización de reestructuraciones financieras, entre otras acciones. Destacó Roses que Venezuela participa activamente en estos nuevos postulados

TAREAS POST - CONGRESO

- Reproducir TODAS las propuestas formuladas por los participantes en las Mesas de Trabajo para su discusión en todo el país y promover la convocatoria de Encuentros Estadales, Municipales, y Locales.
- Cada delegación designará representantes por estado, que conjuntamente con el Comité Organizador, conformarán el grupo promotor del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida, cuya primera reunión se efectuará el miércoles 14 de abril del 2004, en Caracas, en la sede de INAMUJER, piso 2, Torre Bandagro a las 9:00 am.

- Comenzar, en el corto plazo posible el Plan Nacional de Capacitación Comunitaria, coordinado por el MSDS (Dirección de Docencia), con participación protagónica de la comunidad organizada en su implementación.
- Conformar cuatro Equipos de Trabajo para dar continuidad a las Tareas más urgentes:

- 1.- Equipo Técnico: Reproduce las Conclusiones, sistematiza la base de datos.
- 2.- Equipo de Capacitación: Recoge las propuestas de Capacitación para la organización de Talleres, Seminarios, Cursos, Encuentros, etc.

- 3.- Equipo de Información y Comunicación: mantiene actualizada la información y la relación con las instituciones.
- 4.- Equipo de Organización: Crea puentes y nexos de relación con las Delegaciones.

¡Hacia el Control Comunitario de la Gestión Pública en Salud!

Publicados los Temas del Congreso: Con el apoyo de GTZ (Agencia de Cooperación Alemana) ya están en circulación los "**Cuadernos para el Debate**" con los temas del Congreso, que serán insumos para la discusión en las Mesas de Trabajo de los encuentros preparatorios (Cuadernos: Nº 1, Nº 2, Nº 3, Nº 4).

I CONGRESO DE NACIONAL POR LA SALUD Y LA VIDA

DECLARACIÓN DE CARACAS POR LA SALUD Y LA VIDA

Reunidos y reunidas en la Ciudad de Caracas, del 12 al 14 de marzo de 2004, con motivo de la celebración del I Congreso Nacional por la Salud y la Vida, concebido como un momento del proceso organizativo y de participación protagónica del pueblo en la formación, ejecución y control de la política pública que garantiza la salud como derecho social fundamental, contando con la participación de delegaciones de todos los estados, del Municipio Bolivariano Libertador, invitados e invitadas especiales, habiendo observado que:

1. Existe una crisis estructural en el sistema de salud venezolano, producto de la aplicación de un modelo mercantilista, neoliberal y excluyente de la salud que ha profundizado las desigualdades sociales, incrementando la pobreza y la marginación social, conculcado la capacidad creativa del pueblo e incidido negativamente en el nivel de vida y la paz social de venezolanos y venezolanas.
2. El modelo de salud antinacional, que cuenta con el apoyo de la industria transnacional de los medicamentos y equipos médicos, incide en la formación de nuestros profesionales de la salud de manera que, más que garantizar la salud y hábitos de vida saludables, se dediquen a la promoción de fármacos y el uso de sofisticada tecnología para curar enfermedades, drenando cuantiosas sumas de divisas hacia las económicas desarrolladas que se lucran con nuestros padecimientos.
3. En lo relativo la institucionalidad pública de salud, ha sido sometida al más feroz desmantelamiento, propiciando la privatización de los servicios, el subempleo en salud, la liberalización de las condiciones de trabajo y negación sistemática de todos los procesos de participación de la comunidad organizada en la gestión pública en salud.

4. El incremento tanto porcentual como real de la inversión en el sector salud no se relaciona con mejoras sustanciales en los niveles de salud del pueblo, ni tampoco en las condiciones de trabajo y de remuneración de los miles de trabajadores y trabajadoras del sector, sino que se consumen en su mayoría en costosos equipos que no funcionan o desaparecen sin explicación, insumos que nunca están disponibles en las salas de emergencia, consultorios, o áreas quirúrgicas y en una costosa burocracia que no está directamente relacionada con la prestación de servicios de salud, producto de la corrupción y de la imposibilidad de controlar eficientemente la actividad de la red nacional de establecimientos de salud.
5. Existe una dispersión y diferenciación de los servicios de salud que ofrecen distintas instituciones del Estado, violando de esta manera el principio de igualdad y no discriminación consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.
6. Las comunidades han brindado una respuesta efectiva para la garantía del derecho a la salud, a pesar de todas las limitaciones institucionales; sin embargo, esas experiencias no son aprovechadas por los rectores de la política de salud de manera eficiente.
7. En muchas experiencias de participación en salud se observa el tutelaje de las autoridades gubernamentales o de las organizaciones políticas, lo que limita su autonomía y sesga su actuación, llegando incluso a confrontar a la comunidad organizada cuando se reclama su baja incidencia en las decisiones de las autoridades de las instituciones públicas de salud.
8. La legislación en la materia es anacrónica, conservadora y contradictoria con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en especial en lo relativo a la participación ciudadana.
9. El gobierno nacional que preside el Comandante Hugo Chávez Frías ha dado importantes ejemplos de una voluntad política de cambio en materia de salud y ha contado con Ministros y Ministras de Salud y Desarrollo Social que han incrementando progresivamente los escenarios de participación y encuentro con el pueblo para la formulación, ejecución y control de la política de salud, aunque todavía insuficientes, venciendo los grupos de interés que aspiran continuar controlando el poder de decisión en materia de salud.
10. En los momentos de tragedias naturales como el ocurrido en los estados Vargas, Miranda y Zulia en 1999, o contingencias nacionales como el paro golpista de diciembre 2002 y enero de 2003, el pueblo venezolano ha demostrado madurez, solidaridad y organización, que han facilitado la solución de los problemas normales en este tipo de situaciones y han fortalecido la conciencia colectiva de la salud como derecho social fundamental.

Luego de compartir el debate de los delegados y delegadas sobre estas materias, acordamos:

- a. **Exigir al Ministro de Salud y Desarrollo Social, Dr. Roger Capella, la inmediata discusión y promulgación de normativas reglamentarias que promuevan y faciliten la participación protagónica del pueblo en la gestión pública en salud, tal como la propuesta de Resolución que crea las Defensorías Comunitarias o Contralorías Sociales de Salud en cada establecimiento prestador de servicios de salud como un medio de participación protagónica del pueblo en ejercicio de la soberanía.**
- b. **Apoyar en forma irrestricta y militante la Misión Barrio Adentro, como eje articulador de las misiones revolucionarias destinadas a disminuir las desigualdades sociales y mejorar la calidad de vida, como vía segura, estable, democrática y pacífica para lograr el desarrollo humano integral individual y colectivo.**
- c. **Promover un amplio proceso organizativo y formativo del pueblo para la participación protagónica en la gestión pública en salud, de manera que las Defensorías Comunitarias de la Salud, Comités de Salud y demás espacios organizativos de la comunidad para la participación protagónica se conviertan en escenarios horizontales, que promuevan en entendimiento democrático y la pluralidad de las ideas en torno a un objetivo común: organizar y formar al pueblo para ejercer la contraloría social para garantizar la salud y la calidad de vida como derecho social fundamental.**
- d. **Fortalecer los vínculos de hermandad, amistad y solidaridad con los pueblos latinoamericanos y caribeños, con el fin de que podamos declararnos como zona libre de violación al derecho a la salud y calidad de vida, mediante la construcción y consolidación de sistemas públicos nacionales de salud regidos por los principios de la participación, gratuidad, equidad, integralidad, énfasis en la educación para la salud y prevención de enfermedades.**
- e. **Saludar efusivamente a los Médicos y Médicas venezolanos, venezolanas, cubanos, cubanas y de otras nacionalidades que comparten con el pueblo venezolano esta construcción colectiva de un sistema público nacional de salud que garantice la salud como derecho y promueva la participación protagónica del pueblo en la gestión pública de salud.**
- f. **Convocamos para el primer trimestre del año 2005, el II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, que incluya el I Encuentro Nacional de Defensorías Comunitarias o Contralorías Sociales de Salud.**

- g. Exigimos a la Asamblea Nacional que inicie de inmediato el proceso de construcción colectiva de la legislación que desarrolle la institucionalidad de la salud como sistema público nacional y la participación protagónica del pueblo en todos los niveles de gestión.**
- h. Solicitar al Ministerio de Salud y Desarrollo Social que publique los debates y conclusiones de este I Congreso Nacional por la Salud y la Vida para que sea el inicio de un programa masivo de organización, formación y fortalecimiento comunitario para el ejercicio del derecho a la participación protagónica en salud y desarrollo social en cada caserío, pueblo, comunidad, parroquia, municipio y estado de la República Bolivariana de Venezuela, ordenado en función a los establecimientos públicos de salud.**
- i. Saludar especialmente la participación protagónica de la mujer venezolana, que representa casi el 70% de las delegaciones, como otra muestra del compromiso revolucionario de la mujer venezolana.**
- j. Felicitar el trabajo de todos los equipos promotores que hicieron posible los 36 encuentros preparatorios estatales y la participación de tan nutridas y fortalecidas delegaciones.**
- k. Agradecer públicamente a las instituciones que apoyaron la realización de este evento.**

(Reivindicamos nuestra condición de ASAMBLEA DE CIUDADANOS y CIUDADANAS, establecido en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con la asistencia de más de 1.500 personas, en calidad de delegaciones, de todos los estados del país).

- Cada delegación designará tres representantes por estado, que conjuntamente con el Comité Organizador, conformarán el grupo promotor del Movimiento Nacional por la Salud y la Vida, cuya primera reunión se efectuará el miércoles 14 de abril de 2004 en Caracas, INAMUJER, piso 2, Torre Bandagro.**
- Reproducir TODAS las propuestas formuladas por todos los participantes en las Mesas de Trabajo para su discusión en todo el país, convocando de inmediato Encuentros Estadales, Municipales, y locales.**
- Comenzar en un plazo de un mes el Plan Nacional de Capacitación Comunitaria, coordinado por el MSDS (Dirección de Docencia), con participación protagónica de la comunidad organizada en su implementación.**

ANEXO 13

Propuesta de CONSALUD a Ministro, Gobernadores y Alcaldes sobre la Participación Comunitaria en el Área de la Salud (2001)

Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud CONSALUD

Participación Comunitaria I Asamblea Nacional San Antonio de los Altos,

Estado Miranda, 16 al 18 de febrero de 2001

Propuesta de reglamento de participación comunitaria en salud para

Ministro de Salud, Gobernadores o Alcaldes

La propuesta debe ser integral, capaz de incorporar a la comunidad organizada en sus procesos de gestión para efectos de control, comprensión e internalización de sus responsabilidades

(Tomado del documento "Modelo de Atención Integral MSDS", septiembre 1999)

FUNDAMENTACIÓN:

El nuevo marco jurídico, político y organizativo que vive Venezuela exige un inmenso esfuerzo para adecuar todos los sectores y áreas de la vida nacional a la construcción de un nuevo país, que sólo será posible con la participación de todos los venezolanos y todas las venezolanas.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece con gran claridad la participación protagónica del Pueblo en este proceso, la cual está definida transversalmente desde el Preámbulo hasta las disposiciones finales y en especial en los Artículos 39, 62, 70, 71, 158, 166, 184, 185, entre otros. En particular, el Artículo 84 reza en su párrafo final *"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 en las instituciones públicas de salud". No queda ninguna duda sobre el poder constitucional que se asigna al Pueblo, la Sociedad, a la Comunidad organizada, a las familias, en la transformación del país.

En consonancia con estos planteamientos, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se ha propuesto desarrollar en todo el sistema de salud el Modelo de Atención Integral *"que requiere generar un cambio de enfoque de atención y en el modelo de asignación de recursos y responsabilidades; en el escalonamiento de la oferta y la especialización del trabajo, según modelos de atención bien definidos y en la incorporación de la comunidad organizada al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios de salud"*.

En este sentido, se vislumbra en este modelo una amplia participación social con deberes y derechos, de tal manera que en toda institución dispensadora de salud se deberá incorporar progresivamente espacios efectivos y democráticos de participación ciudadana en la gestión de salud en todos los niveles del sistema con suficiente poder de decisión desde la formulación y ejecución, evaluación y control de las políticas, planes, programas, proyectos y recursos, con el objetivo de avanzar hacia el control comunitario de la gestión pública del sector salud.

Basados en las propuestas que se manejan en el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud, en el capítulo sobre la participación ciudadana, y dado su interés en materializar espacios de participación ciudadana en salud que permitan contribuir a la formación de una cultura de participación mientras se cumple el proceso legislativo que debe culminar en la sanción y promulgación de la mencionada ley, la Asamblea de CONSALUD Participación Comunitaria, discutió y aprobó este cuerpo de propuestas a ser consideradas para la elaboración de resoluciones que orienten la participación ciudadana en la gestión de salud.

PROPUESTAS para el PROYECTO DE RESOLUCIÓN

1. Los organismos públicos prestadores de servicios de salud están obligados a apoyar, respetar y fomentar los procesos de participación ciudadana.
2. Cada Ambulatorio Urbano 1, Ambulatorio Rural, Núcleo de Atención Primaria o entidad equivalente dedicado a la atención primaria en salud deberá definir el ámbito geodemográfico sobre el cual actúa. Deben estar claramente especificados los límites, a fin de precisar la base poblacional que será la referencia de los procesos de organización, planificación, participación, financiamiento, entre otros.
3. De la misma manera, los Ambulatorios II o III, deberán definir su ámbito de cobertura, indicando claramente cuáles entidades (Ambulatorio Urbano 1, Ambulatorio Rural, Núcleo de Atención Primaria o entidad equivalente) están involucradas, de tal manera que la estructura poblacional y territorial sirva de base para los procesos de organización, planificación, participación, información, financiamiento, entre otros.

4. Se crea en cada Servicio de Atención Primaria en Salud (Ambulatorio Urbano 1, Ambulatorio Rural, Núcleo de Atención Primaria o entidad equivalente) una ASAMBLEA CIUDADANA DE PARTICIPACIÓN EN SALUD y DESARROLLO SOCIAL, conformado por las organizaciones sociales, familias, ciudadanos y ciudadanas, cuyas decisiones tendrán carácter vinculante en la formulación, ejecución, seguimiento y control de la política de salud y desarrollo social que se ejecutan en ese ámbito.
5. En el seno de cada ASAMBLEA CIUDADANA DE PARTICIPACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO SOCIAL se designarán Comisiones paritarias con los integrantes del equipo institucional de salud, para atender las siguientes áreas:
 - ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOCIAL y DE SALUD
 - INVENTARIO, DOTACIÓN y UTILIZACIÓN DE INSUMOS
 - ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS
 - CAPACITACIÓN
 - MANTENIMIENTO y CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS
 - DISEÑO DE PROYECTOS
 - EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO
6. Los integrantes de estas Comisiones serán designados y designadas democráticamente por la Asamblea Ciudadana de Participación en Salud y Desarrollo Social y deberán rendir cuenta pública de su gestión con la periodicidad que la Asamblea defina.
7. En cada Ambulatorio II o III, se crea una COORDINADORA DE PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD y DESARROLLO SOCIAL que se conformará por delegados electos en cada uno de las Asambleas Ciudadanas de Participación en Salud y Desarrollo Social, cuya conformación será calculada proporcionalmente a la población ubicada en su área de influencia.
8. La Coordinadora de Participación Ciudadana en Salud y Desarrollo Social designará una Comisión de Coordinación integrada paritariamente por la estructura de dirección de Ambulatorio y representantes electos democráticamente cuyas decisiones tendrán carácter vinculante, que participará en la toma de decisiones, seguimiento y control en las siguientes áreas:
 - COMPRAS, SUMINISTRO, DISTRIBUCIÓN y CONSUMO DE INSUMOS
 - FORMULACIÓN y EVALUACIÓN DE PROYECTOS
 - PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS

- CAPACITACIÓN
 - ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
 - MANTENIMIENTO y CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS
 - EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO
9. En cada **Dirección Municipal de Salud y Desarrollo Social** se crea un CONSEJO DE SALUD y DESARROLLO SOCIAL, que será integrado en forma paritaria y cuyas decisiones serán vinculantes entre funcionarios designados por la Dirección y representantes electos en las Coordinadoras de Participación Ciudadana en Salud y Desarrollo Social que participarán en la toma de decisiones, seguimiento y control en las siguientes áreas:
- ELABORAR, EJECUTAR Y SUPERVISAR EL PLAN MUNICIPAL DE SALUD
 - ORGANIZAR Y GESTIONAR LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD
 - DEFINIR CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS
 - EVALUAR LOS RIESGOS SOCIALES, AMBIENTALES Y ENDEMOEPIDÉMICOS EN GENERAL PARA ESTABLECER MEDIDAS PREVENTIVAS Y ANTICIPATORIAS
 - INTERVENIR y REESTRUCTURAR ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD CUANDO NO CUMPLAN SUS OBJETIVOS O METAS
 - PROMOVER LA TRANSFERENCIA HACIA LAS PARROQUIAS Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE LOS SERVICIOS, PROGRAMAS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
10. En cada **Dirección Estatal de Salud y Desarrollo Social** se crea un CONSEJO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL que será integrado en forma paritaria y cuyas decisiones serán vinculantes entre funcionarios designados por la Dirección y representantes electos en las Coordinadoras de Participación Ciudadana en Salud y Desarrollo Social que participarán en la toma de decisiones, seguimiento y control en las siguientes áreas:

- ELABORAR, EJECUTAR y SUPERVISAR EL PLAN ESTADAL DE SALUD
 - ORGANIZAR y GESTIONAR LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD
 - DEFINIR CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS
 - EVALUAR LOS RIESGOS SOCIALES, AMBIENTALES Y ENDEMO-EPIDÉMICOS EN GENERAL PARA ESTABLECER MEDIDAS PREVENTIVAS Y ANTICIPATORIAS
 - INTERVENIR Y REESTRUCTURAR ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD CUANDO NO CUMPLAN SUS OBJETIVOS O METAS
 - PROMOVER LA TRANSFERENCIA HACIA LOS MUNICIPIOS, PARROQUIAS Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS DE LOS SERVICIOS, PROGRAMAS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
11. Se crea el CONSEJO NACIONAL DE SALUD y DESARROLLO SOCIAL, cuyas decisiones serán vinculantes, conformado paritariamente entre representantes designados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y representantes electos por la Coordinadora de Participación Ciudadana en Salud y Desarrollo Social en cada entidad federal, que intervendrá en la toma de decisiones, seguimiento y control en las siguientes áreas:
- FORMULAR, DISEÑAR, EVALUAR y SEGUIR LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PLANES DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
 - DEFINIR CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL INTERIOR DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD
 - DEFINIR LOS CRITERIOS TÉCNICOS PARA EL CONTROL Y LA REGULACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, SERVICIOS y PROGRAMAS DE SALUD, ASÍ COMO EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES DE LA SALUD
 - PROMOVER, ORIENTAR y REGULAR EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN
 - DEFINIR LOS CRITERIOS TÉCNICOS PARA ELEVAR LA CALIDAD Y LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD y DESARROLLO SOCIAL y DE LA ATENCIÓN EN SALUD

ANEXO 14

Propuesta a la Ministra de Salud a raíz del intento de golpe de estado (abril 2002).

**En reunión con la Ministra Maria Urbaneja
CONSALUD le propone al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)
abrir de inmediato las mesas de diálogo con un “plan nacional de participación
y movilización Por la Vida y la Salud”**

En reunión efectuada el pasado martes 23 de abril, con asistencia de delegados de trece estados del país, CONSALUD le planteó a la Ministra de Salud y Desarrollo Social, Dra. María Urbaneja, la urgencia de dar respuesta a la situación nacional abriendo las mesas de diálogo en todo el país, acompañadas de un plan de participación y movilización “por la vida y por la paz”.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social es el organismo del gobierno central que se ocupa de la política social, columna vertebral de lo establecido en la Constitución Nacional.

Consalud le expuso a la Ministra que rechazamos el intento de golpe ultra-derechista que nos colocó al borde una guerra civil, que defendemos la institucionalidad, la Constitución, y la democracia participativa. Pero, asimismo *expusimos claramente que los problemas sociales y de salud del país no sólo no se han resuelto sino se han agravado: enfermedades crónicas e infecciosas, violencia, crisis médico-asistencial, entre otros. A lo que se agregan hechos de corrupción, sin sanción para los culpables, ausencia de rectoría del Ministerio de Salud que permite a cada Director Regional de Salud o de Municipio hacer lo que quiere, con deficiencia de políticas que integren salud y desarrollo social, en un marco general en el que la participación comunitaria no es impulsada ni apoyada por el Ministerio de Salud.*

Ante esta situación, CONSALUD instó a la Ministro a impulsar de inmediato un plan de acción que incluya asuntos como los siguientes:

1. Nombrar de inmediato una Comisión Nacional de Participación Comunitaria en Salud, con grupos estatales y municipales (de composición bipartita y paritaria instituciones-comunidad) como concreción de las mesas de diálogo en el sector “salud y desarrollo social”.
2. Dictar de inmediato una Resolución Ministerial sobre participación comunitaria, inspirada en lo establecido en la Constitución Nacional, que sustituya las anacrónicas y pseudo-participativas Juntas socio-sanitarias y socio-hospitalarias (Los nuevos mecanismos participativos abarcarían todo el sistema de salud y tendrían carácter bipartito instituciones-comunidad y paritarios).
3. Abrir un debate nacional sobre los Proyectos de Ley de Salud y Seguridad Social, para su pronta discusión en la Asamblea Nacional, defendiendo su carácter universal, democrático y anti-privatizador.
4. Impulsar la Municipalización democrática de la salud, con presupuesto participativo y rendición pública de cuentas a todos los niveles.
5. Desarrollar un plan nacional de capacitación de líderes comunitarios en salud y desarrollo social, con participación activa en su diseño y puesta en práctica por parte de las ONG’s que trabajamos en el sector.
6. Promover conjuntamente con el movimiento comunitario foros, talleres y eventos en todo el país que culminen a comienzos del año 2003 en un Congreso Nacional de Salud, que establezca la participación en la toma de decisiones por parte de las comunidades en el diseño y control de la gestión pública en salud.
7. Que el Ministerio instruya a los Directores Regionales y Municipales de Salud y Desarrollo Social para que auspicien, y apoyen todas estas iniciativas, y no se conviertan como hasta ahora, en muchos casos, en obstáculos para la participación protagónica del pueblo, pretendiendo manipular la participación comunitaria para fines asistenciales o proselitistas.

Ministra: ¡usted tiene la palabra!!!

¡Autonomía e independencia de las organizaciones comunitarias en salud y desarrollo social!

¡Hacia el control comunitario de la gestión pública en salud!

¡Por la democratización del poder y del saber en salud y desarrollo social!

CONSALUD Participación Comunitaria

NOTA: Asistieron delegaciones de los estados: Vargas, Distrito Capital, Miranda, Cojedes, Aragua, Carabobo, Lara, Trujillo, Táchira, Anzoátegui, Nueva Esparta, Zulia y Amazonas

ANEXO 15

Propuesta elaborada en los treinta y seis encuentros preparatorios, efectuados en todo el país, del I Congreso Nacional por la salud y la Vida, presentada al Presidente de la República y al Ministro de Salud sobre la Contraloría Comunitaria de la Gestión Pública en Salud (2003)

15.a) Propuesta al Presidente de la República sobre la Contraloría Comunitaria de la Gestión Pública en Salud

Resultados de los 36 encuentros preparatorios del
I Congreso Nacional Por la Salud y la Vida,
efectuados en todo el país (años 2003-2004)

PROPUESTA AL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA:
**PROMULGAR DE INMEDIATO UN DECRETO SOBRE EL CONTROL
COMUNITARIO DE LA GESTION PÚBLICA EN SALUD Y
DESARROLLO SOCIAL**

1. A todo nivel y en toda instancia gubernamental de salud y/o desarrollo social (Hospitales, Ambulatorios, Consultorios, Centros de Salud y/o Desarrollo social de cualquier naturaleza). SE CREARÁN DE INMEDIATO ORGANISMOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, con el objeto de instaurar la contraloría comunitaria de la gestión pública y la vigilancia de la calidad y ética de los servicios de atención a la salud, en calidad de CENTINELAS DEFENSORES DE LA SALUD DEL PUEBLO SOBERANO.
2. En estos organismos se establecerá que sus **integrantes** sean en su totalidad representantes de la comunidad, los cuales serán **electos en asamblea de ciudadano(a)(s)**, atendiendo al ámbito geo-demográfico correspondiente. Promoverán la educación y organización de la comunidad para el ejercicio de los deberes y responsabilidades asociadas a la vigencia del derecho a la salud.
3. Tales integrantes responderán a los mecanismos de **presentación pública de cuentas** periódicamente, y revocatoria del mandato.
4. En estos organismos **las decisiones que se tomen tendrán carácter vinculante**, esto quiere decir que serán de obligatorio cumplimiento por parte de todo funcionario público, cualquiera sea su nivel en el ámbito de competencia correspondiente.
5. Las **atribuciones** de estos organismos se establecerán en el decreto o resolución correspondiente, incluyendo con claridad la **contraloría**

comunitaria de carácter administrativo, (dotación, suministro, bienes, servicios, etc.), la **vigilancia de la calidad y ética** en la prestación de servicios de salud a la población (maltrato, mala praxis, incumplimiento laboral, perjuicio a las personas, etc.) y la participación en la definición de la política específica de la institución respectiva.

“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 EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD” (Artículo 84, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela)

15.b) PROPUESTA AL MINISTRO DE SALUD SOBRE CONTRALORÍA COMUNITARIA DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD

CONTRALORÍA SOCIAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD INSTRUMENTO ESENCIAL DE PARTICIPACIÓN

En el **Encuentro Preparatorio del I Congreso por la Salud y la Vida, del Área Metropolitana**, realizado el 25 de octubre de 2003 en el Liceo “Andrés Bello” al que asistieron 35 representantes comunitarios de Caracas, Guarenas, Guatire, El Junquito, Estado Vargas y también en la Asamblea del Comité Organizador Nacional de este Congreso, realizada el 5 de noviembre en la sede de INAMUJER, se discutió la propuesta del Ministro Dr. Roger Capella, sobre la contraloría social en establecimientos de salud. **Presentamos un modelo de resolución con los principios fundamentales que deben incluirse:**

**República Bolivariana de Venezuela
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Despacho del Ministro**

**ROGER CAPELLA
MINISTRO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL**

RESOLUCIÓN

En el ejercicio de las atribuciones que le confiere el Artículo ---- Ordinal ---- Numeral ----- de la Ley Orgánica de la Administración Pública, en concordancia con los artículos 14 numeral 1º y 10 del Decreto Sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central, previo cumplimiento del procedimiento de la participación social en la gestión pública, establecido en el artículo 136 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, y en concordancia

con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Artículos -----)

CONSIDERANDO

Que la salud es un derecho humano y social fundamental.

CONSIDERANDO

Que el Estado y todas sus instituciones, de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), (Artículos ----) están obligados a apoyar, respetar y fomentar los procesos de participación ciudadana y les corresponde crear los mecanismos y condiciones más favorables para garantizar este derecho, impulsando así la construcción de una nueva sociedad, donde las instituciones estén al servicio del colectivo, y la relación gobierno-sociedad sea de manera horizontal y transparente.

CONSIDERANDO

Que las personas y las comunidades organizadas tienen el derecho y deber de participar (según lo establece la CRBV, en los artículos ----) en la promoción y defensa del derecho a la salud y en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones de salud.

CONSIDERANDO

Que la participación **protagónica** de la sociedad es un derecho constitucional que tienen todos los ciudadanos y ciudadanas, a ejercer su poder de decisión, intervención y control de manera directa y con plena autonomía e independencia, en forma individual o colectiva, y por medios diversos, en la formulación, planificación y regulación de las políticas públicas.

CONSIDERANDO

Que la conformación de una contraloría social, con verdadero poder de definición en las políticas públicas, es uno de los instrumentos esenciales para democratizar la gestión en salud y así mejorar la calidad y el desempeño de los servicios de atención integral de salud en los establecimientos de salud de cualquier índole estructural: Ambulatorios en los diferentes niveles de atención, Hospitales e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

CONSIDERANDO

Que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela define en su Artículo 70 a la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas y la elección de cargos públicos, en lo político; en las Instancias de Atención Ciudadana, en lo social y económico, como medios de participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: En todo centro prestador de servicios de salud y desarrollo social (tanto de la red ambulatoria, como de la red hospitalaria) se creará una

“Defensoría Comunitaria de la Salud” conformada por Ciudadanos y Ciudadanas electos y electas por la comunidad del ámbito territorial de influencia de cada establecimiento, con el objeto de promover y defender el derecho a la salud y ejercer la participación en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica del centro prestador de servicios de salud y desarrollo social.

ARTÍCULO 2: Los establecimientos deberán definir el ámbito geo-demográfico sobre el cual actúan, de tal manera que la estructura territorial y poblacional sirva de base para los procesos de organización, planificación, participación y financiamiento entre otros, así como para la definición del mecanismo para la elección democrática de los y las integrantes de la Defensoría Comunitaria en Salud.

ARTÍCULO 3: La **“Defensoría Comunitaria de la Salud”** tendrá las siguientes atribuciones:

- a. Elaborar el registro de familias que conforman el ámbito geo-demográfico del centro prestador de salud y desarrollo social en los formatos que a tal efecto defina y suministre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y entregar al centro prestador de salud, en los primeros cinco días hábiles del mes, las modificaciones registradas en el mes inmediatamente anterior.
- b. Difundir entre las familias del ámbito geo-demográfico el derecho a la salud, los deberes y responsabilidades, así como educarlos para la autodefensa.
- c. Análisis y seguimiento de la situación de salud y desarrollo social de la localidad en la que se encuentra el establecimiento de salud, a partir del Informe Bimensual de Situación Social y de Salud que debe elaborar el centro prestador de salud y desarrollo social y entregado en los primeros diez días hábiles siguientes.
- d. Diseño participativo de Agenda Estratégica de Salud y Calidad de Vida para esa localidad.
- e. Conocer y evaluar la planificación de servicios prestados por la institución, prestando sus observaciones y propuestas a la dirección del centro prestador de servicios de salud y a la instancia que el Ministerio defina para la coordinación nacional de las Defensorías Comunitarias de la Salud.
- f. Conocer y evaluar el Informe Anual de Cuentas de las autoridades del centro prestador de salud y desarrollo social, que deberá ser entregado en los primeros cuarenta y cinco días del año inmediatamente siguiente.
- g. Conocer y procesar las denuncias sobre presunto mal funcionamiento de los servicios públicos de salud y desarrollo social que presta en el centro.
- h. Promover la participación de las familias del ámbito geo-demográfico en la conformación de cooperativas, empresas comunitarias y demás formas asociativas guiadas por los valores de la mutua cooperación y solidaridad para asumir el suministro de bienes o la prestación de servicios requeridos por el centro prestador de salud y desarrollo social que puedan ser ejecutados mediante Compromisos de Gestión, según lo dispuesto en el Título V de la Ley Orgánica de la Administración Pública.

ARTÍCULO 4: Mecanismos para su conformación y su funcionamiento operativo:

El centro prestador de servicios de salud y desarrollo social definirá su ámbito demográfico de actuación, el cual estará delimitado por la existencia de otros centros prestadores de servicios de salud y desarrollo social.

Se organizarán núcleos no mayores de 250 familias, las cuales conformarán una Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas para elegir un Comité de Salud, así como los y las integrantes de la Defensoría Comunitaria de Salud, que debe contar con la participación mínima del 20% de las personas mayores de 18 años.

En cada núcleo se elegirán catorce (14) personas, que dedicarán doce (12) horas de trabajo voluntario a la Defensoría en turnos de tres horas, garantizando la presencia permanente de, al menos, uno de ellos.

Los y las integrantes de la Defensoría Comunitaria en Salud son electos y electas por período de un año y podrán reelegirse por no más de dos períodos.

La elección se realizará en ocasión de la presentación pública del Informe de Rendición de Cuentas de la Dirección del centro prestador de salud y desarrollo social.

Las decisiones relativas al ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales “c”, “d”, “e” y “f” del Artículo 3, serán tomadas en plenaria de la Defensoría Comunitaria en Salud, con el voto favorable de la mayoría de los y las presentes. Esta plenaria se constituirá válidamente con la mitad más uno de los y las integrantes de la Defensoría Comunitaria en Salud y será convocada con agenda previa, por lo menos, tres días hábiles antes de su realización.

ARTÍCULO 5: Secretaría Ejecutiva

La Defensoría Comunitaria de la Salud contará con una Secretaría Ejecutiva, cuya organización será definida por la plenaria de la Defensoría en función de los recursos disponibles y tendrá entre sus funciones:

1. Preparar anticipadamente la agenda de las reuniones, así como la convocatoria a las instituciones y grupos en específicos para discutir los temas propuestos.
2. Levantar un acta de cada plenaria con las decisiones correspondientes y la votación.
3. Darle seguimiento a las decisiones y presentar informes mensuales de las gestiones realizadas.
4. Apoyar en su trabajo a las comisiones que se nombren en la plenaria de las reuniones.
5. Recopilar la información y documentos necesarios para la toma de decisiones por parte de la plenaria.
6. Mantener los registros de la Defensoría Comunitaria de la Salud, en especial los relativos al ejercicio de las atribuciones definidas en los numerales “a”, “g” y “h” del Artículo 3.
7. Remitir a la instancia de coordinación nacional de las Defensorías Comunitarias de la Salud, la información relativa a su funcionamiento.
8. Cualquier otra que le sea conferida por la plenaria.

ARTÍCULO 6: Coordinación Nacional

La coordinación nacional de la promoción y seguimiento del funcionamiento de las Defensorías Comunitarias de la Salud estará a cargo de la Unidad Nacional de Control Social, adscrita a: -----. El titular o la titular de la Unidad Nacional de Control Social será designado o designada por el Ministro de Salud y Desarrollo Social.

ARTÍCULO 7: Régimen Sancionatorio

El incumplimiento de las responsabilidades que esta disposición establece, así como su menoscabo, obstrucción u omisión por parte de los funcionarios públicos o las funcionarias públicas, se considerarán sujeto de responsabilidad por violación del derecho humano a la participación y serán procesados según lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley Orgánica de la Administración Pública.

ARTÍCULO 8: Disposiciones Finales

1. La Dirección de los centros de servicios de salud y desarrollo social están en la obligación de establecer su ámbito geo-demográfico de actuación y definir los núcleos de familias en un lapso no mayor de 30 días, contados a partir de la fecha de publicación en Gaceta Oficial.
2. La comunidad deberá organizar la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas para conformar la Defensoría Comunitaria de la Salud en un lapso no mayor de treinta días, contados a partir de la publicación del ámbito geo-demográfico de actuación del centro.
3. Los establecimientos de salud que cuenten con Comité de Salud u otra instancia de participación ciudadana en salud, que pueda homologarse a las disposiciones de la presente resolución, procederán en un lapso no mayor de treinta días siguientes de su publicación en Gaceta Oficial a designar la Defensoría Comunitaria de la Salud, cuya gestión finalizará al momento de discutir el Informe Anual de Cuentas, establecido en el Artículo 3, ordinal “f”.
4. Todos los y las integrantes de las Defensorías Comunitarias de la Salud deben participar en el proceso de capacitación que a los efectos disponga el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
5. Se convoca a las Defensorías Comunitarias de la Salud, debidamente registradas ante la Coordinación Nacional de Control Social, a un Encuentro Anual de Control Social en Salud y Desarrollo Social, el 5 de julio de cada año.

Comuníquese y Publíquese,
ROGER CAPELLA
Ministro de Salud y Desarrollo Social

ANEXO 16

“PROVEA pide acción al Estado frente al colapso de la Salud Pública” (febrero 2003)



NOTA DE PRENSA

PROVEA PIDE ACCIÓN AL ESTADO FRENTE AL COLAPSO DE LA SALUD PÚBLICA

Ante la grave situación que actualmente afecta al sistema público de asistencia a la salud, Provea hace un llamado a los entes estatales con competencia en el sector de asistencia a la salud en el ámbito nacional, estatal y municipal, para que adopten inmediatamente las medidas necesarias para solventar el colapso en que están los ambulatorios y hospitales del país.

La disminución crítica de los inventarios de medicamentos e insumos médicos, la paralización de las licitaciones para el suministro y/o mantenimiento de los equipos médicos, el retraso acumulado por meses de la cancelación del salario y beneficios laborales del gremio de los trabajadores de la salud, la suspensión generalizada de las intervenciones quirúrgicas electivas, la suspensión de las intervenciones por transplante de órganos, el cierre de consultas médicas, la disminución crítica de las reservas de sangre, de los factores de coagulación, así como de reactivos (como el de la prueba del VIH) en los bancos de sangre del país, entre otros problemas, hacen que los establecimientos hospitalarios vean reducida su capacidad para garantizar, inclusive, la atención de las emergencias.

Sin ignorar las razones políticas y económicas que puedan estar presentes en el actual contexto, corresponde al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) la adopción de medidas deliberadas y

concretas, orientadas para solventar esta situación. Deben plantearse soluciones, ya sea a través de medidas extremas, como lo es la declaratoria del estado de emergencia del sector salud o de medidas intermedias que, sin una declaratoria oficial de la emergencia, procuren el restablecimiento de las condiciones para el funcionamiento “regular” de los establecimientos integrados en la red pública del sistema de asistencia a la salud.

Provea hace un llamado al Estado a solventar esta crisis mediante la aplicación urgente de las siguientes medidas:

- 1) Agilizar los trámites necesarios para que, de inmediato, se inicien las actividades de compra de los productos de salud con el dólar preferencial establecido;
- 2) Cancelar las partidas pendientes con las direcciones de Salud de las gobernaciones de los estados descentralizados, las deudas con las empresas de suministro de medicamentos, equipos médicos y mantenimiento, así como las deudas laborales con los gremios de los trabajadores de la salud.
- 3) Pronunciamiento, por parte del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), acerca del recurso de amparo introducido el año pasado por el Colegio de Médicos del Distrito Federal, solicitando la nulidad de la aplicación del Impuesto al Valor Agregado (IVA) a los servicios asistenciales y odontológicos de cirugía y hospitalización prestado por entes privados (ver edición 99 de este servicio informativo en <http://www.derechos.org.ve>).

Finalmente, exhortamos al MSDS a convocar a una mesa de diálogo en la que participen los entes oficiales involucrados con la red pública de asistencia sanitaria, sectores sociales y ONGs con trabajo en el área de la salud, con el objeto de concretar una consulta amplia para enfrentar los problemas que presenta este sector y que afectan al conjunto de la sociedad venezolana.

Caracas, 28.02.03.

ANEXO 17

“El Proyecto de Ley de Salud no incorpora la participación comunitaria” denuncia CONSALUD

Boletín de CONSALUD No. 9 Participación Comunitaria

Boletín informativo de la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (CNPCS)

Caracas, julio 2001
No.9

Año II-

El Proyecto de Ley de Salud no incorpora la participación comunitaria

Es insólito lo que viene ocurriendo con los proyectos de Ley de Seguridad: el de la ley de pensiones es más privatizador que la «Ley Caldera» y el de Ley de Salud es una burla a la Participación Comunitaria. En los artículos que se refieren a la representación comunitaria, ésta es simbólica, sin carácter vinculante, y llega al extremo de crear unos comités de reclamos (?), donde se establece que la comunidad podrá nombrar un representante comunitario.

La Ministra Maria Urbaneja en sus primeras declaraciones a la prensa al posesión del cargo ofreció un amplio debate nacional sobre las Leyes y hasta el momento no se ha hecho nada al respecto. Desde que inició su gestión hemos solicitado una audiencia con ella en infinidad de oportunidades, sin respuesta alguna.

¡Las Leyes de Seguridad Social son clandestinas, nadie las conoce y contradicen la Constitución Nacional!

Descentralización Democrática y Poder Local

1. No basta la descentralización que llega hasta la Gobernación; es necesario que baje hasta los Municipios, Parroquias y Comunidades. **Promover la Descentralización Democrática.**

2. Es necesaria la **formación-capacitación de los representantes comunitarios** para que la participación no sea utilitaria, demagógica o manipulada por parte de los Gobiernos (Nacional, Estatal a Municipal). Iniciar Cursos de Líderes Comunitarios (Gerentes Sociales).
3. **Promover la Democratización del Saber.** Respeto y reconocimiento del saber popular.
4. **Informar sobre la nueva Constitución Bolivariana** y profundizar en lo concerniente a temas como: la participación Comunitaria, el control social de la gestión pública, los principios del sistema de salud y seguridad social (gratuidad, seguridad social para todos equidad. solidaridad,...), elaborar proyectos de leyes y reglamentos previstos en la Constitución.
5. Es imprescindible la organización comunitaria para llevar a cabo, y supervisar, controlar, planificar y evaluar los planes y programas. Crear de inmediato Grupos Comunitarios organizados en cada Municipio, y en todas las localidades del Estado donde sea posible, para llevar a cabo las tareas que se acuerden. **Crear la Coordinadora Municipal de Participación Comunitaria.**
6. **Exigir a Gobernadores y Alcaldes** (Gobernaciones y Alcaldías) **que se incorporen a los representantes de las comunidades organizadas** en todo lo concerniente al sector público (planificación, ejecución y control) pero manteniendo su autonomía como organizaciones comunitarias.