

ppi 201502ZU4645

Esta publicación científica en formato digital es continuidad de la revista impresa
ISSN 0798-1171 / Depósito legal pp 197402ZU34



30
AÑOS

CUESTIONES POLÍTICAS

Instituto de Estudios Políticos y Derecho Público "Dr. Humberto J. La Roche"
de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad del Zulia
Maracaibo, Venezuela



Vol.31

No 55

**Julio
Diciembre
2015**

Participación social en salud. Un análisis político y normativo *

*Raquel Sáez González***

Resumen

El objetivo principal del artículo es analizar el marco normativo y político que sustenta la participación social en salud en Venezuela, durante el período 1999-2013. La metodología es analítica-documental y se utiliza la técnica de análisis de contenidos. Se encuentra que en Venezuela, desde 1999, se decreta constitucionalmente la participación protagónica de las comunidades en la ejecución y control de la gestión pública en las instituciones públicas de salud, y se aprobaron leyes de índole participativas (Consejos Comunales y Poder Popular), lo que facilita la institucionalización de mecanismos de participación social en el sistema de salud y la incorporación de las asociaciones vecinales y organizaciones sociales en asuntos de interés público.

Se concluye que, en los catorce años de revolución bolivariana, los ejes de las políticas de salud han girado en torno a la democracia participativa y protagónica, la promoción de la calidad de vida y la salud, las misiones sociales, la universalidad de la salud integral, y el poder popular del pueblo en la ejecución y control de la gestión pública.

Palabras clave: Participación social en salud; leyes participativas; participación protagónica; organización social; políticas de salud; poder popular.

* Este artículo es un producto del proyecto de investigación registrado en el CONDES, No. CH-0158-14, titulado: Fundamentos jurídicos y políticos de la participación social en salud, adscrito al Centro de Investigaciones de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

** Universidad del Zulia. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Centro de Investigaciones de Trabajo Social. raquel65.saez@gmail.com.

Social Participation in Health: A political and normative analysis

Abstract

The main purpose of the article was to analysis on the legal and political foundation that supports social participation in health in Venezuela during the period 1999-2013. The methodology was analytical – documentary and technique was used content analysis. We found that in Venezuela, since 1999, is constitutionally decreed the active participation of communities in the implementation and control of public management in public health institutions, and laws participatory nature (Community Councils and People's Power) were approved, which facilitated the institutionalization of mechanisms of social participation in the health system and the incorporation of neighborhood associations and social organizations on matters of public interest. We conclude that , in the fourteen years of Bolivarian Revolution, the axes of health policies have revolved around participatory democracy, promoting quality of life and health, the social, the universality of health comprehensive, and popular power of the people in the implementation and control of public management.

Keywords: Social participation in health; participatory laws; active participation; social organization; health policy; popular power.

Introducción

La participación es un importante instrumento de ciudadanía que en el caso de la salud requiere el involucramiento activo y constante de las personas, comunidades y organizaciones en los procesos que van desde la toma de decisiones, hasta la ejecución y puesta en práctica de políticas y/o programas relacionadas con la salud.

En la actualidad, existe amplio consenso respecto a las múltiples significaciones que se tienen de la participación, incluso sería pertinente señalar que hay consenso sobre el hecho que no existe un acuerdo en las ciencias sociales o en los gobiernos o agencias internacionales sobre lo que se quiere significar con ésta idea (participación).

Más aún, dada las características multidimensionales de la participación, éste parece ser un "...concepto polisémico, profundamente arraigado e impulsador de nuevos conocimientos, nuevas interpretaciones y por ende, nuevas aplicaciones" (Villarreal, 2014: 221). Lo que sugiere la necesidad de profundizar en torno a éste término, a los fines de esclarecer sus usos y limitaciones.

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 N° 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

133

Por ello, la participación social como mecanismo de incorporación de la sociedad en la vida pública ha de procurar primero la conquista de la ciudadanía en la planificación y toma de decisiones (particularmente en salud), de aquellos hechos o aspectos directamente relacionados con su calidad de vida. Además, resulta necesario lograr la confluencia de todos los actores sociales locales sobre planes y proyectos específicos de carácter estratégicos a ser ejecutados en torno al municipio (o localidad) como lugar de encuentro de las iniciativas públicas, privadas y de la comunidad, a partir de una información veraz y completa sobre los asuntos municipales (Organización Mundial de la Salud-OMS, 1990).

Entonces, puede considerarse la participación, como una herramienta para deliberar y escoger la vida que vale la pena ser vivida. Si las personas tienen oportunidades, es decir, "...libertades y capacidades, para discutir, apreciar y elegir entre diferentes estilos de vida podrán alcanzar las competencias para elegir entre diversos tipos de sociedades, entre formas de gobierno y modalidades de producción económica y bienestar social" (Villarroel, 2014: 228).

Por lo tanto, si la participación denota calidad de vida y prácticas de acción democráticas es fácil comprender la multiplicidad de usos y abusos que dicho término connota en la actualidad.

En el ámbito de salud, el término de participación tuvo gran connotación social a partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, en la que acertadamente se plantea la importancia de la participación popular en la atención a la salud como derecho y como responsabilidad; contempla el grado máximo de participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud; y, sienta las bases de la participación al definirla como "...el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario" (OMS, 1978).

Desde ese momento, tanto para las agencias financiadoras, las instituciones académicas como para los entes gubernamentales, un proyecto, programa o intervención, es considerado interesante, atractivo o importante si incluye la participación entre sus estrategias o actividades; mientras más participativo sea, tiene una mayor probabilidad de ser aceptado, resulta más políticamente correcto y se presume que deberá tener una mejor "ejecución".

De igual forma, y en dirección contraria, se considera que el fracaso o poco éxito de algunos proyectos o programas se debe a que no hubo participación de las personas. Es decir, así como es ventajoso identificar una intervención como participativa, también se considera contraproducente, y

se suele atribuir el fracaso en los objetivos o actividades, a la poca o ninguna participación de las personas, a pesar de los buenos esfuerzos que puedan haber realizado los investigadores o responsables (Briceño León y Ávila, 2014).

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

Así pues, pese a diversas concepciones de la participación, es importante afrontar que ésta no se restringe a un momento específico, sino que se trata, según Briceño León y Ávila (2014: 195) de un:

...proceso social, donde intervienen personas, organizaciones, instituciones, es interactivo, colaborativo, cooperativo, recíproco, el cual, a medida que se consolida sobre bases de conocimiento, capacitación, experiencia, comunicación, logros y aprendizajes, se crea una cultura de toma de decisiones, equilibrio de poder y gobernanza que lleva al empoderamiento de los diversos actores y sectores participantes, propia de estilos democráticos.

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

Toda ésta situación, evidencia que no existen criterios únicos para el diseño y formulación de modelos en participación social, mucho menos en salud, lo que motiva esta investigación. Especial relevancia reviste señalar que, en Venezuela, tanto el ordenamiento jurídico como las políticas de salud están vinculadas a un proyecto político-ideológico, por lo que pese a la promulgación de diversas leyes y reglamentos en torno a la participación social (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999; Ley Orgánica de los Consejos Comunales de 2009; Ley Orgánica del Poder Popular de 2010; Ley Orgánica del Poder Público Municipal de 2010; Ley de los Consejos Locales de Planificación de 2010), un alto porcentaje de la población no participa en los planes y programas diseñados por el Estado venezolano, tal como lo refiere el último Plan de Desarrollo del Estado Zulia 2013-2016, donde se señala que “El 60% de la población se abstiene de participar en los programas de salud que se ofrecen” (Gobernación

Bolivariana del Zulia, 2013: 100), lo que denota la inminente necesidad de profundizar en la misma así como en los instrumentos favorecedores de la misma, a los fines de generar un modelo para la participación social en salud, cónsono con la realidad y particularidades de la población zuliana.

En sintonía con lo ya expresado, se plantean las interrogantes que constituyen guías de la presente investigación: ¿cuál es el marco normativo que regula la participación social en salud, nacional e internacionalmente?, ¿cuáles son las políticas de participación social en salud vigentes nacional e internacionalmente? Para lo cual se analiza el marco normativo y político que sustenta la participación social en salud en Venezuela, durante el período 1999-2013, específicamente se indaga acerca del marco normativo nacional de la participación social en salud; y, las políticas nacionales de la participación social en salud en Venezuela.

1. Marco jurídico de la participación social en salud

Valiosos son los estudios relacionados con la participación social en salud (Gutiérrez, 2008; Cilano *et al.*, 2009; Ochoa Henríquez, 2010; Gómez Sánchez *et al.*, 2010; Maingon, 2004, 2006; Farías Suárez y Farías de Estany, 2009; Mora Belandria, 2002; Gamboa, 2000), todos ellos dan cuenta de los cambios que se gestaron a partir de la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, así como en el sistema de salud venezolano.

En el ordenamiento jurídico tanto nacional como internacional, la participación cuenta con fundamentos legales claramente explicitados en los distintos instrumentos reglamentarios que la sustentan, tales como: Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; Declaración sobre el Derecho al Desarrollo de 1986, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966; Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966; Convenios internacionales en materia de participación social en salud: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999; Ley Orgánica de los Consejos Comunales de 2009; Ley Orgánica del Poder Popular de 2010; Ley Orgánica del Poder Público Municipal de 2010; Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública de 2010; Ley Orgánica de Planificación Pública Popular de 2010; y, Ley Orgánica de las Comunas de 2010. Seguidamente, ahondaremos en el ámbito nacional a los fines de precisar los fundamentos legales relacionados con la participación social en salud.

Durante el período 1999-2013, se han promulgado múltiples instrumentos legales en los que se ha fundamentado la participación social como principio y valor del nuevo modelo de sociedad venezolana. Teniendo especial relevancia los aspectos consagrados en la Constitución de 1999, directamente relacionados con la participación protagónica.

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999: establece que la participación en Venezuela tiene rango constitucional; contempla la participación como principio fundamental de la refundación de la República; alude reiterativamente a la participación como derecho (artículos 62, 84, 118, 141), especialmente en lo relativo a la formulación, ejecución y control de la gestión pública. También es notoria y manifiesta en los artículos 83, 84 y 132, ejusdem, la participación como deber, principalmente en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud, tanto individual como colectivamente.
- Decreto N° 6.732. Organización y Funcionamiento de Administración Pública Nacional de 2009: establece las competencias del Ministerio del Poder Popular para la Salud, entre las cuales destacan la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud; y, la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, lo cual incluye la promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución y rehabilitación de la salud; así como la promoción y desarrollo de la participación comunitaria en todos los espacios del quehacer en salud, en coordinación con el órgano rector en materia de participación popular (artículos 1-17).
- Ley Orgánica de los Consejos Comunales de 2009: define a los consejos comunales como la principal instancia de participación, articulación e integración entre los ciudadanos, ciudadanas y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares. Asimismo, establece la participación como principio y valor de la misma, y describe el ciclo comunal como un proceso a través del cual se hace efectiva la participación popular y la planificación participativa en respuesta a las necesidades comunitarias y las potencialidades y capacidades de la comunidad (artículos 3 y 44), lo que denota la implementación de los preceptos constitucionales respecto a la democracia participativa y protagónica y la configuración de una nueva institucionalidad local y comunitaria.
- Ley Orgánica del Poder Popular de 2010: establece importantes mecanismos para la implementación de la participación social en Venezuela; resalta la necesidad de consolidar el poder popular mediante los diversos medios de participación, garantizando la democracia participativa, protagónica y responsable de los ciudadanos y ciudadanas (artículo 1); y, precisa que el Poder Popular es el ejercicio pleno de la soberanía por parte del pueblo en lo político, económico, social, cultural, ambiental, internacional, y en todo ámbito del desenvolvimiento y desarrollo de la sociedad (artículo 2).
- Ley Orgánica del Poder Público Municipal de 2010: fundamenta la participación protagónica del pueblo en los asuntos propios de la

vida local, como principio constitucional del poder público municipal, teniendo presente la planificación, la descentralización y la transferencia a las comunidades organizadas. Además, alude al Municipio, parroquias y demás entidades locales como los espacios primarios para la participación ciudadana en la planificación, diseño, ejecución, control y evaluación de la gestión pública (artículos 1, 4, 7 y 30).

- **Ley Orgánica de las Comunas de 2010:** busca desarrollar y fortalecer el Poder Popular, para la conformación y funcionamiento de la comuna como entidad local del Poder Popular en ejercicio pleno del derecho de la soberanía y la participación protagónica; cuyo ámbito de aplicación está constituido por las organizaciones comunitarias, las comunidades organizadas y todas las instancias del Poder Popular debidamente constituidas (artículos 1 y 3).

- **Ley Orgánica de Planificación Pública y Popular de 2010:** regula los principios y normas que sobre la planificación rigen las ramas del Poder Público y las instancias del Poder Popular; establece la organización y funcionamiento de los órganos encargados de la planificación y coordinación de las políticas públicas, a fin de garantizar un sistema de planificación dirigido a la consecución, coordinación y armonización de los planes, programas y proyectos para la transformación del país (artículo 1).

- **Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública de 2010:** son instancias del Poder Popular que garantizan la participación libre y democrática en la toma de decisiones en todo el territorio municipal (artículo 1). Los Consejos Locales de Planificación Pública (CLPP) constituyen por excelencia el órgano encargado del diseño del Plan Municipal de desarrollo en concordancia con el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación y los planes estatales, asegurando la participación protagónica del pueblo organizado en su formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y control, en articulación con el Sistema Nacional de Planificación Pública (artículo 2).

En síntesis, el actual marco jurídico venezolano, en todos sus niveles jerárquicos, persigue la promoción e incorporación de las asociaciones vecinales y organizaciones sociales en asuntos de interés público. Y es allí donde la participación social en salud cobra especial relevancia, ya que constituye eje rector para la participación y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población venezolana, coadyuvando en una mejor calidad de vida.

2. Contexto político de la participación social en salud

Por otra parte, respecto a las políticas de participación en salud, éstas fueron recogidas en dos importantes documentos como lo son: la

Declaración de Alma Ata efectuada en la antigua Unión Soviética (URSS-1978), y la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986) realizada en Ottawa-Canadá; a las cuales se refiere brevemente.

La Declaración de Alma Ata en 1978, surgió en el seno de las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), quienes efectuaron un gran congreso en Alma Ata, en la entonces URSS. En dicha reunión se asumió la salud como un derecho humano, por lo que a partir de entonces se buscó alcanzar el objetivo “salud para todos” en el año 2000. La importancia de la participación popular en la atención a la salud como derecho y como responsabilidad, se constituyó en una de las prioridades planteadas en el documento.

La Conferencia de Alma Ata, sentó las bases de la participación al definirla como “...el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario” (OMS, 1978).

En 1986, en Ottawa-Canadá, se celebra la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud llamada “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”, a partir de la cual surge un nuevo concepto de salud, discutido y aprobado en Asamblea, el cual comprende las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste en la abogacía o cabildeo, la participación y la acción política como estrategias favorecedoras de la salud; además, enfatiza en los procesos de empoderamiento de los grupos y personas, para que desarrollen su máximo potencial de salud. Fundamentalmente se destinó a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000” como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la Salud Pública. Fortalecer la acción comunitaria, se estableció en eje transversal de las prioridades de la Conferencia junto con los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria.

También es importante resaltar que, hubo otros documentos relacionados con la salud que contemplaron la participación como ejes o núcleos transversales, entre estos se mencionan: II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1988), celebrada en Adelaida, Australia, con el slogan “Políticas públicas favorables a la salud”,

Asimismo, el Grupo de Trabajo de la OMS (1989) produjo el documento “Un llamado para la Acción”, en el cual recomendaron estrategias de acción social, tales como: el fortalecimiento del soporte social a las comunidades pobres y el empoderamiento de los grupos más postergados y marginados.

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 Nº 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

139

La III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, efectuada en Sundsvall-Suecia (1991), “Podemos hacerlo”. En 1992, se realizó la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Santa Fe de Bogotá y se adopta la Declaración de Promoción de la Salud en América Latina. En Francia (1994), se realizó el Seminario Internacional sobre Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de Promoción de la Salud.

En Yakarta-Indonesia (1997), se efectuó la *IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, “Nueva era, nuevos actores; adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”. En la LI Asamblea Mundial de la Salud (1998), se adopta la Resolución sobre Promoción de la Salud que insta a todos sus miembros a: 1) promover la responsabilidad social para la salud; 2) incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; 3) consolidar y expandir la corresponsabilidad en salud; 4) incrementar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo en materia de salud; 5) fortalecer las consideraciones de los requerimientos en salud y promoción en todas las políticas; y, 6) adoptar un enfoque basado en evidencia para las políticas de promoción de la salud y sus prácticas, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas.

En México (2000), se realizó la V Conferencia Internacional de Promoción de Salud: “Promoción de la Salud hacia una mayor equidad”. Con la representación de más de 100 países y aproximadamente 700 expertos de Salud Pública, se desarrolló en Bangkok-Tailandia (2005), la VI Conferencia Internacional de Salud. La Carta de Bangkok, (tal como se conoce el documento final de la conferencia), aboga por una mayor coherencia en las políticas para la promoción de la salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado.

Finalmente, la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011), reunió a los Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos en Río de Janeiro-Brasil, con el objeto de expresar la determinación de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.

Este breve recorrido evidencia el surgimiento e importancia que la participación en salud ha tenido en estos 34 años de historia. Donde el involucramiento de la comunidad y las iniciativas para promover la participación comunitaria prosperaron en los años posteriores a Alma Ata, probablemente en respuesta al apoyo enérgico de la Conferencia a la atención primaria de salud. De allí que, la participación en salud puede entenderse con alcances diferentes: como participación en los *beneficios* y mejora de las condiciones de vida que se producen por efecto de un programa de salud; como *esfuerzo* o contribución que la gente aporta a un programa concreto; como participación en la *evaluación y control* de los

servicios de salud; como participación en la *planificación* y programación de las acciones y servicios sanitarios; como participación en la *toma de decisiones* sobre problemas y programas que les afectan; y, como *cogestión y autogestión* de programas y servicios de salud.

Los objetivos que se pretenden lograr mediante la participación en salud son múltiples: desde la movilización de recursos, la prevención más eficaz de ciertos padecimientos, la adopción de hábitos y estilos de vida más saludables o la mejora de la utilización de los servicios de salud, hasta el ejercicio del derecho y el deber de participar en las decisiones que afectan a la vida cotidiana, que todo ciudadano tiene (Aguilar, 2011).

3. Políticas nacionales de participación social en salud

Ahora bien, debido al impacto que tienen las políticas sociales en nuestro país, se examina la política de participación social en salud que rigió durante los catorce años de gobierno del Presidente Hugo Chávez, en la conformación de un nuevo modelo de desarrollo de la sociedad venezolana.

La construcción de ese modelo en Venezuela, se inicia con la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, en la que se define al Estado venezolano como democrático y social, de derecho y justicia, privilegiando los derechos humanos, mediante su ordenamiento jurídico y su acción, para lograr una vida en libertad, justicia, igualdad, solidaridad y democracia, con responsabilidad social. Cuyos fines esenciales son la defensa y desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y el bienestar del pueblo, la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en la constitución; la inclusión en la atención de las necesidades de la población; y, la participación corresponsable y democrática de todos los sectores, en todos los ámbitos y en cada momento del porvenir; en el que la desconcentración y descentralización guiará la toma de decisiones en todo el territorio nacional (Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, 2007).

Así pues, y en concordancia con los hechos más significativos ocurridos durante el período en estudio, seguidamente se resaltan tres momentos distintivos (inicio, crisis y cierre) del accionar político entre 1999 y 2013, entre los cuales se precisa el acontecer nacional en materia de participación social en salud.

1) Momento inicial: 1999-2002

Se apertura en el año 1999 y se extiende aproximadamente hasta principios del 2003. Con los procesos de cambios implementados, surge el nuevo proyecto de país, V República. D'Elia y Cabezas (2008), aseguran

que el gobierno hizo grandes esfuerzos por ampliar el ordenamiento sanitario mediante el fortalecimiento del sistema público de salud y la participación de los ciudadanos en la planificación, formulación, ejecución y control de las políticas públicas; surge la promoción de la salud desde una perspectiva de calidad de vida. Entre los planes desarrollados por el gobierno durante este período están: la fusión de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de la Familia, surge el Ministerio de Salud y Desarrollo Social; la gratuidad de los servicios de salud de la población, sin ningún tipo de discriminación, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado a dar respuesta inmediata a las necesidades sociales de salud de la población; el diseño del modelo de atención integral, humano y participativo; y, la formulación de la ley de salud (aún en mora legislativa).

Se aprueba el primer Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007, con el objetivo de promover la participación social y fortalecer el poder ciudadano en las decisiones públicas, en lo concerniente al equilibrio social. Entre las medidas propuestas para alcanzar estos objetivos, se contempló la democracia participativa y protagónica (desarrollo de redes sociales, estimular las organizaciones de base, crear las contralorías sociales) y la promoción de la calidad de vida y la salud (universalizar el derecho a la salud, promover la calidad de vida, combatir las inequidades, fortalecer las redes de salud, acceso a la salud según las necesidades). Desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se diseñó el Plan Estratégico y Social (PES), como instrumento de planificación de políticas concernientes a la salud de la población, de conformidad con los derechos sociales contemplados en la Constitución Nacional y el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2007. Sin embargo, todos estos planes se vieron interrumpidos ante la elevada conflictividad política y social acaecida en Venezuela durante esta fase que culminó con el intento de golpe de estado en el año 2002 (D'Elia y Maingon, 2009).

2) Momento crítico: 2003-2005

Durante el año 2003, se inician las Misiones Sociales, como una nueva modalidad de asistencialismo en Venezuela caracterizada por beneficios directos, cortos, condicionados y transitorios; fue denominada como la Revolución desde Abajo y consistió en masificar los programas de salud, entre otros, para alcanzar a la población más necesitada en los sectores populares. Mediante un Convenio con Cuba se desplazó a personal médico cubano a lo largo del país, surgieron las siguientes misiones en salud:

- Barrio Adentro I, cuya principal finalidad consistió en brindar atención médica primaria y medicamentos.
- Barrio Adentro II, fue creada en junio del 2005 como parte del convenio de cooperación Cuba-Venezuela; ofrece servicio integral gratuito a través de los Centros de Alta Tecnología (CAT), Centros de

Diagnóstico Integral (CDI) y las Salas de Rehabilitación Integral (SRI), cubre el segundo nivel de atención en salud.

- Barrio Adentro III, consiste en la modernización de la red hospitalaria del país, utiliza la red tradicional de hospitales para abrir esta tercera fase como un elemento fundamental en la composición del Sistema Público Nacional de Salud. Se enfoca hacia dos componentes: primero, la modernización tecnológica de equipos médicos y un segundo componente dirigido a la remodelación, ampliación y mejora de la infraestructura hospitalaria.

En el año 2005, se anuncia el Socialismo del Siglo XXI como modelo societal a seguir (Gutiérrez, 2008), surge el concepto de Poder Popular y aparecen los Consejos Comunales como instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos y las organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares para la gestión directa de las políticas públicas y proyectos sociales.

3) Momento conclusivo: 2007-2013

Desde el año 2007, los ministerios son renombrados con el apelativo de “poder popular”, el estamento militar es permeado por el nuevo orden socialista como doctrina. Se aprobó el Primer Plan Socialista, el cual propone el avance en la construcción del Socialismo del Siglo XXI, refundando ética y moralmente a la Nación; es decir, se pone en marcha una nueva etapa rumbo a la sociedad socialista, caracterizada por la Revisión, la Rectificación y el Reimpulso Revolucionario, las Tres R (Gutiérrez, 2008).

Con el primer Plan Socialista del Desarrollo Económico y Social de la Nación para el período 2007-2013 (Proyecto Simón Bolívar), se enfatizan especialmente las siguientes directrices: Nueva Ética Socialista (refundación de la nación venezolana), Suprema Felicidad Social (construcción de una estructura social incluyente), Democracia Protagónica Revolucionaria (consolidación de la nueva organización social); entre otras líneas de acción.

En consonancia con estos planteamientos, el Ministerio del Poder Popular para la Salud desde el año 2007, rediseñó sus estrategias para profundizar la atención integral en salud de forma universal mediante políticas sociales de alcance directo, tales como: la expansión y consolidación de los servicios de salud de forma oportuna y gratuita, reducir la mortalidad materno-infantil y en niños menores de cinco años, fortalecer la prevención y control de enfermedades. Además, los planes y proyectos ministeriales buscan fomentar la capacidad de toma de decisiones de la población, construir la estructura institucional necesaria para el desarrollo del poder popular y garantizar la participación protagónica de la población en la administración pública nacional. Entre los años 2008-2013, se diseñaron políticas en función de dar respuestas a éstas estrategias, entre las cuales se pueden mencionar: la difusión de experiencias organizativas comunitarias;

la promoción de la formación para la organización social; la creación de canales efectivos para la contraloría social; el fortalecimiento y creación de mecanismos institucionales que privilegien la participación popular; la creación de canales regulares directos entre el poder popular y el resto de los poderes; identificación y respuesta a las necesidades no atendidas de la población; mejoramiento y fortalecimiento de los instrumentos legales y los mecanismos institucionales de participación ciudadana ya establecidos; diseño y consolidación de nuevos mecanismos institucionales para la participación ciudadana en el sector público.

El año 2013, sorprende con la desaparición y muerte del presidente Hugo Chávez; además, se aprobó el Plan de la Patria, Segundo Plan Socialista, denominado Programa Bolivariano 2013-2019, el legado de Chávez. Entre sus objetivos nacionales, se plantea consolidar y expandir el poder popular y la democracia socialista para alcanzar la soberanía plena, como garantía de la irreversibilidad del proyecto bolivariano, propósito central del ejercicio del poder por parte del pueblo consciente y organizado.

Todos estos planes enmarcados dentro de las políticas sociales del país, configuran y fortalecen la participación social en salud mediante la formulación y diseño de proyectos sociales vanguardistas y generadores de mecanismos participativos que aseguren la consolidación de la patria nueva, tal como ha sido concebida en este nuevo modelo societal, aún en formación.

4. Metodología

Desde una perspectiva empírico inductiva y en virtud de los objetivos planteados, se precisó la elaboración de un diseño de investigación de tipo documental (Montero *et al.*, 2005), en el que se revisaron de forma integral distintos documentos tanto jurídicos (constitución nacional, leyes, reglamentos, declaraciones, pactos y convenios) como instrumentos de índole político (planes y programas sociales, convenios, declaraciones, pactos), entre otros; pretendiendo revelar los componentes básicos de un fenómeno determinado (participación social en salud) extrayéndolos de un contenido dado

Se parte de la definición de análisis de contenido como "...el conjunto de operaciones necesarias para la extracción de la información contenida en las fuentes primarias para prepararla para su posterior recuperación y utilización" (Ruiz Pérez, 1992: 51). Por su parte, Berelson (citado por Bermúdez, 1982) somete el análisis de contenido, al contenido "manifiesto" y "cuantitativo" de los textos, señalándolo como "...una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática, cuantitativa del contenido manifiesto de una comunicación". Con ésta técnica no es el estilo del texto lo que se pretende analizar, sino las ideas expresadas en él, siendo

el significado de las palabras, temas o frases lo que intenta cuantificarse.

Desde la perspectiva pragmática del análisis de contenido, en cuanto significado del lenguaje en uso, modalidad y orden de las palabras, especial relevancia tuvo la codificación, consistente en el procesamiento o extracción de las características relevantes del contenido de un mensaje para transformarlo en unidades que permitan su descripción y análisis; por ello, se hace necesario definir el universo, unidades de análisis y las categorías de análisis: i) el universo o corpus de la investigación está constituido por disposiciones legales y políticas relativas a la participación social en salud, nacional e internacionalmente; ii) las unidades de análisis comprende los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías, en este caso se toma como unidad de análisis, una unidad de base gramatical, concretamente el análisis de frases y párrafos. Así, la base del análisis, lo que se selecciona y dispone en cada categoría de análisis, está constituida por frases y párrafos. Consecuentemente, la unidad de análisis es el grupo de palabras. Por supuesto, no todas las palabras sino aquellas referidas a la participación social en salud, tanto en el ámbito nacional como internacional; iii) las categorías de análisis, consiste en la identificación, definición y ordenamiento de los significados y contenidos de la participación social en salud en cada texto o documento revisado, a partir de las cuales se generaron sus propiedades.

En síntesis, se planta el análisis de las bases normativas en lo jurídico y político de los distintos documentos relacionados con la participación social en salud a nivel nacional e internacional, comparando y precisando la situación actual en Venezuela. Se trabaja con las distintas publicaciones encontradas tanto en bibliotecas especializadas como portales web de los principales índices de revistas nacionales e internacionales.

5. Resultados

En virtud que el objetivo central en este artículo consiste en analizar el marco normativo y político que sustenta la participación social en salud en Venezuela, durante el período 1999-2013, es necesaria la consecución precedente y progresiva de los objetivos específicos para alcanzar tal fin.

En relación al componente jurídico de la participación social en salud en nuestro país, se detecta que a lo largo del período estudiado, ha sido prolífera la normativa legal venezolana en materia de participación, tal como se observa seguidamente:

Ordenamiento jurídico nacional de la participación social en salud

Normativa Nacional sobre Participación Social en Salud	Categoría de Análisis	Propiedades
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)	Derecho a Participar	Participación como deber; universalidad, equidad, seguridad social para todos, formulación, ejecución y control de la gestión pública; toma de decisiones; asociaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales; corresponsabilidad en la gestión pública; autogestión, cogestión, cooperativas, cajas de ahorro, empresa comunitaria; espacios para la participación los Municipios, Estados, Consejo Federal, Estatal y/o Local y Asamblea Nacional
Decreto Nº 6.732. Organización y Funcionamiento de Administración Pública Nacional (2009)	Participación Popular	Sistema Público Nacional de Salud; formulación, regulación y seguimiento de políticas sociales en salud; promoción de la salud y calidad de vida; promoción y desarrollo de la participación en los espacios de la salud
Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009)	Participación popular	Consejos comunales; organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares; gestión directa de políticas y proyectos sociales; planificación participativa; políticas estratégicas; planes, programas y proyectos participativos
Ley Orgánica del Poder Popular (2010)	Poder Popular	Medios de participación; democracia participativa, protagónica y responsable; soberanía del pueblo; desenvolvimiento y desarrollo de la sociedad
Ley Orgánica del Poder Público Municipal (2010)	Poder Público Municipal	Participación protagónica del pueblo; planificación, descentralización y transferencia a las comunidades organizadas; planificación, diseño, ejecución, control y evaluación de la gestión pública; funciones ejecutiva, deliberante, contralora y planificación; definición y ejecución de la gestión pública; control y evaluación de resultados.
Ley Orgánica de las Comunas (2010)	Participación protagónica	Soberanía y organizaciones comunitarias; poder popular; corresponsabilidad; planificación del desarrollo social; formulación de proyectos, plan de desarrollo comunal; diagnóstico participativo y mecanismos para presupuesto participativo
Ley Orgánica de Planificación Pública y Popular (2010)	Planificación Pública y Popular	organización y funcionamiento; planificación y coordinación; políticas públicas; sistema de planificación; planes, programas y proyectos transformadores
Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública (2010)	Participación libre y democrática	Organización y funcionamiento; toma de decisiones; órganos de planificación; formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y control; presupuesto participativo; diagnóstico participativo; necesidades prioritarias; consejos comunales, movimientos y organizaciones sociales

En Venezuela, pese a que la participación social en salud tiene rango constitucional, tal como lo señala la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 (artículo 84) "...la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica de las instituciones públicas de salud" es necesario recuperar el camino hacia una verdadera democracia que implique hacer real la condición de sujeto del pueblo, donde los sectores populares sean actores y protagonistas serios de su proceso social y político, sin cooptación ni manipulación por parte de los entes gubernamentales; ya que iterativamente estos sectores han sido objeto de la acción política de quienes han detentado la dirección del país, sin llegar a constituirse realmente en sujetos de su propio proceso.

En base a los instrumentos revisados surgieron las siguientes categorías participativas y sus respectivas propiedades: i) principios y valores como universalidad, equidad, integración social, corresponsabilidad y solidaridad; ii) supuestos como promoción de la salud, calidad de vida y planificación participativa; iii) instancias como la autogestión, la cogestión, las cooperativas, las cajas de ahorro y, empresas comunitarias; iv) niveles como formación, planificación, diseño, ejecución, control y evaluación; y, v) actores sociales como los consejos comunales, las organizaciones comunitarias, los movimientos sociales y populares; en correspondencia lógica (principios, valores, instancias, niveles y actores) y como sustento fundamental del empoderamiento social en el accionar transformador del nuevo modelo de sociedad en construcción, tal como fue concebido en el Proyecto Simón Bolívar (2007-2013: 60).

Por otra parte, es importante recordar que no basta con decretar la participación en el plano jurídico, urge canalizarla, regularizarla desde los espacios locales (consejos comunales, comités de salud, mesas de salud, madres del barrio, entre otras), ya que ningún ordenamiento jurídico por si solo es garantía del éxito de la misma, aunque constituye un importante apalancamiento para incitarla. Gómez Sánchez, Alarcón Flores y Amundaray (2009), consideran que se necesita mayor correspondencia entre el esfuerzo jurídico-legal e institucional y la voluntad político-social que conlleve al fortalecimiento de la ciudadanía social en Venezuela. En la actualidad pareciera que más que dar poder al pueblo, de lo que se trata es, de una velada forma de concentración del poder en manos del gobierno nacional.

Ahora bien, a partir de las categorías surgidas en el análisis de contenido realizado es importante tener presente que más allá de los logros alcanzados en la actual Constitución (1999), y pese al conjunto de leyes y disposiciones jurídicas en materia de participación (reconociendo el avance inédito alcanzado en la actualidad), hoy día en Venezuela se requiere mayor involucramiento de los actores sociales para una efectiva participación

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 N° 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

147

social en salud que garantice los avances y logros de la ciudadanía y las organizaciones sociales en el campo de la salud, verdaderos hacedores de la participación; a fin de evitar en lo posible, que el conjunto de leyes y reglamentos aprobados en correspondencia con la magna carta se conviertan en letra muerta, en un bonito pero fútil discurso, carente de acciones y estrategias transformadoras de la realidad nacional contraviniendo el fundamento filosófico y sociológico que orienta dicho conjunto normativo. Si algo le es esencial a cualquier organización popular para recibir tal calificativo es su autonomía y, en particular, su autonomía frente al Estado, ya sea éste representado por el Poder Municipal, Estadal o Nacional. Incluso se afirma dicha autonomía frente a organizaciones políticas, económicas o religiosas, todo lo cual deviene en mayor empoderamiento social.

En palabras de León (2010), el marco jurídico nacional debe convertirse en instrumento de legalidad del poder popular en construcción; ya que con frecuencia la legislación es un espejismo, pues establece normas que en su letra favorecen a la población pero su interpretación está sujeta a las leyes del mercado: están a favor o en contra de quien pueda pagar la interpretación que convenga. Si una legislación no sirve para hacer avanzar el proceso de cambio, lo que hay que cambiar es la ley. Lamentablemente, hoy día en Venezuela el ordenamiento jurídico señala una fuerte tendencia centralista y presidencialista del actual régimen, sumado a una fuerte tendencia militarista, evidenciando que es la concentración del poder y no su entrega al pueblo el resultado real de la legislación, pues no lo hace sujeto, sino un dependiente del régimen afectándose así la esencia misma de la democracia.

Por otra parte, al examinar las políticas nacionales favorecedoras de la participación social en salud, sobresalen las siguientes categorías:

Normativa política nacional acerca de la participación social en salud

Políticas Nacionales	Categoría de Análisis	Propiedades
Primer Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007	Democracia participativa y protagónica	Fortalecimiento del poder ciudadano, decisiones públicas
	Promoción de la calidad de vida y la salud	Plan estratégico y social. Redes de salud, inequidades, acceso a la salud, necesidades sociales en salud, prevención de enfermedades, protección de la vida
	Participación Social y poder ciudadano	redes sociales, organizaciones de base, contralorías sociales, corresponsabilidad ciudadana, construcción de ciudadanía, proyectos colectivos, responsabilidad social, programas formativos
Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2007-2013.	Universalización de la salud integral	Salud de calidad, oportuna, gratuita y universal, toma de decisiones, estructura institucional, acceso universal a servicios básicos.
	Poder popular	experiencias organizativas comunitarias, organización social, contraloría social, necesidades no atendidas
	Participación protagónica	Fortalecimiento de mecanismos institucionales e instrumentos legales, diseño y consolidación de nuevos mecanismos institucionales nuevos actores sociales

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 N° 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

149

Como puede observarse en el período estudiado 1999-2013, las políticas sociales propensas a la participación social en salud han enfatizado seis categorías básicas, a saber: 1) Democracia participativa y protagónica, comprendida como la soberanía popular, intangible en el ejercicio de la voluntad general. Implica la construcción de una sociedad de justicia social y ciudadanía (reconocimiento pleno del ejercicio garantizado de los derechos, como seres humanos y sujetos sociales con autonomía en todas las esferas de acción de la vida social). 2) Promoción de la calidad de vida y la salud, concebida como el desarrollo de intervenciones orientadas a la transformación de los determinantes y causalidades (económicas, sociales, culturales, geográficas) que influyen en el proceso salud enfermedad; mientras que la salud, es entendida como un derecho humano fundamental y universal, una necesidad vital para las personas. 3) Participación social y poder ciudadano, se asume como el derecho de todos los ciudadanos a participar en la formulación, ejecución, y control de las políticas públicas, a ejercer de manera directa la democracia por diferentes mecanismos y las comunidades organizadas a convertirse en nuevos sujetos de descentralización. 4) Universalización de la salud integral, consistente en garantizar el derecho a una salud de calidad, oportuna y gratuita. 5) Poder Popular, comprendido como el ejercicio pleno de la soberanía por parte del pueblo en lo político, económico, social, cultural, ambiental, internacional, y en todo ámbito del desenvolvimiento y desarrollo de la sociedad. 6) Participación protagónica del pueblo, entendida como el derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas de participar libremente en los asuntos públicos, el medio necesario para lograr el protagonismo del pueblo en todas las esferas de su desarrollo.

De acuerdo con estos planteamientos, puede afirmarse que la participación social en salud implica una amplia y protagónica participación del ciudadano común en la ejecución y control de la gestión pública, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, la construcción de ciudadanía, la democracia participativa y la justicia social, todo lo cual conllevaría a la creación de condiciones institucionales para la consolidación de un modelo participativo cónsono con el modelo de sociedad en construcción. Sin embargo, es importante resaltar acá que, aun cuando el modelo político venezolano se consagra como impulsador de un mar de participación y de gestión con un milímetro de profundidad, donde el Ejecutivo (y sus decisiones) se mantiene como ente articulador exclusivo del activismo local, en realidad se asiste a un proceso de desinstitucionalización y clientelismo en vez de a una promoción de auténtico empoderamiento ciudadano (Cilano *et al.*, 2009).

Hoy más que nunca urge fortalecer los espacios sociales que permitan la discusión y deliberación de las decisiones que afectan directamente la calidad de vida del ciudadano común a través de las mesas de salud, grupos sociales organizados, madres del barrio, entre otros; más allá de

los instrumentos legales y planes sociales, es necesario construir desde la deliberación alternativas que impliquen la diversidad, eliminando formas de conflictos “suma cero” e impedir que las organizaciones sociales en salud sean cooptadas o controladas por el Estado. La búsqueda de la autonomía, el reconocimiento y la participación en la construcción de espacios públicos deliberativos y de decisión es una meta a la que aún se llega (Cilano *et al.*, 2009).

Entre los años 1999-2013, Venezuela, constituyó una nueva institucionalidad local y nuevas formas de participación socio comunitarias, con un fuerte referente territorial que incentivan a la coordinación, la ciudadanía, la corresponsabilidad, la integración, el control social y la transparencia en la rendición de cuentas; mecanismos éstos conducentes a materializar el cumplimiento del derecho a la salud desde una perspectiva de desarrollo humano integral. Sin embargo, en la instauración de ésta nueva institucionalidad pública resalta la presencia de nuevos actores globales, tanto en el diseño como en la implementación de políticas públicas, tal es el caso de Cuba en lo atinente a las misiones de Barrio Adentro, mediante la incorporación de personal especializado en medicina y deporte; y Milagro Internacional, para la atención de pacientes con problemas visuales; formas éstas de intervención social por su carácter eminentemente asistencial, compensatorio e inmedatista (Gutiérrez, 2008).

Por otra parte, hasta la presente fecha Venezuela no cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud, debidamente estructurado que garantice el acceso a los servicios de salud de la población, sin ningún tipo de discriminación, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado a dar respuesta inmediata a las necesidades sociales de salud de la población, por lo que la implantación de Barrio Adentro como política pública, operativamente se constituyó en una estructura paralela a la red tradicional representada por ambulatorios y hospitales en detrimento de éstos. Por lo que es necesario, rescatar una política pública en salud organizada, sistemática y coherente con los preceptos constitucionales y necesidades de la población venezolana; en el que todos sus componentes (instituciones de los diferentes niveles y las redes de servicios de atención) estén debidamente interconectados y que interactúen, vertical y horizontalmente (Ojeda Liendo, S/A).

Asimismo, Gómez Sánchez, Alarcón Flores y Amundaray (2010), señalan que la política pública venezolana en materia de salud pública en la actualidad presenta limitaciones y debilidades tales como falta de recursos humanos (médicos, enfermeras, trabajadores sociales), materiales (transporte) e insumos médicos además del predominio de una visión de la participación entendida como colaboración y un predominante activismo, en detrimento de la construcción del sujeto político capaz de exigir el servicio a la salud como un derecho humano y social; situación

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 N° 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

151

ésta que evidencia que la participación social en salud depende más de la inventiva, esfuerzo y voluntad del personal de salud que lo contemplado en los distintos planes y programas diseñados en ésta materia por los gobiernos de turno en los últimos años. Hoy más que nunca, el sistema de salud en Venezuela sugiere la urgente necesidad de impulsar un proceso de acompañamiento y formación en y para la participación social en salud que conlleve al involucramiento efectivo de la población y, por ende, a una mejor calidad de vida.

Pese a que los ejes orientadores de los planes sectoriales de la nación en el período estudiado señalan la prerrogativa de la promoción de la calidad de vida y la salud se encuentran que esfuerzos en la construcción de una nueva institucionalidad pública, específicamente la experiencia del Plan Estratégico Social (PES) se descontextualizan de la realidad venezolana debido a la complejidad social de ésta, continuándose con una visión sectaria y asistencialista de la política social que se concreta en la implementación de las misiones sociales; por lo que acertadamente Maingon (2004), expresa que en Venezuela la política social actual muestra fallas en cuanto a la capacidad institucional diseñada para su ejecución administrativa y al logro de una articulación integral con el conjunto de las políticas públicas, caracterizándose por la ineficiencia y la ineficacia en ofrecer respuestas a las diferentes demandas sociales de grandes sectores de la población.

En síntesis, respondiendo al objetivo general, analizar el marco normativo y político que sustenta la participación social en salud en Venezuela, durante el período 1999-2013, seguidamente se proporcionan dos aspectos fundamentales y necesarios en el diseño de un modelo de participación social en salud:

1) Normativamente, la participación social en salud descansa en una variedad de normas y regulaciones nacionales e internacionales que consagran el derecho de las personas a participar tanto en los asuntos públicos como en los ámbitos trascendentales de la vida del ser humano; y aunque algunas de éstas normas internacionales no tienen carácter obligatorio, si representan el deber de promocionar el derecho a la participación de los pueblos en todas las esferas de la vida pública en función de una mejor calidad de vida.

En el caso de Venezuela, desde 1999, se decretó constitucionalmente la participación protagónica de las comunidades en la ejecución y control de la gestión pública en las instituciones públicas de salud (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999: artículo 84), y se aprobaron por vía habilitante leyes de índole participativas, lo que si bien facilitó la institucionalización de mecanismos de participación social en el sistema de salud y la incorporación de las asociaciones vecinales y organizaciones sociales en asuntos de interés público, no resolvió en esencia la incorporación de los actores sociales en los asuntos directamente

relacionados con la salud de la población venezolana. Más aún, organismos gubernamentales (Gobernación Bolivariana del Zulia, 2014), señalan que el 60% de la población zuliana no participa en los planes y programas de salud, lo que denota la falta de formación en y para la participación social en salud. Toda ésta situación muestra que pese a los grandes avances legales y políticos contemplados en el país, el movimiento popular venezolano carece de autonomía lo que lamentablemente perjudica el fortalecimiento de la ciudadanía activa.

Por lo que puede afirmarse que, pese a los distintos instrumentos legales emanados en torno a la participación se debe rescatar el enfoque derecho en salud, de tal manera que los sujetos de la participación (ciudadanía individual y colectiva), puedan empoderarse de las instancias participativas, tales como consejos comunales, comités de salud, mesas de salud, madres del barrio, entre otras, para alcanzar efectivamente una participación social en salud acorde con el modelo de sociedad en construcción contemplado en los planes sectoriales del país de los últimos años.

2) Políticamente, se encontró que la participación social en salud nacional e internacionalmente proclama que el involucramiento directo de las comunidades y organizaciones sociales redundará en mejoras en las condiciones de vida de la población en general. Es necesario fortalecer los espacios sociales que permitan la discusión y deliberación de las decisiones que afectan directamente la calidad de vida del ciudadano común a través de las mesas de salud, grupos sociales organizados, madres del barrio, entre otros; más allá de los instrumentos legales y planes sociales, es necesario construir desde la deliberación alternativas que impliquen la diversidad, eliminando formas de conflictos “suma cero” e impedir que las organizaciones sociales en salud sean cooptadas o controladas por el Estado.

En la actualidad, Venezuela no cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud, debidamente estructurado que garantice el acceso a los servicios de salud de la población, sin ningún tipo de discriminación, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado a dar respuesta inmediata a las necesidades sociales de salud de la población, por lo que la implantación de Barrio Adentro como política pública, operativamente se constituyó en una estructura paralela a la red tradicional representada por ambulatorios y hospitales en detrimento de éstos; se sugiere la urgente necesidad de impulsar un proceso de acompañamiento socio profesional y formación en y para la participación social en salud que conlleve al involucramiento efectivo de la población y por ende a una mejor calidad de vida.

Finalmente, la política social de salud venezolana, mantiene una visión sectoraria, asistencialista y cortoplacista en contraviniendo una visión amplia, universal y pública de una política social para todos los ciudadanos y no solamente para los pobres, por lo que es imperativo profundizar en la

construcción de una nueva relación entre el Estado y la sociedad, donde lo público realmente sea asumido por las personas (sin adhesión política ni partidista), tal como lo contemplan las grandes líneas de acción de la nación en los últimos años

Conclusiones

Se puede aseverar que la participación social en salud tiene alcance nacional e internacional, ya que comprende la participación de los pueblos en todas las esferas de la vida pública en función de una mejor calidad de vida. Resalta la concepción de ciudadanía a partir de la cual las personas se convierten en sujeto de derechos, portadores de derechos inalienables, con derechos individuales (civiles y políticos) y sociales (salud, educación, vivienda, empleo, ambiente sano, recreación, entre otros), que deben ser garantizados por el Estado (Cunill, 1991; Celedón y Orellana, 2003; Centro Latinoamericano para el Desarrollo-CLAD, 2009), por lo que resultaría pertinente impulsar la capacitación del personal en salud garantizando la atención de los usuarios desde un enfoque de derecho a la salud y en el mejoramiento de la calidad de atención en forma integral.

Asimismo, mención especial merece la participación social en salud en Venezuela, ya que pese a los distintos instrumentos legales emanados en torno a la participación es necesario profundizar en un enfoque de derecho en salud, de tal manera que los nuevos actores de la participación (consejos comunales, organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares) puedan empoderarse de las distintas instancias participativas, tales como consejos comunales, comités de salud, mesas de salud, madres del barrio, entre otras, para alcanzar efectivamente la tan anhelada participación social en salud. Tal como lo señala León (2010), la participación en salud requiere la creación de espacios institucionales, conformar organismos que efectivamente sirvan de estructura, formación-capacitación de sus miembros, voluntad política de los gobernantes, y autonomía del movimiento popular.

En los catorce años de revolución bolivariana, los ejes de las políticas de salud han girado en torno a la democracia participativa y protagónica, la promoción de la calidad de vida y la salud, las misiones sociales, la universalidad de la salud integral, y el poder popular del pueblo en la ejecución y control de la gestión pública. Sin embargo, urge mayor formación y organización en las distintas instancias sociales para que asuman y lideren procesos participativos en salud que efectivamente coadyuven en el empoderamiento del ciudadano común en el manejo del sistema de salud; para que la concepción y realización de la participación pase de la esfera de la reproducción (participación administrativa limitada) a la esfera del control político (auténtico empoderamiento ciudadano). Por

lo tanto, la participación social en salud debe ser una instancia que permita la inclusión, la autonomía y el debate, de forma tal que las ideas y propuestas de la ciudadanía puedan trascender en mejores políticas públicas de salud (Méndez y Venegas, 2010).

Finalmente, para que un modelo de participación social en salud, responda a las necesidades sociales, mediante la organización y participación de las comunidades, apoyado en la contraloría social como expresión del poder popular, deberá considerar entre sus los elementos básicos: la inclusión, la autonomía, la democratización, la equidad, la integración social, la corresponsabilidad y la solidaridad como principios y valores transversales; la vocación ciudadana, la responsabilidad compartida, el compromiso social, la promoción de la salud, la calidad de vida y la planificación participativa como supuestos y/o características sustentadoras del modelo; la autogestión, la cogestión, las cooperativas, las cajas de ahorro y, las empresas comunitarias como instancias comprensibles; la formación, planificación, diseño, ejecución, control y evaluación como niveles defensores; la ciudadanía activa, redes sociales e institucionales y la voluntad política como requisitos incuestionables; y, los consejos comunales, las organizaciones comunitarias, los movimientos sociales y populares entre sus actores sociales primordiales, de tal manera poder garantizar una institucionalidad pública que funcione eficaz y eficientemente sin discriminación política de ningún tipo.

Referencias Bibliográficas

- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. 1999. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República de Venezuela Ordinario No. 36860. 30 de diciembre de 1999. Reimpresa por error material del ente emisor. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario No. 5453 Extraordinario. 24 de marzo de 2000. Asamblea Nacional (2009). Enmienda No. 1 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario No. 5.908. 19 de febrero de 2009.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2010. Ley Orgánica del Poder Popular. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 6.011 Extraordinaria. 22 de febrero de 2010.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2010. Ley Orgánica de Planificación Pública y Popular. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 6.011 Extraordinaria. 21 de diciembre de 2010.

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 Nº 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

155

- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2010. Ley Orgánica de las Comunas. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 6.011 Extraordinaria. 21 de diciembre de 2010.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2010. Ley de Reforma Parcial de la Ley Orgánica del Poder Público Municipal. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 6.015 Extraordinaria. 28 de diciembre de 2010.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2010. Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 6.017 Extraordinaria. 28 de diciembre de 2010.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2009. Ley Orgánica de los Consejos Comunales. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 39.335 Ordinaria. 28 de diciembre de 2009.
- BERMÚDEZ, M. 1982. El análisis de contenido, procedimientos y aplicaciones. En: Ciencias Sociales. No. 24. Pp. 71-80.
- BRICEÑO LEÓN, Roberto y ÁVILA FUENMAYOR, Olga B. 2014. De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud. En: Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 23. No. 2 (abril-junio). Maracaibo, Venezuela. Pp.191-218.
- CILANO PELÁEZ, Johanna; CÓRDOVA JAIMES, Edgar; CHAGUACEDA, Armando. 2009. Participación ciudadana y reforma del Estado en Venezuela: entender la política a través del ciudadano. OSAL.
- CUNILL, N. 1991. Participación Ciudadana: dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados Latinoamericanos. CLAD. Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela.
- CELEDÓN, C. y ORELLANA, R. 2003. Gobernanca y participación Ciudadana en la reforma de salud en Chile. En línea. Fecha de consulta: abril de 2012.
- CENTRO LATINOAMERICANO PARA EL DESARROLLO (CLAD). 2009. Carta Iberoamericana de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Adoptada por la XIX Cumbre Iberoamericana, Portugal.
- D'ELIA, Yolanda y MAINGON, Thais 2009. La política social en el modelo estado/gobierno venezolano. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales.

- D'ELIA, Yolanda y CABEZAS, Luis Francisco. 2008. Las Misiones Sociales en Venezuela. Instituto Latinoamericano de Estudios Sociales. Caracas, Venezuela.
- FARÍAS SUÁREZ, Adriana y FARÍAS DE ESTANY, Jenny. 2009. Participación comunitaria: otra mirada al sistema de salud venezolano. En: Población y Salud en Mesoamérica. Vol. 7. No.1, Ensayo 1. Julio – diciembre. Pp. 1-21.
- GAMBOA CÁCERES, Teresa. 2000. La Salud Pública Venezolana: entre el compromiso social y la economía de mercado. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana.
- GOBERNACIÓN BOLIVARIANAN DEL ESTADO ZULIA (GBZ). 2013. Plan de Desarrollo del Estado Zulia 2013-2016. Secretaría de Planificación y Estadísticas. Tomo I. Maracaibo, Zulia.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Irey; ALARCÓN FLORES, Luis; AMUNDARAY, Luisa. 2010. El abordaje comunitario desde la perspectiva del personal de salud: la experiencia en la lucha contra la malaria en la localidad de Río Seco, Península de Paria, Estado Sucre. En: Espacio Abierto. Vol. 19. No. 4 (octubre-diciembre). Pp. 737-756.
- GUTIERREZ BRICEÑO, Thais. 2008. Actores e Ideas de Política Social en Venezuela (1989-2007). En: ORBIS, Revista Científica electrónica de Ciencias Humanas. No. 11(4). Pp.5-57.
- LEÓN UZCATEGUI, José 2010. Salud, participación comunitaria: hacia la ciudadanía plena. En: Salus On line. Vol. 13. Año 2009-2010. Pp. 93-100.
- MAINGON, Thais. 2006. Balance y perspectivas de la política social en Venezuela. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis). Caracas, Venezuela.
- MAINGON, Thais. 2004. Política Social en Venezuela 1999-2003. En: Cuaderno del CENDES. Año 21. No. 55. Caracas, Venezuela. Pp. 47-73.
- MÉNDEZ, C. y VANEGAS LÓPEZ, J. 2010. La participación social en salud: el desafío de Chile. En: Revista Panamericana Salud Pública. Vol. 27. No. 2. Pp.144-158.
- MORA BELANDRIA, Elys G. 2002. Las políticas públicas y la necesidad de una verdadera política social en Venezuela. En: Revista de Ciencias Sociales. Vol. VIII. No. 3. Universidad del Zulia. Venezuela. Pp. 399-416.
- OCHOA HENRÍQUEZ, Haydée. 2010. La política de promoción de la participación ciudadana del gobierno de Chávez. En: Espacio Abierto. Vol. 19. No. 4 (octubre-diciembre). Pp. 681-695.

CUESTIONES POLÍTICAS

Vol. 31 Nº 55 (julio-diciembre 2015): 131-158

157

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2011. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando Brechas: Políticas de Acción sobre los Determinantes Sociales de Salud. Rio de Janeiro. Brasil.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2005. VI Conferencia Internacional Mayor Participación en los Esfuerzos para Mejorar la salud Mundial. En Bangkok, Tailandia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2000. Declaración de México hacia una mayor equidad. V Conferencia Internacional de la Promoción para la Salud. Promoción de Salud, Hacia una Mayor Equidad. Del 5 al 9 junio. México.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1997. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Nueva Era, Nuevos Actores: Adaptar la Promoción de la Salud al Siglo XXI. Del 21 al 25 de julio. Yakarta, Indonesia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1991. Declaración de Sundsvall. III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Entornos Propicios para la Salud. Del 9 al 15 de junio. Sundsvall, Suecia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1990. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el cuatrienio 1991-1994. Washington, D.C. Estados Unidos.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1988. Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas públicas favorables a la salud. II Conferencia internacional de Promoción de la Salud. Políticas Públicas Favorables a la Salud. Del 5 al 9 de abril. Adelaida, Australia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1986. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Del 17 al 21 de noviembre. Asociación Canadiense de Salud Pública. Ottawa, Canadá.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1978. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata. Kazajistán, URSS. 6 al 12 de septiembre.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). 1986. Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Asamblea General. Resolución 41/128. 4 de diciembre de 1986.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General. Resolución 2200 A (XXI). 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). 1966. Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General. Resolución 2200 A (XXI). 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor de conformidad con el artículo 49 Lista de los Estados que han ratificado el pacto.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General.
- PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA EN CONSEJO DE MINISTROS. 2009. Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional. Decreto N° 6.732. Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 39.202 Ordinaria.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2013. Plan de la Patria. Programa de Gobierno Bolivariano 2013-2019. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Finanzas. Caracas, Venezuela.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2007. Proyecto Nacional Simón Bolívar. Primer Plan Socialista Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Caracas, Venezuela.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2003. Plan Estratégico y Social. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas, Venezuela.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2001 Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Caracas, Venezuela.
- RUIZ PÉREZ, R. 1992. El análisis documental: bases terminológicas, conceptualización y estructura operativa. Universidad de Granada. Granada.
- SEN, A. 2002. ¿Por qué la equidad en Salud? En. Revista Panamericana de Salud Pública. No. 11 (5-6). Pp. 302- 309.
- VILLARROEL, Gladys E. 2014. Atributos de la participación: acercamiento a un análisis conceptual. En: Espacio Abierto. Vol. 23 No. 2 (abril- junio). Maracaibo, Venezuela. Pp. 219-240.



CUESTIONES POLÍTICAS

Vol.31 N°55

Esta revista fue editada en formato digital y publicada en diciembre de 2015, por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela