



Salud y Participación Social "Comunitaria"

Isabel Rodríguez y Jorge Pérez***

Resumen

En este artículo se adelanta una reflexión de tipo terminológica, sobre el concepto de Participación Social Comunitaria, en base a una revisión bibliográfica, con la finalidad de establecer el significado del concepto de Participación y exponer nuestras reservas ante el empleo abusivo del término Comunitaria por considerarlo general y peligroso, en un contexto social y político como el venezolano; y, más específicamente, en el sector salud, que se ha caracterizado por la carencia de mecanismos de partici-

pación, ausencia de un liderazgo social y falta de una estrategia que permita la incorporación de los científicos sociales a la gestión de salud. El análisis de estos tres aspectos interrelacionados permite registrar la participación en la gestión de salud. Esta identificación contribuye a impulsar modelos de gestión como el de los Sistemas Locales de Salud, cuya base de sustentación es la Participación.

Palabras claves: *Participación Comunitaria, Salud, Sistemas Locales*

Recibido: 4-10-96 • Aceptado: 9-11-96

* Socióloga. Maestría en Ciencias Políticas. Profesora de la Escuela de Sociología de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela

** Sociólogo.

'Cuando se habla de Participación Política y Ciudadana, se puede hacer referencia a dos cosas bien distintas. Se puede mentar el tema como coartada que enluzca el discurso del Poder; o se puede intentar

This article advances a terminological reflection on the concept of social community participation based on a bibliographical review, with the objective of establishing the significance of the concept 'participation' and explaining certain reservations against the abusive use of the term 'community' considering it to be too general and dangerous in a social and political context such as that of Venezuela, and more specifically, in the health sector, which has been characterized as lacking participatory mechanisms lacking so-

cial leadership, and lacking a strategy for the incorporation of social scientists in health management. The analysis of these three interrelated aspects permit the study of participation in the management of the health sector. The identification of these elements contributes towards the creation of models of management such as Local Health Systems based on participation.

Key words: *Participation, Community, Health, Local systems.*

tejer un estilo de hacer política como un método de Gobierno con el Ciudadano». Participación... ¿Para qué? en Revista Urbana No. 9. Caracas, Noviembre 1988.

Introducción

Grandes sectores de la población en la mayoría de los países de América Latina, no tienen acceso real a los servicios de salud, situación que se agudiza actualmente por la restringida disponibilidad de recursos, crecimiento demográfico acelerado... (Alarid, 1991, 41) y, sobre todo, por la inexistencia de una gerencia social de salud que esté soportada por la Participación de la Comunidad.

La Participación encuentra particular sentido cuando se trata de impulsar la implantación de modelos de gestión de salud, como el que comprende la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), cuya base principal de sustentación está constituida por la Participación Social de la Comunidad (Urquiola, 1990, 26) y, más aún, cuando se plantea que la Participación se deberá dar en todos los niveles, desde el ámbito nacional - estatal hasta el último nivel de los servicios y programas que conforman el Sistema de Salud (Paganini, 1990, 60).

Lo planteado por Paganini contrasta radicalmente con lo que ha sido la

experiencia histórica que hemos tenido en Venezuela, porque el comportamiento asumido por el Estado en Salud ha frenado la integración de la sociedad civil al proceso decisorio que involucra la formación y la formulación de la política pública en materia de salud, saneamiento ambiental y seguridad social.

Aunando a todo esto, los modelos de atención en el sector salud se han caracterizado por su marcado acento asistencialista, lo que ha contribuido a generar una actitud pasiva, una dependencia del Estado y un conformismo sumiso por parte del individuo y miembros de la familia y la comunidad, quienes aceptan dócilmente la oferta de servicios que hace el sector público salud. La raíz de tal situación parece estar en la forma en que el Estado ha establecido la relación con el resto de la sociedad.

Igualmente, es conveniente destacar que el modelo predominante de atención se ha convertido en un modelo altamente medicalizado, el cual exacerva la práctica de la medicina curativa costosa, de limitados resultados y yatrogénica. El modelo funciona en base a una planificación reactiva y responde a un patrón organizacional donde existe una autoridad jerarquizada, con un liderazgo rígido y un poder centralizado que incorpora un flujo decisorio de tipo vertical descendente (Alarid, 1991, 41).

Como resultado se tiene que estos factores, inherentes a su funcionamiento generan una dinámica conflictiva a nivel interno del sistema; y, a su vez, éstos, se entretajan con los factores externos que provienen de la dinámica social, económica y política, que definen el comportamiento del conjunto societal.

Controlar o disminuir el impacto ocasionado por los factores vinculados a la dinámica interna del sistema no resulta una tarea fácil de adelantar a corto plazo; sobre todo, si pensamos que ellos están profundamente enquistados en el modelo de atención médica vigente, por el tiempo que llevan definiendo la lógica de la actuación en salud, así como por lo difícil que resulta dismantelar las rutinas burocráticas sobre las cuales se despliegan.

En este artículo, por lo tanto, adelantamos una reflexión de tipo terminológica basada en una revisión bibliográfica que contribuya a despejar las dudas que despierta el hecho -tan frecuente- de invocación a la Participación Comunitaria como una solución cuasi-mágica, frente a la incapacidad del Estado para atender a las crecientes demandas y necesidades que experimenta la población por su crecimiento demográfico, su ubicación geográfica en sitios no adecuados y especialmente por los desajustes asociados a la crisis del modelo de

desarrollo, institucional y política, vividos en Venezuela desde que se amalgamaron todas las aristas del proceso global de crisis del sistema.

En este análisis se tomarán en cuenta específicamente: el efecto que provoca la carencia de mecanismos de participación, la ausencia de un liderazgo social, y la falta de estrategias de incorporación del cientista social a la gestión de salud.

Por consiguiente, de no efectuarse cambios profundos en el contexto social y político, que estén dirigidos a fomentar mecanismos de participación, a consolidar un liderazgo social auténtico y a lograr la incorporación del cientista social dentro de modelos de gestión, como el de la propuesta SILOS, no se podrá alcanzar la excelencia en la gestión pública de salud.

I. Consideraciones generales

Destacar la importancia que reviste la discusión sobre el concepto de Participación, encuentra particular sentido si nos damos cuenta que hoy en día se hace una invocación constante a la participación en todos los ámbitos de la vida social y política nacional.

Es preocupante observar como este hecho se ha contagiado de tal manera, que hoy podemos decir que más que una moda hay una manía generalizada por recurrir a la idea de la «Participación de la Comunidad», tanto en el discurso oficial como en los no oficiales; ya que ella aparece como una solución cuasimágica, producto más de una forma retórica que de un accionar cuya base de sustentación esté relacionada con un análisis ponderado de las condiciones y características sobre las cuales ella -efectivamente- pueda encontrar posibilidades reales en el contexto del sistema político y social.

Consideramos que no debe ser asumida una postura ingenua y complaciente frente a la homogeneización del discurso, cuando observamos que dirigentes políticos, que representan intereses partidistas contrapuestos; que actores sociales -como la Iglesia- que han venido cobrando importancia en el escenario de la crisis; que representantes del gobierno nacional, que encarnan la posición oficial; y que científicos sociales interesados en una redefinición del rumbo del modelo societal, se manejen y expresen con una misma semántica; alusiva a la idea de Participación de la Comunidad, sin que sea identificada a qué tipo de práctica de participación se alude, porque en estos discursos no se

definen con claridad los términos en que debe darse esa participación; y, mucho menos aún, se aclaran las opciones reales de mecanismos de participación, por medio de los cuales ella se concretaría en escenario del Sistema Político.

En un escenario político caracterizado por las restricciones a la participación, tanto políticas como sociales, y que han contribuido a modelar un comportamiento contrario a lo que es la participación, resulta contradictorio que se vuelva a retomar la idea de la Participación de la Comunidad sin establecer consideraciones analíticas sobre el Sistema Político y el comportamiento que ha tenido el Estado, al no incorporar a los grupos organizados de la sociedad civil, a la hora de generar la formulación e implantación de las políticas y estrategias en materia de salud, durante casi 30 años.

Se formula ésto, en atención al análisis que se efectúa del Sistema Político Venezolano, porque él se sostiene en base a una estructura de poder altamente concentrado, soportado por un liderazgo político que encontró en el desarrollo de la maquinaria partidista su punto de sustentación más importante; y que no se encuentra preparada para aceptar la presencia de nuevos actores, que presionarían por una redistribución del flujo de poder en la sociedad civil.

Los partidos políticos son una de las organizaciones políticas que alimentan el sistema democrático, porque, además de ser los mediadores entre la sociedad civil y el Estado (Rey, 1991,549), contribuyen a conformar el proyecto societal en base a recoger y expresar la pluralidad de intereses existentes; y a facilitar la irradiación del flujo de poder en la sociedad. e aquí su rol histórico dentro del sistema democrático.

Sin embargo, en Venezuela los partidos políticos han ejercido una función controladora del poder y han obrado en procura de mantener un esquema de apoyo difuso de los sectores sociales; con lo cual el sistema -independientemente del nivel de exclusión política real con que funciona- se ha sostenido gracias al desempeño eficiente de la maquinaria partidista; restándole importancia al desarrollo organizativo de la sociedad civil durante mucho tiempo. Esta, se ha visto imposibilitada de recurrir a otras formas alternativas de organización, tanto políticas como sociales, para poder acceder al proceso de toma de decisiones -que ha estado monopolizado por los partidos políticos- y, sin la suficiente fuerza para acceder a los recursos por otra vía que no sea la distributiva. (Rey, 1991,549).

Las nuevas formas de organización que se encuentran en la sociedad civil,

son experiencias relativamente recientes, que todavía están en proceso de desarrollo y consolidación, como para afirmar que en la actualidad ellas le están restando presencia a los partidos políticos. Empero, hay el registro de un movimiento que lucha por encontrar mecanismos que permitan controlar el enquistamiento que tienen los partidos políticos en la realidad venezolana.

Aún así, somos optimistas al reconocer la importancia relativa que tienen las nuevas formas organizacionales, que surgen de la sociedad civil al intentar ensayos organizativos, que tienden a buscar la redefinición y ampliación de los espacios políticos.

Para lograr tales objetivos, debe darse un claro deslinde en cuanto a la concepción sobre la Participación y lo que se busca con ella; para poder diferenciar entre las fuerzas políticas apegadas a cambios muy parciales y aquellas fuerzas políticas que buscan generar redefiniciones importantes; para lo cual es esencial el debate sobre la Participación, tanto desde el punto de vista conceptual como la inclusión del análisis de las características con que se está registrando la participación, tanto en el escenario institucional público como en el político.

Desde el punto de vista conceptual, el aporte nuestro estriba en despejar las dudas sobre lo que debe ser entendido por una efectiva Participación de los grupos organizados de la sociedad civil.

Con la discusión conceptual no se pretende lograr revertir una situación, sino que la finalidad es aclarar los términos en los que está ocurriendo una situación a la luz del empleo de un concepto que permita luego identificar si lo que está ocurriendo allí es Participación; para legitimar una situación en la cual el ciudadano -de alguna manera- está llamado a reconocer, porque se siente involucrado en el juego democrático, o, es efectivamente una Participación porque está contribuyendo a la conformación del proceso social y político a partir de una redistribución del poder y de las relaciones de la sociedad civil con el Estado.

Para ello, es indispensable romper con el discurso retórico en relación a la idea de Participación de la Comunidad, y establecer el sentido y el alcance que reviste -efectivamente- la Participación de Actores Sociales Organizados, en salud. Esta identificación contribuiría a impulsar modelos de gestión en salud como el de los Silos, que busca consolidar la estrategia de la participación en el proceso de gestión, tendente a lograr una redefinición de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, en base a una redistribución del flujo de poder en la

sociedad; lo que requiere que se establezcan mecanismos de participación efectivos; consolidación de un liderazgo social provenientes de los grupos sociales organizados y la inclusión del cientista social en la gerencia de los procesos de salud.

II. Concepto de participación: su dimensión socio-política

El concepto de PARTICIPACION ha sido ampliamente empleado en el discurso teórico de las ciencias sociales y políticas; «se plantea como un aspecto revestido de cierta importancia, apreciable sobre todo por el lugar privilegiado que ocupa -en la actual coyuntura- en el discurso de políticos, intelectuales y pensadores sociales.» (Barrios, 1985,214).

Ello obedece, según el autor Barrios, a dos circunstancias vinculadas con la complejización que la vida moderna ha introducido; una, la que inhibe -cada vez más- la libre intervención del ciudadano en la organización del entorno cotidiano, ésta alcanza su expresión más impactante en la tendencia real y potencial que adquiere el hecho que una minoría decida por todos; y la otra, en la que exigen la participación un número considerable de organizaciones internacionales como parte de la estrategia de los proyectos y programas sociales, como es el caso de la CEPAL, la OMS, la OPS, etc.; que tratan de aconsejar e influir sobre la necesidad de estimular la participación de la población (Barrios, 1985,214).

En todo caso, en América Latina se puede apreciar una constante referencia al término participación, sobre todo si se tiene en cuenta que en la región se registra una lucha perenne por conquistar mayores espacios de participación social; que está siendo estimulada sistemáticamente por las necesidades y demandas de renovación de los sistemas políticos y de preservar las democracias (Cunill, 1991,5).

Sin embargo, con respecto al empleo del término, no existe un acuerdo, sino que más bien pareciera existir una confusión y un uso abusivo; tanto en el discurso político, como en el de las propuestas que se formulan para resolver los problemas.

Así tenemos que, el término participación puede estar relacionado con: 1)

un activismo reactivo frente a determinados problemas, que propicia el desarrollo de un conjunto de acciones de todo tipo y, tan generales, como las que tienen lugar en los gremios, sindicatos, colegios profesionales, planteles educativos, ambulatorios, etc.; 2) aquellas actividades que se adelantan como producto de las políticas sociales en los barrios; y 3) las actividades que sólo son promovidas en relación con la idea de soberanía popular.

Para algunos autores, es usual en el campo de lo social encontrar este tipo de ambigüedad en los significados de los términos, y que ésto conduzca a fomentar que una misma práctica adquiera sentidos disímiles y hasta contradictorios (Cunill, 1991,9). Esta polisemia puede -en este caso- ser beneficiosa, ya que fuerza a la teoría sociológica y política al debate creativo, a la investigación y a la búsqueda de la depuración terminológica; puesto que el concepto es la herramienta de análisis más importante que dispone el cientista social.

Al respecto, Giulietta Fadda señala que «la participación se nos presenta como un problema de alto interés investigativo, ya sea por su complejidad y falta de sistematización teórica; como por la vigencia y las perspectivas político-sociales que su esclarecimiento conceptual puede aportar a las estrategias de consolidación y profundización de la democracia.» (Fadda, 1990,17) y, principalmente, en lo que se relaciona con la implantación de un modelo de gestión en salud, cuyo eje articulador gira en torno a la participación social «comunitaria», es necesario encontrar cuál es su significado real y potencial.

Coincidiendo con la autora antes citada, tenemos que, la participación a nivel conceptual, presenta un elevado grado de ambigüedad, que debe ser identificado para poder superarlo; como lo señala cuando afirma que la participación «a nivel político, aparece como una promesa democratizadora, cuya interpretación ayudaría a comprender las políticas de gobierno y a explicar y pronosticar efectos sobre la praxis; y a nivel de la práctica desde las comunidades, se manifiesta como un bullente y pujante proceso social en pleno desarrollo, necesario de analizar más allá de lo meramente descriptivo.» (Fadda, 1990,17).

Desde mediados de la década del 70, en el marco más específico de los problemas relacionados con la crisis, pueden ser identificados tres ámbitos de significación del término participación:

- a.- El relacionado con la crisis de representatividad del Estado; ésto plantea la necesidad de la participación ciudadana como alternativa para la construcción de consenso y legitimación del régimen.
- b.-

El relacionado con la crisis de eficacia del Estado; aquí se invoca la participación como un medio de contener los efectos negativos del paternalismo, e imprimirle mayor eficiencia a la acción gubernamental; y

- c.- El espacio de significación que se abre con los intentos de concreción del modelo neoliberal, que buscan la participación ciudadana como una forma de descargar sobre la sociedad civil las acciones y responsabilidades públicas que el Estado no está en condiciones de seguir asumiendo. (Cunill, 1991,11).

Por tanto, para aclarar cuál es el sentido que le damos al concepto de participación, en relación al modelo de gestión en salud SILOS, tenemos que apelar al enfoque analítico socio-político, ya que él suministra el marco apropiado para ello, porque permite identificar el sustrato epistemológico del término PARTICIPACION en relación a PODER, como el referente más específico del objeto de la política.

Para Pearse y Stiefel (1980,91) la participación popular es un instrumento importante a la hora de revertir la tendencia de dependencia creciente que sufren los sectores populares, las comunidades y los grupos sociales, de los actores políticos, como los partidos políticos y otros, que bloquean su acceso al proceso decisonal y al control sobre los recursos económicos, técnicos y financieros, porque el flujo de poder está desigualmente distribuido en el sistema societal.

Sociológicamente hablando, el concepto nos remite al valor y significado estratégico que tienen las conductas y acciones de los grupos y actores sociales, en el ordenamiento o reordenamiento de la sociedad, en base a los términos de distribución y ejercicio del poder, y a la capacidad de insertarse en el proceso decisonal.

Pateman (1970) define tres tipos de participación, según sea el alcance y la posibilidad que tengan los actores y grupos sociales de insertarse en el proceso decisonal. En base a esto, identifica las siguientes situaciones:

- a.- Pseudo-participación, la que es definida como una situación donde las autoridades someten a consulta un asunto para dar la impresión de ser condescendientes, pero de hecho, la decisión ha sido tomada a priori.
- b.- Participación parcial; como una situación donde dos o más partes se

influyen mutuamente en un proceso de toma de decisiones, pero el poder definitivo de decidir lo tiene sólo una de las partes.

- c.- Participación total; como una situación donde cada grupo o individuo tiene igual influencia en la decisión final, porque no hay un control sobre el poder ejercido por algunos de los actores (Fadda, 1990, 40).

Por tal razón, pensamos que en el caso venezolano, hay que tener mucho cuidado cuando se mencione la necesidad de la Participación de los grupos organizados de la Comunidad. Es necesario que los grupos organizados de la sociedad, presionen para que los partidos políticos no sean los únicos actores controladores del poder; y haga un esfuerzo por redefinir su rol dentro de la sociedad, con miras a lograr un redistribución del poder.

III. El concepto de participación social «comunitaria»

Después de haber planteado algunas consideraciones terminológicas sobre el concepto de participación, discutiremos algunas ideas sobre Participación Social «Comunitaria».

La comunidad no es sólo el conjunto de personas que comparten un mismo espacio geográfico, en razón de tener ubicada allí su habitación y/o lugar de trabajo, por un espacio de tiempo determinado; sino que existen algunos rasgos comunes -entre ellas- en cuanto a cultura, idioma, creencias, intereses y, sobre todo, porque se ha generado un sentido de pertenencia a ese grupo humano en medio de un entorno político, económico y social; así como por el hecho de estar expuestos a los mismos riesgos y daños a la salud (Alarid/Silver, 1992, 71). Por lo que, en principio, la Comunidad no representa un grupo humano homogéneo sino heterogéneo, expuesto a una diversidad de influencias, derivadas de la interacción que desarrollen entre sí y con el resto del colectivo societal.

Los sujetos interactúan entre sí, dependiendo de diferentes factores psicoafectivos, necesidades e intereses. Esa interacción afecta en grado variable su conducta y comportamiento individual, familiar, grupal y comunal.

La comunidad -en otros términos- es la expresión sintética, a nivel local, de lo que existe en la totalidad societal; porque es influida, en alguna medida, por lo que ocurre en el resto del sistema; sin contar lo distante que se encuentre geográficamente ubicada del lugar en donde se registra el proceso de toma de

decisiones políticas, económicas y de las otras que definen, en conjunto, la viabilidad histórica del sistema societal.

La dinámica del sistema societal prevalente, en la medida en que define, articula y expresa la acción económica, política, social, cultural, etc., envuelve a individuos, familias, grupos y «comunidad» a nivel nacional; por lo que en buen grado determina una serie considerable de aspectos de la vida de los individuos, entre los que destaca el acceso desigual a los beneficios sociales, económicos, políticos y culturales; así como las posibilidades de participación social y política. Por lo que el grado de afectación del cual pueden ser objeto los individuos, la familia, los grupos, los actores; así como la injerencia que tienen las fuerzas sociales en ese constructo social, no pueden ser captadas cuando se emplea el término comunidad. En este caso, no se pueden identificar los niveles específicos de contribución que ese grupo humano aportó al conjunto, por lo heterogéneo del mismo, en virtud de sus intereses, motivaciones, acciones y prácticas políticas, económicas, religiosas, culturales, sociales, etc., que ellos desarrollan.

Es tal la amplitud del concepto Participación de la Comunidad, que puede ser utilizada como una referencia que encubre prácticas destinadas a justificar y mantener estilos y quehaceres establecidos con la sola intención de lograr correctivos de funcionalidad operativa, de las instituciones públicas para mejorar la eficacia en la prestación del servicio que ofrece el Estado, o las de índole «participativa» con base al modelo neoliberal, que buscan descargar al Estado de responsabilidades, trasladándolas a las comunidades para que ellas las asuman. En uno y otro caso, no se renueva la organización del sistema ni se altera el flujo de poder existente.

Esta puede ser la razón por la cual los servicios se estén revirtiendo al municipio: aseo urbano y domiciliario; acueductos, cloacas y drenajes; el mantenimiento de la vialidad y algunos servicios sociales como el de salud; y provocar así, un descongestionamiento involucrando a la «comunidad» en ellos, pero sin que se altere el funcionamiento del sistema político y, por ende, el de la estructura de poder existente.

Somos del parecer que, cuando no se analiza el contexto de las relaciones sociales y políticas, a la luz del sistema político (conformación, características y papel desempeñado en el conjunto societal), se pierde de vista el sentido otorgado al concepto de Participación Social «Comunitaria». Este, resulta ser tan atractivo para encerrar propósitos y actividades, destinadas a que la «gente» colabore con

programas y proyectos, a partir de cualquier acción que se organice en la comunidad, que tienda a reivindicar sus necesidades inmediatas, a solucionar un problema; o que guarde relación con algún programa social. Esto inmediatamente se asocia e identifica como participación social comunitaria.

La comunidad es un espacio donde se reproduce -en mayor o menor medida- toda lógica del comportamiento societal; sobre todo por la influencia ejercida por los factores políticos, económicos, sociales, etc., por lo que se convierte en un escenario específico de concreción de esos factores; conformando una agregación característica, tal vez con rasgos muy particulares, pero que en modo alguno rebasa la lógica de funcionamiento del conjunto societal.

Por ello, la referencia a la comunidad, puede convertirse en una trampa terminológica; ya que puede ser utilizada en un sentido tan genérico, que alude a todos los sujetos sin identificar sus intereses, necesidades y demandas, y a ninguno en particular; porque tan miembro de la «comunidad» puede ser un sujeto que viva en un barrio, como un director de un organismo público, como el presidente de FEDECAMARAS o el Presidente de la República.

Por tanto, el concepto de Participación Social de la Comunidad, no consideramos que sea el más indicado para dar cuenta de lo que se desea lograr con la implantación del modelo SILOS.

IV. El concepto de participación social en el modelo SILOS.

En este punto examinaremos la importancia que la Participación Social reviste para el modelo SILOS.

Desde el punto de vista de la praxis, se tiene que, la participación social en salud debe estar dirigida a alcanzar un nivel pleno y total en las decisiones en materia de salud, en función a un proceso de intervención de los grupos organizados y actores sociales, donde éstos sean capaces de deliberar abierta y creativamente sobre las políticas de salud, sobre la atención médica y sobre su modelo de gestión; e influir en el proceso de toma de decisiones de aquellos aspectos que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y demandas en salud; en medio de un escenario caracterizado por el control de los recursos y el

establecimiento de responsabilidades y obligaciones que derivan de compartir el poder y las decisiones.

Al plantear que la participación social en salud, debe ser entendida en función a una redistribución del poder, estamos pensando en una redefinición de la relación Estado-Sociedad-Salud; en términos más globales o macros y, más específicamente, en una alteración significativa de la relación gestión/grupos organizados; en la cual los grupos y actores sociales -hasta ahora excluidos- puedan progresivamente alcanzar un mayor y mejor control sobre su salud, su medio ambiente y su vida en general.

Por tanto, la Participación Social en Salud, puede ser definida como un proceso complejo de intervención de los actores y grupos sociales organizados, que busca alterar la relación Estado-Sociedad-Salud, en base al incremento progresivo de su influencia en el proceso decisorio y al control ejercido sobre los recursos y los factores de poder existentes en el sector salud.

Al respecto, hay que acotar, que en la conformación de nuestro sistema político no se encuentran suficientes mecanismos que permitan este tipo de participación. Sin embargo, los procesos vividos recientemente -tanto económicos como políticos- nos alertan sobre una renovación de las formas de interacción entre los actores públicos, políticos y sociales.

Por tanto, creemos que existen posibilidades organizativas, cuyas acciones están orientadas a elevar el deseo de intervención, de crear nuevas formas de organización y de propiciar encuentros entre la sociedad política y la civil; teniendo como objetivo común resolver los problemas en materia de salud.

Así pues, la participación social se comprende contextualizándola, a partir de un modelo de gestión que intenta darle respuesta a la crisis que experimenta el modelo de atención médica vigente, y en relación a la interacción entre actores sociales y grupos organizados que están ubicados en un contexto social, político y económico específico.

Los SILOS se proponen como un complejo conjunto de procesos que involucren la generalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local; entendiéndolas como la aplicación de todos los mecanismos y estrategias que estén dirigidas a la prevención, defensa, reparación y promoción, que busquen mantener la integridad, capacidad y potencialidad de las personas, familias y grupos (OMS/OPS;1993,16) en donde la salud puede ser definida, en su acepción amplia,

como una «óptima vitalidad física, mental y social, como resultado de acciones de los actores sociales frente a los conflictos y en la búsqueda de su resolución.»

(De Roux/COL; 1990). Por lo que, los SILOS se constituyen como un aporte a la democratización y a la descentralización desde el nivel local.

V. La participación social y la crisis de la salud

La situación de deterioro de la salud de la población venezolana, así como la crisis de los servicios médico-asistenciales tiene que ver, entre otras razones, con tres ejes de problemas íntimamente interrelacionados con el fenómeno de la ausencia de Participación, que se han venido conjugando y complejizando desde mediados de la década del 70. Por razones analíticas se separan a continuación:

- a.- La resistencia, por parte del Estado, a incorporar a los grupos organizados de la sociedad civil a intervenir activamente en la formulación e implantación de las políticas y estrategias de salud, expresadas en la carencia de mecanismos de participación.
- b.- Ausencia de un liderazgo social auténtico, por la presencia monopólica de los partidos políticos en la sociedad, quienes se han apoderado de funciones que deberían ser desempeñadas por organizaciones de la comunidad; a pesar de la pérdida de credibilidad que inspiran hoy las organizaciones políticas partidistas.
- c.- La falta de presencia del cientista social en la gestión, por la concepción restringida de la salud con que trabaja el modelo médico institucional hegemónico.

a) El Estado y sus Resistencias a la Participación en Salud.

Con respecto a la primera razón se tiene que, el Estado venezolano se ha caracterizado por un desempeño de tipo paternalista, asumiendo la mayoría de las funciones y competencias en materia social -que atañen a la salud- bajo las directrices de la administración central verticalizada y con tímidos esfuerzos de descentralización hasta principios de la década del 90, cuando se inaugura con cierto entusiasmo la plataforma de la Reforma del Estado, cuyo sentido último

era perfeccionar los mecanismos de representación y participación ciudadana; contribuyendo de esa manera a la consolidación del Estado y a perfilar un espacio de acción genuino para el desarrollo de la sociedad civil.

Como un dato empírico revelador de ese rol asumido por el Estado y reforzado por el estilo de funcionamiento del Sistema Político Venezolano, en lo que al sector salud se refiere, tenemos que de los mecanismos de participación institucional creados en Venezuela desde 1960, hasta 1987 se habían registrado un total de 170 casos de mecanismos de participación institucional de todo tipo. (Molina, 1978,33-108). De ellos, la mayoría (116 casos) pertenecen a la categoría de participación consultiva indirecta mayoritaria¹ y sólo 2 de ellos son del tipo de participación decisiva directa². Del total de los casos, 23 corresponde al sector salud y se concretan en la modalidad de participación indirecta y de carácter consultivo, lo que hace referencia a que su finalidad se limita a conformar una opinión, un parecer, un dictamen sobre una materia específica; pero lo que a ese respecto, luego se decida, queda a discrecionalidad del gobierno; con lo que se evidencia la poca valorización que tiene el Estado con respecto a disponer de mecanismos de participación institucional, que vayan más allá de la mera consulta; así como la poca flexibilidad del Sistema Político para aceptar la participación.

Esto puede ser considerado como una expresión del carácter restringido con que se ha desenvuelto el Sistema Político Venezolano; y de la escasa necesidad del Estado por tomar en cuenta la participación de la sociedad civil en los asuntos relativos a las decisiones de política pública; destacándose la participación sólo como elemento legitimador del Estado.

Esto permite afirmar que se ha actuado con una rigidez bastante acentuada en términos de la generación de mecanismos de participación decisiva, que son los que permiten a los miembros de la sociedad civil tener una injerencia importante en las decisiones que definen la política pública social en salud.

1. Mediante la participación consultiva indirecta mayoritaria, se designa a representantes o mandatarios para que tomen parte en la actividad en cuestión. La participación ciudadana tiene un carácter meramente consultivo.
2. La participación decisiva directa, implica un nivel superior de dirección en mano de los participantes. La comunidad toma la decisión mediante votación universal, con la intervención de cada uno de sus miembros.

Aunado a esto se tiene que, a pesar de que se están desatando las fuerzas políticas que propugnan la descentralización; ésta ha tendido a ser una descentralización «centralizada» (RONDON,1996), porque todavía se sigue dependiendo -en buena medida- de las decisiones que se toman a nivel central, para ser ejecutadas a nivel de las regiones. Este es el caso de varios Estados, entre los que se cuenta el Estado Zulia, donde el proceso de descentralización ha atravesado por una serie de fluctuaciones; como por ejemplo: la paralización ocurrida desde la fecha de aprobación por el Senado del Programa de Transferencia de los Servicios de Salud, el 28 de diciembre de 1994 (2 años y 16 días); o los altibajos que sufrió el proceso en los años 94-95 donde se registró -según las propias autoridades calificadas del sector- una paralización del mismo. (Ver cronología anexa).

Dentro de este proceso de descentralización, también se han registrado la aprobación de las normas que soportan la creación de las juntas socio-sanitarias y socio-hospitalaria; con miras a lograr la incorporación de algunos representantes comunitarios, de instituciones como las religiosas, educativas, políticas, del espacio local; pero su excesiva reglamentación, rigidez e imposición no han satisfecho las expectativas de la participación, ni se han mostrado resultados que trasciendan el mero plano de la formalización del proceso de incorporación; y las rutinas de participación a lo que han dado lugar, es aún activismo de colaboración que no trasciende hacia la plena injerencia en el proceso de toma de decisiones, en materia de política de salud y a ejercer control sobre el uso de los recursos.

Sin embargo, a pesar de las fluctuaciones y de los limitados efectos en materia de participación, hay que hacer mención a casos exitosos que se han adelantado en establecimiento de salud, como por ejemplo el caso del Ambulatorio del Sur, en Barquisimeto, Estado Lara; y que podrían ser la clave para un estudio más profundo que confronte y corroboren si la participación que allí se está dando corresponde a una participación amplia, integral e integradora de grupos organizados de la sociedad civil al proceso de toma de decisión.

b.) Ausencia de un Liderazgo Social Auténtico.

Desde la implantación de nuestro sistema democrático en 1958, los partidos políticos se constituyeron como las organizaciones políticas más importantes, penetrando profundamente el conjunto de la sociedad, hasta el punto que apenas existe algún segmento del entramado social en que su presencia no sea

desatada (Rey, 1991,549). Estos, establecieron un conjunto de reglas y normas, a las cuales todos se someterían para el desarrollo y mantenimiento de la democracia que se iniciaba.

Si bien este conjunto de reglas y prácticas generó estabilidad política, preeminencia de los partidos políticos, reforzamiento del esquema del poder nacional y socialización de la población en los valores y prácticas de la democracia; también se produjo un exagerado control partidista sobre el proceso político (Kornblith, 1995,4), que ha experimentado un cierto deterioro que se pone de manifiesto en los procesos electorales con el fenómeno de la abstención.

La abstención que comienza a observarse y elevarse en los procesos electorales de 1989 en adelante, es un buen indicador del desencanto de la población con el funcionamiento del sistema político, con sus instituciones y con sus líderes; y un síntoma de desinterés y desafección por la política, los políticos, la forma de gobernar y vivir la democracia. El ciudadano no deja de participar sólo por comodidad, sino porque no se siente escuchado, ni se le da oportunidad para que hable, o porque cree que los intereses que están en juego no son sus intereses; conllevando todo esto a la pérdida de confianza en las instituciones políticas y sociales que forman parte del sistema. Y aún, cuando la confianza en las instituciones nunca será total, un nivel de confianza superior al de la desconfianza, pareciera ser una condición necesaria, tanto para la sociedad como para la institución misma o aquello que represente. En las instituciones de la democracia esto es especialmente importante, porque el pueblo no gobierna, sino que deposita su fe en instituciones representativas para que asuman la responsabilidad de los intereses y preferencias colectivas. (Conciencia 21,1995,18-19); (Fundación,1996,41-47).

Desde la perspectiva de funcionamiento en la realidad social venezolana, los partidos políticos y los políticos -en la actualidad- son percibidos como expresiones institucionalizadas de la defraudación de expectativas, son objeto de las principales críticas y concentran la principal responsabilidad por los problemas que padece la democracia como sistema; lo que ha generado en conjunto la ausencia de un liderazgo social auténtico, necesario para el mantenimiento del Sistema Político Venezolano y la consolidación de procesos de reforma, descentralización y participación.

Con respecto al «liderazgo», según Aníbal Romero, básicamente existen tres categorías de líderes políticos. En primer lugar están los «profetas», que se

consideran poseedores de verdades absolutas, aspiran a una sociedad ideal, propugnan verbalmente cambios radicales, son intolerantes ante la crítica y están siempre dispuestos a emprender los más ambiciosos proyectos y a pagar los mayores costos en aras de sus creencias. En segundo lugar se encuentran los «manipuladores», que adoptan un estilo pragmático y mecánico, se someten -con una mezcla de avidez y resignación- al lado abyecto del poder, abandonan todo intento serio de reforma y esconden tras el silencio, la retórica o la fraseología mordaz, la falta de sustancia en sus propósitos. Por último, se hallan los «estadistas», caracterizados por su conciencia de los límites de la acción política, convencidos sin embargo de la necesidad de avanzar pero sin sacrificios y costos innecesarios, orientándose decididamente hacia la eliminación de los males de la sociedad, pero sin depositar por ello irrestricta confianza en sus proyectos de transformación total, rápida y radical para alcanzar la «perfección». (Romero, 1986,169).

La democracia venezolana ha producido numerosos «profetas» y «manipuladores», pero muy pocos «estadistas». Esto es así porque se trata de una democracia de corte populista, cuya cultura política genera entre el ciudadano y sus líderes una relación de dependencia, en el cual el líder arroja y absorbe al ciudadano en sus intereses partidistas y de cuotas de poder, sin que éste logre desarrollar su capacidad de líder en el medio socio-político, por lo que se observa una escasa presencia del liderazgo social en el escenario del Sistema Político Venezolano, que responda a un perfil que incluya, fundamentalmente, honestidad, responsabilidad, espíritu de trabajo y ética profesional.

c.) La Ausencia del Cientista Social en la Gestión de Salud.

En cuanto a la falta de presencia del cientista social, tenemos que analizar este problema tomando en cuenta que en los años 60 tiene lugar el gran debate sobre el agotamiento del modelo médico imperante para la época (Basaglia,1978), y se comienza a visualizar la importancia de las ciencias sociales en el área de la salud. Se produce la conversión de la noción de enfermedad a la noción de la salud, porque la capacidad de respuesta de la ciencia médica comienza a evidenciar signos de agotamiento en cuanto a la explicación de los factores que generaban la enfermedad; perfilándose trabajos críticos que generaron un cambio de visión desde la óptica de la enfermedad hacia la óptica de la salud.

Tal debate produjo impacto en América Latina, en donde se puntualiza la

influencia que ejercen los condicionantes sociales en el proceso salud-enfermedad; el cual deja de concebirse como un problema exclusivamente biológico e individual (Alvarez, 1979) (Rojas, 1982).

En Venezuela, se empiezan a generar importantes reflexiones en la década del 70, como las que dan lugar a la publicación del libro «Psiquiatría y Sub-desarrollo», que es el producto del análisis interdisciplinario de un equipo de investigadores venezolanos (Sociólogos, Psiquiatras, Médicos, Economistas, entre otros), donde se pone de manifiesto la importancia de la inclusión del cientista social en el análisis y definición de estrategias en materia de salud; al igual que se revela la complejidad del proceso salud-enfermedad cuando él es analizado desde la perspectiva de análisis sociológico.

La investigación en ciencias sociales, en salud, ha ido ganando terreno paulatinamente desde entonces; y su importancia ha sido reconocida por diversos entes que financian y apoyan este tipo de investigación, a nivel nacional e internacional.

Las líneas de investigación que se han venido desarrollando al respecto han tocado temas muy diversos, tales como: desnutrición, mortalidad infantil, enfermedades laborales, impactos de los aspectos económicos y sociales sobre el proceso salud-enfermedad; crisis del sistema sanitario, clases sociales y enfermedad, etc.

Esto ha ido abriendo camino para que en las Escuelas de Sociología (desarrollen una serie de estudios) se incorpore la temática de salud como parte integrante del proceso de formación del Sociólogo.

Este es el caso de la Universidad del Zulia, en cuyo Plan Curricular de 1995 de la Escuela de Sociología, se incluyen los roles de Investigador, Analista y Gerente Social; y se han creado algunas cátedras electivas, que le dan continuidad a la formación del Sociólogo en materia de salud, como por ejemplo: Políticas Públicas en Salud y Salud y Trabajo; dándole oportunidad al Sociólogo de formarse en un área tan vital que le permita incorporarse a las actividades de formulación, implantación y evaluación de proyectos y programas de salud, ya que el Sociólogo que estamos formando puede actuar como investigador y analista; con lo cual se evidencia que él está capacitado para el desempeño de las tareas y actividades que requieren, tanto la investigación como la práctica del desempeño profesional en salud.

Sin embargo, esto no se ha traducido en el desarrollo de un estilo de gestión donde el cientista social y, más específicamente el Sociólogo, sea incorporado ampliamente a los niveles más elevados de la gerencia de salud en el Sistema Regional de Salud del Estado Zulia. Igualmente, puede observarse el descuido y poca importancia atribuida al Departamento de Promoción Social, en términos de la incorporación del personal: Trabajadores Sociales, Antropólogos, Sociólogos; que ahí laboran en el diseño, formulación e implantación de la política de salud, en la región. Con lo cual se evidencia: 1) La concepción técnico-médica autoritaria y paternalista de la praxis médico-asistencial y sanitaria reinante; 2) La resistencia del personal médico a aceptar la participación y contribución del cientista social en la gestión de salud; y 3) La carencia de un esfuerzo constante por parte del Sociólogo, en el sector, para lograr su inserción determinante, que potencia su rol dentro del sistema y su reconocimiento.

Consideraciones finales

Aprovechando la oportunidad que brinda este escenario para la discusión, nuestra intención fundamental en este artículo, es invitar a la reflexión sobre lo que debe entenderse por Participación; dado lo cargado que está el ambiente del empleo del término Participación Comunitaria.

Consideramos que las restricciones a la Participación de los grupos organizados de la sociedad civil, en salud, obedecen una variada gama de factores.

Sin embargo, los que pensamos que ofrecen mayor fortaleza para interpretar la ausencia de la Participación, aluden a los factores que hemos analizados aquí; puesto que la influencia que ejerce el factor político en el entramado social, se convierte en el punto de referencia obligada, que permite el deslinde entre lo que se denomina Participación de la Comunidad, como una coartada que adereza el discurso del poder; o si lo que con ella se designa puede interpretarse como un estilo de hacer política en base a un método de gobierno con el ciudadano.

Por otra parte, es necesario que los grupos organizados de la sociedad, tomen conciencia de su capacidad para estructurar otras formas organizativas horizontales y no verticales; que puedan generar nuevas estrategias de inserción societal y de relacionamiento con el Estado; y crear sus propios mecanismos y normativas de participación, sin la acción imperativa institucional.

Esto será posible en un ambiente socio-político donde se fortalezcan las

formas de liderazgo social, en base a la honestidad, responsabilidad y rectitud en el trabajo; soportado por un aprendizaje colectivo que rescate los valores éticos y axiológicos, que permitan la recuperación de la confianza en el orden político y social.

Lo anterior no niega, la necesidad de los partidos políticos para el mantenimiento del Sistema Democrático, porque ellos son base y ejes articuladores del mismo. Por lo que abogamos, es por la redefinición de su papel dentro del Sistema Político, para que se minimice el juego de zancadillas a través del cual ellos han pretendido perpetuarse en el poder y en sus propios intereses.

Los grupos organizados de la sociedad civil, pueden encontrar su destino histórico, tanto influyendo en la redefinición del rol de los partidos en la sociedad, como permitiendo el desarrollo de un liderazgo social, que apunte a facilitar la redistribución del poder; con lo cual si se puede alcanzar una participación total, que genere una relación de interdependencia entre los distintos actores socio-políticos.

Para que este proceso cristalice, la contribución del cientista social es importante, como un intelectual sensibilizado por los problemas, y capacitado para investigar las relaciones estructurales y los procesos sociales, tanto globales como particulares; así como también ofrecer su aporte en el desempeño de las funciones gerenciales en salud, al aplicar su conocimiento en el diseño, planificación y evaluación de procesos, políticas y programas sociales; además de participar activamente en todo lo que tiene que ver con la promoción del Desarrollo Social.

Anexo	
De la centralización a la descentralización de la salud cronológica del proceso	
Año 1962	Por medio del Decreto 8814 del 6 de noviembre, se establece la creación de Servicios Cooperativos de Salud, y su administración conjunta entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y los Ejecutivos Estadales.
Año 1964	El 18 de febrero se firma el Convenio de Servicios Cooperativos de Salud Pública entre el gobierno del Edo. Zulia y el MSAS.
Año 1984	Por medio del Decreto 403 se crea la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, durante la presidencia de la República del Dr. Jaime Lusinchi.
Año 1987	El 23 de junio se aprueba la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Gaceta Oficial No. 33745.
Año 1989	El 20 de diciembre se aprueba la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público. Entra en vigencia el 1 de Enero de 1990.
Año 1990	En marzo, el Gobierno Regional notifica al Ministerio de Sanidad su disposición de no prorrogar el convenio pre-existente para el mes de noviembre. Simultáneo a este acto el Ejecutivo Regional introduce ante la Asamblea Legislativa un anteproyecto de Descentralización y Transferencia que comprende el 1er nivel de asistencia, incluyendo los ambulatorios urbanos y rurales, y los hospitales tipo I. El 22 de marzo, por medio del Decreto 59 se crea la Comisión para la Reforma del Estado Zulia, durante el gobierno de Oswaldo Alvarez Paz. El 1º de junio se decreta la creación de la comisión de estudio para la regionalización del Servicio de Salud del Edo. Zulia e implementación del Sistema Regional Integrado.

Año 1991	<p>La Gobernación del Estado Zulia crea el Sistema Regional de Salud por medio del Decreto No. 244 del 19 de febrero con lo cual el Ejecutivo resume la administración de los servicios del Estado Zulia, procede a la sectorización sanitaria asistencial con 5 regiones: Maracaibo o Capital; Sur del Lago, Costa Oriental del Lago, Perijá y Goajira.</p> <p>El 3 de Abril según Oficio 1-137 el Ejecutivo Regional ratifica su solicitud ante el Ministerio de Relaciones Interiores, de la transferencia de los servicios de salud.</p> <p>En agosto se firmó el Convenio Provisional donde se pauta y regula la relación entre el Ejecutivo Nacional y la Gobernación del Estado Zulia; el que estará en vigencia hasta el momento en que sea firmado el definitivo. Con este convenio se transfiere los servicios de salud de algunos de atención de primera y segundo nivel, planta física y recursos presupuestarios.</p>
Año 1992	<p>En octubre es enviada nuevamente la solicitud y el programa de Transferencia al Gobierno Nacional, siendo aprobada el 18 de noviembre por la sub-comisión del Senado.</p> <p>El 2 de diciembre es aprobada por el Senado. Surgen a partir de entonces una serie de dificultades que influyen en la continuidad de la gestión y profundización del proceso.</p>
Año 1993	<p>En el mes de abril, la Unidad de Estudios y Asesoría para la transferencia presentan el Ante-proyecto de Descentralización, dirigida hacia el Municipio y la Parroquia.</p> <p>En el mes de julio la Gobernación, mediante el Decreto 120 promulga el Reglamento para el funcionamiento del Sistema de Salud del Estado Zulia.</p> <p>El MSAS creó una Oficina Especial adscrita a la Dirección General Sectorial de Secretaría para generar las bases del Convenio de Transferencia que firmaron los Estados Aragua (4-10-93), Anzoátegui, Bolívar y Falcón (11-11-93) y Carabobo (3-12-93).</p>
Año 1994	<p>El 28 de diciembre se firma el Convenio de Transferencia del Edo. Zulia de los servicios de Salud; entre la Gobernación del Edo. Zulia, el Ministerio de Relaciones de Sanidad y Asistencia Social.</p>
Año 1996	<p>Se aprueba en el mes de enero el Plan de Descentralización del MSAS.</p> <p>Se discute el Plan Trienal de Descentralización. Entre el 29 y el 31 del mismo mes se aprobó cuantificar los servicios a ser transferidos.</p>

Bibliografías

- ALARID, Humberto: «Los Sistemas Locales de Salud como elementos básicos de la Descentralización», en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 6. Marzo 1991. Caracas, Venezuela OMS/OPS y MSAS.
- ALARID, Humberto y SILVER, Karen: «La Evaluación de la Participación Social Comunitaria en los SILOS.», en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 8 Marzo 1992. OPS/OMS y MSAS.
- ALVAREZ, Luis: «Aspectos Económicos y Sociales en Relación con la Salud», en Anuario de Actualización en Medicina, Volumen 7, Fascículo 22. 1979.
- BARRIOS, Nelson: «Democracia Representativa y Participación Política en Venezuela», en Cuestiones Políticas No. 1. Instituto de Investigación y Estudios Políticos y Administrativos de la Facultad de Derecho de LUZ. 1985.
- CUNILL: «Participación Ciudadana.» Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Caracas 1991.
- DE ROUX, G; PETERSEN, D; PONS, P. y PRACILIO, H.: «Participación Social y Sistemas Locales de Salud» Cap. 1. El Contexto. Los SILOS. OPS/OMS. Publicación Científica No. 519, Washington, D.C., 1990.
- FADDA, Giulietta: «La Participación como Encuentro: Discurso Político y Praxis Urbana». Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. UCV. Caracas, 1990.
- Fundación Pensamiento y Acción: «Cultura Democrática en Venezuela». Informe Analítico de Resultados de una Encuesta de Opinión Pública. Caracas, Enero 1996.
- KORNBLITH, Miriam: «Elecciones 95: Nuevos actores, reglas y oportunidades», en Debates IESA/No. 2. Caracas, Octubre-Diciembre 1995.
- MOLINA, José; VAIVADS, Henry: «Participación de los Ciudadanos en el Funcionamiento del Estado Venezolano» en Cuestiones Políticas No. 3. Instituto de Investigaciones y Estudios Políticos y Administrativos de la Facultad de Derecho de LUZ. 1987.
- OMS/OPS: «La Participación Social en el Desarrollo de la Salud», en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. 1993. Organización Mundial de la Salud. Oficina Panamericana de la Salud.
- PAGANINI, José: «Los Desafíos de los Servicios de Salud en la Década del Noventa», en Descentralización de los Servicios de Salud como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud. Centro Latinoamericano para el Desarrollo (CLAD). OPS, Caracas 1990.
- PEARSE, A. y STIEFEL, M.: «Participación Popular: Un Enfoque de Investigación», en Socialismo y Participación No. 9. Lima. Febrero, 1980.

- REY, Juan C.: «La Democracia Venezolana y la Crisis del Sistema Populista de Conciliación» en Revista de Estudios Políticos No. 74. Nueva Epoca. Octubre-Diciembre, 1991. Centro de Estudios Constitucionales. Plaza de la Marina Española. Madrid.
- ROJAS, Raúl: «Capitalismo y Enfermedad» Ediciones FOLIOS S.A. México 1982.
- ROMERO, Aníbal: «Hacia un Nuevo Liderazgo» en La Miseria del Populismo. Ediciones Centauro. Caracas 1986.
- RONDON, Roberto: «La Descentralización de la Salud en Venezuela» Caracas, Venezuela. Enero 1996.
- URQUIOLA, Neglys: «Participación Social Comunitaria en el SILOS: Experiencia de Flor Amarilla», en Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. No. 2. 1990. Caracas, Venezuela. OMS/OPS y MSAS.