



Revista de Ciencias Sociales (Ve)  
ISSN: 1315-9518  
cclemenz@luz.ve  
Universidad del Zulia  
Venezuela

Navas Perozo, Rita; Rojas de Morales, Thais; Álvarez, Carmen Julia; Fox Delgado, Mariela  
Participación comunitaria en los servicios de salud  
Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XVI, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 329-342  
Universidad del Zulia  
Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28016298013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

## Participación comunitaria en los servicios de salud

**Navas Perozo, Rita \***  
**Rojas de Morales, Thais \*\***  
**Álvarez, Carmen Julia \*\*\***  
**Fox Delgado, Mariela \*\*\*\***

### Resumen

El objetivo del artículo fue caracterizar la participación comunitaria en los servicios de salud de la parroquia Idelfonso Vásquez, Municipio Maracaibo, Zulia, Venezuela. La investigación fue descriptiva, transversal y de campo. Se emplearon criterios de selección para las comunidades y para la muestra de los sujetos a los cuales se les aplicó un cuestionario estructurado. El 75% de los encuestados dijo conocer la existencia de leyes que respaldan la participación comunitaria; 73% reconoció a los consejos comunales como las instancias de participación existentes en sus comunidades. 38,3% manifestó que la comunidad había intervenido en la planificación de los programas de salud mientras que el 19,9% refirió que la participación en la ejecución de los mismos era esporádica. Con relación a la contraloría social de los servicios de salud, el 50,8% de los informantes expresó no saber quiénes la efectuaban. Se apreciaron importantes avances en cuanto al reconocimiento y utilización de los mecanismos existentes para la participación comunitaria, sin embargo, se requiere profundizar lo referente al ejercicio de la contraloría social, a fin de que las comunidades hagan uso de este instrumento de poder que les permitirá incidir en la reformulación de las políticas de salud y por ende en la gestión de los servicios.

**Palabras clave:** Participación comunitaria, salud, servicios.

- \* Lic. en Trabajo Social. Profesora Titular de la Universidad del Zulia. Magíster en Administración de Salud. Investigadora adscrita al Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología. Área de Epidemiología y Práctica Odontológica. E-mail: ritaminp@yahoo.com. Autora de Correspondencia.
- \*\* Odontopediatra. Profesora Titular de la Universidad del Zulia. Dra. en Odontología. Investigadora adscrita al Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología. Área de Clínica y Patología. E-mail: moralesrojas@cantv.net
- \*\*\* Odontóloga. Profesora Asociada de la Universidad del Zulia. Dra. en Odontología. Investigadora adscrita al Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología. Área de Epidemiología y Práctica Odontológica.
- \*\*\*\* Odontóloga. Becario académico de la Universidad del Zulia por Fundadesarrollo. Cursante de la maestría Administración del Sector Salud (PAS) Universidad del Zulia.

Recibido: 08-10-09 • Aceptado: 09-06-05

## *Community Participation in Health Services*

### **Abstract**

The objective of this research is to characterize community participation in the health services located in the Idelfonso Vasquez parish, Maracaibo Municipality, Zulia, Venezuela. A descriptive, transversal, field investigation was carried out. Selection criteria were used to constitute the sample of the individuals to whom a structured questionnaire was applied. 75% of the persons affirmed knowing about the existence of laws that support community participation; 73% recognized the Communal Councils as the official organizations for participation in their communities; 38.3% expressed that the community had taken part in planning health programs; whereas 19.9% said that participation in their execution was sporadic. Regarding the social control of health services, about 0.8% of the informants expressed not knowing who carried it out. Important advances were observed in the recognition and use of the existing community participation mechanisms; nevertheless, deepening the exercise of social control is required, so that communities make use of this instrument of power, which will allow them to affect the reformulation of health policies and therefore, the management of these services.

**Keywords:** Community participation, health, services.

### **Introducción**

La participación social está siendo discutida ampliamente en el mundo, la misma está relacionada con los movimientos para la democratización de las estructuras sociales, lo cual deviene de la búsqueda por la equidad y la justicia social cada vez más necesarias en las sociedades actuales (Wendhausen, 2006). Por tanto se constituye en una estrategia que a partir de la interacción de los actores adquiere un alto componente político, al transferirse una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen en la toma de decisiones estatales (Arévalo, 2004). Cunill (1991:56) define la participación ciudadana como “la intervención de los particulares en actividades públicas en tanto portadores de determinados intereses sociales”; esta participación individual o colectiva en los asuntos públicos permite potenciar la capacidad de los sujetos para lograr el reconocimiento y la ampliación de sus derechos políticos, económicos y sociales.

Figueroa (2002) señala que en el contexto actual hay que asumir la participación

social en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Así mismo, Sanabria (2004:7) plantea que en los últimos años, para alcanzar un mayor nivel de desarrollo de la participación social, ha sido necesario su análisis vinculándola con el empoderamiento o “empowerment”, esto se refiere a la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva; implica acceso y control sobre los recursos necesarios... “en el ámbito comunitario el apoderamiento se funde con la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influenciar en las estructuras de poder.

En la intersección entre el concepto de empoderamiento individual y empoderamiento colectivo debe existir un reconocimiento del sentido de comunidad, de la importancia de avanzar colectivamente (Sapag y Kawachi, 2007). Freire (1970) hacía referencia a esto llamándolo ‘concientización’, es de-

cir aquel proceso de conciencia crítica de la realidad y de compromiso activo de las personas para transformarla, desde una perspectiva social. Según López y Añez (2005) la tendencia es hacia un desarrollo participativo donde lo fundamental es la creación de ideas, sugerencias y propuestas por parte de las comunidades en todas las fases del ciclo de un proyecto, es decir, en el diagnóstico de necesidades, planificación, implementación, monitoreo y evaluación.

Desde esta perspectiva, podría considerarse la participación comunitaria como un instrumento de política pública y bajo esta concepción, Arévalo (2004: 109-110) señala que el control social que se promueva debe entenderse como una forma de participación que le permita a la gente determinar las condiciones en que se desarrolla la gestión pública, elevando sus niveles de eficiencia, eficacia, impacto y transparencia, permitiendo además, que cada persona se reconozca como ciudadano y en esa medida comprenda sus derechos y deberes. Martínez y Revilla (2004) sostienen que todos como sociedad y Estado, somos solidariamente responsables del destino individual y colectivo, lo cual obliga a asumir una conducta participativa y decisoria que conduzca a alcanzar las metas sociales bajo formas de organizaciones multivariadas armónicamente conectadas con los niveles gubernamentales.

El contacto con la esfera pública requiere entonces de la “organización de la comunidad en el mundo de vida, y una vez organizada y constituida la decisión colectiva de participar, el sistema político se ve influenciado y abre nuevas posibilidades de acción y actuación, generalmente a través de instrumentos normativos” (Núñez, 2007: 80). En este contexto, en Venezuela a partir de 1999, se ha redefinido un marco normativo-legal que consagra y orienta la participación ciudadana,

siendo el principal la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) que establece en su artículo 62 que todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas; también señala que “la participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica”. También en los artículos 67 y 168 se establece la participación ciudadana como un elemento fundamental para que los ciudadanos se vinculen e intervengan en forma directa en lo concerniente a la gestión pública.

Es así como la carta magna expresa una nueva concepción de participación orientada a otorgar el poder, la autonomía de decisión, el control de los recursos, las responsabilidades y las competencias a las comunidades organizadas (Añez y col., 2003). Otros instrumentos legales que consagran la participación ciudadana en Venezuela son la Ley Orgánica de Administración Pública (2001), Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (2001), Ley de participación ciudadana y poder popular de Venezuela (2001), Ley Orgánica del Poder Público Municipal (2006) y la Ley de los Consejos Comunales (2006). El objetivo del estudio que se reporta fue caracterizar la participación comunitaria en los servicios de salud de la parroquia Idelfonso Vásquez del Municipio Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela. La investigación fue descriptiva, de corte transversal, de campo y fuente viva realizada en la parroquia Idelfonso Vásquez del Municipio Maracaibo. Los criterios

de selección de las comunidades pertenecientes a esta parroquia fueron: Tener un mínimo de accesibilidad geográfica, contar con algún tipo de organización comunitaria y disponer de centros o servicios de salud dependientes del Estado Venezolano, a través del Ejecutivo Nacional, Regional o Municipal. Se levantó un censo en las comunidades de la parroquia para ubicar los establecimientos de salud públicos de que disponían. De las 44 comunidades visitadas, 18 cumplieron con los criterios de inclusión (Tabla I).

Posteriormente, se seleccionó en cada una de las comunidades una muestra al azar de 10 informantes para un total de 256. Los criterios de selección de los sujetos fueron: Personas adultas con seis años o más de residencia en la comunidad, que utilizaran los servicios públicos de salud existentes en ella y que estuvieran dispuestas a participar en el estudio respondiendo los datos de la encuesta. Se diseñó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas que fue aplicado durante los meses de mayo-julio de 2008. A todos los participantes se les explicó el propósito, naturaleza y beneficios del estudio, después de lo cual aceptaron participar firmando el consentimiento, previa información, elaborado de acuerdo a los principios éticos de la World Medical Association, declaration of Helsinki (2004).

## **1. Consideraciones sobre la participación comunitaria en salud**

Las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ya en el siglo pasado las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad para su implementación, sin embargo la orientación y desarrollo de estas

políticas están fuertemente relacionados con el contexto político y social en que se generan. En las décadas de los cincuenta y sesenta, en Latinoamérica y el resto de los países llamados «en vías de desarrollo», se realizaron las primeras experiencias de implicar a la población en los programas de salud. A finales de los 70 se definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud, la cual entre sus principios fundamentales destacó la participación comunitaria como un importante elemento dinamizador para la reestructuración de muchos sistemas de salud, debido a que “en esa década comenzó a generalizarse la incapacidad de los sistemas de salud para responder a la población más necesitada de atención” (Vázquez y col., 2002:31).

Es en la década de los noventa cuando se introducen reformas importantes en los sistemas de salud de los países latinoamericanos, producto de la reducción del papel del Estado y la presión que los organismos internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, entre otros) ejercieron en correspondencia con el modelo neoliberal de la economía que se imponía. Desde ese marco, se concibe al usuario como “cliente” y se espera que participe “expresando su opinión de los servicios de salud” (Vázquez y col., 2002:32).

La concepción de la participación comunitaria en salud ha cambiado sustancialmente, toda vez que en la actualidad se concibe como una expresión de autonomía y de ejercicio democrático, lo que le confiere al individuo y a las comunidades un rol verdaderamente protagónico, siendo la adopción de este modelo el reto más importante a enfrentar. En Venezuela, las experiencias de participación comunitaria en salud datan de los años setenta, la mayoría promovidas desde el Ministerio de Salud o las gobernaciones de los estados y en otros casos desde las propias comunidades.

**Tabla I**  
**Comunidades y servicios de salud censados y seleccionados**  
**Parroquia Idelfonso Vásquez. Maracaibo-Zulia. 2008.**

	Nombre de la Comunidad	Cantidad de Centros	Tipo de Centro de Atención
		de Atención	
1	Barrio El Rosario	1	Consultorio popular B.A.I
2	Barrio Santa Elena	1	Consultorio popular B.A I
3	Barrio Las Peonías*	1	Consultorio popular B.A I
4	Barrio Patria Bolivariana*	1	Consultorio de B.A I
5	Barrio Curarire	1	Consultorio popular B.A I
6	Barrio La Guajirita	1	Consultorio popular B.A I
7	Barrio Puerto Caballo	1	Consultorio popular B.A I
8	Barrio Ajonjoli*	1	Consultorio popular B.A I
9	Barrio San Juan	1	Consultorio popular B.A I
10	Barrio El Mamón I *	1	Consultorio popular B.A I
11	Barrio El Mamón II*	1	Ambulatorio Urbano Tipo I
12	Barrio El Mamón III*	1	Consultorio popular B.A I
13	Barrio Balmiro León I*	1	Consultorio popular B.A I
14	Barrio Balmiro León II*	1	Consultorio popular B.A I
15	Barrio Cardonal Norte I	1	Consultorio popular B.A I
		1	Centro Médico Ntra. Sra de Chiquinquirá.
16	Barrio Cardonal Norte II	1	Consultorio popular B.A I
17	Barrio Cujicito I*	1	Consultorio popular B.AI
		1	Ambulatorio urbano tipo III
18	Barrio Cujicito II *	1	Consultorio popular B.A I
19	La Resistencia*	1	Consultorio popular B.A I
20	Barrio 24 de Septiembre*	2	Consultorios populares B.A I
21	Urb. Los Mangos*	1	Consultorio popular B.A I,
		1	Centro de diagnóstico Integral B.A II
22	Barrio Los Cuchi	1	Consultorio popular B.A I
23	Barrio Brisas del Norte	1	Consultorio popular B.A I
24	Barrio Catatumbo I	1	Consultorio popular B.A I
25	Barrio Catatumbo II	1	Consultorio popular oftalmológico
26	Barrio Catatumbo III	1	Consultorio popular B.A I
27	Barrio Chino Julio I*	1	Consultorio popular B.A I
		1	Ambulatorio Urbano tipo I

sigue =>

*Participación comunitaria en los servicios de salud*  
*Navas Perozo, Rita; Rojas de Morales, Thais; Álvarez, Carmen Julia; Fox Delgado, Mariela* \_\_

**Tabla I (Continuación)**  
**Comunidades y Servicios de salud censados y seleccionados**  
**Parroquia Idelfonso Vásquez. Maracaibo-Zulia. 2008.**

	Nombre de la Comunidad	Cantidad de Centros de Atención	Tipo de Centro de Atención
28	Barrio Los Compatriotas	1	Consultorio popular B.A I
29	Barrio Indio Mara I	1	Consultorio de B.A. I
		1	Ambulatorio Santa Inés. Tipo I
30	Barrio Moscú	1	Consultorio popular B.A I
31	Barrio Mis Delicias	1	Consultorio popular de B.A I
32	Industrial Norte	1	Consultorio popular de B.A I
33	Barrio Blanco	1	Consultorio popular de B.A I
34	Barrio Nectario Labarca*	1	Consultorio popular de B. A I
35	Barrio Los Olivos	1	Ambulatorio Urbano tipo I
36	Barrio San Agustín II	1	Consultorio popular de B.A I
37	Barrio Virgen del Carmen	1	Consultorio popular de B.A I
38	Barrio 23 de Marzo	1	Consultorio popular de B.A I
39	Barrio La Esperanza*	1	Consultorio popular de B. A I
40	Barrio Rafito Villalobo I*	1	Consultorio popular de B .A I
41	Barrio Rafito II	1	Consultorio popular de B.A I
42	Barrio Nueva Democracia I*	1	Consultorio popular de B.A I
43	Barrio Jesús de Nazareth	1	Consultorio popular de B.A I
44	Barrio Cerro el Ávila	1	Consultorio popular de B.A I

\* Comunidades seleccionadas para el estudio.

Fuente: Elaboración propia (2008).

En la década de los 80, por “iniciativa de las direcciones regionales de salud, se inicia la conformación de los comités de salud enmarcados en la medicina comunitaria, bajo la Dirección de Bienestar Social y conformados por los Distritos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, siendo sus principales acciones de tipo preventivo y de apoyo a los censos sanitarios o a las campañas de vacunación” (Sifontes, 2007:33). Desde el año 1999 la Constitución de Venezuela establece en el artículo 84 que: “La comunidad or-

ganizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de las políticas específicas en las instituciones públicas de salud”.

En septiembre de 2003, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (actual Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social) asumió, conjuntamente con la Comisión Médica Cubana en Venezuela, la implantación del plan Misión Barrio Adentro a nivel nacional y la define como el

elemento central y el foco principal de la política de salud del Estado venezolano, desarrollada en el primer nivel de atención, que gira en torno al Consultorio Popular, a través de la estrategia de Atención Primaria, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la más excluida.

Esta misión se basa en el concepto de Salud Integral, el cual relaciona la salud con la economía social, la cultura, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria, de allí la importancia de la organización comunitaria en su implementación y desarrollo, jugando un papel fundamental mediante su participación activa a través de los Comités de Salud, entre otras organizaciones (Misión Barrio Adentro, 2006). Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social (2008), Barrio Adentro I contaba a nivel nacional, para el año 2008, con 6.531 consultorios populares, se habían realizado más de 277 millones de consultas, y se habían salvado 72.260 vidas. Barrio Adentro II disponía de 409 Centros de Diagnóstico Integral, 493 Salas de Rehabilitación Integral y 18 Centros de Alta Tecnología.

Por otra parte, según el Instituto Nacional de Estadística (2007), para el año 2007 el Estado Zulia contaba con 308 ambulatorios (urbanos y rurales) de los cuales 57 estaban ubicados en el Municipio Maracaibo. Estos establecimientos pertenecen al Sistema Regional de Salud y están descentralizados desde el año 1994, quedando sin embargo bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Sumado a estos Centros de salud, en el Municipio Maracaibo para el año 2007 se habían establecido 220 Consultorios Populares pertenecientes a Barrio adentro I (Rodríguez y col, 2006:629) y para el 2007 ya existían 25 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 25 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 1 Centro de Alta Tecnología (CAT).

## **2. Caracterización de la Parroquia Idelfonso Vásquez**

El Municipio Maracaibo, está ubicado al noroeste del Estado Zulia, coexisten en el dos realidades: la ciudad formal, estructurada y coherente y la ciudad informal, dispersa, anárquica y espontánea; dentro de este contexto dual que se evidencia en el proceso de desarrollo urbano de la ciudad se observa una rápida expansión de los barrios (Pérez, 2001).

Según Ferrer y col. (2005), 60% de la superficie de la ciudad de Maracaibo está ocupada por barrios producto de invasiones, ubicados en su mayoría en la periferia noroeste y oeste. Estos asentamientos presentan carencias o insuficiencia de equipamientos públicos y sociales (vialidad, agua potable, eliminación de aguas servidas) y viviendas en condiciones precarias de habitabilidad, lo que se traduce en una baja calidad de vida.

La parroquia Idelfonso Vásquez está ubicada en la zona oeste del Municipio Maracaibo, tiene una superficie de 48.000 Km<sup>2</sup> con una población proyectada al año 2008 de 122.902 habitantes (Corporación Alcaldía de Maracaibo, 2008). Está considerada como una parroquia no consolidada donde habitan numerosas familias predominantemente de la etnia wayuu y extranjeros ilegales (Piña y Rodríguez, 2001). Según Rodríguez y col. (2006: 621) “en esta parroquia más del 50% de su población vive en situación de pobreza”. En cuanto a la organización de las comunidades en consejos comunales, según cifras del Instituto Municipal de Capacitación Ciudadana (2008), para septiembre de 2008 existían en esta Parroquia 66 Consejos Comunales de los 271 que tiene el Municipio registrados ante el Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social.

### **3. Resultados del estudio y su análisis**

Del total de sujetos de la muestra, el 79,3% (203) era del género femenino y el 20,7% (53) era del masculino, con un promedio de 12,3 años de residencia en su comunidad.

**3.1. Organización de las Comunidades:** Se evidenció la existencia de 19 consejos comunales constituidos y registrados y 4 en proceso de conformación, distribuidos en los diversos sectores que componen las comunidades seleccionadas, es decir en algunas comunidades existía más de un consejo comunal por cuanto su conformación obedece al criterio de agrupación de familias establecido en la ley de los consejos comunales, que en su artículo 4, parte 4 establece que “a los efectos de la participación protagónica, la planificación y la gobernabilidad de los consejos comunales, se asumen como referencias los criterios técnicos y sociológicos que señalan que las comunidades se agrupan en familias, entre doscientas (200) y cuatrocientas (400) en el área urbana, a partir de veinte (20) familias en el área rural y a partir de diez (10) familias en las comunidades indígenas”.

73% de los individuos del estudio identificó a los consejos comunales como instancias que garantizan la participación comunitaria en su ámbito geográfico. Así mismo, 81,6% afirmó conocer la existencia en su comunidad de alguno de los comités de trabajo establecidos en el artículo 9 de la ley de los consejos comunales (Tabla II).

Se puede apreciar en estos resultados, que existen condiciones favorables desde el punto de vista de la organización social de la comunidad para que se genere y desarrolle la participación comunitaria como elemento dinamizador de los procesos sociales, por lo que

**Tabla II**  
**Comités de Trabajo de los Consejos  
Comunales existentes en las  
comunidades del estudio.**  
**Parroquia Idelfonso Vásquez.  
Municipio Maracaibo.  
Estado Zulia 2008**

Comités	N	%
Comité de Salud	178	17,1
Comité de Educación	138	13,2
Comité de Tierra Urbana	153	15,0
Comité de Deporte	140	13,4
Mesa Técnica de Agua	149	14,3
Energía y Gas	137	13,1
Comité de Cultura	136	13,0
Otros Comités	09	0,9
Total comités	1040	100

**Fuente:** Elaboración propia (2008).

ésta debe ser rescatada como una práctica en estado de recomposición, valorándose positivamente la necesidad de que la misma sea activa y organizada, no sólo desde las instancias legalmente establecidas sino desde la perspectiva y visión crítica de sus actores, reconociéndola además como un potente recurso que les permitirá mejorar sus condiciones y calidad de vida.

Romero (2007: 49) afirma que “es enorme el potencial de los Consejos Comunales como mecanismo de participación en el diseño y ejecución de las políticas públicas, pero les amenaza el peligro de que puedan ser puestos al servicio de intereses y objetivos partidistas”. Señala el precitado autor que “es necesario evitar su atomización, responsabilidad que depende mayoritariamente de quienes dirigen los organismos públicos encargados de su promoción, financiamiento y articulación con los otros sectores de la vida nacional”.

En concordancia con este autor, es preciso acotar que se hace necesario evitar la partidización de los consejos comunales para impedir que se conviertan en fuentes de clientelismo político, como ocurrió con las Juntas de Vecinos hace unas décadas atrás, sin embargo, el componente político debe estar presente por cuanto la gestión pública está vinculada con los asuntos políticos, es decir, con las decisiones colectivas e individuales que influyen en los cursos de vida de los grupos sociales y por ende con las relaciones de poder; al plantearse la transferencia de parte de ese poder a los sectores comunitarios que habían estado excluidos pueden propiciarse decisiones y acciones a favor del bienestar, la justicia y la equidad, coadyuvando con ello en la construcción de la democracia y de la ciudadanía.

**3.2. Identificación y uso de los servicios de salud:** De acuerdo al censo levantado en terreno en las 44 comunidades de la Parroquia Idelfonso Vásquez, cuatro (4) servicios de salud eran dependientes del Ejecutivo regional, dos (2) eran instituciones de beneficencia pública a cargo de congregaciones religiosas y treinta y ocho (38) dependían del Ejecutivo Nacional a través de la misión Barrio Adentro I y II. Del total de los entrevistados 85,9% identificó a Barrio Adentro I y II como los servicios de salud existentes en su comunidad y el 14% reconoció a otros módulos o ambulatorios dependientes de la gobernación del Estado Zulia.

Respecto al tipo de relaciones establecidas con las instituciones de salud y las organizaciones existentes en sus comunidades, el 75,3% de los sujetos dijo que sólo eran usuarios de los servicios y 23,3% informó que pertenecía a los comités de salud de los consejos comunales. Estos resultados permiten afirmar que en la mayoría de las comunidades del estudio prevalece el primer nivel de participación,

referido a la demanda y uso de los servicios de salud existentes y de las oportunidades que ofrece el sistema en todas sus expresiones.

De todos es conocido que para dar inicio a un proceso de participación en salud, es básico y fundamental que los sujetos hagan uso de los servicios de salud existentes en sus comunidades, por cuanto desde su perspectiva de usuarios, validan y legitiman la estructura y funcionamiento institucional mediante su utilización masiva y continua, contribuyendo con su estabilidad, permanencia y espacio público como instituciones prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, sólo la utilización de los servicios no garantiza en modo alguno una participación efectiva y comprometida, pues dejan de lado el potencial que tienen como organizaciones populares de influir en forma consciente y activa sobre la propia dinámica del sistema de salud, cuya lógica de funcionamiento sigue determinada por un modelo con visión “tecnicista y realizada por expertos” que subordina y menosprecia los aportes del saber popular.

La comunidad hace presencia en el sector salud básicamente como usuario dejando de lado otros mecanismos de participación consagrados en diversos instrumentos legales, que garantizan no sólo el desarrollo de competencias y la disminución de las barreras institucionales, sino fundamentalmente su empoderamiento. Se hace necesario construir un modelo donde el poder del conocimiento sea parte de un poder colectivo y democrático para que la construcción del nuevo sistema de salud sea verdaderamente equitativa.

**3.3. Promoción de la participación comunitaria:** 75% de los informantes reconoció la existencia de algún instrumento legal que respalde la participación comunitaria, y al ser consultados sobre el conocimiento de leyes específicas, el 73,4% mencionó la ley de

*Participación comunitaria en los servicios de salud*

*Navas Perozo, Rita; Rojas de Morales, Thais; Álvarez, Carmen Julia; Fox Delgado, Mariela* \_\_

los Consejos Comunales y el 21,8% indicó la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Si bien es cierta la necesidad de conocer los aspectos fundamentales que están vinculados con la participación comunitaria para permitir que ésta sea efectiva y cumpla sus objetivos, más necesario aún es el hecho de que los ciudadanos, desde sus experiencias de participación en salud, consoliden identidades colectivas que permitan, a juicio de Núñez (2007) estatuirla en toda su amplitud, como derecho (a participar), como medio (para lograr protagonismo), como valor (garantía del desarrollo), como deber del Estado y de la sociedad (generar condiciones para su práctica) y en consecuencia como parte de los fines esenciales del Estado.

Por otra parte, 61,7% de los entrevistados afirmó que los servicios de salud de sus comunidades promueven cursos para capacitarlos en aspectos relativos a la participación comunitaria y el 95,7% consideró que el personal de salud estaba preparado para trabajar organizando a las comunidades para su intervención en las acciones de salud. Esta percepción, por parte de los sujetos encuestados, respecto al personal de salud se constituye en una importante oportunidad para contribuir en la adopción de una deliberada, consciente y auténtica cultura participativa. Al respecto, Wendhausen (2006) señala que, se debe estimular más la participación directa en todos los niveles del sistema de salud y que los profesionales de la salud pueden ser mediadores en la construcción del incremento del poder individual y comunitario, en lo cotidiano de los servicios.

En las comunidades abordadas existe un amplio conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes, constituyéndose esto en un factor que puede potenciar la participación activa. En la actua-

lidad, existen amplios espacios de difusión (comunidades, academia, entes políticos y los organismos gubernamentales) que están difundiendo ampliamente sus alcances y aplicación. A este respecto Martínez y Revilla (2004) sostienen que se requiere la colaboración entre actores gubernamentales, sociales y políticos, entre otros, a fin de llevar a cabo un trabajo mancomunado en un plano de igualdad, así como la participación de la comunidad representada por organizaciones legalmente constituidas, para atender la delicada labor del abordaje de los problemas sociales y económicos de un determinado Municipio, con el propósito de impulsar el mejoramiento de la actividad productiva y establecer una distribución proporcional de los bienes y servicios para el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.

**3.4. Intervención de la comunidad**

**3.4.1. En la planificación:** Al consultar a los sujetos si fueron consideradas las necesidades prioritarias de salud de la comunidad para la elaboración de los programas en los servicios, 86% de los encuestados respondió afirmativamente, sin embargo, sólo el 38,3% manifestó que la comunidad había participado en la planificación de los programas, mientras que 29,7% expresó que los programas “ya venían hechos” y un 19,9% dijo que sólo el comité de salud había participado.

La participación comunitaria en la planificación de los programas de salud se muestra aún incipiente, centrándose en algunos casos exclusivamente en los comités de salud que, aun cuando forman parte de la estructura de los consejos comunales y de los servicios de salud, no han garantizado hasta ahora una participación más amplia del ciudadano común en esta determinante etapa; así mismo, en algunas comunidades continúan desarrollándose programas que vienen elaborados desde

el nivel central, dificultándose así su accionar participativo y protagónico tal como lo establecen las leyes y lo demanda el nuevo modelo de gestión de las políticas públicas de salud, a decir de Friedman citado por Castellanos (2004), la planificación popular debe contribuir a la conformación de una comunidad activa y consciente del sentido de la vida colectiva y del sentido de autonomía comunitaria como una forma de empezar a construir un escenario distinto de vida, más humano e independiente del estado y del capital, así se refuerza paulatinamente su poder colectivo.

**3.4.2. En la ejecución:** 40,6% de los informantes consideró que la participación de la comunidad en la ejecución de los programas de salud es permanente, mientras que el 39,5% expresó que no había participación de la comunidad en esta etapa y el 19,9% refirió que es esporádica, sin embargo, al preguntar sobre el tipo de apoyo que la comunidad ofrece para la ejecución de los programas de salud, 73% opinó que aportaba mano de obra y 23,4% dijo que no aportaba ningún recurso.

Estos resultados pudieran estar expresando cómo los encuestados relacionan la participación comunitaria en la ejecución de los programas de salud sólo con apoyo básico de tipo logístico o mano de obra. Se plantea que en esta importante fase es necesario que la comunidad proponga, diseñe, promueva, se apropie y se comprometa con las acciones que contribuyan a garantizar la continuidad y mejora de los planes y programas de salud definidos desde, con y para las comunidades.

La posibilidad que tienen las comunidades de influir en forma consciente y activa sobre estos dos importantes procesos (planificación y ejecución) debe pasar por considerar la puesta en práctica de un modelo de atención de la salud que supere el enfoque biomédico occidentalizado, el cual obstaculiza el diálogo de saberes, en-

tendido este como un tipo de acción que se caracteriza por el reconocimiento y aceptación de las corresponsabilidades de los sujetos que participan en los señalados procesos.

**3.4.3. En la contraloría social:** 50,8% de los entrevistados expresó que no sabía quienes efectuaban la contraloría social en los servicios de salud de sus comunidades, 17,2% refirió que era el Comité de Salud y 19,2% dijo que de ello se encargaba la Unidad de Contraloría Social del Consejo Comunal.

69,1% reveló desconocer las actividades de contraloría social que se ejercían sobre los servicios de salud, mientras que 42,3% expresó que las actividades contraloras estaban referidas a la vigilancia en el cumplimiento del horario del personal, manejo de los recursos asignados y cumplimiento de los programas de salud.

A pesar de que un 95% de las comunidades seleccionadas tienen constituido un consejo comunal y que cada uno de ellos cuenta con cinco contralores sociales, y además manifestaron estar informadas sobre las leyes y mecanismos que le otorgan el derecho y el deber de participar en la gestión pública, se evidenció falta de comunicación entre las diferentes instancias comprometidas, situación que refleja una aparente desconexión, en el aspecto de la contraloría social, entre los servicios de salud y las organizaciones comunales; y entre éstas y las comunidades que representan. Los resultados muestran un escaso conocimiento de los usuarios sobre los mecanismos colectivos para ejercer la contraloría social, lo que estaría revelando serios obstáculos considerando que se trata de los mecanismos que conducen al seguimiento y control de la toma de decisiones, según la precitada autora “La participación comunitaria en el ejercicio del control resulta fundamental para la construcción del tejido social y el fortalecimiento de la democracia” (Arévalo, 2004: 109-110).

#### 4. A modo de conclusión

La participación comunitaria constituye en los actuales momentos un elemento esencial en la gestión de las políticas públicas de salud bajo el nuevo paradigma de la democracia protagónica y participativa, condición necesaria para garantizar la construcción de ciudadanía. En este estudio se observaron importantes avances en lo concerniente a la conformación de la comunidad en organizaciones que impulsan la participación, así mismo se evidenció un elevado conocimiento de las leyes, normativas y mecanismos de participación formalmente instituidos; ambos elementos constituyen factores que potencian, propician y facilitan enormemente las oportunidades para que las comunidades sean asumidas y reconocidas como interlocutores claves en la gestión y puesta en marcha de las políticas públicas destinadas a la salud, por lo tanto, se requiere profundizar y ampliar los espacios de discusión donde la participación sea entendida y asimilada como un fin en sí misma y donde las comunidades se apropien de lo público como instrumento de poder para reformular las políticas de salud en función del interés colectivo.

Se hace necesario cambiar el paradigma de la participación en los aspectos referidos a planificación y ejecución de los servicios y programas de salud, ya que se continúa involucrando a la comunidad y a sus líderes en las formas tradicionales de intervención de “apoyo logístico”, tales como ayuda en campañas de promoción y prevención de la salud, que dan como resultado una respuesta esporádica con escaso compromiso.

La participación popular en la planificación es vital por cuanto los saberes populares y el conocimiento de lo local constituyen piezas fundamentales para la puesta en marcha de planes y programas de salud, y si lo que

se busca es que las comunidades impulsen su propio desarrollo a través de su participación en el proceso de toma de decisiones en la formulación y gestión de las políticas públicas, deberán entonces reorientarse y reconducirse las estrategias de abordaje comunitario que garanticen ese empoderamiento de las comunidades para lograr como fin ulterior elevar su calidad de vida.

Se requiere abordar con urgencia lo relativo a la contraloría social de los servicios de salud, así como la puesta en ejecución de mecanismos de control y evaluación y sobre todo que la comunidad se involucre de forma activa y comprometida en este proceso que contribuye a elevar la eficacia e impacto de la gestión pública. Finalmente, es necesario realizar otras investigaciones sobre participación comunitaria que permitan develar las representaciones o imaginarios sociales (desde las miradas) de todos los actores involucrados tomando en cuenta su pertenencia étnica, de clase social y de género para aproximarnos a una visión integral y comprender otras dimensiones poco exploradas de esta importante temática.

#### Bibliografía citada

- Añez, Carmen; López, Mirtha y Suárez, Wendolin (2003). “Estado Venezolano y participación ciudadana”. **Revista Espacio Abierto**. Vol. 12 N° 004. Maracaibo, Venezuela. Pp 579-603.
- Arévalo, Decsi Astrid (2004). “Participación comunitaria y control social en el sistema de salud”. **Revista de Salud Pública**, Vol.6, N° 2. Bogotá, Colombia. Pp 107-139.
- Castellano, Ana María (2004). “La Construcción de la planificación popular: diálogo de saberes”. **Revista Espacio Abierto**. Vol 12. N° 1. Maracaibo, Venezuela. Pp 75-96.

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta oficial No. 5.453 extraordinario del 24-03-2000. Caracas, Venezuela.
- Corporación Alcaldía de Maracaibo. Disponible en <http://www.corpomaracaibo.net/>. (Consultado el 12-09-08).
- Cunill, Nuria (1991). **Participación Ciudadana. Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados Latinoamericanos.** CLAD, Caracas. Pp 262.
- Ferrer Mercedes, Cuberos Ricardo y col. (2005). **Estudio para la desafectación parcial o total de la zona protectora de Maracaibo.** Arquiluz C.A. Instituto de investigaciones de la Facultad de Arquitectura y diseño. IFAD-LUZ. Maracaibo. Disponible en: <http://www.arq.luz.ve/proyectos/zp/index.htm>. (Consultado el 12/09/08).
- Figueroa Pedraza, Dixis (2002). "Participación comunitaria y salud". **Revista Salud Pública y Nutrición.** Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Vol. 3 No.2 Pp. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/index.html>. (Consultado el 01/10/08).
- Freire, Paulo (1970). **Pedagogía del oprimido.** Tierra Nueva. Montevideo.
- Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.oei.gov.ve/> (Consultado el 03-10-08).
- Ley de los Consejos Comunales. Gaceta Oficial N° 5.806 (extraordinaria) de fecha 10 de abril de 2006. Caracas, Venezuela.
- Ley Orgánica de Administración Pública. Gaceta Oficial N° 37.305. Octubre de 2001. Caracas, Venezuela.
- Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal. Gaceta Oficial N° 37.347. Diciembre de 2001. Caracas, Venezuela.
- Ley Orgánica del Poder Público Municipal. Gaceta Oficial N 38421. Abril 2006. Caracas, Venezuela.
- Ley de Participación Ciudadana y Poder Popular (aprobada en 1<sup>a</sup> discusión el 22/11/2001, con una 2da discusión el 25/07/06).
- López Valladar Mirtha, Añez Hernández Carmen (2005). "Los Consejos Locales de Planificación Pública en Venezuela: Una Instancia de Participación y Capacitación Ciudadana". **Revista Venezolana de Economía Social.** Vol. 5, N° 10. Venezuela. Pp. 114-141.
- Martínez de Correa Luz María, Revilla Madrid Ingrid (2004). "La representación social de la participación ciudadana y su vinculación con la educación comunitaria y la gestión municipal para el bienestar". **Revista Gaceta Laboral.** Vol.10 N° 3. Maracaibo, Venezuela. Pp 347-372.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social. Disponible en <http://www.mpps.gob.ve/ms/> (Consultado el 03-10-08).
- Misión Barrio Adentro. Disponible en <http://www.barrioadentro.gov.ve> (Consultado el día 03/10/08).
- Núñez Nava, Rosa Virginia (2007). "La participación ciudadana. Cambio paradigmático de la constitución venezolana". **Revista Cuestiones políticas** No.39 Pp. 75-96.
- Instituto Municipal de Capacitación Ciudadana del Municipio Maracaibo (2008).
- Pérez Valecillo, Tomás (2001). "Organización, participación y autogestión en la construcción del hábitat residencial: Mecanismos de superación de la pobreza en asentamientos urbanos precarios. Caso de Estudio municipio Maracaibo del Estado Zulia. Venezuela". **Boletín del Instituto de la Vivienda.** Universidad de Chile. Volumen 16 No. 043. Pp. 63-75.

*Participación comunitaria en los servicios de salud*  
Navas Perozo, Rita; Rojas de Morales, Thais; Álvarez, Carmen Julia; Fox Delgado, Mariela \_\_

- Piña, Vicente; Rodríguez, Isabel (2001). "Condiciones sociales y económicas de las usuarias del Programa de Planificación Familiar". **Revista Espacio Abierto**, Vol.10, no.4. Maracaibo, Venezuela. Pp. 597-630.
- Rodríguez Colmenares Isabel, Rincón Becerra María, Madueño Janet (2006). "Barrio Adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución". **Revista Espacio Abierto**. Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol. 15 No. 3. Maracaibo, Venezuela. Pp. 617-640.
- Romero Pirela, Rafael (2007). **Los Consejos Comunales más allá de la utopía. Análisis sobre su naturaleza jurídica en Venezuela**. Maracaibo, Venezuela. Ediciones del Vicerrectorado Académico. Universidad del Zulia. Pp 158.
- Sanabria Ramos, Giselda (2004). "Participación social en el campo de la salud". **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol. 30 Nº 3. Ciudad de la Habana, Cuba. PP. 19.
- Sapag Jaime C, Kawachi Ichiro. (2007). "Capital social y promoción de la salud en América Latina". **Revista de Saude Pública**. Vol.41, Nº 1. Universidad de Sao Paulo, Brasil. Pp. 139-49.
- Sifontes, Yaritza. (2007). "Elementos para la participación comunitaria en nutrición en Venezuela". **Anales Venezolanos de Nutrición**. Vol. 20 Nº 1. Caracas, Venezuela. Pp. 30-44.
- Vázquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. (2002). "Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina". **Gaceta Sanitaria**. Vol. 16, Nº 01. Barcelona, España. Pp.30-38.
- Wendhausen, Águeda Lenita (2006). "Relaciones de poder y democracia en los consejos comunales en Brasil: Estudio de un caso". **Revista Española de Salud Pública**. Vol 80, Nº 6. Madrid, España. Pp. 697-704.
- World medical association declaration of Helsinki. Ethical **Principles for Medical Research Involving Human Subjects**. WMA General Assembly, Tokio, October 2004. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>. Consultado el 22-09-08.