

*Comisión Nacional de Seguimiento
a la Propuesta de Reforma Integral de Salud*

Propuesta Política de Participación Social en Salud

San Salvador, El Salvador, Centro América

Mayo, 2006

La Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud pone a disposición este documento de política, con el objetivo de contribuir a la consolidación del sistema democrático salvadoreño y garantizar la participación social en los asuntos de la salud pública.

Este documento fue elaborado por los Miembros de la Comisión Especial de Participación Ciudadana de la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS):

Dr. Isaías Cordero. Coordinador.
Dr. Alcides Urbina. Director General de Salud
Dra. Marina Ávalos. Presidenta Ejecutiva. Fundación Maquilishuat (FUMA)
Dra. Marjorie Fortín de García. Subdirectora de Salud. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
Dra. Sara Liset Granadino. Facilitadora Control. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
Sra. Elsa Morales. Representante. Usuarios
Dr. Carlos René Fernández. Representante. Colegio Médico de El Salvador
Lic. Hilda Cecilia Méndez. Coordinadora Maestría Salud .Pública. Universidad de El Salvador (U. E . S.)
Lic. Humberto Rivera Bauz. Director Ejecutivo. Asociación de Desarrollo Humano (ADHU)

Asistencia técnica:

Msc. Jazmine Solís. Consultora
Dr. Gerson Gómez. Secretario Ejecutivo de la CNSPRIS

El documento puede ser consultado en los Centros de Documentación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de las agencias internacionales de cooperación bilateral y multilateral.

Una publicación del Programa de Apoyo a la Modernización del MSPAS.

San Salvador, 2006
Derechos reservados por la ley.

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente.

PRESENTACIÓN

Al comienzo de un nuevo milenio, la convivencia humana descansa sobre las frágiles bases de un sistema social agotado en lo político, económico y cultural.

Sin base ética, sin satisfacer las necesidades económicas y sociales y sin capacidad para emplear las tecnologías y ciencias disponibles de manera racional en beneficio de la población y de la naturaleza, las élites dominantes de la sociedad global se han convertido en el principal obstáculo para la construcción de un mundo mejor.

Frente a los grandes y crecientes desafíos económicos, sociales, políticos y ecológicos, las élites no ofrecen ninguna perspectiva de desarrollo para las mayorías.

Por lo tanto, se requiere del esfuerzo colectivo de mujeres, hombres, intelectuales, trabajadores, campesinos, indígenas, cristianos, ateos y todo ciudadano que quiera participar en la gran tarea de construir una sociedad más justa, democrática y saludable, elevando la salud a la categoría de derecho humano esencial, base del desarrollo integral de la persona.

Sirva para tal fin este esfuerzo que ahora presentamos.

INDICE

- I. PROPÓSITO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUIMIENTO A LA PROPUESTA DE REFORMA INTEGRAL DE SALUD
 - II. BASES CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
 - III. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL SALVADOR
 - IV. ÁREAS CRÍTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL SALVADOR
 - V. DEFINICIÓN Y ENFOQUE DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
 - VI. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
 - VII. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
 - VIII. ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
 - IX. FINANCIAMIENTO
 - X. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
- DENOMINACIÓN Y SIGLAS
- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

I. PROPÓSITO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUIMIENTO A LA PROPUESTA DE REFORMA INTEGRAL DE SALUD

La Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS) fue instituida por Decreto Ejecutivo No. 51, de fecha 24 de junio del año 2003 y nombrada por Acuerdo No. 279 a los 3 días del mes de septiembre del mismo año. La comisión fue creada como un organismo multidisciplinario, intrasectorial e intersectorial, cuyo finalidad es garantizar que el proceso de reforma integral de la salud se desarrolle, de acuerdo al consenso contenido en la Propuesta de Reforma Integral de Salud, así como difundir y abrir los espacios de debate y consulta para tales propósitos.

Para hacer más eficiente el desempeño, la CNSPRIS conformó la Comisión Especial de Participación Ciudadana, cuyo principal punto de referencia de trabajo son los conceptos incorporados en el documento denominado Propuesta de Reforma Integral de Salud (PRIS), formulado por el Consejo Nacional de Reforma del Sector Salud y presentado al Presidente de la República el día 15 de diciembre de 2000.

De acuerdo a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, uno de los retos es institucionalizar la participación social en el sistema de salud salvadoreño, para que esta se convierta en un eje transversal del proceso de reforma, y que tenga como resultado, instancias institucionales y formas organizacionales que faciliten la participación responsable y sostenida de la sociedad, en términos de facilitar el ejercicio de los derechos de la población salvadoreña, la toma de decisiones en torno a la planeación y provisión de los servicios, la evaluación de las fallas y avances de la orientación, organización y adecuación del sistema y sus servicios.

Para diseñar la propuesta de política, la Comisión Especial de Participación Ciudadana, desarrolló un proceso político y social, con abordaje técnico, y diversos mecanismos de coordinación y trabajo, a distintos niveles, con el fin de concertar intereses e ideas, y retomar aportes y sugerencias de actores sociales, y sectores relevantes de la vida nacional.

II. BASES CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La Región de Las Américas está experimentando transformaciones profundas en su democracia, derivado de las expresiones de movimientos políticos, que han generado el establecimiento de espacios sociales para llevar a la práctica el ejercicio de la ciudadanía, construir su propio futuro¹, y tener como resultado cambios en la forma y contenido de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, así como en las acostumbradas relaciones entre las personas, desde el nivel nacional hasta el plano local.

Con el paso de los años y la evolución de la democracia, en la década de los cincuenta, algunos aspectos de las políticas de Estado empezaron a ser cuestionados, por ejemplo, que todas las decisiones relacionadas con el desarrollo económico y social correspondían sólo al Estado, y que para alcanzar una mejor calidad de vida era necesario que el Estado otorgara protección y que los grupos humanos vulnerables se integraran a la sociedad en las que vivían.

Las restricciones económicas y los cambios crecientes de la democracia en la región de las Américas, permitieron a partir de la década de los ochenta, un viraje del contenido de las políticas de Estado, pasando de los enfoques tradicionales (integracionista, asimilacionista y paternal) a nuevos enfoques que promueven el respeto y la garantía de los derechos humanos y las libertades fundamentales², que asume que los individuos pueden hablar por sí mismos, que son poseedores de derechos, tienen la facultad de participar en el proceso de toma de decisiones que los afecte y que las organizaciones públicas deben ser garantes de dichos derechos responsabilizándolos por su compromiso^{3 y 4}.

Estos cambios políticos y sociales, permiten entender hoy en día, los grandes progresos en el reconocimiento de los derechos ciudadanos, el establecimiento de gobiernos más comprometidos con las demandas de amplios sectores de la población y el desarrollo de formas más participativas de descentralización en la toma de decisiones y del ejercicio del poder, llevando la política fuera de las instituciones y a lo interno de los conjuntos sociales.

En el campo específico del sector salud, la participación social ha sido parte del contenido de las recomendaciones y compromisos internacionales que han suscritos los países de Las Américas, entre estos El Salvador, y que a su vez forman parte de los componentes estratégicos de los diversos enfoques integrales en salud que han sido expresados de manera secuencial a partir del decenio de los cincuenta, a través de la Carta de Punta del

¹ De Roux, G. Pedersen, D. Pons y Pracilio H. Participación social y sistemas locales de salud. Washington D.C. 1998. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 35.

² PDDH. Fundamentos del proceso de reforma del sector salud en El Salvador. Mesa permanente sobre el Derecho Humano a la Salud. El Salvador. 2004

³ OIT. Guía para la aplicación del Convenio Internacional 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra. 1996.

⁴ Save The Children. ¿Cómo aplicar un enfoque de derechos del niño en la programación?. 2002.

Este⁵, el Plan Decenal de Salud para el decenio de los sesenta, la estrategia de Atención Primaria en Salud en los setenta⁶, los Sistemas Locales de Salud⁷ y la Promoción de la Salud en los ochenta⁸; de igual manera, la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública y de los sistemas de salud en la región, que persiguen alcanzar mejores niveles de eficiencia, equidad, acceso y calidad de los servicios de salud brindados a la población⁹.

En la comprensión de la participación social en salud, se observan tendencias conceptuales y prácticas extremas en Las Américas, que podrían resumirse en los siguientes:

- Desde la de una simple colaboración de la comunidad en actividades sanitarias puntuales, considerada por unos como un modelo manipulativo, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas;
- Hasta aquella que se integra al proceso de diagnóstico, programación, implantación, evaluación, es decir aquella donde el conjunto social participa en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención en salud¹⁰. Este tipo de participación ha sido valorado como exitoso, positivo y de resultados satisfactorios; a nivel de Las Américas estas experiencias existen a escala limitada, por que muy pocas veces en el sector salud la participación ha sido

⁵ En el seno de la Reunión de Presidentes de Punta del Este, salió la carta del mismo nombre que consideraba un Plan Decenal de Salud para el decenio de 1960, definiéndose a la salud no solo como objeto sino como sujeto del desarrollo, esta declaración releva la salud a un plano mayor de importancia, en relación a su papel generador de bienes y desarrollo social, y plantea conceptos de programación local y participación comunitaria. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C.1999.

⁶ Al finalizar el decenio de los 70's la atención primaria como estrategia de desarrollo fue puesta en un lugar relevante; en la reunión de Alma Ata los países de la Región constataron que los planes decenales no habían solucionado los problemas prioritarios de salud y la insuficiente e injusta distribución de los recursos para la salud. Se comprometen entonces con la meta "salud para todos en el año 2000", reconociendo la atención primaria como la estrategia apropiada para lograrlo. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C.1999.

⁷ En 1988, la resolución XV de la XXXII Reunión del Consejo Directivo de OPS, se refiere a las necesidades del desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud, y se convierte en la táctica operacional de la Atención Primaria en Salud, donde la participación social y la intersectorialidad son considerados entre los 10 aspectos fundamentales para desarrollar los SILOS. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C.1999.

⁸ La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa en 1986 define al reforzamiento de la acción comunitaria como uno de los cinco campos de acción para desarrollar la promoción de la salud. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C.1999

⁹ Oleaga, J.I. y Esteban de Manuel Keenoy. Análisis de los Sistemas Sanitarios. Curso de Diseño de Planes de Gestión Estratégica en Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España. Fotocop. 1993. Pp. 3-4.

¹⁰ A. Kroeger, R. Luna. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. OPS/OMS, GTZ. 1992.

definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.

No obstante lo anterior, existe un amplio consenso en conceptualizar la participación social en salud como un proceso inherente a la salud y al desarrollo, a través de los cuales todos los grupos sociales en todos y en cada uno de los niveles de decisión, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y otros afines, y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones, las cuales se negocian continuamente a medida que van cambiando las condiciones¹¹.

De acuerdo a la noción anterior, la participación social incluye, pero no se limita a la participación comunitaria, la cual esta referida a las acciones individuales y colectivas para promover la salud, prevenir o tratar la enfermedad y participar en los procesos de recuperación y rehabilitación de los enfermos.

Por su parte, participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad, toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre necesidades y prioridades de cualquier problema que afecta a la comunidad, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes, adopción de medidas y evaluación de resultados^{12, 13} sin que ello signifique un abandono de la responsabilidad directa del Estado.

Algunos países de Las Américas, con fines de operacionalizar otros conceptos de participación social, desde la perspectiva del sector salud, han diferenciado un nivel interno de participación y otro externo a las instituciones de salud, a saber:¹⁴

- El nivel externo, se refiere a los procesos sociales que surgen en la relación del sector salud con el conjunto social externo, o sea los usuarios y/o la población.
- A nivel interno, la participación otorga un nuevo estilo de gestión, lo que unido al aporte de las disciplinas de la administración, se identifica como gestión participativa.

La experiencia ha demostrado que para imprimir un decidido impulso a la participación social es necesario también debatir, formular, implementar y evaluar estrategias de participación de los trabajadores de salud, con el fin de fortalecer su identidad con los establecimientos, el desarrollo organizacional y calidad de los servicios, así como su aporte a esta nueva concepción de salud.

¹¹ OPS/HSD. La participación social. HSD/SILOS-3, OPS, Washington, D.C. 1990.

¹² Anderg -Egg E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo; Linares C. 1996.

¹³ Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.

¹⁴ Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. Washington. D.C.1999.

Al profundizar en el análisis de la experiencia del sector salud en la región de Las Américas, se ha encontrado que la participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético (tomar en cuenta a las personas afectadas) o político (de profundización de la democracia), sino que también obedece a una necesidad técnica del sector salud, puesto que ha contribuido efectivamente a:

- 1.** La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud, ya que la atención de salud se organiza considerando diversos aportes y opiniones, en especial la de los usuarios, permitiendo centrar mejor las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población.
- 2.** La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos), que reconocen su cuota de responsabilidad en el proceso de producir la salud, aportando sus recursos disponibles (materiales, humanos y financieros) y potenciando o reforzando entre sí sus diversas acciones en beneficio de la comunidad usuaria.
- 3.** La adecuación de programas y la generación de nuevos servicios que respondan a las necesidades de la población, debido a que se incorpora en los distintos momentos de la planificación y elaboración de programas y servicios de salud, la visión, opinión, expectativas y demandas de los diversos actores sociales, en especial, de los usuarios de los servicios.
- 4.** La promoción de la salud, proceso que requiere del compromiso de la comunidad usuaria de los servicios del sector, como actor fundamental para mejorar su situación de salud.

Las razones políticas, técnicas y éticas mencionadas anteriormente, hace que sea de interés fundamental el promover e institucionalizar la participación social, ya que permite transformar las relaciones de poder entre Estado y Sociedad Civil, y estimular el desarrollo de capacidades de decidir de los conjuntos sociales, particularmente de aquellos históricamente postergados.

En el caso de El Salvador, según plantea el documento Marco Conceptual de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI, 2002) la participación social puede ser de diferentes tipos:

- 1.** Pasiva: cuando los usuarios ejecutan acciones a solicitud del personal de salud, sin intervenir en la toma de decisiones y en la implementación del Sistema.
- 2.** Informativa: cuando se establece interacción entre usuario como informante y el entrevistador, sin embargo, el informante no tiene acceso sobre los usos que los establecimientos puedan darle a la información.
- 3.** Consultiva: Consiste en proporcionar puntos de vista con respecto a un tema trabajado por los establecimientos de salud o agentes externos. El entrevistado ya

sea usuario o no, no tiene incidencia alguna sobre las decisiones que pueda tomar la entidad responsable.

- 4.** Negociada: Cuando el establecimiento de salud o el agente externo ofrece ciertos incentivos (materiales, sociales, capacitaciones) a cambio del trabajo del grupo beneficiado, sin que éstos últimos tengan incidencia directa en las decisiones de políticas, programas y servicios.
- 5.** Interactiva: Cuando los grupos organizados se incluyen en la formulación, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios. Implica procesos de enseñanza-aprendizaje sistemáticos.

Según la Propuesta de Reforma Integral de Salud (PRIS, 2000), la participación social en salud se conceptualiza como la relación estructurada entre la población y las instituciones de salud, espacio de derechos reconocidos y garantizados y de responsabilidades ciudadanas compartidas. La misma deberá consolidarse en instancias institucionales y formas organizacionales que faciliten una cultura¹⁵ de participación responsable, y sostenida de la sociedad en la definición de las necesidades de salud, las decisiones en torno a la planeación y provisión de los servicios y la evaluación de las fallas y avances de la orientación, organización y adecuación del sistema y sus servicios.

Esta participación social debe ser: (i) informada, (ii) activa, (iii) conciente, (iv) voluntaria, (v) responsable e (vi) integral; para que se cumplan estos requisitos, se deben impulsar programas y estrategias de educación y comunicación en salud para preparar a la comunidad e intercambiar información y conocimientos para su participación en el cuidado, promoción y mantenimiento de su salud.

En esta misma línea de pensamiento, la Comisión Especial de Participación Ciudadana de la CNSPRIS en el marco del debate del proceso de construcción de la propuesta de la Política de Participación Social en Salud en El Salvador, consensó el siguiente concepto de participación social: “proceso de interacción, negociación y concertación entre la población y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, responsables y vinculadas con el estado de salud, a fin de garantizar el ejercicio del derecho a la misma”. Sobre la base de estas propuestas, fue necesario trascender los conceptos tradicionales de participación social y de salud, abordando el concepto de salud de una manera mas amplia y multidimensional¹⁶ priorizando el bienestar de la persona y su familia en su entorno bio-psico-social, equilibrando la atención preventiva, detección de riesgos, la atención curativa y la rehabilitación, al trato respetuoso, cálido y humano, a la calidad de

¹⁵ Entiéndase como cultura, el conjunto de rasgos, sociales, psicológicos y espirituales distintivos que caracterizan las formas de actuación de las personas y grupos sociales o comunitarios. Engloba además, sistema de valores, creencias y formas de expresión de las personas. Las cultura le da a hombres y a la mujeres la capacidad de reflexionar sobre sí mismos/as y hace de ellos seres críticos, en búsqueda de nuevos significados de las cosas.

¹⁶ En el contexto de la propuesta de la política, se entiende como dimensiones de la salud, a los ámbitos de medio ambiente, agua y saneamiento, salud mental y desarrollo afectivo, salud sexual, educación, prevención de la violencia, entre otros aspectos,

la atención, capacitación y mejora permanente del ámbito de trabajo del personal de salud y, primordialmente, a la equidad, la solidaridad y acceso a la atención a la salud.

Los aspectos conceptuales expuestos hasta aquí, permiten entender y analizar al sector salud frente al problema de la participación social. Conocer profundamente el proceso de participación social, sus particularidades, determinantes, y los elementos que en él intervienen, permite que se logre definir y proponer una política pública de aplicación nacional, que sirva de guía al quehacer de los trabajadores de la salud y de los actores sociales para orientar estos procesos a la producción social y el impulso de la salud.

III. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL SALVADOR

El Salvador desde la época de la conquista hasta finales de la década de los ochenta se caracterizó por tener esquemas de gobierno centralistas y autoritarios, con fuerte intervención estatal en las actividades económicas y sociales, que limitaron la distribución justa de la riqueza nacional y la democracia representativa y participativa; justamente estas acciones políticas desarticulaban las relaciones entre gobierno y la mayoría de los actores sociales, que instauró consecuentemente una cultura de participación marcada por el enfrentamiento, teniendo como resultado movimientos y resistencias sociales acumulativas de una manera sistemática¹⁷, hasta llevar al país en la década de los ochenta a un conflicto armado que se prolongó por doce años, y que profundizó aún más y de manera negativa las condiciones de vida de la mayoría de los salvadoreños, específicamente de los grupos poblacionales del área rural y los segmentos poblacionales indígenas, obrero y campesino, quienes tienen pocas oportunidades de desarrollo económico y social¹⁸.

Estas son las razones políticas y sociales de que no se cuente con marcos referenciales amplios que den cuenta a plenitud de la participación social en salud en el ámbito nacional.^{19, 20, 21}

Hoy en día, todavía los procesos de participación social sufren sistemáticamente el embate de obstáculos y resistencias en su desarrollo, pero los esfuerzos en el campo de la democratización están creando un marco objetivo de condiciones para concretar el ejercicio de los derechos ciudadanos en sus diferentes dimensiones: igualdad, expresión, religión, propiedad, sufragio universal y de acceso a bienes y servicios básicos (salud, educación, empleo, seguridad social, vivienda y otros que debe garantizar el Estado al conjunto de la sociedad salvadoreña).

En el sector salud, existe evidencia de que en el decenio de los sesenta - a partir de la creación de la División de Saneamiento Rural (1962), del Programa de Supervisión de Servicios de Agua Potable (1964), y de los Programas de Atención a Embarazadas y Niños (1965) - se empezó a aplicar el concepto de Desarrollo Comunitario o Promoción

¹⁷ Ejemplo de ello, es el levantamiento de los indios de Nonualcos en 1830, con 4 mil muertos, y el levantamiento de los pueblos de Izalco en 1932 (Tacuba, Juayúa Ataco, Sonsonate, Santa Ana, Ahuachapán, Izalco, Cuishnahuat, Santo Domingo, Nahuizalco y otras), se estima que el número de muertos durante este levantamiento fue de 45,000 personas. Pueblos Indígenas, Salud y Calidad de Vida en El Salvador. OPS/OMS. Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño. 1989.

¹⁸ FUNDE/FUSAI. Compilación de materiales sobre desarrollo local en El Salvador. Política de desarrollo socio económico local y estrategia operativa. Septiembre de 1994. 79 p. GOES.

¹⁹ Decreto Ejecutivo No. 167. Creación de la Dirección General de Sanidad. San Salvador 9 de agosto de 1920.

²⁰ El 22 de octubre de 1946 por decreto legislativo No. 134, se crea el Ministerio de Asistencia Social, el cual se convierte por decreto legislativo No. 521, publicado en el diario oficial No. 57 del 10 de marzo de 1950 en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, manteniendo ese nombre hasta la fecha.

²¹ Política organizativa del Sistema de Salud en El Salvador desde la perspectiva de la Participación social. Dra. Martha Jeannine Calderón y Dra. Ana Estela Parada. Revista de la Salud Salvadoreña. Facultad de Medicina. U. E. S.

Rural²², cuya finalidad fue organizar y movilizar a las comunidades para ir en busca de objetivos determinados, entre estos la introducción y aceptación de nuevas tecnologías para mejorar la salud y calidad de vida de la población.

Dado al contexto sociopolítico de esa década, las restricciones económicas en el área social, en especial al sector salud y a la poca comprensión de lo que debería incluir la participación social, en el sector se percibió a esta como la organización de la comunidad, para suministrar trabajo o servicios voluntarios en apoyo a la ejecución de proyectos de salud, determinados a nivel institucional o gubernamental.

Sin embargo, para finales de la década de los 60, era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados, debido al enorme incremento de la pobreza y de la exclusión social en las zonas rurales y urbanas. De esta manera en la década de los años setenta se introducen nuevas estrategias para la organización comunitaria y el desarrollo completo e integral de las comunidades.

En esa época no existía la garantía democrática del ejercicio de los derechos y deberes individuales y sociales de los salvadoreños. La Iglesia Católica en El Salvador, prioriza esfuerzos por unificar criterios, señalar metas y capacitar agentes comunitarios para apoyar el surgimiento y desarrollo de las Comunidades Eclesiales de Base (CEB's), con el objetivo de establecer y desarrollar una comunidad organizada alrededor de la Palabra de Dios, cuya acción fuera en dos direcciones: la lucha por la sobrevivencia y la lucha por la justicia (convocatoria, concientización y exigencia de derechos ciudadanos).²³

Producto de lo anterior, se desarrolló durante la década de los ochenta un conflicto armado que obligo la conformación de estructuras organizativas y sistemas populares de servicios básicos en algunos departamentos del país, específicamente en las áreas rurales, para hacer frente a los derechos vulnerados en el campo económico y social; estos espacios de participación fueron formalizados, y hoy en día forman parte del andamiaje estructural de diversas iniciativas de desarrollo económico y social local a nivel nacional.

En esta misma década el Ministerio de Salud, específicamente en 1972 establece el Programa de Ayudantes Rurales de Salud (ARS)²⁴, que se caracterizaba por promover

²² El enfoque de Desarrollo de las Comunidades o de Promoción Rural, basaba su filosofía en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas por profesionales de la salud y del desarrollo. También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió a los Ministerio de la Salud y/o las Organizaciones de Desarrollo Social organizar la comunidad.

²³ 3ª Carta Pastoral, Monseñor Oscar Romero que ejerció su ministerio en los períodos 1977-1980. Las Comunidades Eclesiales de Base en El Salvador. ADITAL. Octubre de 2003.

²⁴ Política organizativa del Sistema de Salud en El Salvador desde la perspectiva de la Participación social. Dra. Martha Jeannine Calderón y Dra. Ana Estela Parada. Revista de la Salud Salvadoreña. Facultad de Medicina. U. E. S.

personas con liderazgo (elegidos y aceptados por la comunidad) para ayudar en aspectos concernientes a la salud y en la organización comunitaria.

En el transcurso de la década de los setenta y ochenta, se hicieron esfuerzos en el campo de la participación social en salud, en respuesta a la ratificación de los siguientes compromisos internacionales:

- Asamblea Mundial de la Salud (1977), donde en el marco de un debate internacional en relación a los problemas de la salud mundial, la asamblea decidió que la principal meta de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud fuese la Salud Para Todos en el año 2000 (SPT/2000), para que todos los ciudadanos del mundo, alcanzaran un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.
- Conferencia Internacional de Alma Ata (1978), donde se establece que para llevar a cabo la política de SPT/2000, era necesario una estrategia específica distintas a las utilizadas y se denominó a esta como la Atención Primaria en Salud (APS)²⁵, donde dos de sus nueve principales componentes estratégicos estaban relacionados al desarrollo intersectorial y la organización/participación social.
- Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986) celebrada en Canadá, de la cual emana la Carta de Ottawa, y que trata de una iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública dirigida a la consecución del objetivo SPT/2000. Esta iniciativa define al reforzamiento de la acción comunitaria como uno de los cinco campos de acción propuestos. En este mismo año en El Salvador surgen los proyectos de Ayudantes Comunitarios de Salud (ACS) y los Centros Rurales de Nutrición (CRN), cuya operación se basa en la participación y la organización comunitaria y en el desarrollo del voluntariado²⁶.
- Resolución XV de la XXXII Reunión del Consejo Directivo de OPS (1988)²⁷ que se refiere a las necesidades del desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud, y se convierte en la táctica operacional de la Atención Primaria en Salud, donde la participación social y la intersectorialidad son considerados entre los 10 aspectos fundamentales para desarrollar los SILOS.

²⁵ APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

²⁶ Marco normativo cronológico de promoción de la salud en El Salvador. Informe Nacional de Promoción de la salud. MSPAS. Julio de 2002.

²⁶ Política organizativa del Sistema de Salud en El Salvador desde la perspectiva de la Participación social. Dra. Martha Jeannine Calderón y Dra. Ana Estela Parada. Revista de la Salud Salvadoreña. Facultad de Medicina. U. E . S.

A partir de 1989, en torno a la temática y los espacios de participación social tanto en el sector gubernamental como desde la sociedad civil, se emprendieron acciones, entre las cuales se destacan las siguientes:

- 1.** En 1989, se crea en el Ministerio de Salud el Departamento de Salud Comunitaria, de tal manera que los ARS y los ACS son capacitados y se incorporan a la estructura institucional y operativa denominada Promotores Rurales de Salud (PRS), con el objetivo de extender la cobertura de servicios de atención primaria en salud y fortalecer la participación social en salud.
- 2.** En 1989, se implementa la Estrategia de Programación Local Participativa, con el objetivo de provocar un acercamiento entre trabajadores de la salud y comunidad para caracterizar la demanda a través de una ficha familiar y un mapa de riesgo (en términos demográficos, sociales, económicos y sanitarios) y poder definir conjuntamente la oferta de servicios de salud (en términos de acceso y cobertura), desde la perspectiva de los trabajadores de la salud (participación interna) y la comunidad (participación externa).
- 3.** Después de la firma de los Acuerdos de Paz (1992), el Ministerio de Salud determina la necesidad de hacer una desconcentración de los recursos, a través de una táctica operacional denominada Sistemas Locales de Salud (SILOS), con el objetivo de transformar a estos, en estructuras más sensibles a las necesidades de la población y favorecer a su vez el desarrollo de nuevas formas de acción sanitarias, con una efectiva representación y participación de la comunidad.
- 4.** A partir de 1992, en la etapa de reconstrucción del país, se inicia en el país una mayor presencia en el sector salud, de Organizaciones No Gubernamentales²⁸ (ONG's), con el propósito de mejorar el acceso y la extensión de cobertura en salud en poblaciones vulnerables del área rural, en condiciones de pobreza, con riesgo nutricional y que fueron afectadas por la guerra.
- 5.** En 1996, el Gobierno de El Salvador propuso el Plan de Modernización del Sector Salud, con el objetivo de cumplir con las políticas de salud de adoptar la departamentalización como estrategia administrativa del MSPAS, fortalecer el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y participar en la búsqueda del

²⁸ Los organismos no gubernamentales han jugado un papel preponderante en el desarrollo social y económico del país, ya que han estado presentes antes, durante y después de la guerra en áreas con poblaciones de mayor vulnerabilidad, donde el Estado requiere de su apoyo. Esta presencia no gubernamental, permitió que estas priorizaran dentro sus áreas de gestión, el desarrollo de servicios de atención primaria en salud, para las áreas rurales de El Salvador. Según el Proyecto de Salud Materno Infantil (PROSAMI), en 1994 se contaba con la presencia de 216 ONG's, de las cuales 135 trabajaban en salud y nutrición y de estas 78 tenían en sus cuadros técnicos a promotores de salud para brindar servicios de atención primaria directamente a las comunidades y apoyar la participación social en salud. Evaluación de medio termino. Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI). Proyecto No. 519-0367. Thornton, Body y Brooks. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. San Salvador. Noviembre de 1994.

bienestar social de la familia y comunidades más desprotegidas a través de la coordinación intersectorial y la participación comunitaria²⁹.

- 6.** Desde 1994 hasta 1999 proliferaron múltiples esfuerzos institucionales,³⁰ para hacer iniciativas y propuestas de reforma³¹ del sector salud, los puntos de coincidencia de estos, es que contemplan como contenidos esenciales la evolución hacia modelos de salud democráticos y participativos propios de sociedades pluralistas, que permiten una redefinición de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, que fortalezcan los procesos de descentralización efectiva del poder hacia los ámbitos locales y abrir espacios y mecanismos de consulta y participación directa de los ciudadanos en los asuntos concernientes a su propia salud.
- 7.** En este período, algunas iniciativas y propuestas de reforma de salud se impulsan por parte del Colegio Médico de El Salvador (CMES) producto del conflicto creado entre el mismo con el Gobierno (MSPAS e ISSS) ante la búsqueda de una nueva manera de construir la salud del pueblo acorde con su cultura, marco constitucional y legal, características demográficas y epidemiológicas, socioeconómicas, entre otras (1998-1999). Las propuestas -políticas de salud y reforma del sector- fueron formuladas por el CMES y sus filiales, SIMETRISISS y los médicos organizados del MSPAS y consultadas participativamente de manera amplia con diferentes sectores de la sociedad. Las mismas, servirían de insumo para la formulación de la Propuesta de Reforma Integral de Salud y posteriormente a la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud.
- 8.** El Programa de Gobierno (1999-2004), mantuvo en su propuesta el desarrollo de un plan de modernización y de reforma del sector salud. En este sentido, planteó la necesidad de impulsar la constitución de una Nueva Alianza entre los salvadoreños, orientada a lograr que todas las personas, familias y comunidades se responsabilizaran en la búsqueda de su bienestar y progreso para lograr una estabilidad económica y social.
- 9.** En 1999 se conformó el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS), quien formuló en base a las propuestas de diversos sectores sociales del país, un documento de consenso denominado Propuesta de Reforma Integral de Salud (PRIS), en cuyos lineamientos generales se plantea institucionalizar la

²⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional de Salud 1994-1999, Gobierno de El Salvador, San Salvador, Octubre 1994.

³⁰ 1990: Perfil de Reforma; 1994: ANSAL: La reforma: hacia su equidad y eficiencia; 1994 a 1995: CIS: Guía para la reforma del sector salud en El Salvador; 1998, CONASA: Lineamientos para la reforma del sector salud; 1999, FUSADES: Propuesta de reforma del sector salud; 1999, CND: Propuesta de reforma de salud; 1999, CM y STISS: Propuestas de reforma de salud; y 2000: CRS: Propuesta Reforma Integral en Salud.

³¹ El Salvador: Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado por la Representación de OPS/OMS en El Salvador. Junio 2001.

participación social como eje transversal³² del sistema de salud, que responda al principio de democracia y que por tanto, la participación social deberá concretar una auditoría y una contraloría social que faciliten el cumplimiento de los objetivos de la reforma y consecuentemente un espacio de derechos reconocidos.

- 10.** El MSPAS en el 2000, estableció como uno de sus fines principales, el promover e incentivar mecanismos para la participación de actores de la sociedad, en las diferentes fases del proceso de desarrollo de la salud, fomentando la corresponsabilidad entre Gobierno y Ciudadanía. Como muestra del avance en este trabajo, en septiembre del año 2001, mediante una Resolución Ministerial, se determinó una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional denominada Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI)³³, considerados como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud; en el 2003 se determinó que en estas estructuras, existen algunas experiencias³⁴ que demuestran diferentes niveles de avance en la integración Gobierno y Ciudadanía.

Pese a los esfuerzos nacionales por institucionalizar la temática y los espacios de participación social, el análisis del sector salud (2000) realizado por el Consejo de Reforma en Sector Salud (CRSS), señala que el sistema de salud responde en términos generales, a un modelo centralista, que se distingue por ser excluyente y restrictor del ejercicio democrático en la toma de las decisiones por parte de los trabajadores de salud y de la población, que limita el control de los recursos, que traslada excesivo poder a los funcionarios y que fomentan condiciones para la baja cobertura, limitada calidad y eficiencia del sistema.

De igual manera, la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (2001) demostró, que a pesar de que se cuenta con enunciados y pronunciamientos políticos de participación de los ciudadanos en la salud, en la práctica, existen dificultades operativas en el desarrollo de procesos formales de participación ciudadana en salud, y recomiendan sobre todo, la necesidad de profundizar efectivamente en el desarrollo de una participación más decisiva en la planificación y gestión de los servicios de salud pública.³⁵

Un estudio realizado en el año 2004 sobre percepción de la participación social y contraloría social en la gestión en salud³⁶, concluye que no hay descentralización de la toma de decisiones en los SIBASI; que la participación se caracteriza como pasiva, o sea la población solo es receptora de servicios; que existe un alto porcentaje de organización comunitaria en salud sin vinculación a los SIBASI, y que la ciudadanía no participa en la

³² El Salvador: Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado por la Representación de OPS/OMS en El Salvador. Junio 2001.

³³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Marco Conceptual y Operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), julio 2000. San Salvador.

³⁴ Experiencias Exitosas de Desarrollo Social en los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI). Gilberto Ayala García. San Salvador. Mayo de 2003.

³⁵ Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. MSPAS/OPS/OMS. Mayo 2001. El Salvador.

³⁶ La participación y la contraloría social en la gestión pública de salud. Fundación Maquilishuat. El Salvador. Noviembre 2004.

toma de decisiones en aspectos relacionados a la gestión de los recursos públicos; este resultado es coincidente con otro estudio (2004)³⁷ que refiere, que las instancias denominadas comités de gestión de los SIBASI están conformados exclusivamente por recursos del MSPAS, y que no existe una participación ciudadana en ese seno.

Desde la perspectiva social, todavía se enfrentan obstáculos para ejercer los derechos sociales, aún cuando están reconocidos como tales en la Constitución de la República; a esto se agrega la pérdida de confianza en las instituciones públicas y en las personas, factor que juega un papel importante en contra de la organización y la asociatividad del tejido social y del desarrollo de la participación social.

Esta pérdida de confianza, ha sido atribuida a diversas causas, entre estas: la creciente desigualdad de ingresos con el consiguiente incremento de la pobreza, la falta de oportunidades de empleo y el desempleo, el incremento de los niveles de delincuencia y la inseguridad ciudadana³⁸, y la baja capacidad de adaptación de las instituciones públicas a los cambios y de responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Entonces, la existencia de una profunda insatisfacción de la población por los servicios públicos de salud que recibe y la de los trabajadores por las condiciones laborales y el servicio que ofrece, es el denominador común. Este conflicto no resuelto, lleva implícito el deterioro de los servicios de salud afectando la calidad de vida de la población.

En esta coyuntura, el papel de la población y de los trabajadores de la salud, cobra una mayor relevancia, (dada la naturaleza social del Sistema de Salud y la importancia de la dimensión humana implícita en su quehacer) para la construcción de un diálogo permanente entre Estado/ciudadanía, que busca como resultado la descentralización de la toma de decisiones y el fortalecimiento de la participación social.

³⁷ Investigación de los Sistemas Básicos de Salud Integral. SIBASI en El Salvador. Acción para la Salud en El Salvador. APSAL. Mayo de 2002.

³⁸ Encuesta de Opinión realizada del 3 al 9 de mayo de 2004. Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo S. A. CID Gallup Latinoamérica

IV. ÁREAS CRÍTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL SALVADOR

El proceso de fortalecimiento de la democracia en El Salvador, el trabajo por la promoción de valores de libertad y ciudadanía y la búsqueda del respeto por los derechos de las personas, han permitido que el concepto de participación social haya ganado mayor terreno en el campo político y social.

En el sector salud, la demanda por un proceso global de reforma sectorial, persigue como propósito a largo plazo lograr la conformación de un Sistema Nacional de Salud que permita estimular, crear y mantener una relación estructurada, armónica y eficaz entre la población y las instancias e instituciones que lo conforman, con el fin de llevar a cabo un proceso de interacción, negociación y concertación en relación al estado de salud de la población y el desempeño de los servicios de salud.

Este SS, facilitará la relación Estado/población, para que el primero sea garante de los derechos ciudadanos, y procurar que todas las personas, sin distinción alguna, tengan acceso adecuado y oportuno a servicios de salud con calidad.

Para hacer efectivos estos derechos, el Estado debe ejercer efectivamente las funciones de rectoría (conducción, regulación y vigilancia) y garantizar que se cumplan con equidad, calidad y eficiencia las funciones de gestión de los recursos, el financiamiento de los servicios de salud, el aseguramiento en salud de los salvadoreños y la provisión de los servicios de salud. Mientras tanto la población organizada, desde los niveles locales y en las instancias subsecuentes, deberá contribuir a la transformación del sistema y a la producción social de la salud.

Entonces, para que exista un ejercicio democrático del poder en el SS, se requiere del desarrollo de mecanismos de participación y control social sobre las diferentes funciones de este sistema, considerando los diferentes ámbitos y niveles del mismo (territorial, atención en salud y administrativo), para velar que éstas se desarrollen con equidad, eficiencia, eficacia y respondan efectivamente a las necesidades de salud de la población.

Ver cuadro 1

Cuadro 1
Participación social en las funciones del sistema de salud

MACRO FUNCIONES DEL SISTEMA	Rectoría Gestión recursos Financiamiento Provisión.
NIVELES TERRITORIALES	Nacional Subnacional Local
NIVELES DE ATENCIÓN	Centros de Referencia Nacional (3er nivel) Hospitales de SIBASI* (2do. Nivel) Unidades de salud (1er. Nivel) Casas de la Salud y CRSN** (1er. Nivel) Organismos privados con o sin fines de lucro (2do. y 1er. nivel)
NIVELES ADMINISTRATIVOS	Planificación Organización Dirección Control

*SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

**CRSN: Centro Rural de Salud y Nutrición.

Fuente: Aportes del debate en la Comisión Especial de Participación Ciudadana.
Noviembre de 2004.

De esta manera se garantizará que el propósito de la participación social sea elevar la calidad de vida, ejercer los derechos y deberes individuales y colectivos, fortalecer a la población y crear nuevas relaciones entre ésta y el Estado, que le permitan involucrarse en la identificación de los problemas de salud, ser corresponsable de la formulación y aplicación de soluciones efectivas y por último, ser garante del seguimiento y evaluación de las acciones del SS y del mismo proceso de participación social.

La proposición de fomentar y garantizar la participación social y los espacios para una democracia participativa, se convierte en un reto para el país y para el sector salud; en ese sentido, es necesario definir normas de acceso a éstos espacios, identificar y dar prioridad al nuevo rol de los trabajadores de la salud en la gestión y administración de los servicios de la salud y en la contraloría social de los mismos.

De igual manera, crear y fortalecer instancias formadas por personas interesadas, que interactúan relevantemente con las estructuras organizativas de la atención de salud, es un reto aún mayor para la sociedad civil organizada.

Entonces, el desafío es buscar caminos para restablecer las confianzas entre sector salud/ciudadanía, controlar los factores restrictivos de la democracia participativa, y

ampliar e institucionalizar la participación social. A continuación se plantean algunas áreas críticas prioritarias para que sean abordados en respuestas a este gran desafío:

- **Organización de la participación social.** No existen las condiciones organizativas y administrativas en el sector salud para generar una democracia participativa que promueva el equilibrio entre el sector salud y la población organizada permitiéndole a esta última participar en el proceso de toma de decisiones, en aspectos relacionados a la administración y gestión del sistema de salud e intervenciones de salud pública.
- **Alcances y contenido de la participación social.** En el sector salud existen limitados mecanismos institucionalizados que faciliten la incorporación de los ciudadanos a los procesos de comprensión de la situación de salud, la definición de los problemas y el establecimiento de las prioridades, que permitan el diseño, implementación y control de políticas, programas, proyectos y servicios públicos de salud.
- **Sistemas de rendición de cuentas.** No existen sistemas que detecten las necesidades y deseos de los trabajadores de la salud y ciudadanía, con respecto a la organización y funcionamiento de los sistemas y servicios de salud, y que a su vez, satisfagan las aspiraciones de control social y de democratización de la gestión pública para el manejo transparente, eficiente y eficaz de los recursos públicos.
- **Acceso a información.** Limitados espacios de difusión y poca disponibilidad de información -transparente y abierta a cuestionamientos- con relación al uso y manejo eficiente de los recursos públicos, cumplimiento de las políticas públicas de salud y su impacto en los diferentes sectores de la población; este problema condiciona en la sociedad una cultura deficitaria para hacer valer los derechos ciudadanos.
- **Estudios e investigaciones.** Deficientes mecanismos y procesos de investigación para la caracterización de la participación social en los diversos procesos de desarrollo del SS (modernización y reforma), definición de metodologías e instrumentos para facilitar la investigación de procesos sociales, de la acción participativa, y para conocer y fomentar las experiencias y lecciones aprendidas en el sector salud.
- **Desarrollo de recursos humanos.** Poco o nulos procesos de formación y capacitación en el SS, así como en la ciudadanía, para que la participación social sea una posibilidad real en El Salvador en el marco de la democracia y la gobernabilidad.

V. DEFINICIÓN Y ENFOQUE DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La política de participación social en salud, es definida como el instrumento base para establecer formas de relación y espacios de convergencia social para la incidencia en la toma de decisiones en salud, que propicien el desarrollo integral de toda la población, sin exclusión alguna.

El propósito fundamental de esta Política es garantizar el cumplimiento del ejercicio pleno del derecho a la salud de la población y el desarrollo de sus habilidades y destrezas, mediante el fortalecimiento de condiciones y mecanismos que contribuyan a superar los obstáculos para el desarrollo de su salud y bienestar.

La política busca propiciar una interacción entre la población, trabajadores de la salud³⁹ e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, vinculadas con el estado de salud integral. Esta interacción, deberá potenciar y articular los recursos, contribuir a la integralidad de las acciones y evitar la duplicidad.

Desde esta perspectiva, se propone el establecimiento de una política de actores y no de un sector aislado, centrada en el desarrollo y participación de hombres y mujeres, en función de la incorporación de todos en un proceso integral, incluyendo entre otros, la administración y la gestión pública del Sistema Nacional de Salud.

La política propiciará una participación social informada, consultiva, resolutive, ejecutiva y de contraloría en todos los niveles territoriales e institucionales, para garantizar el derecho a la salud.

La participación social en salud como política de empoderamiento y oportunidades, es una responsabilidad compartida por la sociedad en su conjunto, centrada en el ejercicio del derecho y las capacidades de las personas como sujetos activos. El rol del Estado, por lo tanto, es garantizar, facilitar y coordinar las acciones requeridas para el cumplimiento de los derechos humanos de las personas, a fin de generar capacidades y desarrollar procesos sostenibles de superación de las vulnerabilidades y riesgos en materia de salud.

Se propiciará una política de Estado que trascienda los intereses y clientelismos políticos partidarios, fundamentada en los siguientes enfoques:

Derechos Humanos:

- Bajo este enfoque se reconoce que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, por tanto relacionados entre sí. Al aplicar este enfoque, la política, incorpora el derecho a la salud como un derecho humano

³⁹ Entendiendo como trabajadores de salud a la fuerza de trabajo del Sistema Nacional de Salud, y comprende tanto a personal profesional, como personal técnico y operativo.

reconocido cuya satisfacción se encamina hacia el logro de su bienestar y un nivel de vida digno.

- Así mismo, orienta hacia la construcción de una sociedad integrada, equitativa, solidaria y justa, reconociendo a las personas como sujetos/as de derechos, sin distingo de condición socioeconómica, étnica, de religión, sexo, opción sexual, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, nacimiento, edad o cualquier otra condición social; permite una concepción de integralidad, no discriminación, equidad e igualdad social, y favorece a la totalidad de las personas.

Equidad:

- Este enfoque reconoce como elemento central, el derecho de todas las personas a las libertades fundamentales, sin discriminación alguna.
- La Política de Participación Social en Salud impulsa la equidad y la no discriminación por género, etnia, discapacidad, condición socioeconómica, procedencia geográfica, condición territorial, nacionalidad, preferencia sexual, edad, privación de libertad o cualquier otra condición social.
- Haciendo alusión particular a la equidad de género, la política establece que hombres y mujeres tendrán trato justo y equitativo, lo cual significa reconocer y valorar de manera equilibrada el potencial de mujeres y hombres, así como, las diferentes realidades, intereses y necesidades de salud, para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente.

VI. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Los principios básicos que sustentan la política de participación social, y que deberán ser consideradas en el diseño y puesta en práctica de las acciones específicas, son los siguientes:

1. Institucionalidad

La política pretende establecer y desarrollar en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud relaciones, espacios e instancias de reciprocidad en y entre pobladores y servicios de salud, para la toma de decisiones en asuntos relacionados a la gestión y administración del sector salud.

2. Universalidad

Contempla la totalidad de la población sin distinción alguna y se orienta al cumplimiento de los derechos a la vida y la salud, entre otros.

3. Pluralidad

Incluye estructurar de manera incluyente y respetar la diversidad de valores, opiniones, formas y práctica de asociatividad del tejido social para desarrollar los procesos de participación social.

4. Transparencia

Hace referencia al establecimiento de mecanismos de acceso a la información, criterios de inversión en salud, rendición de cuentas, auditoría y contraloría social e interacción entre funcionarios y/o trabajadores de la salud con la población, en torno al manejo administrativo y gerencial de los recursos públicos, cumplimiento de políticas públicas y programas e impacto en la población.

5. Corresponsabilidad

La política favorece la concurrencia de esfuerzos de los actores sociales concertados y articulados entre sí, en un marco de colaboración protagónica, factibles de realizarse para enfrentar situaciones concretas relacionadas con la conservación y recuperación de la salud de las personas con el fin de lograr un mayor impacto en la calidad de vida.

En este contexto, al Estado le compete definir marcos institucionales que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas en el ámbito de la salud y responsabilizarse de su accionar. Esto a través del establecimiento gradual y sostenido de mecanismos que faciliten la participación de la sociedad en la definición de las prioridades de salud, las decisiones en torno a la planeación y provisión de los servicios, rendición de cuentas y la evaluación de las fallas y avances de la orientación, organización y adecuación del Sistema y sus servicios.

A las personas, familias y comunidades les compete, intervenir en la deliberación para la toma de decisiones y compromisos derivados de éstas para la promoción y mantenimiento de la salud.

Para que los principios antes mencionados puedan ser expresados en las acciones de esta política, se requiere fomentar la tolerancia, la solidaridad y el respeto a la diversidad y pluralidad entre los diferentes actores, fortaleciendo con ello, la gobernabilidad en tanto condición fundamental para la sostenibilidad de la participación social en salud en el país.

VII. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Las variadas formas y expresiones de participación, alcanzados por los grupos sociales en función del ejercicio de sus derechos ciudadanos con respecto a la salud, se han constituido en la plataforma básica para institucionalizar a nivel nacional una política de participación social en salud con los siguientes objetivos:

1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar la institucionalización de la democracia participativa en el Sistema Nacional de Salud como un derecho sujeto de ejercicio y reconocimiento.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 2.1 Desarrollar mecanismos y formas de organización de la población, facilitando su incorporación a los procesos de promoción, definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud.
- 2.2 Garantizar un proceso permanente de revisión y adecuación de de los marcos y estructuras institucionales del sector salud para facilitar la incorporación de la población y los trabajadores de salud, sin distinción alguna, a los procesos de diagnóstico, definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud.
- 2.3 Fortalecer una cultura de participación social en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud.
- 2.4 Desarrollar instrumentos que permitan democratizar la gestión pública y el control social del manejo transparente, eficiente y eficaz de los recursos públicos.

VIII. ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

En atención al principio sistémico que se propone para la participación social en salud, a continuación se proponen las estrategias de la política aplicable a las partes fundamentales del sistema político y social relacionado con la salud de los salvadoreños.

Para dar cumplimiento a los objetivos de la política de participación social se proponen las siguientes estrategias:

1. Fortalecer la organización y la participación plural de la población, a través de la creación de espacios democráticos de deliberación, negociación y concertación para fomentar el compromiso y la corresponsabilidad a diferentes niveles territoriales y ámbitos del Sistema Nacional de Salud.

- 1.1 Abrir espacios de encuentro y de interlocución eficiente entre la población y el sector salud, para fortalecer los esquemas de corresponsabilidad en las tareas de definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud.
- 1.2 Fomentar el respeto de las diferentes formas de organización y expresión social concerniente al ejercicio de derechos y toma de decisiones en la gestión de políticas públicas de salud.
- 1.3 Fomentar en la población la organización y participación social en el ámbito nacional, subnacional y local para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños.
- 1.4 Crear una instancia con respaldo legal y representatividad territorial, que facilite la coordinación entre los usuarios del Sistema Nacional de Salud y los entes responsables y vinculados con la salud.
- 1.5 Garantizar la defensa de los derechos de salud y de participación social, prioritariamente de los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad económica, social y sanitaria.
- 1.6 Institucionalizar mecanismos de coordinación efectivos entre la instancia que facilite la coordinación entre los usuarios del Sistema Nacional de Salud, la PDDH y la Dirección de Protección del Consumidor para canalizar demandas relacionadas con la salud de los salvadoreños.

2. Institucionalizar la participación de la población y de los trabajadores de la salud en la gestión y administración en salud a nivel nacional, subnacional y/ local.

- 2.1 Desarrollar mecanismos para difundir, capacitar, aplicar, vigilar y revisar los progresos y los resultados de la aplicación la política de participación social

en salud; así mismo, para adecuar su contenido según el contexto y el nivel de consolidación del Sistema Nacional de Salud.

- 2.2 Definir el contenido y las formas operativas de participación social interna y externa, que debe realizar el SS para desarrollar programas de vinculación y extensión de las relaciones entre el sector salud y la ciudadanía.
 - 2.3 Adecuar el marco legal y normativo para el SS, que impulse obligatoriamente y regule funciones, atribuciones y competencias, derechos y deberes (servicios de salud y ciudadanos) e instrumentos para hacer efectiva la participación y la contraloría social.
 - 2.4 Desarrollar en el SS procesos descentralizados y participativos de administración (planificación, organización, dirección y control) y de gestión pública de los recursos.
 - 2.5 Diseñar y desarrollar metodologías de planificación participativa para la elaboración de políticas, planes, programas, proyectos de salud.
 - 2.6 Promover la participación de la población en la identificación, priorización y la solución de los problemas sanitarios de su entorno.
 - 2.7 Establecer una relación permanente entre el SS y los gremios, sociedades, asociaciones científicas y profesionales que trabajan en el ámbito de la salud para que participen en la toma de decisiones de los procesos de modernización institucional y reforma.
 - 2.8 Establecer con carácter de obligatoriedad, acciones sociales que propicien una mayor participación e interacción entre el SS y la población, a través de asambleas, consultas ciudadanas, audiencias y difusión pública, entre otras.
- 3. Ampliar las oportunidades de conocimientos, capacidades y habilidades de la población en materia de salud, para el desarrollo de la cultura de participación social.**
- 3.1 Diseño de planes de comunicación social e institucional entre los diferentes actores sociales, profesionales y agentes del Sistema de Salud.
 - 3.2 Elaboración e implantación de mecanismos de información que faciliten tanto el conocimiento de los problemas y necesidades sociosanitarias del país, como las alternativas de solución por parte de la población.
 - 3.3 Implantación de programas de capacitación y formación a la población para el ejercicio de su derecho a la salud, a la participación y contraloría social.

- 3.4 Divulgación de la política de participación social en salud a nivel nacional.
 - 3.5 Divulgación permanente de los avances y resultados en la implantación de la Política de Participación Social en Salud a la población y a las instancias vinculadas.
- 4. Crear mecanismos e instrumentos que permitan la participación y la contraloría social en la administración y gestión de las instituciones del sistema.**
- 4.1 Elaborar normas y procedimientos expeditos de comunicación de la población con los diferentes niveles decisorios del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de la contraloría social.
 - 4.2 Desarrollar mecanismos que hagan efectivo el derecho de la población a tener acceso a la información sobre el desempeño público del Sistema Nacional de Salud (función rectora, gestora, financiadora y proveedora).
 - 4.3 Establecer procedimientos que garanticen que las instituciones del SS brinden información sobre su desempeño.
 - 4.4 Fomentar la cultura de evaluación y de contraloría social de la salud, considerando las necesidades, intereses y contextos de cada nivel del sistema nacional de salud.
 - 4.5 Diseñar e implantar participativamente metodologías e instrumentos, para que el SS y la población interactúen en la gestión de la salud.
 - 4.6 Desarrollar procesos nacionales, subnacionales y locales de intercambio de experiencias y lecciones aprendidas de aspectos relacionados con participación y contraloría social en salud.

IX. FINANCIAMIENTO

Para lograr la implantación exitosa de la política se requiere que el Estado financie las medidas a realizar por las entidades de la administración pública mediante presupuesto anual.

Para este propósito es necesario que cada organismo público del Sistema, planifique las acciones a realizar a nivel nacional, que reseñe de forma pormenorizada su financiamiento, así como la distribución del gasto de cada una de las actividades y el coste estimado para conseguir cada uno de los objetivos, según ejercicio presupuestario.

XI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para lograr los objetivos trazados en la política de participación social en salud, se hace necesario realizar un seguimiento y evaluación sistemática, que aporte al cumplimiento de las acciones planteadas tanto en lo cualitativo como cuantitativo, y en la formulación de nuevas propuestas surgidas en el proceso participativo.

Para que las acciones de seguimiento y evaluación puedan ser realizadas en la oportunidad y con la precisión requerida, es necesario el desarrollo de mecanismos de control de la dirección del proceso evaluativo, para poder asegurar que se camine en el sentido deseado y determinar el éxito de la política al permitir que se adecúe a las circunstancias cambiantes de la realidad social, en la que está inserto el sector salud.

En este proceso resulta crucial la participación la población y los trabajadores de salud, es una responsabilidad compartida, y en consecuencia, el desarrollo del sistema de seguimiento y evaluación es una tarea conjunta; esto permitirá que se determine de una manera participativa en qué medida se han alcanzado los objetivos de política fijados y de qué manera puede corregirse el rumbo en términos de los siguientes factores significativos:

- El medio institucional y organizacional donde se desarrolla la política, es decir las oportunidades y restricciones que surgen de esa institucionalidad para alcanzar los objetivos planteados.
- Los procesos de carácter socio burocrático y técnico que tienen lugar en el transcurso de la implementación y desarrollo de la política.
- El ambiente social y físico, donde operan los trabajadores y los grupos sociales.
- Los principales actores sociales involucrados en el desarrollo de la política, así como sus intereses, valores, comportamientos y estrategias; en esta se incluyen como actores centrales a la población y los trabajadores de la salud.

Para el apoyo de estos procesos se deberá conformar una estructura que, desde una perspectiva externa al sector salud, diseñará el instrumento de medición para el seguimiento y aplicación de la política de participación social, con asistencia técnica de agencias de cooperación internacional. De igual manera, evaluará la aplicación de la transversalidad de la política de participación social en el Sistema Nacional de Salud y generará un informe anual de evaluación cuyo contenido sea el siguiente: (i) contexto nacional y local vinculados a la democracia, derecho humano y la participación social en salud; (ii) progreso de la ejecución de los objetivos de la política de participación social en salud; (iii) factores significativos facilitadores y restrictivos de la ejecución de la política; y (iv) conclusiones y recomendaciones.

Los elementos centrales de análisis serán la política de participación social en salud, los planes estratégicos y los informes de operación de la política del SNS.

A partir de los aspectos antes mencionados, se aplicarán los procedimientos para la captura, recolección, tabulación y procesamiento de la información cualitativa y cuantitativa, con el objetivo de revisar el grado de cumplimiento de la política antes mencionada.

DENOMINACIÓN Y SIGLAS

ACS	Ayudante Comunitario de Salud
APS	Atención Primaria en Salud
APS	Atención Primaria en Salud: asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
ARS	Ayudante Rural de Salud
CEB's	Comunidades Eclesiales de Base
CRSS	Consejo de Reforma del Sector Salud
CNSPRIS	Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud
Conjunto Social	Se refiere a grupos (incluidos los de la comunidad), organizaciones, instituciones, sectores y todos los actores sociales de todos los niveles en un área geográfica determinada.
Consulta	Proceso mediante el cual los gobiernos nacionales y locales, y otras instancias no gubernamentales, consultan a los ciudadanos sobre propuestas de política o de otra índole. Solo podrá considerarse tal, el proceso que dé a los que son consultados la oportunidad de manifestar sus puntos de vista e influenciar la toma de decisión.
Movimiento Social	Acción colectiva que en su discurso o comportamiento busca incidir en el mantenimiento de un orden o la generación de transformaciones y cambios en un ámbito específico de la vida social o el sistema total.
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRIS	Propuesta de Reforma Integral de Salud
PRS	Promotores Rurales de salud
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPT/2000	Salud Para Todos en el Año 2000

BIBLIOGRAFÍA

1. ADITAL. 3ª Carta Pastoral, Monseñor Oscar Romero que ejerció su ministerio en los períodos 1977-1980. Las Comunidades Eclesiales de Base en El Salvador. Octubre de 2003.
2. Anderg-Egg E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo; Linares C. 1996.
3. Anderg-Egg E. 1992. Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social. México DF: Editorial El Ateneo.
4. APSAL. Investigación de los Sistemas Básicos de Salud Integral. SIBASI en El Salvador. Acción para la Salud en El Salvador. APSAL. Mayo de 2002.
5. Barrenechea C, M. Bonino, A. Celiberti, E. Ciganda, E. Echenique y L. Echenique. 1993. Acción y participación comunitaria en salud. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad.
6. Calderón M. y Parada A. Política organizativa del Sistema de Salud en El Salvador desde la perspectiva de la Participación social. Revista de la Salud Salvadoreña. Facultad de Medicina. U. E.S. El Salvador.
7. Celedón C. y Orellana R. Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile. Santiago de Chile. Enero 2003.
8. Celedón C. y Noé M. (1998), "Participación y Gestión en Salud" en Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. XII Concurso de ensayos del CLAD. Ensayos Premiados.
9. Celedón C. y Noé M. Reformas en el sector salud y participación social. 2000. Artículo en Revista OPS, Número Especial sobre Reformas.
10. CID/GALLUP. Encuesta de Opinión realizada del 3 al 9 de mayo de 2004. Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo S. A. CID Gallup Latinoamérica.
11. Consejo de Reforma del Sector Salud. Apuntes de mesas de trabajo sobre participación social. Febrero de 2000. El Salvador.
12. Consejo de Reforma de Sector Salud. Propuesta de Reforma Integral de Salud. Diciembre de 2000. El Salvador.
13. Cunnil G., Nuria (2000). Responsabilización por el control social, CLAD/BID. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
14. De Miguel J. Participación de la población. En: De Miguel J. La salud pública del futuro. Barcelona: Ariel, 1985: 194-265.
15. De Roux G y col. Participación social y sistemas locales de salud. En: Paganini J. M. Capote R. Los sistemas locales de salud. Washington: OPS. 1990; 519:28-49.
16. De Roux, G. Pedersen, D. Pons y Pracilio H. Participación social y sistemas locales de salud. Washington D.C. 1998. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 35.
17. Decreto Ejecutivo No. 167. Creación de la Dirección General de Sanidad. San Salvador, 9 de agosto de 1920.
18. Fernández, A. 1997. Movimientos comunitarios, participación y medio ambiente. Revista Temas (9): 53-9.
19. Figueroa D. Participación comunitaria y salud. Departamento de Nutrición. Universidad Federal de Pernambuco (Brasil). Volumen 3 No.2 Abril-Junio 2002.

20. Finot Iván (1999). Elementos para una Reorientación de las Políticas de Descentralización y Participación en América Latina”, Revista CLAD Reforma y Democracia.
21. FLACSO. Participación Ciudadana en Evaluación de Políticas Públicas. 1997.
22. FUMA. La participación y la contraloría social en la gestión pública de salud. Fundación Maquilishuat. El Salvador. Noviembre 2004.
23. FUNDE/FUSAI. Compilación de materiales sobre desarrollo local en El Salvador. Política de desarrollo socio económico local y estrategia operativa. Septiembre de 1994. 79 p. GOES.
24. Herrera A. La comunidad y su estudio: Personalidad- Educación- Salud. La Habana: Editorial pueblo y educación. 1995.
25. Kroeger, R. Luna. Atención Primaria de Salud, principios y métodos. OPS/OMS, GTZ. 1992.
26. Linares C. 1996. Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.
27. Marinello J. Participación: ¿Solución o problema? La Habana: Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Cultura Cubana;
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Marco Conceptual y Operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), julio 2000. San Salvador.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan Nacional de Salud 1994-1999, Gobierno de El Salvador, San Salvador, Octubre 1994.
30. Ministerio de la Familia. Política Nacional de Protección Social. Gobierno de Nicaragua. Managua. 2003.
31. MSPAS. Experiencias Exitosas de Desarrollo Social en los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI). Gilberto Ayala García. San Salvador. Mayo de 2003.
32. MSPAS. Marco normativo cronológico de promoción de la salud en El Salvador. Informe Nacional de Promoción de la salud. MSPAS. Julio de 2002.
33. MSPAS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. MSPAS/OPS/OMS. Mayo 2001. El Salvador.
34. Muller F. Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía, 1979.
35. Oakley J, Marsden D. Consideraciones en torno a la participación el desarrollo rural. Ginebra: OIT, 1985.
36. Oleaga, J.I. y Esteban de Manuel Keenoy. Análisis de los Sistemas Sanitarios. Curso de Diseño de Planes de Gestión Estratégica en Atención Primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España. Fotocop. 1993. Pp. 3-4.
37. OIT. Guía para la aplicación del Convenio Internacional 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra.1996.
38. OPS. El Salvador: Perfil del sistema de servicios de salud. Serie 13: Aportes para la Reforma del Sector Salud en El Salvador. Publicado por la Representación de OPS/OMS en El Salvador. Junio 2001.
39. OPS/HSD. La participación social. HSD/SILOS-3, OPS, Washington, D.C. 1990.
40. OPS/OMS. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington. D.C.1999.

41. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Resolución XV y Documento CD33/14. Agosto 14-15, 1988. Washington: OPS, 1989.
42. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Talleres Subregionales, Doc. HSD/SILOS-1, Washington: OPS, 1989.
43. OPS. 1986 Carta de Ottawa para la promoción de salud. Washington DC: OPS.
44. OPS. Participación Social. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 1990).
45. OPS. Los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS. 1993.
46. OPS. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 26).1993.
47. OPS. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 35).1995.
48. OPS/CCNIS. Pueblos Indígenas, Salud y Calidad de Vida en El Salvador. Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño. 1989.
49. Presidencia de la República de Nicaragua. Política nacional de participación ciudadana. Managua, Nicaragua. 2001.
50. PDDH. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Fundamentos del proceso de reforma en El Salvador. Marzo 2004.
51. PROSAMI. Evaluación de medio término. Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI). Proyecto No. 519-0367. Thornton, Body y Brooks. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. San Salvador. Noviembre de 1994.
52. Raczynski D., Serrano C. "Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos. Informe final de consultoría". Diciembre de 1998. Santiago de Chile.
53. REPPOL-CEAAL. Rediseño Institucional de la Participación y Concertación Ciudadana Base Teórica Conceptual y Metodológica. México DF.
54. Senties, Y. Participación comunitaria en la atención primaria de salud: Teoría y praxis. México: UNICEF, 1994.
55. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. Soc Sci Med 1985; 21:42-53.
56. Villasante R. Tomás (1998) De Las redes sociales a las programaciones Integrales. Editorial Lumen Humanitas, Argentina.
57. Zakus D. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el Tercer Mundo. Salud Pública, México, 1988; 30:151-174.