

Modalidades de participación ciudadana en salud

Por el Dr. Carlos Anigstein



Médico especialista en Pediatría y en Administración Hospitalaria. Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría y del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social (IU ISALUD). Investigador Principal del Proyecto "Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado" del IU ISALUD.

1. Introducción

Según el Diccionario de la Real Academia Española, "modalidad" significa el "modo de ser o manifestarse algo".

Siguiendo este concepto, las modalidades operativas de participación ciudadana en salud se pueden definir como los espacios o actividades donde los diferentes actores, en forma individual o a través de sus organizaciones, tienen acceso a una información correcta, suficiente y útil; son consultados en los temas que afectan su calidad de vida; tienen capacidad de decisión: en la planificación, programación, ejecución, control y evaluación de los programas sanitarios; y pueden influir en la agenda pública de salud.

Pero antes de sumergirnos en el tema central es necesario ponernos de acuerdo en ¿qué consideramos por participación social? Algunas definiciones pueden iluminar el camino:

La *participación social* fue definida por Barriga (1) como la capacidad de "intervenir en la toma de decisiones tendientes a planificar, gestionar y controlar el uso de los recursos".

Para Ferullo de Parajon (2) la *participación social* es "disparador de los efectos potenciadores de los sujetos [en los] que se buscan obtener: crecientes niveles de conciencia, de capacidad autogestiva y organizativa, de posibilidad de asumir compromisos y responsabilidades tanto en relación a cuestiones personales como sociales y un aprendizaje que brinde a los sujetos la posibilidad de una mayor incidencia deliberada en el rumbo de sus vidas personales y/o comunitarias". Desde esta concepción se identifican tres dimensiones básicas de una participación socialmente activa:

- El ser parte: búsqueda referida a la identidad y a la pertenencia de los sujetos.
- El tener parte: referida a la conciencia de los propios deberes y derechos, de las pérdidas y ganancias que están en juego, de lo que se obtiene o no.
- El tomar parte: referida al logro de la realización de acciones concretas.

Para Montero (3) la *participación comunitaria* es “un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales”. Mientras que Cunill (4) entiende que “en la *participación política* ciertamente hay injerencia en las cuestiones públicas, pero ésta ocurre a través de órganos de intermediación como los partidos políticos cuyo comportamiento no favorece tales formas alternativas de relación”.

Larraín Heiremans (5) define que “la *participación en salud* es representada socialmente como la posibilidad de emitir opinión o «ser escuchado» por parte de las instituciones, desde la calidad de actor individual o de comunidad organizada, en el planteamiento de las demandas al sistema; la posibilidad de entregar información al sistema; la posibilidad de ejecutar acciones (proyectos), estableciendo un nexo entre institución y comunidad, y por último, la posibilidad de ejercer control sobre el desempeño del sistema”.

Según Villanueva (6) “la *participación popular* se refiere a los procesos que se definen según los intereses económicos, políticos o culturales de los distintos sectores sociales, los cuales expresan contradicciones y antagonismos que no permiten construir una participación que corresponda a intereses comunes, sino a los proyectos particulares de los diferentes sectores, donde los sectores populares tratan de obtener una mayor cuota de poder.

Por su parte, Cunill (7) define con precisión que “la *participación ciudadana* es el involucramiento de los individuos que conduce a la creación de otras formas de relación con el estado”, generando modalidades de participación institucionalizadas entre la sociedad civil y el estado.

Pero es importante acordar que la *participación social* incluye todas las formas de participación: la *política*, la *comunitaria*, la *popular* y la *ciudadana*. En base a algunas de estas definiciones en la Investigación sobre Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur (8) se definieron:

- Los tipos de participación ciudadana en salud: a) el derecho de las personas o comunidades a tener acceso a una información correcta, suficiente y útil; b) a ser consultado en los temas que afectan su calidad de vida; c) a participar en espacios de deliberación y concertación con capacidad de decisión, en la pla-

nificación, programación, ejecución, control y evaluación de los programas sanitarios; y d) en la capacidad de la comunidad para poder influir en la agenda pública de salud.

- Los niveles de gestión: microgestión ó nivel operativo: los destinatarios de las acciones, organizaciones comunitarias, equipos técnicos, etc. Mesogestión ó nivel programático y de gestión de organizaciones. Macrogestión ó nivel político estratégico.
- Los niveles institucionales o jurisdiccionales Nacional, Provincial o Estadual y/o Municipal.

Las modalidades de gestión (modificada de De Roux (9)):

Autogestión: La comunidad administra los recursos y las actividades, con apoyo exterior o sin él. La autogestión constituye una forma más independiente de participación y puede surgir de procesos inicialmente tutelados que avanzan hacia la autonomía, bien porque la institución patrocinadora la promueve, o porque la organización tutelada empieza en algún momento a independizarse.

Cogestión: La comunidad comparte la administración con una institución de salud. La cogestión significa un avance hacia la participación autónoma. Este modelo debería incluir y tener en cuanto la actitud abierta o cerrada de los tres protagonistas más importantes de una organización: los trabajadores (centro operativo), las autoridades (centro decisorio) y la comunidad (cliente externo o usuario).

Colaboración de los usuarios con los programas institucionales: esta suele ser patrocinada o tutelada. Es la recepción pasiva de servicios: la comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud.

Negociación: en este enfoque se descarga en el Estado y sus instituciones la responsabilidad del desarrollo social, al estimar que es obligación de éste, el prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. Al situarse del lado de la demanda, la participación se condensa en concertación sobre las circunstancias de cobertura y calidad de la oferta, y sobre su control. (En este caso tiene que haber algún tipo de gestión que puede resultar tanto de la autogestión como de la cogestión, pero siempre es activa, entonces es mixta cogestión/autogestión).

Pasividad: Menéndez (10) denomina “resistencia pasiva”, donde la “pasividad” de los conjuntos sociales es considerada como uno de los principales mecanismos de oposición, de pertenencia, de unificación respecto de los sectores dominantes. La conclusión de que la pasividad constituye un proceso de resistencia esta fundamentado por algunos autores exclusivamente en el sentido que le dan los sujetos que resisten... que no se reduce a los actores “pasivos” sino al juego desarrollado por los diferentes actores entre quienes opera la resistencia pasiva... puede ser entendida como resistencia de las clases subalternas.

1. TIPOS DE PARTICIPACIÓN 2. NIVEL DE GESTIÓN	INFORMACIÓN	CONSULTA	CONTROL-AUDITORÍA	AGENDA PÚBLICA
MACROGESTIÓN Nivel político estratégico.	<p>Aunque la comunicación es unilateral, lo que implica una participación restringida; es necesario generar equidad en el acceso a la información, y que la misma sea comprensible y pertinente.</p> <p>El acceso a la información sobre los temas sujetos a la discusión es crucial para todas las partes involucradas.</p> <p>La existencia de políticas públicas con programas institucionalizados que garanticen el acceso universal a la información correcta, suficiente y útil, sobre los recursos del Estado nacional y provincial. El Estado tiene la obligación de realizar el mayor esfuerzo para incluir los grupos más vulnerables, los pueblos originarios, las personas con capacidades especiales, con perspectiva de género y contemplando la diversidad cultural.</p> <p>La existencia de modalidades informativas desarrolladas por organizaciones de la Sociedad Civil que contribuyan al ejercicio de los derechos ciudadanos. Los medios de comunicación masivos, en todas sus formas: TV, radio, películas, prensa escrita, Internet, etc. Los call center con líneas gratuitas 0800 organizadas.</p>	<p>Promover la consulta (opiniones) por diferentes mecanismos: asambleas, cabildos, audiencias públicas y diálogos de políticas, etc. Incluye la formación de agentes o promotores de salud, que forman parte o pertenecen a la misma comunidad.</p> <p>La existencia de políticas públicas que garanticen la existencia de modalidades de consulta, implementadas por organizaciones del Estado o generadas a partir de la movilización de la Sociedad Civil, institucionalizadas como: asambleas, cabildos, audiencias públicas, diálogos de políticas, encuestas telefónicas y por Internet. Todas ellas podrían contribuir a una rápida incorporación de la visión de la población a la deliberación pública.</p>	<p>Control y auditoría en las decisiones durante la ejecución y la evaluación.</p> <p>Rol de la sociedad en el control social sobre la administración de lo público estatal y en particular sobre los servicios públicos.</p> <p>La sociedad debe realizar el control social sobre la administración de lo público estatal, mediante mecanismos de auditoría y monitoreo social. La implementación de estrategias de rendición de cuentas (accountability) como medio para lograr transparencia en la gestión y en la administración del Estado y de los servicios públicos. Creando, también mecanismos participativos para la resolución de conflictos. Todas estas modalidades deberían estar legitimados a través de leyes.</p>	<p>Influencia y legitimación de marcos normativos e institucionalizados que habilitan y promueven ámbitos de participación efectiva de la sociedad civil, en la formulación y discusión de las políticas y programas de salud.</p> <p>La influencia y la legitimación de los marcos normativos e institucionales habilitan y promueven ámbitos de participación efectiva de la sociedad civil, donde se formulan y discuten las políticas y programas de salud: asambleas, cabildos, audiencias públicas y diálogos de políticas. Estas estrategias contribuyen a la democracia participativa y la ciudadanía; por ejemplo: los procesos consultivos para la inclusión, debate y formulación de reformas sanitarias y la estrategia de presupuesto participativo. La generación de espacios de gobernanza y respaldo por leyes.</p>
MESOGESTIÓN Nivel programático y de gestión de organizaciones (técnico).	<p>Se deben promover estrategias de información por medios de comunicación alternativos, radios FM, canales de televisión locales. La información tiene que estar al alcance de todos, en forma adecuada, precisa y respondiendo a las necesidades de la gente, fundamentalmente a los grupos excluidos.</p> <p>Es importante la información sobre los derechos ciudadanos, la distribución de los recursos y los mecanismos para acceder a ellos.</p>	<p>La canalización de la consulta por medios ya establecidos y la búsqueda de nuevas modalidades de consulta: la investigación-acción y exploración de innovaciones metodológicas de consulta. Todas estas modalidades contribuirían a la incorporación de la visión de la población a la agenda pública.</p> <p>La capacitación y organización de agentes o promotores desde programas regionales o locales que se ocupen no solamente de la información para la promoción de la salud, sino también de la organización y registro de las necesidades de la población.</p>	<p>Se deben poner en marcha sistemas de auditoría y monitoreo social. Se deben implementar estrategias de rendición de cuentas (accountability) como medio para lograr transparencia en la gestión y en la administración del Estado y de los servicios públicos.</p> <p>La conformación de Consejos Municipales de Salud es uno de los ejemplos de espacios para la participación de representantes de asociaciones de segundo grado, organizaciones barriales, organizaciones no gubernamentales, universidades, niveles técnicos municipales, etc. La existencia de mecanismos participativos para la resolución de conflictos.</p>	<p>Influencia y legitimación de marcos normativos e institucionalizados que habilitan y promueven ámbitos de participación efectiva de la sociedad civil, en la formulación y discusión de las políticas y programas de salud (asambleas, cabildos, audiencias públicas, diálogos de políticas).</p> <p>Es importante la participación de la ciudadanía durante la planificación, ya que allí se definen las políticas públicas y el manejo de los recursos.</p>
MICROGESTIÓN Nivel operativo. Los destinatarios de las acciones, organizaciones comunitarias, equipos técnicos, etc.	<p>La información requiere ser presentada de manera comprensible, a través de medios de comunicación locales, que tengan credibilidad para las diferentes partes, y fundamentalmente, que sea accesible.</p> <p>Los agentes o promotores deben ser capacitados para la difusión de información y conocimientos, que ayuden a la comunidad y las familias a un mejor cuidado de su salud.</p>	<p>Los microgrupos y las organizaciones barriales que interactúan y son consultadas sobre los temas de salud de su barrio.</p> <p>La colaboración de la población puede ser acompañada por agentes o promotores de salud, que forman parte o pertenecen a la misma comunidad.</p> <p>Los agentes o promotores son capacitados, no solamente para la difusión de información y conocimientos, sino también para recibir y registrar las necesidades de la población.</p>	<p>El rol de los usuarios en el control de calidad de los servicios.</p> <p>El derecho de los ciudadanos a la información, a ejercer un reclamo para obtener bienes y servicios, y a hacer cumplir lo pactado.</p> <p>La conformación de Consejos locales dentro de las organizaciones que prestan servicios de salud, es uno de los ejemplos de este tipo de espacio, previsto para la participación de los usuarios desde una función asimilable a la de auditoría social.</p> <p>La existencia de mecanismos participativos para la resolución de conflictos.</p>	<p>El funcionamiento de Consejos locales de salud y Consejos locales de desarrollo comunal, donde la participación ciudadana puede influir en la agenda pública.</p>

Pero ello debe ser observado en las transacciones específicas que se desarrollan entre los sectores hegemónicos y los desviados y diferentes, para concluir cual es realmente el sentido y consecuencias de conductas que aparecen simultáneamente como sumisas y cuestionadoras.

2. ¿Cómo podemos clasificar las modalidades de participación ciudadana en salud?

Las clasificaciones permiten estructurar y ordenar los distintos actores y procesos en categorías para poder describir, analizar e interpretar a la participación social.

En el caso de las modalidades de la participación ciudadana en salud, sólo tienen existencia y sustento en tanto y en cuanto, puedan describir, analizar e interpretar como operan (funcionan, actúan, sobreviven) los actores sociales en dichas categorías. Además, la amplitud del tema obliga a construir categorías desde el paradigma de la complejidad, por esa razón tiene varias formas de abordaje que se van a analizar independientemente, pero que en la realidad comparten los mismos procesos:

A) Una forma es la de los espacios o actividades generados para cada tipo de participación¹ y niveles de gestión (macro-meso-micro)²

- Información: Oficina de comunicación, de calidad, call-center, página web, e-mail. Voluntarios “tradicionales” y no organizados, voluntarios comunitarios, promotores o agentes comunitarios de salud, recorridas barriales, revistas, medios de comunicación alternativos, participación en jornadas, charlas, eventos deportivos, sociales y culturales barriales, grupos de autoayuda, agentes animadores, parteras empíricas, curadores populares, personal experto en planificación familiar o alimentarios, etc. También se puede entender como el acceso a algún servicio al que se tiene derecho, que empieza por tener la información adecuada para hacerlo. El autocuidado individual y familiar.
- Consulta: Oficina de comunicación, de calidad, call-center, página web, e-mail. Asambleas, cabildos, audiencias públicas, diálogos de políticas, encuestas, capacitación, promotores o agentes comunitarios de salud (cuando se comportan como representantes de sus vecinos).
- Control y auditoría: Consejos, asociaciones de usuarios. Auditoría, monitoreo social, control social. Consejos locales de salud, Consejos locales de desarrollo comunal, Comités de salud y Brigadas de salud.

– Agenda Pública: espacios de participación donde la Sociedad Civil pueda tener influencia en la agenda pública. Asambleas, cabildos, audiencias públicas, diálogos de políticas. Consejos locales de salud y Consejos locales de desarrollo comunal.

Todos estos espacios y actividades pueden desarrollarse en diferentes niveles jurisdiccionales o de gestión.

También es evidente que para poner en práctica una actividad de consulta debe existir algún tipo de acceso a información.

Y es recomendable un adecuado acceso a la información y la existencia previa de experiencias de consulta a la comunidad, para que se generen espacios y actividades de decisión, control, auditoría e influencia en las políticas públicas.

Los tipos de participación generados desde el poder están más orientados a la información y consulta, y menos al control social/decisiones estratégicas y agenda pública; mientras que los que se contruyen a partir de la movilización popular están más orientados al control social/decisiones estratégicas y agenda pública, y menos a la mera información y consulta.

B) Otra forma de abordarla es a través del nivel de organización de los actores y de los espacios y actividades que se implementan para el ejercicio de la participación ciudadana en salud³.

Dimensiones a tener en cuenta: el nivel de organización de los actores y las modalidades operativas (espacios y actividades) de participación:

1) Personales o Microgrupos Espontáneos

a) Orientados hacia los individuos, ya sea en forma:

- extensiva (referéndum, plebiscito, consultas en la Web, Call Center con líneas gratuitas 0800, etc.) o,
- intensiva (acceso a servicios de salud, autocuidado, comité de expertos, jurado ciudadano, voluntarios, promotores individuales, etc.)

b) Orientados hacia los pequeños grupos domésticos, autocuidado, de pares, laborales y de sostén.

2) Asociativos: Microgrupos y Mesogrupos Construidos, y Macrogrupos

Involucran a organizaciones comunitarias, sociales, instituciones de la sociedad civil, organizaciones gremiales, y pueden ser diferenciadas en:

a) Microgrupos y Mesogrupos Construidos: Grupos organizados intencionalmente para realizar acciones inmediatas o a mediano plazo

- territoriales (consejos locales, asambleas, cabildos, etc.) y
- sectoriales. redes de promotores de salud, consejos locales de salud, de sanidad ambiental, comisiones de seguridad

¹ Los tipos de participación son una forma de analizar la intensidad de la participación

² Esta es la utilizada como en la Investigación de PCS en el MERCOSUR Ampliado.

³ elaborada en base a conceptos de Menéndez (11), Menéndez y Spinelli (12) y del informe del ORPCS Mercosur (13).

dad e higiene industrial, grupos de autoayuda para padecimientos específicos, ONGs, comunidades terapéuticas, etc.

b) **Macrogrupos:** Procesos más amplios y complejos, momentáneos o permanentes, dentro de una o más organizaciones que tienden a formalizarlos.

- **territoriales:** consejos y asambleas municipales, provinciales o nacionales, cabildos, etc. y;
- **sectoriales:** sindicatos, asociaciones gremiales, confederaciones, federaciones, movimientos sociales de salud, movimientos de la tercera edad.

3) Las **formas mixtas:** son aquellas que combinan las expuestas anteriormente.

La mayoría de las actividades de participación social en salud se dan en la participación personal, los microgrupos (espontáneos y/o contruidos) y en los mesogrupos.

Esto se debe a que la sociedad fomenta fundamentalmente modalidades de participación individual, de microgrupos domésticos, de microgrupos espontáneos u organizados, que tienen el papel de garantizar la reproducción y supervivencia biosocial de sus miembros. Pero estas modalidades no garantizan que se impulsen procesos de participación social más amplios (macrogrupos) con contenidos más genéricos y movilizadores.

En este escenario, probablemente los microgrupos domésticos y los promotores comunitarios son la modalidad de participación social que más impacto tiene sobre la salud de la comunidad.

Pero cuando existe una legitimación formal: Leyes de participación (Bolivia), Leyes Generales de Salud (Brasil, Uruguay), Reformas de los Sistemas de Salud (Chile), Programas y Proyectos (Argentina), se generan modalidades de participación más complejos (mesogrupos), como los Consejos locales de Salud, Comisiones de Salud, etc. Estas modalidades son preponderantemente cogestivas entre la sociedad civil y el Estado.

Pero los procesos más amplios y complejos (macrogrupos) como los movimientos de salud, las reformas políticas o sanitarias, son generados por procesos sociales y políticos, que promueven y organizan modalidades operativas de participación en todos los niveles de gestión (Brasil, Cuba, Venezuela, Chile).

c) Una tercera forma de abordaje de las modalidades operativas es según las modalidades de gestión de las organizaciones: autogestiva, cogestiva, colaboración de los usuarios con los programas institucionales, negociación y pasividad sumisa o cuestionadora.

A cada uno de los espacios y de las actividades se los puede clasificar claramente con una o más de estas categorías; sin embargo, las más frecuentes son las de cogestión entre las organizaciones de la sociedad civil y delegaciones gubernamentales.

Pero es en la relación de la voluntad política y participación social, donde se generan algunos interrogantes que tienen que ver con la

viabilidad y sustentabilidad de las modalidades de participación:

¿Cuál es el motor más importante de la participación social?:

a) ¿La voluntad y el liderazgo de los políticos elegidos democráticamente que generan espacios formalizados de participación social? o

b) ¿La movilización de los grupos de sujetos/actores de la Sociedad Civil?

Para el caso de que la voluntad y liderazgo político fuesen el motor más importante de la participación social, se valorarían los “espacios” o modalidades de participación social “abiertos” desde el poder, tanto informales como formales, o sea los espacios de interacción entre la Sociedad Civil y el Gobierno (espacios políticos mas informales) ó el Estado, que siendo espacios más institucionales la convierten en participación ciudadana.

Pero esas no son las únicas ni las más importantes modalidades de participación, porque los grupos de sujetos/actores pueden generar otras modalidades de participación social: organizaciones sociales, movimientos ambientalistas, feministas, grupos de autoayuda, etc.

Las modalidades de participación generadas por el poder son orientados hacia la colaboración, y menos a la negociación y a la cogestión; mientras que las generadas por los actores de la Sociedad Civil tienen que ver con tipos de gestión preferentemente autogestivos, negociación, cogestivos y menos colaborativos.

También se podrían encontrar diferencias en los tipos de participación, los generados desde el poder están más orientados a la información y consulta, y menos al control social/decisiones estratégicas y agenda pública; mientras que los que se contruyen a partir de la movilización popular están más orientados al control social/decisiones estratégicas y agenda pública, y menos a la mera información y consulta.

Es en el “hacer” donde se genera la participación social, en un hacer que se potencia por la intersección de la voluntad (poder) político con la movilización popular y la organización de los actores de la Sociedad Civil.

Del encuentro de estas fuerzas en acción es posible generar la participación social más amplia, efectiva y sustentable.

3. Consideraciones finales

A la hora de mirar la realidad de la participación social, vale la pena hacer algunas consideraciones finales:

- El derecho a la accesibilidad de un servicio de salud también es una modalidad de participación social.
- El autocuidado individual, y fundamentalmente en el microgrupo doméstico, es otro modo de participación y es uno de los elementos fundamentales de supervivencia humana.
- La participación social o comunitaria no existe en forma asépti-

ca y alejada del contexto y de la afiliación político-ideológica de los actores.

- La participación social cuando genera instancias formales de articulación entre la Sociedad Civil y el Estado, que le permite a la gente incidir sobre la distribución de los recursos de su comunidad, se transforma en participación ciudadana.
- Solamente podría existir una participación aséptica en un contexto teórico de investigación o en un mundo virtual.
- No necesariamente debe ser organizada, generar libertad, ser incluyente, porque puede ser espontánea y desorganizada, generar la dependencia de algunos grupos y la exclusión de otros.
- Los propósitos de la participación pueden tener diferentes orientaciones políticas e ideológicas, y los actores que participan no necesariamente tienen porque compartir los mismos valores.
- La participación social nunca se puede analizar aislada de su contexto, tiene como sujetos/actores a las personas, grupos, "colectivos", organizaciones y comunidades en un Pueblo (Conjunto

de habitantes de una Nación) o una Nación (conjunto de personas con cierta unidad de origen, cultura, costumbre e idioma).

- Los sujetos/actores viven en un tiempo y espacio real, dentro de un proceso histórico e inmerso en un contexto político, social y económico local, jurisdiccional, nacional, regional e internacional determinado.
- Así como lo individual modifica y significa a lo colectivo, lo colectivo influye y resignifica a lo individual, se genera un proceso dialéctico de construcción y reconstrucción que interactúa permanentemente con el contexto.
- Todos participan de una manera u otra, con mayor intensidad y compromiso, en forma activa o pasiva, en forma positiva o negativa, dependiendo de sus capacidades y de las posibilidades que el contexto le permite a su autonomía.
- No todo son rosas en la participación, existen muchas resistencias por miedo al cambio y a la pérdida de algunos derechos adquiridos.

Bibliografía

- (1) Barriga, S. (1988). Salud y comunidad. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla. Área Sanidad y Servicios Sociales.
- (2) Ferullo de Parajon, A G (2006) . El triángulo de las tres p. Psicología participación y poder. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. Páginas 195-196.
- (3) Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Paidós Tramas Sociales. Buenos Aires, Argentina.
- (4) Cunill, N. (1991). Participación Ciudadana. Centro Latinoamericano para el Desarrollo, (CLAD), Caracas, Venezuela.
- (5) Larrain Heiremans, S. (2001). La participación ciudadana y salud. www.paho.org/English/HDP/HDW/citizenparticipation.pdf
- (6) Villanueva, C. (1989). Metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua: 1978-1989. Coordinador. Eduardo L Menéndez. Editorial Perfiles. Instituto Mora. Página 115.
- (7) Idem (4). Cunill, N. (1991).
- (8) Investigación sobre Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR ampliado. 2005-2007. IU ISALUD.
- (9) De Roux, G. (1973). Participación y cogestión de la salud. Educación Médica y Salud. No 27. Colombia.
- (10) Menéndez, E; Spinelli, H (Coordinadores) (2006). Participación Social ¿Para qué? Colección salud Colectiva. Editorial Lugar, Buenos Aires, Argentina.
- (11) Modificado de Menéndez E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Cuadernos Médicos Sociales 73:5-22. Rosario, Argentina.
- (12) Menendez E. y Spinelli H. (2006). Participación Social ¿Para qué? Colección salud Colectiva. Editorial Lugar, Buenos Aires. Argentina.
- (13) Segunda Reunión de Consenso del Observatorio Regional de Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur y Estados Asociados, 18 y 19 de diciembre de 2006.