

EL PAPEL DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA CONSTRUCCIÓN DE SISTEMAS DE SALUD EQUITATIVOS

The role of the civil society in the building of equitable health systems

Román Vega Romero¹ y Mauricio Torres Tovar²

RESUMEN

Objetivo Proveer evidencias sobre la contribución de la Sociedad Civil a la construcción de sistemas de salud equitativos.

Fuente de datos Se revisaron diferentes fuentes de información, buscadores y bases de datos, entre ellas, Google, los sitios Web de las Naciones Unidas, el *Training and Research Support Centre*, *The Southern Africa Regional Network for Equity in Health*, la Iniciativa sobre la Sociedad Civil de la OMS, la OPS e iniciativas públicas y privadas. Los artículos que se revisaron incluyeron archivos de investigación, artículos publicados con revisión de pares, literatura gris, revisiones sistemáticas de documentos e informes especializados sobre el tema. Algunas de las palabras clave empleadas fueron: personas centradas en sistemas de salud, equidad y políticas públicas, organizaciones no gubernamentales y sistemas de salud, organizaciones no gubernamentales y acción intersectorial en salud.

Síntesis de los datos Las evidencias muestran que la Sociedad Civil ha podido contribuir a constituir sistemas de salud equitativos por su enfoque centrado en las personas y en la población, en la acción intersectorial por la salud y en el empoderamiento y movilización social. Sin embargo, muchas acciones de organizaciones de la Sociedad Civil también han sido funcionales a las políticas globales y nacionales que defienden intereses privados del mercado. Tales acciones en algunos casos han sido focalizadas, mínimas, sesgadas e insignificantes en relación con los desafíos de la equidad en salud, o han servido para ocultar la falta de compromiso de los gobiernos con los pobres, vulnerables y excluidos.

Conclusiones Se hace necesaria una perspectiva ética y política general orientada a reconocer y fortalecer el papel de la Sociedad Civil para mejorar la salud y reducir las inequidades en salud.

Palabras clave: Sociedad Civil, equidad en salud, sistema de salud, derecho a la salud.

ABSTRACT

Objective To provide evidence on the contribution of the civil society to the building of equitable health systems.

Data source Several sources of information, search engines and databases were reviewed, such as Goggle, UN websites, the Training and Research Support Center, the Southern Africa Regional Network for Equity in Health, The Civil Society Initiative by WHO, PAHO and Public and Private Initiatives. The reviewed articles included research files, published peer-reviewed articles, gray literature, systematic reviews of specialized documents and reports on this topic. Some of the key words were: health system-centered persons, equity and public policies, non-governmental organizations and intersectoral actions in health.

Data synthesis Evidence showed that the civil society has contributed to the building of equitable health systems due to its subject and population-centered approach, the intersectoral action in favor of health and the empowerment and social mobilization. However, a lot of actions taken by the civil society organizations have favored the global and national policies that defend private market interests. In some cases, these actions have been targeted, minimal, biased or insignificant with respect to the challenges of health equity or they have served to hide the non-existence of commitment by the governments to the poor, the vulnerable and the excluded people.

Conclusions It is required to have a general ethical and political perspective directed to recognize and strengthen the role of the civil society to improve health and reduce health inequities.

Key words: Civil society, health equity, health system, right to health.

¹ Doctorado en Management con énfasis en Políticas de Salud. Profesor Asociado.

² Doctor en Medicina. Especialista en Salud Ocupacional. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

INTRODUCCIÓN

Este trabajo provee una visión sucinta de la revisión de evidencias hecha en el año 2007 para la Red de Conocimientos de Sistemas de Salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, sobre las contribuciones de la Sociedad Civil a la construcción de sistemas nacionales de salud equitativos.

Las evidencias muestran que la Sociedad Civil ha podido contribuir a constituir sistemas de salud equitativos por su enfoque centrado en las personas y en la población, porque propician su participación y movilización y en particular la de los grupos sociales en desventaja; contribuyen además a desarrollar la acción intersectorial en salud y a reducir tanto las inequidades en salud como la atención en salud.

Los aportes de la Sociedad Civil a la construcción de sistemas de salud centrados en las personas se ha hecho a través de la defensa de los derechos de los individuos en términos de la salud y de la atención en salud, mediante el estímulo de su participación en la toma de decisiones, en el diseño y aplicación de estrategias y modelos de atención, y con la provisión directa de servicios. En términos del aporte al enfoque de población, la contribución de la Sociedad Civil se ha referido a la construcción de estructuras y procesos participativos en los sistemas de salud, y a la formulación y aplicación de políticas y acciones para afectar los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud.

La contribución a la acción intersectorial por la salud se ha hecho en distintos niveles desde lo local a lo global, y se ha dado especialmente a través de acciones de abogacía, movilizaciones y campañas de promoción y defensa del derecho a la salud y promoción de la salud.

Entre las más importantes contribuciones en relación con la equidad se destacan la lucha contra la exclusión social, la marginación de comunidades específicas, contra los procesos de formulación e implementación de políticas

de salud, en busca de la mejoría de la equidad en el acceso y uso de servicios de atención en salud, la asignación de recursos, entre otros. El aporte a la equidad se exploró también a partir del valor añadido por la Sociedad Civil en términos de la construcción de sistemas y políticas de salud universales y equitativas.

Hay suficientes evidencias que permiten demostrar la importancia de la Sociedad Civil para la construcción de sistemas y políticas de salud equitativas, centradas en las personas y en la población, en la acción intersectorial por la salud y en el empoderamiento y movilización social. Se ha encontrado además, que muchas acciones de organizaciones de la Sociedad Civil han sido eficaces a las políticas globales y nacionales que defienden intereses privados del mercado; en algunos casos tales acciones han sido focalizadas, sesgadas e insignificantes en relación con los desafíos de la equidad en salud, o han servido para ocultar la falta de compromiso de los gobiernos con la justicia social.

Las preguntas que buscamos responder con la revisión fueron las siguientes: ¿Cómo influencia la Sociedad Civil la mejoría de la salud y la reducción de las desigualdades en salud? ¿De qué forma influye la Sociedad Civil en la construcción de servicios de salud centrados en las personas y en la población? ¿Cómo influye y promueve la Sociedad Civil la acción intersectorial por la salud?

Proveer evidencias sobre la contribución de la Sociedad Civil a la construcción de sistemas de salud equitativos es, por tanto el objetivo que persigue este trabajo, para encontrar las respuestas acertadas.

FUENTE DE DATOS

Los artículos revisados para responder las preguntas se capturaron de diferentes fuentes de información, buscadores y bases de datos como Google, los sitios Web de las Naciones Unidas, la *United Nations Research Institute for Social Development* (UNRISD), *el Training and Research*

Support Centre (TARSC), *The Southern Africa Regional Network for Equity in Health* (EQUINET), *el Institute of Development Studies* (IDS), *Sussex United Kingdom*, la Iniciativa sobre la Sociedad Civil de la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO), la *United Nations Development Program* (UNDP); y las *Iniciativas Públicas y Privadas: Trabajando Juntos en Salud y Educación* (HNP), entre otros. Los artículos que se revisaron incluyeron archivos de investigación, artículos publicados con revisión de pares, literatura gris, revisiones sistemáticas de documentos e informes especializados sobre el tema.

Se usaron las siguientes palabras clave: organizaciones de la Sociedad Civil/ organizaciones no gubernamentales (CSO/ONG) y sistemas de salud, sistemas de salud centrado en las personas, CSO/ONG y acción intersectorial en salud, CSO/ONG, equidad y políticas de salud, CSO/ONG, equidad y sistemas de salud.

Se seleccionaron aquellos estudios que permitieran determinar la contribución de la Sociedad Civil a la construcción de sistemas de salud centrados en las personas y en la población, a la defensa y promoción de los derechos de los pacientes y de la comunidad para participar en los procesos de toma de decisiones, la definición de estrategias y modelos de atención, y la participación en la provisión directa de servicios de salud.

Para precisar el papel de la Sociedad Civil en la acción intersectorial se examinaron los estudios que trataran este asunto tanto en los niveles locales y comunitarios como en los provinciales y nacionales, en campos como los de la promoción de la salud y la atención primaria de salud.

Los temas relacionados con la equidad de las políticas y acciones en salud fueron aquellos referidos a la exclusión o inclusión de los individuos y comunidades de los servicios de salud, el acceso y uso inequitativo de los servicios de salud, los procesos de toma de decisiones para la formulación de políticas de salud, la visibilización de la desigualdades en salud y en la asignación de recursos.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

Marco conceptual

La Sociedad Civil se ha convertido en un importante recurso para los sistemas de salud y para la salud y el bienestar de la población, debido a su capacidad para influir en la formulación de las políticas públicas, la provisión de los servicios de atención en salud; por su exigencia a los gobiernos de cumplir con los derechos humanos,¹ la rendición de cuentas y su responsabilidad y sensibilidad con los problemas de salud de la población.¹ La Sociedad Civil también ha sido reconocida por algunos como una fuente de capital social no sólo por su importancia para la interacción social y como factor de empoderamiento para promover y mejorar la salud individual y colectiva,² sino también por su papel en la solución de desafíos fundamentales de la sociedad para la equidad en salud como la desigualdad social, la distribución del poder y la riqueza, y la transformación del estado y de la sociedad como un todo en un mundo cada vez más complejo, diverso y global.

Comúnmente la Sociedad Civil es definida como aquella parte de la sociedad que se refiere al público en general, representando el dominio social que no es parte del mercado ni del estado.¹ Desde esta perspectiva conceptual parece emerger una concepción unitaria y homogénea de Sociedad Civil. Sin embargo, desde otras perspectivas la idea de Sociedad Civil es diversa y no se limita a lo que está entre el estado y el mercado, ni es definida como algo funcional de los intereses privados y estatales. Es precisada como un espacio extenso y complejo donde toman lugar las confrontaciones ideológicas, políticas y culturales y donde puede definirse la hegemonía de un bloque de poder sobre el conjunto de la sociedad.³ Es en este espacio donde emerge la conciencia subjetiva y colectiva de individuos y grupos sociales subyugados, en lucha por sus necesidades materiales, libertades y deseos de emancipación, y donde surge la construcción y organización del nuevo contenido ético, político y socioeconómico de la sociedad.

Algunos intelectuales latinoamericanos,^{4,5} definen la Sociedad Civil como una realidad no homogénea atravesada por hondas desigualdades económicas y sociales, relaciones asimétricas de poder y plétórica de diversidad cultural. Sin embargo, a pesar de su naturaleza conflictiva, la Sociedad Civil también es entendida como fuente de solidaridad y sentido ético de comunidad; espacio donde pueden darse confrontaciones y negociaciones entre distintos intereses y valores; lugar donde también pueden devenir nuevos consensos y valores hegemónicos de la sociedad. A pesar de que muchas organizaciones de la Sociedad Civil pueden ser cooptadas, corrompidas y convertidas en instrumentos de los poderes económicos y políticos que prevalecen, algunas de estas también pueden ser fuente de resistencia a las políticas económicas y sociales de estos poderes, a regímenes políticos autoritarios, y factor decisivo para ganar autonomía, capacidad de movilización y empoderamiento.⁶

En esta investigación examinamos el papel de la Sociedad Civil desde la perspectiva del aporte que diferentes actores sociales hacen a la construcción de sistemas y políticas de salud equitativas, en procura de defender la salud como un derecho social.

Hallazgos

Sistemas de salud centrados en las personas y en la población

Los sistemas de salud son definidos como todas las organizaciones, instituciones y recursos que se dedican a producir acciones en salud, entendiéndose las últimas como cualquier esfuerzo, ya sea a través de la atención personal de la salud, los servicios de salud pública o mediante iniciativas intersectoriales, cuyo fin primordial es mejorar la salud.⁷ Los sistemas de salud son equitativos cuando contribuyen a mejorar la salud, y a reducir las inequidades en salud y en el acceso y uso de los servicios en salud de las personas y poblaciones en desventaja.

De esta forma distinguimos dos dimensiones de los sistemas de salud: primera, los sistemas de atención en salud a las personas; segunda, un conjunto de políticas públicas de salud centradas en la población en la medida en que la definición de política de salud va más allá de la atención en salud individual; esta definición no incluye las acciones de otros sectores que aunque pueden impactar la salud no la tienen como fin primario.⁸

• Participación y sistemas de salud centrados en las personas

Una dimensión que ayuda a entender el papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud centrados en las personas más que en la enfermedad de los órganos, es la participación. Hay ejemplos que demuestran la participación de los pacientes en los procesos de toma de decisiones relacionadas con su tratamiento, tal es el caso de las experiencias de participación de las mujeres en las decisiones sobre el tratamiento del cáncer de mama en Uganda,⁹ las cuales muestran que al contrario del modelo paternalista asistencialista, corriente de atención en salud,¹⁰ en el cual los pacientes se someten pasivamente a la autoridad profesional aceptando que el médico escoja por ellos el tratamiento, los esfuerzos se orientan en forma creciente a garantizar la participación del paciente en la decisión sobre el tratamiento.

Este modelo es ejemplo de prácticas de sistemas de servicios de salud más centrados en la persona en la medida en que esta participación parece ayudar a mejorar la salud del paciente, su calidad de vida¹¹ y la calidad de los servicios de salud.¹² Las evidencias⁹ también muestran que factores tales como el nivel de educación de los pacientes, su sentido de autonomía y grado de conciencia sobre su derecho a participar, así como la información dada a este por los proveedores directos de los servicios durante la interacción, la suficiencia del tiempo de consulta, el estímulo y oportunidades otorgado a los pacientes por los médicos para actuar sobre su problema, la actitud y las

habilidades de comunicación, pueden apoyar significativamente la intervención de los pacientes en el proceso de decisión sobre su tratamiento.

Sin embargo, más allá de la dimensión micro que vincula al paciente con el proveedor en el proceso de decisión sobre el tratamiento, factores normativos como la promoción, institucionalización y puesta en práctica de la participación a través de reglas establecidas, por ejemplo, la Carta de Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y de los Trabajadores de la Salud, por parte del Estado y de las organizaciones de la Sociedad Civil, juegan un papel central en la participación de los pacientes.⁹

- Provisión de servicios por organizaciones de la Sociedad Civil

Las organizaciones de la Sociedad Civil han reemplazado al estado y al mercado en la provisión de servicios de salud en algunos países cuando no existe suministro de estos servicios por parte del gobierno o del mercado. En otros países ese papel de la Sociedad Civil ha sido el resultado de acuerdos para desarrollar acciones conjuntas entre el estado y las organizaciones de la Sociedad Civil, como parte de estrategias orientadas a extender y fortalecer el acceso a los servicios de salud, a desarrollar políticas y programas orientados a ampliar la cobertura de comunidades de difícil acceso. En otros casos, se ha encontrado que las organizaciones de la Sociedad Civil han sido usadas por el gobierno y por agentes del mercado, especialmente por donantes de fondos con organizaciones de negocios o agencias internacionales, en el marco de estrategias diseñadas por estos para promover y fortalecer la privatización de los servicios de salud.

En Zambia se han desarrollado experiencias exitosas de provisión conjunta de servicios de atención de salud por parte de instituciones estatales, misioneras y no gubernamentales (ONGs). Estas se han dado en casos cuando la participación del gobierno en el abasto de servicios de atención basados en el hogar es bien limitada.¹³

En estos casos las organizaciones de la Sociedad Civil han empleado enfermeras locales para proveer los servicios con escasa o ninguna asistencia de los donantes. Promotores de la salud de baja o ninguna capacitación también han sido usados por ONGs en aldeas de El Salvador para mejorar la salud o la actitud de búsqueda de servicios de salud pero no se encontraron hechos que demuestren que el desempeño, incentivo, sostenibilidad y efectividad de esta experiencia particular haya sido positiva.¹⁴

En el sur de México las comunidades indígenas en Chiapas han organizado su propia red de atención de salud, con una estructura autónoma que cuenta con una amplia red de promotores de salud de las propias comunidades, con casas de salud y clínicas del pueblo. Este sistema de atención de salud impulsado en esta región por la organización indígena, ha sido ampliamente reconocido nacional e internacionalmente por haber propiciado tratamientos y medicinas para hombres, mujeres, niños y ancianos indígenas rurales; medicina preventiva, educación para la salud y en la preservación de la medicina herbolaria y otras formas tradicionales de medicina, generando mejores condiciones de salud de la población que nunca ha logrado la intervención del gobierno o el sector privado (Joel H. Salud y Autonomía, el caso Chiapas. Comunicación Personal, 2006).

Las comunidades indígenas del Norte de Guatemala desde hace más de tres décadas han organizado su propia red de atención de salud, como una alternativa al abandono estatal en la prestación de servicios de salud para los pueblos indígenas de esta amplia región de ese país. Esta respuesta ha sido organizada por las distintas comunidades existentes, con características propias, pero con un modelo común de formación de promotoras y promotores de salud de las propias comunidades, con el apoyo de profesionales de salud comprometidos con las necesidades de las comunidades indígenas.¹⁵

Las revisiones sistemáticas de *Loewenson* permiten concluir que:

Las organizaciones de la Sociedad Civil proveen elementos de reflexión y enfoques novedosos sobre el desarrollo participativo y centrado en la población. Además de servir para liderar y ofrecer servicios a comunidades pobremente atendidas por el estado o el mercado, ellas promueven la transparencia en la toma de decisiones y la rendición de cuentas; ayudan a crear fuentes de trabajo y oportunidades económicas; promueven los derechos humanos y mejoran la justicia de los sistemas de salud. Facilitan cambios de las políticas de los estados y de las sociedades para reflejar las circunstancias y necesidades de la población. Han ayudado a generar redes formales e informales de confianza; a la apertura, comunicación y cooperación entre estas así como al desarrollo de normas, objetivos y creencias compartidas e instituciones para la toma de decisiones.

Subraya que las organizaciones de la Sociedad Civil contribuyen a proveer recursos, personal, experticia técnica y vínculos comunitarios para la acción por la salud. Encuentra además, que la intervención comunitaria ayuda a desarrollar metodologías participativas innovadoras.¹⁶

Adicionalmente, *Brinkerhoff*, citado por *Loewenson*,¹⁶ aporta que la flexibilidad, autonomía y sintonía de las organizaciones de la Sociedad Civil con las necesidades comunitarias parecen haber estimulado la velocidad y efectividad de la respuesta de la atención primaria en casos como Kazakhstan. De acuerdo con *Loewenson*,¹⁶ las evidencias sobre las actividades de las organizaciones de la Sociedad Civil muestran impacto positivo sobre procesos sociales relacionados con los comportamientos en salud, con la demanda de servicios de salud y con el involucramiento de las comunidades con las políticas y sistemas de salud.¹⁷ Las organizaciones de la Sociedad Civil también parecen ayudar a crear puentes entre los conocimientos y prácticas occidentales e indígenas sobre la salud, y a generar impacto

positivo respecto de los comportamientos de búsqueda de servicios de salud por parte de estas poblaciones.^{18,19} Las actividades de las OSCs también parecen estimular la participación de las comunidades en los servicios de salud, haciendo que estos servicios sean más capaces de rendir cuentas.²⁰⁻²⁶

Sin embargo, otras experiencias han mostrado que algunas agencias internacionales y ONGs han servido de instrumento de las estrategias de políticas de ajuste y de privatización de los servicios de salud cuando buscaban apoyar a los países pobres y asistir al sector de la salud, lo que ha contribuido a la fragmentación y descoordinación de la atención y al debilitamiento de las capacidades de estos países para actuar cuando tal apoyo y asistencia cesa.

Por otro lado, *Lorgen*²⁷ observa que el trabajo de las ONGs para “cerrar la brecha” en la provisión de servicios de salud se complica con problemas de sostenibilidad, posible duplicación de servicios, generación de redes de bienestar débiles y el riesgo de retiro adicional de fondos. Otros investigadores han cuestionado el papel de las ONGs en la reforma del sector salud y en la entrega de los servicios de salud calificándolo de muy poco efectivo para los objetivos de la construcción de sistemas de salud centrados en la población.²⁸ Por ejemplo, la experiencia de 20 proyectos de colaboración en planes de reforma de la atención en salud entre ONGs y gobiernos en países como Guatemala, Chile y Ecuador, muestra poca claridad acerca de como esa colaboración pueda darse.²⁷ Sin embargo, este no parece ser el caso de otros países de la región. De acuerdo con *Becker* y otros,²⁹ ONGs y organizaciones populares locales han logrado desarrollar acciones conjuntas con instituciones estatales de Brasil para solucionar problemas no resueltos de la población a pesar del riesgo de figurar simplemente como contratistas de agencias y ONGs internacionales.¹² Por eso, otros investigadores sostienen la posibilidad de que a través de las ONGs se pueda establecer una “tercera vía” de relaciones entre los gobiernos

centrales y locales, los sistemas nacionales de salud y la Sociedad Civil para asistir a comunidades y áreas aisladas o remotas.³⁰

- Participación comunitaria y sistemas de salud

De las revisiones sistemáticas de *Loewenson*,³¹ se deduce que tanto la participación como la construcción de estructuras participativas coadyuvan a la obtención de resultados positivos de las intervenciones, rendición de cuentas, accesibilidad, calidad y equidad que los servicios de salud promueven. Plantea que en ausencia de un sistema abierto y participativo con mecanismos y procedimientos que permitan soluciones colectivas, pueden prevalecer los intereses de los grupos médicos más poderosos y ricos y de los clientes urbanos del sector privado, los cuales obtienen concesiones del sistema de salud muchas veces a expensas de los sectores más pobres y menos organizados tanto urbanos como rurales.

Es por eso que, dados los intereses conflictivos que se entrelazan en los sistemas de salud, es importante construir sistemas de justicia procedimental y mecanismos y estructuras apropiadas de participación para que se desarrollen sistemas de salud equitativos y centrados en la población. Un sistema de salud centrado en la población requiere que se dote a las estructuras locales de poderes y responsabilidades más amplios y más coherentes,³¹ de políticas nacionales claras y de estructuras y procesos de participación más allá del sistema de salud.

De los Trabajadores Comunitarios de Salud en Zimbabwe y de experiencias participativas en el Reino Unido, se ha aprendido que la participación cuando se desarrolla de “abajo hacia arriba” puede fortalecer una distribución más equitativa de los recursos de la salud, estimular el desarrollo de relaciones positivas entre las comunidades y los trabajadores de la salud, generar grupos de apoyo dentro de las comunidades, promover sistemas apropiados de referencia de pacientes y proveer información al sistema de

salud basada en la comunidad. Esto no sucede cuando las organizaciones de la Sociedad Civil actúan bajo programas con enfoques de acción de “arriba hacia abajo” porque pierden la capacidad de representar y movilizar las voces e intereses de la comunidad y de hacer que el sistema de salud sea más sensible y abierto a las necesidades comunitarias y rinda cuentas a las comunidades.^{31,32}

En sí mismo la descentralización no parece ser garantía de participación, equidad y calidad de los servicios de salud; por el contrario, ella puede fortalecer el control central, empeorar la calidad y aumentar las inequidades. Para que en este marco se desarrollen procesos significativos de participación se requiere intercambio de información y diálogo entre las organizaciones de la Sociedad Civil y el sector de la salud, así como mecanismos apropiados para arbitrar los reclamos entre los diferentes grupos de interés.³¹

En relación con el papel de las estructuras participativas del sistema de salud y de la apertura de espacios para la participación comunitaria en los sistemas de salud, se han obtenido algunas lecciones de los países africanos acerca de cómo esas estructuras y espacios sirven para mejorar los sistemas de gobernanza de la salud entendida como la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado en salud, la rendición de cuentas, la equidad y los resultados en salud. Así por ejemplo, en países como Namibia, Zimbabwe y Zambia,³³⁻³⁵ los investigadores han obtenido evidencias sobre la asociación entre estructuras participativas de los sistemas de salud y mejoría de los resultados en salud, especialmente al nivel de la atención primaria de salud. Se ha encontrado que el enfoque de Investigación-Acción Participativa, es apropiado para promover la intervención comunitaria y la inclusión de grupos sociales marginados en los procesos de planeamiento y toma de decisiones. Se han identificado experiencias de buenas prácticas en participación comunitaria local en Sur África y otros países,³⁶⁻⁴⁰ y otras muy diversas sobre las formas

en que las voces y la participación comunitaria han servido para influenciar la formulación de políticas a nivel nacional y global.^{41,42}

En América Latina se han desarrollado diversas experiencias de participación de la sociedad civil en procesos de reforma de los sistemas de salud a nivel nacional y provincial como son los de Chile, Chiapas y Brasil. Es importante resaltar el caso importante de México, D. F., donde la participación de las mujeres en los procesos de formulación e implementación de la política sobre salud sexual y reproductiva ha hecho posible promover acciones conjuntas entre las organizaciones de mujeres y el Estado.⁴³ En reconocimiento del papel creciente de las organizaciones de la Sociedad Civil en los sistemas de salud, la Fundación *Stanley* sostiene que las ONGs están ahora más involucradas que nunca antes en los procesos de toma de decisiones globales. También dice que en las décadas recientes ha habido un aumento creciente de los recursos que las ONGs dirigen hacia la asistencia técnica en todo el mundo.⁴⁴

- Dimensiones étnicas de sistemas de salud centrados en la población en América Latina

La región latinoamericana y caribeña ha desarrollado un enfoque intercultural de la salud y de la atención en salud procurando la inclusión de las comunidades indígenas, de su conocimiento, prácticas y recursos, a fin de mejorar la efectividad de los servicios de salud y de los resultados en salud de estas comunidades.^{45,46}

Buscando poner en práctica el «enfoque diferencial» en la salud y en los sistemas de salud, se han hecho algunos cambios tanto en los servicios de salud convencionales como en los conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas articulándolos en el marco de los sistemas nacionales de salud.^{45,46} Los cambios han sido promovidos para armonizar los sistemas de salud indígenas con los sistemas convencionales de salud a través de la incorporación de las perspectivas indígenas, sus prácticas y terapias en

la atención primaria de salud y en las políticas y programas nacionales de salud.⁴⁵⁻⁴⁷ Los investigadores han identificado algunos progresos en el curso de diferentes estudios de caso desarrollados en El Salvador, Ecuador, Perú, Bolivia y Guatemala.⁴⁸⁻⁵¹

Las lecciones aprendidas indican que es posible armonizar el sistema de salud indígena con el convencional y, por este medio, mejorar el acceso a la atención en salud y los resultados en salud de estas poblaciones. La atención primaria de salud y las estructuras de participación comunitaria y canales de comunicación apropiados, parecen haber sido las estrategias y mecanismos que mejor se acomodan a esta armonización. También se ha identificado que las imitaciones de las estructuras participativas de los sistemas de salud y la falta de participación de las comunidades indígenas en el desarrollo de estas políticas debilitan el proceso de armonización.⁴⁷ Sin embargo, las experiencias indican que las características interculturales de los sistemas de salud son esenciales para enfrentar los desafíos de discriminación social y cultural, empoderar las comunidades, mejorar el acceso a los servicios de atención en salud y la salud de estas comunidades.

Sociedad Civil y acción intersectorial en salud

Las evidencias encontradas permiten describir el papel de la Sociedad Civil en la acción intersectorial en salud a distintos niveles que van desde lo local y comunitario hasta lo provincial, nacional y global.

La acción intersectorial en salud a nivel comunitario, local y provincial puede ser exitosa si se construyen coaliciones efectivas que comiencen por la inclusión de la población afectada, si se desarrollan fuertes vínculos políticos con el gobierno local, si los proyectos son prácticos, si se comparten las metas comunes, si las decisiones son consensuadas, y si los conflictos de interés son resueltos por estilos persuasivos de los líderes.^{52,53}

Las investigaciones permiten describir experiencias significativas y efectivas de participación de las organizaciones de la Sociedad Civil en distintos países y a escala global, especialmente en relación con la movilización social y desarrollo de campañas para la formulación e implementación de políticas públicas alrededor de temas como el control del tabaco,⁵⁴ el combate de las enfermedades infecciosas,⁵⁵ la seguridad vial, la salud sexual y reproductiva y el control del VIH/sida.¹⁶ Otros estudios documentan impactos positivos de las acciones de organizaciones de la Sociedad Civil sobre los niveles de asistencia a las escuelas, alfabetización, vacunación contra enfermedades prevenibles, reducción de mortalidad por accidentes, generación de ingresos, entre otros determinantes sociales intermedios de la salud.⁵⁶

Las contribuciones de las organizaciones de la Sociedad Civil en la promoción de la acción intersectorial en salud han tenido lugar no sin problemas, especialmente a nivel de las relaciones entre lo global y lo local. Se ha identificado el riesgo de que al tratar de promover estas acciones a escala global para abordar problemas particulares de salud como el sida, se subvaloren las necesidades locales.⁵⁷ Sin embargo, sectores de la Sociedad Civil como las mujeres juegan un papel muy importantes en el ámbito comunitario en lo relacionado con la seguridad alimentaria y el desarrollo local, aspectos que han sido puestos en peligro por la globalización, la liberalización del comercio y la comercialización de la producción de alimentos transgénicos.⁵⁸

Sociedad Civil y políticas y acciones específicas orientadas a la equidad

Hay suficientes hechos que demuestran la contribución de las organizaciones de la Sociedad Civil como proveedores de servicios de salud a grupos de población pobremente atendidos por el Estado o el mercado. Por ejemplo, *Loewenson*,¹⁶ describe diferentes estudios donde este papel

de la Sociedad Civil es vital para poblaciones indígenas, comunidades pobres de zonas rurales y urbanas, gente que vive en asentamientos informales, entre otros.²⁶ Además, muchas de las actividades de las organizaciones de la Sociedad Civil pueden reflejar en forma más fiel los valores, tradiciones, derechos y clamores sobre justicia social de estas comunidades, que pueden también ser establecidas mediante el desarrollo de nuevos enfoques distintos de los prevalecientes en las estrategias nacionales de salud.¹⁶ De las investigaciones revisadas por *Loewenson*,¹⁶ se infiere que el interés primario del estado en su colaboración con las organizaciones de la Sociedad Civil parece ser la extensión de la llegada de los servicios de salud, en tanto que estas organizaciones parecen tener intereses más amplios en su colaboración con el Estado. Las organizaciones de la Sociedad Civil buscan que progresen los derechos ciudadanos, controlar el poder del Estado, y hacer que los formuladores de política rindan cuenta a las comunidades. Por ejemplo, en Filipinas estas organizaciones proveen servicios a hogares urbanos de bajo ingreso, pero también son acogidas por autoridades locales con políticas pro-pobres y monitoreadas por líderes electos.⁵⁹ *Loewenson*,⁶⁰ también ha encontrado evidencias adicionales sobre el impacto de equidad en salud con los pobres que tienen las contribuciones de las organizaciones de la Sociedad Civil.

Tales organizaciones también desarrollan acciones para empoderar y ayudar a dar voz a grupos sociales marginados cuando hay situaciones de exclusión social y cultural y desigualdad de género.^{32,61,62} Las organizaciones de la Sociedad Civil han mostrado interés en fortalecer la conciencia y capacidad de movilización de la gente pobre en defensa de sus derechos sociales, en la práctica de la solidaridad y la participación, en la mejora de la gobernanza, y en procura del aumento del gasto público.⁶³ Por ejemplo, en Sur África, la Sociedad Civil ha desarrollado resonantes y exitosas campañas para influenciar las políticas de

salud y lograr acceso más equitativo de la gente infectada con VIH/sida al tratamiento de esta enfermedad.⁶⁴

Numerosos ejemplos sobre la importancia de las organizaciones de la Sociedad Civil y de los movimientos sociales con respecto de la formulación de políticas con resultados en equidad en salud y en el acceso a los servicios de salud se desarrollan a escala global.⁶⁵ Desde hace mucho tiempo las organizaciones de la Sociedad Civil de mujeres han estado trabajando en temas de la salud reproductiva como la planificación familiar, la salud sexual, la consejería en servicios, la promoción de la igualdad de género, y la equidad para el fortalecimiento del estatus de la mujer. Sin embargo, en las conferencias de las Naciones Unidas las ONGs de mujeres abogan por los derechos sexuales y reproductivos de todos, y han dejado claro que es necesario que se desarrollen cambios estructurales profundos en las políticas macroeconómicas y en el sistema global de gobernanza. También han hecho conciencia de la necesidad de construir las más amplias coaliciones de los movimientos sociales globales para impedir la privatización de los servicios sociales y apoyar la transformación de las instituciones y de las políticas macroeconómicas.⁶⁶

A pesar de esto, hay muy pocas evidencias que permitan sugerir que las organizaciones de la Sociedad Civil son más efectivas que los gobiernos para llegar a los pobres con asistencia para el desarrollo, con la excepción de la provisión directa de servicios.^{59,67} Algunos críticos sostienen que las contribuciones de las organizaciones de la Sociedad Civil son generalmente parches, mínimas y no siempre en beneficio de los pobres. Ellos apuntan que para que estas organizaciones jueguen un papel significativo en la construcción de sistemas de salud equitativos necesitan fortalecer tanto el análisis del contexto y la situación corriente de cada caso concreto como la abogacía por la equidad en salud y en la atención en salud.^{32,68,69} Sus esfuerzos para reducir las inequidades en salud y de la atención en salud

deben también tener en cuenta los puntos de vista de los miembros de las comunidades sobre las fuentes de tales inequidades.³²

Finalmente se puede concluir que de acuerdo con las enseñanzas y reflexiones que posibilitan las evidencias construidas por los investigadores puede sostenerse, como lo hace *Loewenson*,⁶¹ que al menos tres dimensiones del papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos deben tenerse en cuenta:

- el posicionamiento y promoción de los derechos y de los valores sobre equidad,
- el fortalecimiento de la voz y la participación de los más excluidos en el proceso de formulación de las políticas, y
- la reorientación de la agenda para reenfocar los sistemas de salud hacia la garantía de los derechos y la cobertura universal.

De la descripción y análisis anterior también se infiere una serie de conclusiones sobre las contribuciones de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud centrados en las personas y en la población, en el desarrollo de la acción intersectorial en salud y de la participación en la formulación de políticas pro-equidad:

En relación con la participación de los sectores en desventaja social, que son los que sufren las inequidades en salud y en la atención en salud, es necesario que además de que la Sociedad Civil logre que los sistemas de salud promuevan el empoderamiento, organización y movilización social, posibiliten el desarrollo de interfases para la participación entre las comunidades y la atención de salud a través de la Atención Primaria de Salud, y que apoyen la participación desarrollando estructuras y ambientes participativos.

La Sociedad Civil puede aportar en la provisión de servicios de atención en salud a comunidades excluidas y marginadas, pero fundamentalmente debe promover la inclusión de los individuos y poblaciones excluidas en los

sistemas de atención en salud, de modo que estos mejoren la equidad en el acceso a los servicios de salud y demás servicios sociales, así como la calidad de la atención y la armonización entre los sistemas de salud convencionales y los de las poblaciones indígenas. De igual forma la Sociedad Civil puede contribuir a que los sistemas de salud mejoren la gobernanza, la sensibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población, fortalezcan la rendición de cuentas y desarrollen un enfoque amplio de acción que permita atacar los determinantes sociales de las inequidades en salud en forma directa o a través de la acción intersectorial.

La Sociedad Civil puede contribuir a que los gobiernos y los sistemas de salud promuevan la participación en los procesos de reforma de los sistemas de salud en el marco de enfoques de cobertura universal solidarios, de atención integral y equitativa.

La Sociedad Civil puede desarrollar abogacía, campañas y movilizaciones de la población para atacar los factores contextuales y societarios que generan inequidades sociales y de salud tales como las políticas macroeconómicas y sociales nacionales y globales, los factores negativos de los acuerdos de libre comercio y la comercialización de los servicios de salud.

La Sociedad Civil puede promover campañas globales y de abogacía por el derecho a la salud, el control de los determinantes globales deteriorantes para la salud y el mejoramiento del acceso al tratamiento al VIH/sida, los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, el control y regulación del tabaco, entre otros.

Las organizaciones de la Sociedad Civil no deben participar en estrategias orientadas a privatizar los sistemas de salud, ni deben convertirse en instrumento para mitigar las deficiencias y responsabilidades del estado en la provisión de servicios de salud; por el contrario su papel ético debe ser el de comprometerse en el impulso de Sistemas Universales de Salud que demuestran que influyen positivamente en la equidad y en la garantía del derecho a la salud.

Agradecimientos

Agradecemos a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS y a la Red de Conocimientos de Sistemas de Salud de esta Comisión, el apoyo dado para esta revisión de la literatura sobre el papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud pro-equidad. A la doctora *Rene Loewenson* por sus recomendaciones durante la redacción de este documento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Word Health Organization (WHO). Understanding Civil Society Issues for WHO. Discussion Paper No. 2, February 2002. Geneva: WHO; 2002.
- Baum F. Public health and Civil Society: understanding and valuing the connection. Report. Washington, D.C.: The World Bank; 1997.
- Semeraro G. Gramsci e a Sociedade Civil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1999.
- Santos B. Estado, Derecho y Luchas Sociales. Bogotá: ILSA; 1991.
- Negri T, Hardt M. Imperio. Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 2001.
- Biagini G. 2005. Sociedad Civil y salud en Latinoamérica: aproximaciones al estado del arte de las investigaciones. Ponencia presentada en la V Conferencia Regional de ISTR, „Sociedad Civil, participación ciudadana y desarrollo“, 10 al 12 de agosto 2005, Lima, Perú [sitio en Internet]. 2005 [citado 24 May 2010]. Disponible en: http://lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/g_biagini.pdf
- World Health Organization (WHO). The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- Vega J, Irwin A, Solar O. The Health System as a social determinant of health: opportunities and challenges for improving health equity. Secretariat of the Commission on Social determinants of Health. Rio de Janeiro: Commission; 2006.
- Batte A, Odoi-Adome R. Patient involvement in treatment decision making among women with breast cancer: creating person centered and equitable health services system. Kampala-Uganda: Makerere University; 2006.
- Cathy C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Med J*. 1999;319(7212):780-2.
- Dagnino E. Civil Society and public sphere in Brazil. Limits and possibilities. Brazil: Dept of Political Sciences UNICAMP; 2002.
- Muula AS. Will health rights solve mallawi's health problems? *Croat Med J*. 2005;46(5):853-9.
- Nsutebu FE, Walley JD, Mataka E, Simon FC. Scaling-up HIV/AIDS and TB homebased care: lessons from Zambia. *Health Policy Plann*. 2001;16(3):240-7.
- Lewis M, Eskeland GS, Traa-Valerezo X. Challenging El Salvador's rural health care strategy. Washington, D.C.: The World Bank; 1999.
- Albizu JL, Todosantos G, Méndez ME. El efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida. Guatemala: Oxfam Internacional; 2005.
- Loewenson R. Civil Society-State Interactions. Geneva, Switzerland: WHO/TARSC [sitio en Internet]. 2003[citado 24 May 2010]. Disponible en: <http://www.tarsc.org/WHOCESI/pdf/WHOTARSC2.pdf>
- Barnes H. Collaboration in community action: a successful partnership between indigenous communities and researchers. *Health Promotion Internat*. 2000;15:17-25.
- Field P, Gregory G. Non government organizations to combine for work on chronic disease in aboriginal peoples. Torres Strait Islanders and rural remote populations. *Australian J Rural Health*. 2000 Aug; 8(4):239-42.
- Sen S. Some aspects of state-NGO relationships in India in the post-independence era. *Development Change*. 1999;30:327-55.
- Lopes de Carvalho F. Fighting extreme poverty in Brazil: the influence of citizens' action on government policies. Technical papers Paris, France: OECD; 1998.
- Loewenson R. Public participation in health systems. *Equinet Policy Series No. 6*. Harare: Benaby Printers; 2000.
- Mittelmark M. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion Internat*. 2001;16:269-74.
- Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Arango C, Varela A. A political analysis of corporate drug donations: the example of Malarone in Kenya. *Health Policy Plann*. 2001;16:52-60.
- Price D. Choices without reasons: citizens' juries and policy evaluation. *J Med Ethics*. 2000;26:272-6.
- Raghuram S, Ray M. The state and civil society: meeting health needs, reaching equity. *Develop*. 1999;42:54-8.
- Etemadi F. Civil society participation in civil governance in Cebu city. *Environ Urbanizat*. 2000;12:57-72.
- Lorgen CC. Dancing with the state: the role of NGOs in health care and health policy. *J Internat Develop*. 1998;10:323-39.
- Cardelle A. Democratization, health care reform, and NGO- Government collaboration: catalyst on constraint? In: Bambas A, edietor. *Health and Human Development in the New Global Economy*:

- The Contributions and Perspectives of Civil Society in the Americas, Washington, D. C.: PAHO/WHO, University of Texas Medical Branch; 2000. p. 203-29.
29. Becker D. Orgainzaoes da sociedade civil e politicas publicas em salud. Centro de Promocao da Saúde [sitio en Internet]. [citado 24 May 2010]. Disponible em: <http://www.cedaps.org.br>
 30. Foweraker J, 2000. Grassroots Movements, Political Activism and Social Development in Latin America. A comparison of Chile and Brazil. Civil Society and Social Movements Programme Paper Number 4. Geneva, Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), August 2001 [sitio en Internet]. 2000 [citado 24 May 2010]. Available in: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/DC22E12D3F6AB4EB80256B5E004D27A8/\\$file/fowerake.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/DC22E12D3F6AB4EB80256B5E004D27A8/$file/fowerake.pdf)
 31. Loewenson R. Community participation in health systems and their contribution towards health and health systems governance; processes and structure. Geneva, Switzerland: TARSC, IDS; 1998.
 32. Mclean C, Campbell C, Cornish F. African-Caribbean interactions with mental health services in the UK: experiences and expectations of exclusion as (re)productive of health inequalities. *Social Sci Med.* 2002;54(5):1-13.
 33. Mwangi CH, 2005. The work of the Permanent Committee on Patient Care and Infrastructure Management (PCPCIM): a voice of the community in patient care. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 34. Loewenson R, Rusike I, Zulu M. 2005; Assessing the effectiveness of Health Center Committees in Zimbabwe. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 35. Ngulube TJ, Mdhluli L, Gondwe K, Njobvu C. 2005. Assessing the Effectiveness of Health Center Committees in Zambia. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 36. Dayile N, Stern R. The Development of and Capacity Building of a Water and Sanitation Forum. Khayelitsha, South Africa: University of Western Cape [sitio en Internet]. 2005 [citado 24 May 2010]. Available in: <http://www.google.com/search?client=firefox-a&rls=org.mozilla%3AesES%3Aofficial&channel=s&hl=es&source=hp&biw=1024&bih=522&q=36.%09Dayile+N%2C+Stern+R.+The+Development+of+and+Capacity+Building+of+a+Water+and+Sanitation+Forum&btnG=Buscar+con+Google>
 37. Sibiya Z. 2005. Facilitating local participation in HIV and AIDS management: a case study of volunteer health workers in a rural area in South Africa. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 38. Kaona F. Identification of malaria in children under the age of five years and correct use of chloroquine at household level: the role of community participation in health, northern province of Zambia. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 39. Kaim B. 2005. Auntie Stella: teenagers talk about sex, life and relationships. Strengthening youth voice in adolescent health, training and research support centre, Zimbabwe. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 40. Motlhabane P. 2005. Peer education as a strategy for community behavioural change in youth and vulnerable groups, Matshelo Community Development Association. Reporte de la reunión regional, Enero 26 al 28 2005. Kafue Gorge, Zambia: EQUINET, CHESSORE, TARSC; 2005.
 41. Jones P. Towards equitable access to anti-retroviral treatment? Experiences from Zambia. Norway: Norwegian Centre for Human Rights; 2005.
 42. Lowenson R. Civil Society influence on Global Health Policy. Geneva, Switzerland: WHO/TARSC [sitio en Internet]. 2003 [citado 24 May 2010]. Available in: <http://www.tarsc.org/WHOCESI/pdf/WHOTARSC4.pdf>
 43. Álvarez Enríquez L. 2002. Colaboración e incidencia de las organizaciones civiles en el gobierno del Distrito Federal en la materia de salud. México, D.F.: ALAS; 2001.
 44. Stanley Foundation. The United Nations and Civil Society: The role of NGOs. Report of the Thirtieth UN Issues Conference pp 1-18. Iowa, USA: Stanley Foundation; 1999.
 45. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). 2002. Harmonization of indigenous and conventional health system in the Americas. Strategies for incorporating indigenous perspectives, medicines and therapies into primary health care. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2002.
 46. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Roles of local organizations and indigenous communities as agents for the mobilization of basic community services. 14th Reunión Inter-Americana de los Niveles Ministeriales sobre Salud y Agricultura. México, D.F. México, D.F.: PAHO/WHO; 2005.
 47. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Traditional, complementary, and alternative medicine and therapies in the Americas: policies, plans and programs. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2002.
 48. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Traditional, complementary and alternative medicines and therapies. Evaluation plan of work 200-2001 and plan of work 2002-2003. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2003.
 49. Broker WA, Sánchez NG, Arévalo M, Espinosa G. Promoción de la medicina y prácticas indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú. (Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica. Provincia de Quispicanchi, Departamento de Cuzco, Perú. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2001.
 50. Ibacache Burgos J, Chureo F, Mcfall S, Quidel Lincoleo J. Promoción de la medicina y prácticas indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Mapuche de Makewe-Pelale. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2001.
 51. Pan American Health Organization (PAHO). Lessons learned in working with indigenous women and health: the experience of Guatemala. Washington, D.C.: PAHO; 1997.
 52. O'Neill M, Lemiex V, Groleau G, Fortin JP, Lamarche P. Coalition Theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promotion Internat.* 1997;12(1):79-87
 53. Mittelmark MB. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion Internat.* 2001;16(3):269-74.
 54. Demin KA. Tobacco control policy making in Russia and the role of civil society. Report. International Development Research Centre [sitio en Internet]. 2001 [citado 24 May 2010]. Available in: http://www.idrc.ca/en/ev-1-201-1-DO_TOPIC.html
 55. World Health Organization (WHO). Communicable diseases cluster and health technology and pharmaceuticals cluster. Report 77. Geneva: WHO; 2001.
 56. Acharya S, Thomas L. Targeting Urban Poverty in India — Can NGOs and the State Cooperate? London: Government Department for International Development [sitio en Internet]. 2001 [citado 24 May 2010]. Available in: <http://www.tarsc.org/WHOCESI/propoor.php>
 57. Sen S. AIDS needs more than money and drugs, say NGOs. London: TWN; 2006.
 58. Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Empowering and expanding the role of women in food security and local development. 14th Reunión Inter-Americana de los Niveles Ministeriales sobre Salud y Agricultura. México, D.F. México, D.F.: PAHO/WHO; 2005.
 59. Watts C, Kumaranayake L. Thinking big: scaling-up HIV-1 interventions in sub-Saharan Africa. *The Lancet.* 1999;354:1492.

60. Loewenson R. Civil Society Contributions to Pro-Poor Health Equity Policies. Annotated Bibliography on Civil Society and Health. Geneva, Bogotá: WHO/TARSC; 2003.
61. Behague D, Concalves H, Dias da Costa J. Making medicine for the poor: primary health care interpretations in Pelotas, Brazil. *Health Policy Plann.* 2002;17:131-43.
62. Niang S, 2001. Reducing African Women's Vulnerability to HIV/AIDS. *Voices From Africa*, Geneva: The United Nations Non-Governmental Liaison Service (UN-NGLS);2001.
63. Bloom G. Equity in health in unequal societies: towards health equity during rapid social change. Working Paper. Sussex, UK: Institute of Development Studies; 2000.
64. Friedman S, Mottiar SH. A moral to the tale: the treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. Mandisa Mbali, South Africa: University of KwaZulu-Natal; 2004.
65. UNAIDS. NGO perspectives on the access to HIV-related drugs in 13 Latin American and Caribbean countries. Geneva: UNAIDS; 1998.
66. Petchesky R. 2000. Reproductive and sexual rights: charting the course of transnational women's NGOs. Report. United Nations Research Institute for Social Development [sitio en Internet]. 2000 [citado 24 May 2010]. Available in: <http://www.unrisd.org>
67. Williams B, Houws E, Frohlich J, Campbell C, Macphail C (2001) Lessons from the front: NGOs and the fight against HIV/AIDS in South Africa. *Voices from Africa*, 1-5.
68. Isaacs S, Solimano G. Health Reform and Civil Society in Latin America. *Develop.* 1999;42(4):70-2.
69. Labra ME, Giovanela L. 2007. Construcción del Sistema Único de Salud y participación de la Sociedad Civil. Estudio de caso. *Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur*. Rio de Janeiro:Red; 2007.
69. Labra ME, Giovanela L. 2007. Construcción del Sistema Único de Salud y participación de la Sociedad Civil. Estudio de caso. *Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur*. Rio de Janeiro: Red; 2007.

Recibido: 24 de agosto de 2010. Aprobado: 18 de enero de 2011.

Román Vega Romero. Pontificia Universidad Javeriana, Posgrados Administración en Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Calle 40 No. 6-23, Piso 8. Bogotá, Colombia. Telef.: 3208320 Ext. 5426. Correo electrónico: rvega.romero@gmail.com; maot99@yahoo.es