



OPINIÓN Y DEBATE EN SALUD

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y CAPITAL SOCIAL EN BOGOTÁ

Janeth Carrillo Franco. Médica Cirujana, Candidata a Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jcarrillo_cn@yahoo.com

INTRODUCCION

Bogotá implementó en el año 2004, un programa de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar y comunitario priorizando como elemento articulador de su ejercicio la participación social como eje del desarrollo de las comunidades y del mejoramiento integral de su calidad de vida. La APS ha pretendido fomentar la participación de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud y en el ejercicio de la exigibilidad del derecho, entendida la participación como la capacidad de la población de tomar parte efectiva y responsablemente en las decisiones del cuidado de la salud y en la implementación de programas y proyectos que a ella conduzcan.

La experiencia de APS de Bogotá, se ha gestado y desarrollado en el marco de un Sistema de Seguridad Social en Salud de corte neoliberal, donde la participación social se ha institucionalizado e instrumentalizado perdiendo su potencial de generar otros tipos de redes. Su función, desde esta perspectiva, ha sido permitir que el mercado asuma el rol de la regulación de las relaciones sociales.

A pesar de no existir consenso teórico sobre los beneficios del concepto de capital social o de sus aportes al campo de la salud, es razonable pensar que fortalecer las redes y la participación social de la comunidad en términos de confianza y cohesión social, podrían modificar el efecto de las causas individuales de los efectos de la mala



salud. La Atención Primaria en Salud puede llegar a potenciar el fortalecimiento del capital social a través del impulso que genera en las capacidades de las comunidades para participar organizadamente en todas las fases de su desarrollo, así como a través de la intersectorialidad para dar respuestas a las necesidades de la población.

Este ensayo presenta qué es el capital social y cómo se ha asociado a la salud; la participación como elemento del capital social y cómo a través del programa de APS de Bogotá, se ha fomentado la participación, aunque no se pueda hablar aún de su impacto en el desarrollo del capital social.

EL CAPITAL SOCIAL Y LA SALUD

El término capital social tiene sus raíces en la economía y se derivó de la necesidad de medir las redes en las sociedades que permiten su desarrollo; la manera de utilizar los recursos comunitarios disponibles y su incremento a través de la creación de tejido social,

como recurso e insumo de actividades productivas.

En la década de los noventa generaron una serie de publicaciones que le dan forma al cuerpo teórico del concepto de capital social. Bourdieu y Coleman identificaron el carácter no material del capital social en comparación con otras formas de capital, como el físico que puede relacionarse con la estructura de producción como las máquinas o las instalaciones; el capital humano relacionado con las habilidades, los conocimientos y la salud de los individuos y el capital social como aquel conjunto de las relaciones establecidas con otros, los vínculos que los individuos y las familias establecen para ayudar y ser ayudados por los demás (1).

Putnam define el capital social como una característica de los grupos y asociaciones políticas a nivel de naciones o comunidades. Describe las relaciones entre los individuos, las redes sociales, las normas de reciprocidad y de confianza mutua que mejoran la eficiencia en la comunidad como producto de las acciones coordinadas y que puede ser medido a través del



compromiso cívico o político (voto, confianza en políticos, participación en asociaciones voluntarias, etc.); los lazos sociales informales (tiempo libre con amigos o parientes); y las actitudes de tolerancia y confianza (1,2).

Durston agrega a la conceptualización de capital social su definición de cuatro formas del mismo: el capital social individual, que identifica las obligaciones o expectativas de reciprocidad que una persona o una familia esperan obtener a través de sus relaciones; el capital social a nivel de grupos pequeños y cerrados; el capital social a nivel comunitario, el que se encuentra en la instituciones sociales o culturales que integran una comunidad. Y el capital social que es externo a la comunidad, y que se concreta en articulaciones verticales con el resto de la sociedad (1,3,4).

Para Bourdieu, la definición de capital social está inmersa en las relaciones de poder y de clase y hace parte de la triada tridimensional de capital económico, cultural y social y se legitima a través de la mediación del capital simbólico que

enfatisa el conflicto y la función del poder en la construcción de relaciones y redes (5). Por su parte, el Banco Mundial, define y utiliza el término en sus políticas de reducción de pobreza, como “las redes y relaciones que estimulan la confianza y la reciprocidad”, pero que en la práctica se caracteriza por una política de alianzas entre diferentes sectores (4).

Definido desde varias perspectivas teóricas, al capital social se le han atribuido propiedades como la de constituirse en fuente de desarrollo económico, cultural y social de un país, ciudad o grupo, y es susceptible de ser medido a través de sus atributos inherentes como el nivel de asociación, la confianza en las instituciones, la confianza interpersonal, el gasto de la economía en las organizaciones sin ánimo de lucro y el gasto individual en el mantenimiento del estatus social (6).

En salud, se sugiere que altos niveles de capital social se asocian con mejores niveles de salud (7,34). Sin embargo, es un resultado discutido por cuanto se considera que el término capital social es vago, pobremente especificado y



peligroso en tanto asigna al individuo la mayor parte de la responsabilidad en el mejoramiento de su calidad de vida (8); critica su escasa diferenciación con conceptos establecidos con anterioridad desde la Promoción de la salud (9). Muntaner y Lynch lo reseñan en su relación con la generación de políticas sociales y de salud como una estrategia para abaratar costos descargando la responsabilidad de generar salud en las comunidades (10).

Para Walshman, el uso de capital social representa el continuismo de la cultura de la pobreza, que valida y legitima el marco de la responsabilidad del individuo sobre el cambio de la sociedad a través de la creación y fortalecimiento de redes, enfatizando el papel de las conductas individuales sobre el desarrollo del capital social o sobre la continuidad de la exclusión social sin considerar otros factores estructurales inmersos (11).

Navarro critica el escenario teórico de Putnam que, de un lado, exhorta a las personas a reunirse por el bien común y por otro los obliga a competir por los recursos, en el marco de las relaciones

económicas y sociales capitalistas, exagerando su importancia para la salud e ignorando las relaciones de clase, que, desde su punto de vista, son más importantes como determinantes de la producción de salud que el mismo capital social(12).

Kawachi encuentra una asociación positiva entre el capital social y una mejor salud, en aquellos países con bajos índices de inequidad. Sin embargo, destaca que no hay consenso en la literatura para medir el capital social, su relación y su impacto en la salud (13). Macinko y Starfield realizan un extenso análisis de literatura al respecto y definen cuatro conceptos en relación al campo de la salud: como un vector explicativo de la relación entre desigualdad de ingresos y nivel de salud; como componente de estudios sobre redes sociales y salud; como un mediador del desempeño de las políticas o reformas en salud; y como un sinónimo de privación o de cohesión en relación con la violencia y el crimen (14).

Campbell examina la relación del capital social con la Promoción de la salud y el



empoderamiento de la comunidad, destacando que las políticas y las intervenciones en salud tendrían un mayor impacto si se partiera del conocimiento de los recursos locales comunitarios involucrados en el desarrollo del capital social como la participación, niveles de confianza y de cohesión cívica (15).

A pesar de no existir consenso sobre sus beneficios para la salud, el concepto de capital social permite contextualizar la participación en la perspectiva de la creación de redes y de tejido social, que dan sentido a participar en salud, más allá de responsabilizar al individuo por sus hábitos. Permite, además, que se genere la confianza necesaria para trabajar con el otro en el logro de metas en común. Si bien no se espera que con la participación, ni con su papel en el fortalecimiento del capital social se superen las inequidades en salud, las comunidades organizadas pueden exigir en forma más eficiente sus derechos.

La participación se constituye en uno de los indicadores para medir el capital social (34). En escenarios de

descentralización y mayor poder de decisión comunitaria, la participación facilitaría el fortalecimiento de las organizaciones como actores sociales en el territorio, la cooperación, la confianza y la reciprocidad entre las organizaciones y las instituciones en torno a propósitos comunes, lo cual tendría un efecto positivo sobre la transformación del capital social como regulador de la cohesión social.

Si bien en Colombia hay pocos estudios sobre el desarrollo del capital social, Flórez menciona que el desempeño de la participación comunitaria como marcador de capital social, ha aumentado en Bogotá y se evidencia en el número de organizaciones comunitarias activas, alrededor de 3.700, que representan formas de agrupación que trabajan de manera directa y constante con grupos poblacionales a los cuales tratan de movilizar en torno a la construcción de bienes públicos. Según tipos de organización, las Juntas Comunales representan casi el 40% del total. Estas formas de agrupación social movilizan cerca de 2 millones de



habitantes al año en torno a lo público (16).

PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION PRIMARIA

Participar en salud se ha considerado como la sensibilización de la comunidad frente a los programas de desarrollo, su contribución voluntaria, o su posibilidad de formular proyectos para mejorar la calidad de vida a través de acciones en salud (17). Además, dado el enfoque de la política social, participar se constituye en expresión de la democracia y de vínculo con los programas de desarrollo (18).

Para la APS, la participación social es el derecho y la capacidad de la población a participar efectiva y responsablemente en las decisiones del cuidado de la salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación cívica general, una condición para ejercer la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública, y por lo tanto, para la equidad. Es una condición esencial para

garantizar efectividad y satisfacción y constituye un fin deseable en sí mismo (19).

Las políticas dirigidas a promover la participación social en salud se han insertado en los sistemas de salud en diversas fases de su desarrollo y responden a los contextos sociales, económicos y políticos de las sociedades que las adoptan (17). En la década de los setenta, la reflexión sobre el crecimiento desbordado de la tecnología médica, de la infraestructura hospitalaria localizada en el medio urbano y de la expansión de servicios expresados en modelos médicos que enfatizaban una atención secundaria dirigida hacia la enfermedad y que privilegiaban servicios curativos caros con pobres resultados en el estado de salud de la mayoría de la población, llevaron a la propuesta de modelos de atención con énfasis en los servicios preventivos y de promoción, con una infraestructura basada en centros de atención geográfica y organizacionalmente accesibles, en la que tenían un papel relevante los agentes comunitarios y la comunidad organizada y participando activamente



en la solución a los problemas de salud identificados, a través de la estrategia de APS.

Las experiencias comunitarias que dieron origen a la APS, se caracterizaban por ser ejercicios georreferenciados que incorporaban o partían de la participación de la comunidad en todas las fases de su desarrollo (19,20,21,22). La participación social junto con la descentralización propuestas por la APS desde Alma Ata, aportaban elementos para realizar una lectura integral de necesidades desde la comunidad, acercando los servicios de salud a la población, aumentando la eficiencia del sistema y aportando respuestas adaptadas a las necesidades locales.

Para la APS, la participación de la comunidad implicaba un proceso activo que generaba prácticas de salud socialmente aceptadas, priorizaba su contribución para lograr la autorresponsabilidad y la autogestión en salud. La participación se consideró como un medio y como un fin en sí mismo (23).

La estrategia de APS propuesta en Alma Ata se redujo un año después a la atención selectiva de algunos eventos a través de actividades focalizadas para los grupos vulnerables de mayor riesgo de los países pobres, en el marco de programas verticales de salud (20,24), mientras en los países centrales se consideró como el primer nivel de atención del sistema de salud (19, 20, 21,22). Cerca de 30 años después de la declaración de Alma Ata, sin haber logrado su propósito fundamental de Salud para todos en el año 2000 y ante la persistencia de las graves inequidades en el acceso a los servicios de salud para un margen muy amplio de la población, la Organización Panamericana de la Salud defiende el propósito de renovar la APS, revitalizando “la capacidad de los países para ensamblar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que pueda dar respuesta a los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos retos de salud y mejorar la equidad. La meta de tal esfuerzo es obtener un mejoramiento de salud sostenible para todos” (19).



En conjunto, la participación se constituye en un principio y elemento de la APS así como en una de las funciones esenciales de la Salud Pública, definida como el refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública. Está íntimamente ligada al fortalecimiento de la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil que permitan utilizar todo el capital humano y los recursos materiales disponibles para mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que favorezcan la vida saludable (25).

El trabajo en redes implica para la APS, de un lado, la participación comunitaria y, del otro, la intersectorialidad que a ella va ligada, se constituyen en uno de los elementos del Capital Social (26), definido este como el conjunto de los sistemas horizontales de participación

cívica, que pueden ser asociaciones comunitarias, grupos, cooperativas, gremios deportivos, partidos políticos, etc. que componen redes de intercambio social cuyas características centrales son la confianza, la reciprocidad y la cooperación, siendo la reciprocidad generalizada y asidua un componente altamente productivo porque facilita la solución de los dilemas de la acción colectiva (2).

ATENCIÓN PRIMARIA Y PARTICIPACIÓN EN BOGOTÁ

En Colombia, la participación en salud está mediada por la institucionalización que operó a través de la Ley 100 de 1993, como la expresión del control por parte del usuario en una relación de mercado que puede contribuir a la reducción del gasto público y en la financiación de los gastos del sistema de salud (18). La participación en salud tiene dos componentes: la colectiva y la individual. La colectiva está representada por las Asociaciones de usuarios, por los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), por la participación en los comités de



ética de las instituciones públicas y por la representatividad de la comunidad en las Juntas directivas de las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. La individual se representa en el control que ejerce el usuario a través de las oficinas de atención al usuario.

Desde esta perspectiva, la participación social en salud se entiende como el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud (27). Sin embargo, en la práctica la participación se ha reducido a la solicitud individual de servicios dadas las barreras que las mismas instituciones presentan al usuario; pocos de ellos conocen los mecanismos de participación y la vía para acceder a ellos y sigue siendo un ejercicio vertical de poder desde las instituciones que no promueven actitudes de confianza y tolerancia frente a las propuesta y demandas de la comunidad (17,28).

En respuesta a estas y otras dificultades del sistema de salud, Bogotá adoptó desde el año 2004 el ejercicio de APS con enfoque familiar y comunitario para responder a las necesidades en salud de la población más vulnerable de la ciudad, dentro del marco de su Plan de Desarrollo 2004 – 2008, estrategia de atención que aunada a un modo promocional de calidad de vida y salud, se centraba en el enfoque de derechos humanos y pretendía avanzar en la garantía del derecho a la salud, superando el enfoque exclusivo sobre la atención y recuperación de enfermedades, la participación se consideró como la base para la toma de decisiones, el auto cuidado, la cooperación o colaboración, y el ejercicio de autonomía. La APS requiere de un modelo democratizador, donde la participación social es parte integral de la estrategia, atraviesa todas sus fases y debería garantizarse en el proceso mismo de construcción del modelo de APS para la ciudad (29).

La APS se consideró como una de las estrategias centrales para la universalización y el acceso a los



servicios. Con su implementación se esperaba lograr que los recursos, los sectores, los actores, los planes de beneficios y los niveles de administración, se complementaran de manera integral para optimizar su uso y de esa forma mejorar la calidad de vida y la equidad en salud de la población de la ciudad. La estrategia se implementó a través de “Salud a su Hogar” para la población vulnerable de la ciudad de los estratos socioeconómicos 1 y 2, conformando equipos básicos con un médico, una enfermera y dos promotores de salud para 1200 familias georreferenciadas en territorios sociales.

Se pretendía que este ejercicio de APS se legitimizara socialmente, se sustentara y tuviera permanencia en el tiempo a través de la participación de la comunidad, actuando como una ruptura con la participación institucionalizada desde la Ley 100 y con una clara perspectiva de desarrollo humano y comunitario (30).

El programa Salud a su Hogar de Bogotá, apoyado en la política Pública de

Participación en salud y servicio al ciudadano, ha adelantado desde el año 2005, asambleas y encuentros con la población en territorios sociales, cuya finalidad inicial fue devolver a la comunidad los resultados obtenidos en la caracterización de la comunidad¹, proceso que consistía en la recolección puerta a puerta de la información familiar y comunitaria pertinente para realizar el análisis de la situación de salud de la comunidad. En el trabajo comunitario desarrollado principalmente por los promotores de salud, se identificaron líderes en los territorios, que fueron actores claves en el desarrollo de la estrategia de APS.

Sin embargo, el ejercicio de la participación fue muy particular para cada Localidad de la ciudad y dependió del acumulado histórico de la población sujeto, de la credibilidad en las instituciones y de la ganancia secundaria que las comunidades vulnerables anteponen a su intervención, producto

¹ La Secretaría de Salud pretende dar a conocer a las comunidades, usuarios y autoridades locales, el enfoque y desarrollo de la Atención Primaria en Salud, destacando como eje central los procesos de participación social, principio fundamental de APS (33).



histórico de las intervenciones asistencialistas por parte del Estado. Estos resultados tienen que ver con las características fundamentales del capital social como la confianza, la reciprocidad y la cooperación (3).

Tanto la confianza como la reciprocidad y la cooperación, se originan de la repetición de interacciones con otra persona o con instituciones e indica la experiencia acumulada, la espera de que el otro responderá a un acto de generosidad con un acto equivalente, nutriendo así un vínculo en que se combina la aceptación del riesgo con un sentimiento de afectividad o de identidad ampliada. Confiar implica la disposición a entregar el control de bienes propios al otro -o, en el caso de una institución, a sus autoridades- (3).

Por ejemplo, en cuanto a lo que esperaba la comunidad del programa de APS, su misma denominación –Salud a su Hogar – creó expectativas en la población sobre sus alcances en torno al acceso a los servicios, con un sentido de territorio y de universalidad. Al integrar equipos de APS para territorios sociales específicos,

se esperaba que las barreras del aseguramiento fueran superadas y ello incluía la atención por parte de los Hospitales Distritales del 100% de toda la población que fue caracterizada, independientemente de su régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, lo cual no se logró dada la estructura contractual del sistema, que mantiene y perpetúan la inequidad en el acceso (31,32).

Por tanto, para una de las principales problemáticas expuestas y sentidas por la comunidad desde lo individual, los equipos de APS no tenían ningún poder de mediación en su resolución lo que debilitó la confianza y por lo tanto la participación de la población.

En el año 2007, se formalizó la participación social en los territorios de APS a través del proceso de formación de los Núcleos de Gestión en Salud. Definidos desde los lineamientos del programa de Salud a su Hogar se puso como meta a los Hospitales de la ciudad que tuvieran equipos de APS en sus Localidades de influencia, la formación de un Núcleo de Gestión por territorio,



conformado por 20 o más personas interesadas en trabajar conjuntamente en la búsqueda de soluciones a problemas relacionados con su entorno y sus ámbitos de vida cotidiana. En este espacio de participación, se generaría como producto un plan de acción territorial con las problemáticas priorizadas por la comunidad, independientemente que éstas tuvieran relación directa de resolución por las competencias de los Hospitales y en ese sentido generar la articulación y la intersectorialidad que se requirieran para dar respuestas integrales (33).

Del establecimiento de los Núcleos de Gestión se evidenció que los procesos de convocatoria y sostenimiento de la población participante han sido difíciles. A pesar de contar con diferentes estrategias comunicativas como volantes, perifoneo, invitación puerta a puerta por los promotores, entre otras, la comunidad ha tenido una respuesta pobre; su participación varía de 5 a 40 personas, su permanencia no es estable y sus expectativas superan el alcance de resolución de los Hospitales y de otras instituciones con las que se articula (33).

Los planes territoriales en la mayoría de los Hospitales incluyen la realización de campañas educativas y de aseo, como respuesta a las condiciones de deterioro ambiental en los territorios. Sin embargo, la baja participación y la ausencia de otras instituciones no permiten que las actividades de respuesta comunitaria frente a la problemática detectada generen impacto². Otros temas de interés se han posicionado en algunas agendas locales y en general, el desarrollo de los núcleos ha sido desigual entre localidades e inclusive entre territorios de una misma localidad.

A pesar de la pretensión de robustecer la participación a través de la APS de una forma organizada, persiste la mirada institucionalizada y vertical desde el nivel central, la Secretaría Distrital de Salud, de cómo debe ejercerse; se plantea como una acción sistemática y similar para la ciudad en general sin tener en cuenta las particularidades territoriales y sin capacidad de decisión en lo Local que

² El promedio de participantes por núcleo de gestión varía entre 5 hasta 40 en las diferentes localidades. (Datos de la autora, recolectados para la caracterización del macro proceso de participación social de Salud a su Casa, Mayo de 2008).



favorecería, a través de la descentralización, el empoderamiento de las organizaciones comunitarias como actores sociales que enriquezcan las redes de cooperación en pos de la acción colectiva, requisito sine qua non de la transformación, desarrollo y fortalecimiento del capital social.

CONCLUSIONES

A pesar de no existir consenso teórico sobre los beneficios del concepto de capital social o de sus aportes al campo de la salud, es razonable pensar que fortalecer las redes y la participación social de la comunidad en términos de confianza y cohesión social, podrían modificar el efecto de las causas individuales de los efectos de la mala salud. Ello no implica desconocer el complejo tejido de determinantes que dan como resultado la exclusión y la inequidad.

La APS puede llegar a potenciar el fortalecimiento del capital social a través del impulso que genera en las capacidades de las comunidades para

participar organizadamente en todas las fases de su desarrollo, así como a través de la intersectorialidad para dar respuestas a las necesidades de la población.

Para el logro de este objetivo, se debe desplegar una nueva forma de relación comunidad – instituciones que permita recuperar la confianza, la reciprocidad y la cooperación en los territorios sociales. De ello depende que se avance de formas verticales y aisladas de participación a potenciar el ejercicio de la ciudadanía en salud.

La participación social requiere reconocer la capacidad de logro de los usuarios, como primer paso de construcción de confianza y reciprocidad. Ante una comunidad que mira con recelo la participación de las instituciones, el cumplimiento de los compromisos adquiridos es un primer paso.

La APS en Bogotá ha generado nuevos espacios de participación en los territorios que, aunque incipientes todavía, pueden superar la idea institucionalizada de participación, en los cuales es necesario integrar a otros



actores para que desde la interinstitucionalidad se genere mayor reciprocidad.

REFERENCIAS

1. Ferre Z. Capital social y redes: una aproximación al trabajo interhogares. Documento de trabajo, Uruguay: Universidad de la República, Department of Economics – dECON, 2004.
2. Labra M. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? Cad. Saúde Pública 2002; 18: 47-55 suppl.
3. Durston J. El capital social campesino en el desarrollo rural. Santiago de Chile: CEPAL, 2002.
4. Stein R. Capital social, desarrollo y políticas públicas en la realidad Latinoamericana. Unidad de políticas comparadas. Serviço Social e Sociedade 2003; 73.
5. Siisiainen M. Two_Concepts of Social Capital: Bourdieu vs. Putnam Jyväskylä: Publications of the Department of Sociology 38, Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2002.
6. Herrera C. La Dinámica del Capital Social en Colombia [Internet]. Observatorio de economía latinoamericana. Universidad de Málaga, 2004. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/co/chm-dina.htm> Consultado julio de 2008.
7. Kawachi I, Kennedy B, Lochner K. Social capital: Income inequality and mortality. American Journal of Public Health 1997; 87 (9): 1491 - 1498
8. Baum F. The rol of social capital in health promotion: Australian perspectives. Health promotion journal of Australia 1999; 9 (3): 171 – 178
9. Labonte R. Social capital and community development. Australian and



New Zealand journal of public health 1999; 23 (4): 430 – 433

10. Muntaner C; Lynch J. (1999) Income inequality, social cohesion and class relations. International journal of health services 1999; 29 (1): 59 – 81

11. Walshman J. Searching for social capital: historical perspectives on health, poverty and culture. The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health November 2006; 126 (6).

12. Navarro V. A critique of social capital. International Journal of Health Services 2002; 32 (3): 423–432

13. Kawachi I, Kamrul M, Merlo J. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review [Internet]. International Journal for Equity in Health 2006; 5(3). Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-5-3.pdf>. Consultado en julio de 2008.

14. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. Milbank Quarterly 2001; 3:387-427.

15. Campbell C. Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks. En: Baron S; Field, J; schuller, T. Social capital: critical perspectives, New York: Oxford University Press, 2001. p 182 – 196

16. Florez M. [Internet]. Construcción de Capital Social y Organizaciones Comunitarias en Bogotá. Disponible en: http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/publicaciones/gestion/GLC_39_ConstrucCapitSocialOrgancizaComunBogota.pdf. Consultado en junio de 2008.

17. Vázquez M, Siqueira E, Kuze I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria 2002; 16(1):30-38

18. AREVALO, D (2004) Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. Revista de Salud Pública 2004; 6 (2): 107 – 139.

19. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2005.



20. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1864- 1874.
21. Magnussen L, et al. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health affairs* 2004; 23(3): 167 – 176
22. Litsios S. The Christian medical commission and the development of the world health organizations primary health care approach. *American journal of public health* 2004; 94 (11): 1884 – 1893.
23. Aguilar J. ¿La participación social en salud: mito o realidad? Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2001.
24. Walsh JA, Warren, KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979; 301 (18): 967- 974
25. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Pública en las Américas. Documento Conceptual*. Washington DC: OPS, 2002.
26. Scott C, Hofmeyer A [Internet]. *Networks and social capital: a relational approach to primary health care reform. Health research policy and systems* 2007; 5 (9). Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-5-9.pdf>. Consultado en junio de 2008.
27. Supertintendencia Nacional de Salud. Circular única que modifica la circular 049 del 2008
28. Delgado M, Vásquez L. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Revista de Salud Pública* 2006; 8 (2): 128 – 140.
29. Secretaria Distrital de Salud. *La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*. Bogotá: SDS, 2004.
30. Torres M. *Participación social: eje central de la renovación de la APS. La experiencia de Salud a su Hogar*. Bogotá: SDS, 2005.



31. Eslava J, et al. Acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisben de catorce localidades de Santa Fe de Bogotá. Bogotá: Convenio Universidad Javeriana - Secretaría Distrital de Salud, 2000.

32. Vega R, et al. Uso de servicios de salud de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo en Bogotá.

Revista Gerencia y Políticas de Salud 2002; 1 (3): 116 - 129.

33. Secretaria Distrital de Salud. Reflexiones y experiencias en Atención Primaria en Salud en Bogotá, 2004 - 2007. Bogotá: SDS, 2007.

34. Pevalin DJ, Rose D. Social capital for health: investigating the links between social capital and health using the British Household Panel Survey. London: Health Development Agency, 2002.