Revista Médica ELECTRÓNICA

Rev Méd Electrón | Vol. 48. 2026 | ISSN: 1684-1824

CÓMO CITAR

Rodríguez-Barrionuevo FA. Democracia participativa en el desarrollo local como determinante en la salud poblacional. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e7166. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/7166/6644

***Autor para correspondencia:**

p7001264809@ucvvirtual.edu.pe

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y José Ramón Sanabria-Navarro.

Palabras clave:
democracia participativa; desarrollo local; salud poblacional

Key words:
participatory democracy; local development; population health

Recibido: 30/12/2025.
Aceptado: 05/05/2026.
Publicado: 14/10/2026.

Artículo de Investigación

Democracia participativa en el desarrollo local como determinante en la salud poblacional

Participatory Democracy in Local Development as a Determinant of Population Health

Fabián Alexander Rodríguez-Barrionuevo[1*] https://orcid.org/0009-0008-5822-8979

Afiliación:

[1] Universidad César Vallejo. Piura, Perú.

RESUMEN

Introducción: Aportar evidencia empírica sobre el papel de la democracia participativa como determinante social de la salud, reforzará modelos integrales que consideran la gobernanza, la equidad y la cohesión social factores clave del bienestar.

Objetivo: Determinar la influencia de la democracia participativa en el desarrollo local como determinante en la salud poblacional.

Métodos: Estudio cuantitativo no experimental, observacional y explicativo, con un diseño transversal, estudiando adultos residentes (n = 76). La democracia participativa, el capital social y la salud poblacional se evaluaron mediante el Participatory Governance Assessment Tool, el SCAT y el WHOQOL-BREF, respectivamente.

Resultados: Existe una correlación positiva y relevante entre la salud poblacional y la democracia participativa ($r = 0,48$; $p < 0,001$). El modelo de regresión lineal determinó que la democracia participativa explicó una parte significativa de la varianza en cuanto a calidad de vida vinculada con la salud ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$). El capital social tuvo una correlación importante con la salud poblacional ($r = 0,46$; $p < 0,001$) y también con la democracia participativa ($r = 0,52$; $p < 0,001$).

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Se demostró una mediación parcial, ya que el análisis de mediación corroboró un efecto indirecto relevante del capital social (β indirecto = 0,19; IC 95 % [0,11–0,28]). Las dimensiones de inclusión y toma de decisiones conjuntas presentaron las correlaciones más sólidas.

Conclusiones: Se proporcionan pruebas que apoyan el uso de modelos de democracia participativa como instrumentos fundamentales para fomentar la equidad, la sostenibilidad y la eficacia en el manejo de la salud pública.

ABSTRACT

Introduction: Providing empirical evidence on the role of participatory democracy as a social determinant of health will strengthen comprehensive models that consider governance, equity, and social cohesion as key factors of well-being.

Objective: To determine the influence of participatory democracy on local development as a determinant of population health.

Methods: A quantitative, non-experimental, observational, and explanatory study with a cross-sectional design was conducted studying adult residents (n=76). Participatory democracy, social capital, and population health were assessed using the Participatory Governance Assessment Tool, the SCAT, and WHOQOL-BREF, respectively.

Results: There is a positive and significant correlation between population health and participatory democracy (r=0.48; p<0.001). The linear regression model determined that participatory democracy explained a significant proportion of the variance in health-related quality of life (β=0.41; p<0.001). Social capital showed an important correlation with population health (r=0.46; p<0.001) and also with participatory democracy (r=0.52; p<0.001). Partial mediation was demonstrated, as the mediation analysis corroborated a significant indirect effect of social capital (β_indirect=0.19; 95% CI [0.11-0.28]). The dimensions of inclusion and joint decision-making presented the strongest correlations.

Conclusions: Evidence is provided to support the use of participatory democracy models as fundamental instruments for promoting equity, sustainability, and effectiveness in public health management.

INTRODUCCIÓN

Se ha reconocido de manera extensa que la salud de la población es un fenómeno complicado, con múltiples dimensiones y determinado socialmente, donde se entrelazan elementos económicos, políticos, culturales, ambientales y

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

biológicos.[1-3] En este contexto, las perspectivas modernas de la salud pública han dejado atrás la visión biomédica tradicional y han adoptado enfoques integrales que destacan el papel de los determinantes sociales de la salud, es decir, las circunstancias en las que los individuos nacen, se desarrollan, viven, laboran y envejecen.[4,5]

La democracia participativa, en particular en el contexto del desarrollo local, y la gobernanza democrática, son determinantes que surgen como factores esenciales para comprender las disparidades en salud y el bienestar de las comunidades.[6,7] La participación activa, informada y corresponsable de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones públicas, más allá del ejercicio periódico del voto, es el fundamento de la democracia participativa.[8,9]

En este sentido, la transparencia institucional, la rendición de cuentas, la inclusión social y el debate colectivo, son elementos que este método fomenta y que son fundamentales en el diseño de políticas públicas que respondan a las necesidades auténticas de la ciudadanía. La democracia participativa tiene un papel significativo dentro del desarrollo local, porque es en el ámbito territorial donde se evidencian con más claridad las desigualdades sociales, los desajustes de acceso a servicios esenciales y las oportunidades desiguales para lograr una vida sana.[8]

Asimismo, la habilidad de los coordinadores locales en el propósito de conjugar esfuerzos, administrar recursos y establecer acuerdos sobre metas compartidas, tiene un gran impacto en el desarrollo local, que se entiende como un proceso sostenible e interno cuyo objetivo es elevar la calidad de vida de la población.[10] En esta perspectiva, los métodos de participación ciudadana (asambleas barriales, consejos comunitarios, mesas intersectoriales y presupuestos participativos) se establecen como instrumentos estratégicos para robustecer el capital social, impulsar la unidad comunitaria y asegurar que las políticas locales atiendan a las necesidades sociales y sanitarias de la gente.[11,12]

Desde el punto de vista de la salud pública, hay múltiples evidencias que indican que las comunidades con más participación cívica y empoderamiento social suelen tener indicadores de salud más altos, menos predominio de enfermedades prevenibles y una opinión más favorable sobre el bienestar general.[13,14] La participación activa en la vida comunitaria promueve que la comunidad se apropie de los programas de salud, mejora la adherencia a las intervenciones preventivas y robustece las redes sociales de apoyo,[15,16] que son elementos protectores contra el estrés psicosocial y las enfermedades crónicas.

La democracia participativa ayuda a disminuir las desigualdades en salud al permitir que grupos que han sido marginados históricamente sean incluidos en los procesos de toma de decisiones.[14,17] Los grupos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad —como las mujeres, los pueblos indígenas, las comunidades rurales, las personas con discapacidad y los sectores con menos

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

recursos económicos— generalmente enfrentan más obstáculos para obtener servicios de salud de calidad.[18]

Cuando estos colectivos participan de manera efectiva en la formulación, aplicación y evaluación de políticas a nivel local, se pueden visibilizar sus necesidades particulares y avanzar hacia modelos de atención más justos desde el punto de vista social, más equitativos, y que tengan en cuenta las particularidades culturales.[19,20]

En el contexto local, la intersectorialidad se establece como un principio clave a fin de tratar los determinantes sociales de la salud. La democracia participativa promueve acciones coordinadas que benefician las condiciones de vida de la población, propiciando la articulación entre las áreas de vivienda, trabajo, medioambiente, educación, salud y desarrollo social.[21] Este planteamiento integral es particularmente importante para abordar situaciones complejas como la violencia comunitaria, la inseguridad alimentaria, el deterioro ambiental y la pobreza, que están fuertemente conectadas con el perfil epidemiológico de las comunidades.[22]

La participación de los ciudadanos es un elemento fundamental del derecho a la salud desde la perspectiva de los derechos humanos. La participación social no solo optimiza la efectividad de las políticas sanitarias, sino que, además, robustece el carácter democrático legítimo de las entidades públicas.[23] En este contexto, la democracia participativa se convierte en un elemento estructural crítico para la salud, porque tiene un impacto en cómo se distribuyen los recursos, el poder y las oportunidades en la sociedad.[14,24]

Sin embargo, la ejecución de sistemas de democracia participativa en el desarrollo local se topa con numerosos retos. Entre ellos, se encuentran la escasa capacidad institucional, la falta de educación ciudadana, las desigualdades de poder entre los agentes sociales y la limitada sostenibilidad de los espacios participativos. Si no van de la mano con la evaluación continua de los procesos participativos, el fortalecimiento institucional y la educación cívica, estas limitaciones pueden limitar el verdadero impacto que tiene la participación en mejorar la salud de la población.[15]

Se ha evidenciado en experiencias de gestión participativa en el sector de la salud que la corresponsabilidad entre las autoridades locales, los profesionales del área sanitaria y la población puede dar lugar a intervenciones más adecuadas, sustentables y acordes con las realidades territoriales.[25,26]

En este marco, es relevante examinar la democracia participativa en el desarrollo local como un factor esencial de la salud poblacional, teniendo en cuenta su habilidad para incidir en los procesos de toma de decisiones, así como en el reparto de recursos y la creación de ambientes saludables. Entender esta relación posibilita no solo expandir el marco teórico de los determinantes sociales de la salud, sino también guiar la elaboración de políticas públicas locales que

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

incorporen la participación ciudadana como una línea estratégica, con el fin de fomentar la salud y disminuir las desigualdades. En tal sentido, se ha propuesto como propósito de la investigación determinar la influencia de la democracia participativa en el desarrollo local como determinante en la salud poblacional.

MÉTODOS

Estudio cuantitativo no experimental, observacional y explicativo, con un diseño transversal, que busca examinar la relación entre variables de salud y sociales en un contexto territorial determinado. La investigación se basa en la hipótesis de que el desarrollo local y los indicadores de salud poblacional mejoran con niveles más altos de democracia participativa a nivel local, tanto directamente como indirectamente mediante el capital social. Esto facilita el entendimiento del rol estructural que tiene la participación ciudadana en la repartición de recursos, oportunidades y bienestar comunitario.

Fueron seleccionados 76 ciudadanos mediante muestreo irrestricto aleatorio de una población de 93 usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión (confianza: 95 %; error: 5 %), pertenecientes a la Unidad Educativa Tres de Julio, de El Carmen, Manabí, República del Ecuador.

Los criterios de inclusión que caracterizaron la población de estudio fueron: a) mayoría de edad, residentes permanentes del territorio de estudio (al menos de dos años de residencia); b) participación directa o indirecta en espacios de democracia participativa (asambleas barriales, consejos comunitarios, mesas intersectoriales, presupuestos participativos u otros mecanismos reconocidos por el gobierno local); c) capacidad cognitiva y comunicativa suficiente para comprender y responder a los instrumentos de investigación, verificada mediante consentimiento informado y autoevaluación funcional básica, así como disponibilidad de responder en todo momento a los instrumentos de evaluación, y d) acceso regular a servicios de salud públicos o comunitarios; e) aceptación voluntaria de participación, expresada mediante la firma del consentimiento informado.

El estudio fue realizado con un enfoque cuantitativo, utilizando una estructura observacional en un período determinado (septiembre-noviembre de 2025). En una etapa temprana, se llevó a cabo la identificación del territorio de estudio y el mapeo de los espacios más relevantes de democracia participativa a nivel local: mesas intersectoriales, consejos barriales, asambleas comunitarias y mecanismos de presupuesto participativo. Más adelante, se realizó un proceso de concientización a nivel comunitario en colaboración con líderes sociales y autoridades locales, para que la comunidad estuviera informada de los objetivos y el alcance del estudio.

Los criterios de inclusión que se habían establecido fueron tomados en cuenta a la hora de realizar una selección de participantes a través de un muestreo

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

irrestricto aleatorio. Después de determinar quiénes eran los participantes elegibles, se obtuvo el consentimiento informado; se aseguró que la información fuera anónima y confidencial, así también que se respetaran los principios éticos de la investigación en salud.

Se llevó a cabo la recolección de datos de forma presencial, utilizando tres herramientas estandarizadas: el Participatory Governance Assessment Tool (PGAT), con el propósito de analizar el grado de democracia participativa; el SCAT o cuestionario de capital social, que sirve para evaluar las redes sociales, la confianza y la cohesión a nivel comunitario, y el WHOQOL-BREF, que se utiliza para examinar la calidad de vida en términos de salud. Con el propósito de garantizar la uniformidad en la aplicación y la resolución de preguntas durante el proceso, los instrumentos fueron administrados por personal capacitado con anterioridad.

Antes de la recolección de datos, se realizó una prueba piloto con una muestra reducida de la población con el fin de comprobar el entendimiento de los ítems y la consistencia del procedimiento. Los datos adquiridos fueron examinados, codificados y guardados en una base de datos digital segura, con la implementación de controles de calidad para reducir la posibilidad de errores en el registro. En última instancia, se llevó a cabo la limpieza de la base de datos antes de continuar con el análisis estadístico.

Con el propósito de cumplimentar el objetivo de la investigación, se han aplicado las siguientes pruebas de valoración, a fin de proporcionar una visión general de los métodos de medición utilizados para medir el capital social en sus diversas dimensiones y escalas, así como los mecanismos mediante los cuales se presume que este influye en la salud:

Participatory Governance Assessment Tool (PGAT): Evalúa prácticas de gobernanza participativa en organizaciones o contextos comunitarios.[27] Dimensiones: inclusión de los actores sociales (qué tan representados están todos los grupos); deliberación y calidad del diálogo (si las discusiones son significativas y bidireccionales); toma de decisiones compartida (participación real en la adopción de políticas); transparencia y rendición de cuentas (claridad sobre cómo se toman y comunican decisiones); representatividad y legitimidad de los procesos. Baremo: Likert de 1-5 para cada ítem.

Capital social (SCAT): Cuestionario estructurado que mide el capital social individual o comunitario.[28] Dimensiones: participación en grupos y asociaciones (miembro de organizaciones, participación activa); redes y apoyo social (capacidad de recurrir a contactos para recursos/información); confianza interpersonal (nivel de confianza en vecinos y autoridades); normas de reciprocidad y cohesión (si las personas sienten que se ayudan mutuamente). Baremo: respuestas dicotómicas (sí/no; 1 = sí: 2 = no) para cada ítem. Los puntajes pueden sumarse por dimensión. Baremos típicos se derivan de promedios poblacionales para categorizar niveles de capital social.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Salud poblacional (WHOQOL-BREF): Mide la calidad de vida relacionada con la salud desde la perspectiva del propio individuo (26 ítems agrupados en cuatro dominios, más dos ítems generales sobre percepción global de la calidad de vida y salud).[29] Dimensiones: salud física: actividades diarias, energía, movilidad, dolor, sueño; salud psicológica (bienestar emocional, autoestima, cognición); relaciones sociales (apoyo social, relaciones personales, sexualidad); medioambiente (seguridad, entorno físico, recursos, acceso a servicios). Baremo: escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = muy en desacuerdo/no; 5 = completamente de acuerdo/sí). Las puntuaciones de cada dominio se transforman linealmente a una escala de 0-100. Valores más altos indican mejor calidad de vida en ese dominio.

Los datos recolectados con las tres pruebas de valoración descritas fueron codificados y analizados utilizando un enfoque cuantitativo inferencial. Previamente, se determinó la distribución de los datos a través de pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), lo que permitió justificar el uso de estadísticas paramétricas. Se llevaron a cabo análisis descriptivos (de media, rango y desviación estándar), con el fin de describir los niveles de salud poblacional, democracia participativa y capital social. Después, se utilizaron análisis de correlación de Pearson para explorar la relación bivariada entre las variables más importantes del estudio.

Se estimó un modelo de regresión lineal múltiple con el propósito de determinar el impacto de la democracia participativa en la salud de la población. Se utilizó como variable independiente principal el puntaje global del PGAT. Además, se hizo una valoración del papel mediador que tiene el capital social por medio de un análisis de mediación con el método *bootstrap* (5000 iteraciones), calculando los efectos directos, indirectos y totales, y los intervalos de confianza fueron del 95 %. Igualmente, se indagó sobre las conexiones entre las dimensiones particulares de la democracia participativa y los dominios de la calidad de vida a través de análisis correlacionales, con el objetivo de encontrar patrones distintivos de asociación (significancia: $p < 0,05$).

RESULTADOS

Los hallazgos descriptivos en la tabla 1 muestran grados de democracia participativa, que van desde moderados hasta altos, con especial énfasis en las dimensiones de inclusión y representatividad. El capital social exhibe una variación moderada, lo que indica disparidades en redes, confianza y cohesión dentro de la comunidad. Respecto a la salud poblacional, los valores globales de WHOQOL-BREF señalan una visión favorable de la calidad de vida, pero con amplitud suficiente para análisis explicativos.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

Variable/Dimensión	Media	DE	Mín.-máx.
Democracia participativa (PGAT total)	3,62	0,54	2,10-4,75
Inclusión de actores	3,70	0,61	2,00-5,00
Deliberación	3,55	0,58	2,10-4,80
Toma de decisiones compartida	3,48	0,60	2,00-4,70
Transparencia y rendición de cuentas	3,68	0,56	2,20-4,90
Representatividad	3,69	0,59	2,30-5,00
Capital social (SCAT total)	6,85	1,72	3-10
Salud poblacional (WHOQOL-BREF global)	68,40	11,25	42-92

La correlación entre la salud de la población, el capital social y la democracia participativa es positiva, y tiene importancia estadística (tabla 2), según el análisis correlacional. La relación más sólida se detecta entre la salud y el capital social, lo cual respalda su función como un mecanismo social crucial en cómo la gobernanza participativa afecta al bienestar general.

Tabla 2. Correlaciones entre democracia participativa, capital social y salud poblacional

Variables	PGAT	Capital social	Salud poblacional
PGAT	1	0,54**	0,46**
Capital social	-	1	0,58**
Salud poblacional	-	-	1

$p < 0,01$

El modelo de regresión múltiple (tabla 3) demuestra que la salud de la población es significativamente predecible por la democracia participativa, incluso cuando se toman en cuenta las variables sociodemográficas. El modelo, que explica el 32 % de la varianza, demuestra su importancia como determinante social de la salud en el marco del desarrollo local.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 3. Regresión lineal múltiple: democracia participativa como predictor de la salud poblacional

Predictor	β	EE	t	p
PGAT total	0,46	0,09	5,11	<0,001
Edad	–0,12	0,05	–2,10	0,037
Nivel educativo	0,18	0,07	2,57	0,011

$R^2 = 0,32$; $F = 18,6$; $p < 0,001$

La mediación analítica verifica que el capital social tiene un impacto parcial como mediador en la conexión entre la salud de la población y la democracia participativa (tabla 4). El hecho de que el coeficiente directo del PGAT se reduzca al agregar el mediador muestra que un porcentaje significativo del efecto de la participación democrática actúa por medio de la consolidación de redes sociales, confianza y reciprocidad dentro de la comunidad.

Tabla 4. Modelo de mediación: efecto del capital social

Ruta	β	EE	p
PGAT → capital social	0,54	0,08	<0,001
Capital social → salud	0,41	0,09	<0,001
PGAT → salud (sin mediador)	0,46	0,09	<0,001
PGAT → salud (con mediador)	0,28	0,08	0,002

Efecto indirecto *(bootstrap* 5000): β = 0,18; IC 95 % [0,10-0,29]

Las dimensiones de la democracia participativa muestran correlaciones sólidas con todos los ámbitos de la salud (tabla 5), en particular con las relaciones sociales y el medioambiente, lo que demuestra que los procesos locales de participación no solo afectan la salud a nivel individual, sino también las condiciones sociales y estructurales que la determinan.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 5. Relación entre dimensiones de la democracia participativa y dominios de salud

Dimensión PGAT	Física	Psicológica	Social	Ambiental
Inclusión	0,31	0,38	0,44	0,36
Deliberación	0,28	0,35	0,41	0,39
Decisión compartida	0,34	0,40	0,46	0,42
Transparencia	0,29	0,37	0,43	0,45

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la democracia participativa en el desarrollo local como determinante en la salud poblacional, a partir de la suposición de que los niveles de participación democrática más altos se vinculan con condiciones de salud superiores, ya sea de manera directa o a través del capital social. Los hallazgos conseguidos posibilitan la confirmación empírica de la hipótesis, a la vez que proporcionan evidencia cuantitativa que apoya las perspectivas actuales sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la gobernanza democrática a nivel local.

Según los análisis efectuados, la democracia participativa (medida con el PGAT), tiene una relación positiva, significativa y constante con la salud de la población, que se analiza a través del WHOQOL-BREF. El modelo de regresión lineal múltiple reveló que la democracia participativa es responsable de una parte significativa de la variabilidad en la calidad de vida vinculada con la salud, incluso cuando se controla por variables sociodemográficas importantes. Esto corrobora su función como un determinante social estructural.

Además, el análisis de mediación reveló que el capital social tiene una función de mediación parcial, lo que significa que parte del efecto de la democracia participativa en la salud se transmite mediante el reforzamiento de las redes sociales, la confianza entre individuos y las normas comunitarias de reciprocidad. Esta conclusión es especialmente importante, porque va más allá de una simple relación asociativa y muestra mecanismos sociales específicos a través de los cuales los procesos participativos tienen un impacto en el bienestar de la población.

En resumen, estos hallazgos corroboran la hipótesis propuesta y verifican que la democracia participativa no es únicamente un principio regulador de gobernanza, sino además una variable operativa que tiene repercusiones cuantificables en la salud de la población.

En el ámbito analizado, se observan niveles moderados-altos de democracia participativa, sobre todo en lo que respecta a la inclusión y la representatividad,

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

lo cual sugiere que existen espacios participativos relativamente consolidados. No obstante, aspectos como la deliberación y la toma de decisiones en conjunto, a pesar de ser positivos, tienen valores un poco más bajos. Este aspecto señala que la participación todavía tiene restricciones en cuanto a su impacto real sobre los acuerdos públicos.

El capital social evidenció una variabilidad moderada, lo que refleja disparidades internas en cuanto a acceso a redes, soporte social y confianza. Esta situación ha sido ampliamente registrada en entornos locales con diversidad socioeconómica.[17,28] Respecto a la salud de la población, los puntajes globales del WHOQOL-BREF muestran una visión positiva sobre la calidad de vida; no obstante, tienen un rango lo suficientemente amplio para distinguir gradientes sociales y aclarar las diferencias relacionadas con los procesos participativos.

Estos resultados concuerdan con estudios recientes que subrayan la relación entre un mayor empoderamiento social y participación cívica y mejores indicadores de salud, prevalencia más baja de afecciones prevenibles y bienestar subjetivo más elevado.[13,16] En específico, la sólida relación entre el capital social y la salud de la población respalda lo que indicaron Báscolo et al.,[15] quienes señalan que la participación social es un elemento crucial para que los sistemas de salud en América Latina sean efectivos.

Los hallazgos de este estudio respecto al papel mediador del capital social concuerdan con las afirmaciones de Gupta et al.,[14] quienes indican que la gobernanza participativa tiene un impacto en la salud, sobre todo cuando se traduce en relaciones sociales fuertes, confianza institucional y corresponsabilidad a nivel comunitario. Asimismo, los hallazgos se alinean con experiencias registradas de gestión participativa en el ámbito de la salud, en las que la colaboración entre ciudadanos, profesionales sanitarios y autoridades locales ha dado lugar a intervenciones más sostenibles y relevantes desde el punto de vista cultural.[25,26]

Una contribución importante de esta investigación es que se ha demostrado que las dimensiones de la democracia participativa tienen relaciones diferentes con los dominios de la salud. Se observan vínculos especialmente fuertes con el medioambiente y las relaciones sociales. Este descubrimiento reafirma la visión intersectorial del desarrollo local, enunciada por Valencia et al.[22] y Ugoani,[21] al evidenciar que los procesos participativos tienen un impacto en condiciones estructurales, como el acceso a recursos, el entorno físico y la seguridad, que son factores cruciales para definir el perfil epidemiológico de una comunidad.

Cuando los resultados son analizados desde una perspectiva de igualdad en salud y derechos humanos, adquieren especial importancia. Los grupos que han sido marginados a lo largo de la historia tienen más dificultades en el acceso a servicios sanitarios de calidad, según indica la literatura.[18] En este sentido, los resultados de la investigación apoyan el concepto de que la democracia participativa opera como un instrumento redistributivo del poder y la voz,

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

posibilitando hacer visibles necesidades concretas y progresar hacia modelos de atención más equitativos y con mayor sensibilidad cultural.[19,20]

La vinculación relevante entre la inclusión, la toma de decisiones compartida y los ámbitos sociales y medioambientales de la salud respalda el argumento de que una participación eficaz no solamente optimiza la salud promedio, sino que además ayuda a disminuir las desigualdades, un elemento esencial en la agenda actual de salud pública.

Sin embargo, el estudio tiene ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta, dado que el diseño transversal imposibilita la determinación de relaciones causales definitivas, así que es necesario interpretar los resultados en términos de asociación. Por otra parte, el tamaño de la muestra y el enfoque en un contexto determinado restringen la posibilidad de generalizar los resultados a otras regiones con diferentes dinámicas institucionales. Además, el empleo de instrumentos de autorreporte puede verse afectado por sesgos de deseabilidad social, sobre todo en variables que tienen que ver con la participación y la confianza en las instituciones.

Se recomienda que las investigaciones futuras utilicen diseños cuasiexperimentales o longitudinales que puedan analizar el efecto causal de intervenciones participativas en la salud de la población, a partir de los descubrimientos y limitaciones observadas. Además, sería apropiado añadir métodos mixtos que combinen perspectivas cualitativas para ahondar en las experiencias y percepciones de los actores locales, así como ampliar los estudios teniendo presente otras variables de intereses como las diferencias por sexo, edad, nivel educativo, y posibles gradientes sociales.

En otro sentido, se sugiere extender el análisis a subgrupos poblacionales que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad, con el objetivo de explorar más detalladamente la capacidad de la democracia participativa para reducir las desigualdades en términos de salud.

CONCLUSIONES

La democracia participativa es un factor determinante e importante del desarrollo local que afecta de manera significativa a la salud de la población. Los datos empíricos revelan que los índices de calidad de vida vinculados con la salud mejoran cuando hay mayor inclusión, deliberación y toma de decisiones compartidas. Además, se confirma que el capital social funciona como un importante instrumento de mediación, potenciando el impacto de la gobernanza participativa en la salud física, psicológica, social y ambiental de los ciudadanos. Este descubrimiento enfatiza el valor de consolidar redes en la comunidad, la confianza y la corresponsabilidad social como elementos estratégicos de las políticas de salud locales.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

En su conjunto, la investigación proporciona pruebas que apoyan el uso de modelos de democracia participativa como instrumentos fundamentales para fomentar la equidad, la sostenibilidad y la eficacia en el manejo de la salud pública, particularmente en contextos regionales marcados por disparidades sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández-Lorenzo A, Pérez-Rico C, Méndez-Rojas VE, et al. Social marketing and its influence in the solution of health problems. Rev Cubana Inv Bioméd [Internet]. 2019 [citado 29/11/2025];36(3). Disponible en: https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/79

2. Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hacia Promoc Salud. 2022;27(2):237-54. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17.

3. Holguín Zuluaga JA, Vélez Álvarez C, Betancurth Loaiza DP. Instrumento para medición de los determinantes sociales de la salud: diseño, validez facial y contenido. Diversitas. 2024;20(1):168-79. DOI: 10.15332/22563067.10230.

4. Rodríguez Torres AF, Páez Granja RE, Altamirano Vaca EJ, et al. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. Educ Méd Super [Internet]. 2018 [citado 29/11/2025];31(4). Disponible en: https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1366

5. Concepción Obregón T, Fernández Lorenzo A, Matos Rodríguez A, et al. Habilidades profesionales de intervención clínica según modo de actuación de estudiantes de tercer año de Estomatología. Educ Méd Super [Internet]. 2016 [citado 29/11/2025];31(1). Disponible en: https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/941

6. Juvinyà-Canal D, Espinal-Utgés S, Pertierra-Menéndez B, et al. Análisis descriptivo de la formación en participación comunitaria en salud en España. Gac Sanit. 2020;34(6):567-71. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.05.004.

7. Restrepo Pimienta JL, Cotrina Gulfo YE, Daza Suarez A. Participación ciudadana en el sistema de seguridad social en salud en Colombia. Rev Cienc Soc [Internet]. 2021 [citado 29/11/2025];27(1). Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/280/28065533018/28065533018.pdf

8. Rodríguez Casallas DF, Páez Moreno ÁE, Román Acosta D, et al. Participación ciudadana, gobernanza democrática y derecho al desarrollo: una revisión sistemática. Telos. 2024;26(1):198-214. DOI: 10.36390/telos261.13.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

9. Zhang W. Citizen Participation in Public Decision Making. Rev Public Adm Manag. 2025;13(2):1-2. DOI: 10.35248/2315-7844.25.13.487.

10. Marín-González F, Moganadas SR, Paredes-Chacín AJ, et al. Sustainable local development: Consolidated framework for cross-sectoral cooperation via a systematic approach. Sustainability. 2022;14(11):6601. DOI: 10.3390/su14116601.

11. Schugurensky D, Mook L. Participatory budgeting and local development: Impacts, challenges, and prospects. Local Dev Soc. 2024;5(3):433-45. DOI: 10.1080/26883597.2024.2391664.

12. Vinueza-Tapia EO, Millán-Caballero R, Sánchez-Córdova B, et al. Quality of management in physical activity, sports and health in the provincia de Orellana, Ecuador. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado 29/11/2025];47:e6592. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6592

13. Jimenez C, Heller JC. Community organizing and public health: a rapid review. BMC Public Health. 2025;25(1):669. DOI: 10.1186/s12889-025-21303-8.

14. Gupta P, Rouffy-Ly B, Rohrer-Herold K, et al. Assessing the interactions of people and policy-makers in social participation for health: an inventory of participatory governance measures from a rapid systematic literature review. Int J Equity Health. 2023;22(1):240. DOI: 10.1186/s12939-023-01918-2.

15. Báscolo E, Vance C, Leys M, et al. Social participation in health: analysis of progress and challenges for the Region of the Americas. Rev Panam Salud Pública. 2024;48:e70. DOI: 10.26633/RPSP.2024.70.

16. Lewis EC, Eldridge GD, Villarreal DL, et al. Civic Engagement and Social Connectedness in Rural Communities: The Role of Sociodemographic Factors and Social Determinants of Health in Rural Areas of the United States. Soc Sci. 2025;14(11):674. DOI: 10.3390/socsci14110674.

17. Gilbert KL, Shaw M, Siddiqi A, et al. Achieving the health equity agenda through transformative community-engaged strategies. Prev Chronic Dis. 2023;20:E99. DOI: 10.5888/pcd20.230077.

18. Alonso JP, Cejas C, Berrueta M, et al. Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America: a qualitative study of key informants' perspectives. Reprod Health. 2024;21(1):187. DOI: 10.1186/s12978-024-01927-6.

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

19. Tollmann P, Leimann J, Köckler H, et al. Engaging vulnerable communities in urban health: A systematic review of participation strategies. Public Health. 2025;246:105837. DOI: 10.1016/j.puhe.2025.105837.

20. Fernández G. Políticas públicas para la transformación sanitaria en América Latina centradas en participación social, equidad y atención primaria: una revisión de literatura. Espacios. 2025;46(5):96-109. DOI: 10.48082/espacios-a25v46n05p09.

21. Ugoani J. Participatory Governance and Community-Driven Development: The Klugman Examples. Tokio: R Discovery; 2024. DOI: 10.2139/ssrn.4735267.

22. Valencia O, Montoya JA, López MC, et al. Addressing nutritional inequities in vulnerable Colombian communities: an analysis from socioeconomic, cultural, and healthcare challenges. BMC Public Health. 2025;25(1):1575. DOI: 10.1186/s12889-025-22694-4.

23. Marshall AI, Kantamaturapoj K, Kiewnin K, et al. Participatory and responsive governance in universal health coverage: an analysis of legislative provisions in Thailand. BMJ Glob Health. 2021;6(2):e004117. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004117.

24. King AC, Doueiri ZN, Kaulberg A, et al. The Promise and Perils of Artificial Intelligence in Advancing Participatory Science and Health Equity in Public Health. JMIR Public Health Surveill. 2025;11(1):e65699. DOI: 10.2196/65699.

25. Sandhya YK, Khanna R. Community participation in demanding accountability for health systems strengthening. Indian J Med Ethics. 2021;6(4):279-81. DOI: 10.20529/IJME.2021.074.

26. Morales-Garzón S, Chilet-Rosell E, Hernández-Enríquez M, et al. Co-creating community initiatives on physical activity and healthy eating in a low-income neighbourhood in Quito, Ecuador. Glob Health Res Policy. 2025;10(1):18. DOI: 10.1186/s41256-025-00412-2.

27. UNDP. Participatory Governance Assessments: A Methodological Guide. New York: United Nations Development Programme; 2023.

28. Krishna A, Shrader E. Social capital assessment tool. En: Conference on social capital and poverty reduction. Washington DC: The World Bank; 1999.

29. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [citado 29/11/2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf

Los artículos de **Revista Médica Electrónica** de la **Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas** se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu