

Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano*

Helena González Gómez**
Isabel Caro López***
Isabel Cristina Bedoya C.****

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2011
Fecha de aprobación: 29 de septiembre de 2011

Resumen

El artículo tiene como propósito aportar los antecedentes históricos y las perspectivas de la participación, como fundamento de la salud como derecho, a los estamentos sociales, institucionales y académicos responsables de su gestión y fortalecimiento. Se muestran logros y barreras de los procesos participativos, en cuatro momentos históricos, determinados por el enfoque y la estructura del Sistema, por las políticas de salud y por las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas que han condicionado la participación e incidencia ciudadana en procesos de promoción, prevención, atención y vigilancia en salud, con enfoque de derechos, equidad y justicia social. Se recogen, además, propuestas para el fortalecimiento de la participación en salud, resultado de las discusiones de la mesa temática Usuarios del Sistema, convocada en septiembre de 2010 por el Ministerio de la Protección Social en el marco del proceso de reforma al Sistema de Salud. Finalmente, se proponen exigencias, estrategias y formas para la participación con incidencia, apostándole a la intervención de los ciudadanos y de sus organizaciones en la formulación, gestión y vigilancia de políticas públicas por el derecho a la salud.

Palabras clave: salud, derecho, participación, equidad, ciudadanos, incidencia.

* Artículo originado en la experiencia de trabajadoras sociales, vinculadas al sistema de salud, en procesos de construcción e implementación de políticas de participación en las secretarías de salud de Cundinamarca y Bogotá y las universidades de La Salle y del Valle del Cauca, así como de la mirada de ciudadanas y ciudadanos vinculados a procesos de participación comunitaria en salud, en diferentes instituciones del sistema.

** Trabajadora Social, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Especialista en Planificación y Administración del Desarrollo Regional, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. Estudios de maestría en Gobierno Municipal, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia. Docente del Programa de Trabajo Social, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Ex jefe de la División y Oficina de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia, hasta 2005. Investigadora en salud y consultora en políticas sociales.

*** Trabajadora Social, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia. Docente del Programa de Trabajo Social, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Jefe de la Oficina de Trabajo Social y Participación Social de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, hasta 1996. Asesora de la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, hasta 2009.

**** Trabajadora Social, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Docente del Programa de Trabajo Social, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Investigadora del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia, 2002. Actualmente, miembro del Centro de Investigación en Hábitat, Desarrollo y Paz y del grupo de investigación Calidad de Vida y Política Social, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia.

Historical Background and Perspectives of Social Participation in the Colombian Health System

The paper aims to provide the historical background and perspectives of participation as a foundation of health as a right to the social, institutional and academic classes in charge of managing and strengthening it. The achievements and obstacles of the participative processes are shown in four historical moments, determined by the focus and structure of the System, health policies, as well as the socioeconomic, cultural and political conditions that condition citizen participation and incidence in the promotion, prevention, attention and surveillance processes related to health, with a particular focus on rights, equity and social justice. The paper also gathers together the proposals for strengthening participation in health, which resulted from the discussions at the System Users discussion panel, summoned in September 2010, by the Ministry of Social Protection within the framework of the Health System reform process. Finally, the paper suggests a series of incidental participation requirements, strategies and methods, betting on the participation by citizens and their organizations in the formulation, management and surveillance of public policies related to the right to health.

Keywords: Health, rights, participation, equity, citizens, incidence.

Antecedentes históricos e perspectivas da participação social no sistema de saúde colombiano

O artigo tem como propósito apresentar os antecedentes históricos e as perspectivas da participação, como fundamento da saúde como direito, as camadas sociais, institucionais e acadêmicos responsáveis por sua gestão e fortalecimento. São mostradas as conquistas e barreiras dos processos participativos, em quatro momentos históricos, determinados pelo enfoque e a estrutura do Sistema, pelas políticas de saúde, e pelas condições socioeconômicas, culturais e políticas que têm condicionado a participação e incidência cidadã nos processos de promoção, prevenção, atendimento e vigilância da saúde, com enfoque nos direitos, equidade e justiça social. Além disso, são apresentadas, propostas para o fortalecimento da participação na saúde, resultado das discussões da mesa temática Usuários do Sistema, convocada em setembro de 2010 pelo Ministério da Proteção Social dentro do processo de reforma do Sistema de Saúde. Finalmente, se propõem exigências, estratégias e formas para a participação com incidência, apostando na intervenção dos cidadãos e de suas organizações na formulação, gestão e vigilância de políticas públicas pelo direito à saúde

Palavras chave: saúde, direito, participação, equidade, cidadãos, incidência.

Introducción

La importancia de la participación ciudadana y comunitaria en los diferentes escenarios de la vida social y política de un país, se plantea desde la concepción según la cual, pertenecer a un conglomerado social es tener la posibilidad de decidir sobre la vida que allí se gesta. En tal sentido, la participación es comprendida como proceso de organización social y comunitaria y abordada desde la perspectiva de las ciencias sociales.

Velásquez y González plantean que la participación “es una forma de intervención social que le permite a los individuos reconocerse como actores, los cuales –al compartir una situación determinada– tienen la oportunidad de identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes y están en capacidad de traducirlas en formas de actuación colectiva con cierta autonomía, frente a otros actores sociales y políticos” (2003, p. 29).

Así, podría pensarse que la participación es el medio y el fin por el cual se democratiza el Estado, entendido esto, como “la relación real y concreta en que los ciudadanos inciden en la vida política y social para resignificar las estructuras de poder” (Bedoya et ál., 2008, p. 188). El Estado moderno ha incorporado la democracia como un sistema político legítimo para la organización y atención de las demandas de la sociedad, que requiere la construcción de la ciudadanía activa.

Desde esta perspectiva, Palma entiende la gobernabilidad “como el funcionamiento adecuado de la democracia, el respeto de los derechos humanos y la eficiencia del Estado [...] Esto sucede por la necesidad de establecer un contacto entre los ciudadanos y el gobierno y obedece a intereses que hacen que dicho contacto tenga unos grados de intensidad” (1999, p. 48).

Por su parte, Oraisón plantea que la construcción de ciudadanía “es necesaria para contribuir a cerrar las brechas de la desigualdad, especialmente frente a las condiciones existentes que imposibilitan disfrutar el derecho a la salud” (2005, p. 13). Este, como bien común, “es viable en la medida que todos los miembros de una sociedad participan y no se asume en la lógica del mercado como un bien/servi-

cio en el que unos son proveedores y otros, clientes” (Yepes et ál., 2010, p. 19). Así mismo, Oraisón sostiene que:

Quando los actores sociales interactúan en la coadministración de algunas de las instancias o acciones que componen la operatividad de un programa o política pública, la plenitud de ensanchamiento de la base de la copa, es decir, la efectividad mayor de la participación se encuentra en la ejecución de parte de las acciones de los programas por los beneficiarios de estos (2005, p. 27).

En igual sentido, Arango (2005, p. 269) afirma:

Otro elemento que resulta fundamental para poder afirmar que los ciudadanos tienen la posibilidad de ubicarse como actores políticos en un contexto democrático, se refiere a los derechos subjetivos que singularizan al Estado de Derecho y que otorgan al ser humano la posibilidad de extender sus derechos, desde la esfera de las relaciones económicas interpersonales a las relaciones de poder; de tal manera que el individuo posee, frente al Estado, no solo derechos privados, sino también derechos públicos.

Sin embargo, en la actualidad, la concepción de ciudadanía que surge con la modernidad, íntimamente asociada al Estado, se encuentra en crisis. Por un lado, desde el punto de vista político, se ha puesto de manifiesto la desconexión entre las bases teóricas de la ciudadanía y las vías prácticas de su concreción en las realidades de la democracia latinoamericana, cuando se compara el diferente acceso de los ciudadanos al disfrute de bienes, derechos y poder.

Ahora bien, si se realiza un recorrido por las conferencias internacionales de atención primaria y promoción de la salud convocadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la PSS ha sido un tema clave de discusión, y en las declaraciones y documentos donde se establecen los compromisos políticos de los gobiernos a favor de la promoción de la salud, ha sido una constante que la PSS sea concebida como un requisito, una estrategia medular de acción o un principio fundamental.

En la *Declaración de Alma-Ata* (URSS, 1978), emanada de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unicef, se

estableció como un cuarto postulado que “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. Y al definir los fundamentos de la atención primaria de salud (el pueblo):

exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar (OMS, OPS y Unicef, 1978).

A su vez, la I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, en noviembre de 1986, emitió la *Carta de Ottawa*, dirigida a la consecución del objetivo *Salud para Todos en el Año 2000*, dentro de una nueva concepción de la salud como resultado de la acción intersectorial para la satisfacción de necesidades. Dice la carta:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

Además, los participantes de esta conferencia se comprometieron a “aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general”.

Por su parte, en la *Declaración de Yakarta* (1997), fruto de la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, *Nuevos Actores para una Nueva Era, Guiando la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI*, y dentro de un enfoque de determinantes, se establece que:

Los prerrequisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo, la pobreza es la mayor amenaza a la salud [...] La par-

ticipación es esencial para mantener los esfuerzos. La gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos de toma de decisión para hacerlas efectivas (OPS, 1997).

A su vez, en la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, *Hacia una Mayor Equidad*, realizada en Ciudad de México, en junio de 2000, se argumentó que el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades es el aspecto central de la promoción de la salud; se expresó “la preocupación de que tanto el gobierno como el sector sanitario todavía no comprenden la promoción de la salud basada en la comunidad”; se consideró importante la mayor integración entre las universidades y los miembros de la comunidad; se destacó la función esencial de las comunidades en la evaluación de la calidad de los servicios de salud y, de manera particular, se enfatizó que uno de los temas de la promoción de la salud es generar sistemas de salud equitativos y que, por lo tanto, “es necesario enfocar esfuerzos para el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades y empoderamiento del individuo” (OPS, 2000).

Igualmente, en la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Tailandia, se emitió la *Carta de Bangkok* en la que se afirma que “las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional”.

Dado el anterior marco conceptual e histórico, son dos los objetivos de este artículo: primero, describir la trayectoria histórica de la PSS en Colombia, a partir de la experiencia profesional y, segundo, revisar la normatividad en el sistema de seguridad en salud, todo ello a fin de proporcionar elementos de reflexión que contribuyan a la definición de una política de PSS que a su vez, promueva y facilite la incidencia de la sociedad civil en la construcción de un sistema de salud equitativo y justo.

Se reconstruye la experiencia a partir del análisis histórico y la narrativa como “métodos que permiten recoger las vivencias como una acción reflexiva de los sujetos” (Bolívar, 2002, p. 4), lo que ofrece la posibilidad de reconocer maneras particulares de mirar el mundo, permitiendo la construcción de estrategias sistemáticas para describir y

entender las situaciones que los sujetos experimentan, un sujeto consciente que autointerpreta y que a su vez es relacional (sujeto social). Por tal razón, los conceptos tienen gran significado porque se parte de las concepciones que se tienen del mundo, las preguntas que se hacen sobre la realidad social, la forma como se formulan dichos interrogantes y las respuestas que se obtienen.

En este sentido, el análisis es la manera de argumentar las evidencias a partir de las experiencias, los relatos de actores del sistema de salud, funcionarios y líderes de organizaciones sociales en salud. También forman parte de los resultados, algunas de las conclusiones presentadas por la mesa temática Usuarios del Sistema dentro del proceso de reforma del sistema de salud, convocada por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en septiembre de 2010, con la finalidad de aportar en las discusiones para el fortalecimiento de la participación en salud.

1. Análisis histórico del desarrollo de la participación en el sistema de salud en Colombia

Los antecedentes de la PSS en nuestro país se remontan a la década de 1970, en respuesta, en primer lugar, al Plan Decenal de Salud de las Américas 1972-1982, que establecía como una de las políticas para los gobiernos de América “La organización de la comunidad que será el elemento decisivo para aprovechar el inagotable potencial de la población, canalizando sus inquietudes hacia actividades con repercusiones trascendentales en la lucha por alcanzar más y más altos niveles de salud” (OPS, s. f.). En igual sentido, la Declaración de Alma-Ata señalaba entre sus conclusiones que:

Para promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo se requiere la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores (OMS, OPS y Unicef, 1978).

Por esto en Colombia, desde los años 1970, tenemos evidencias legales y prácticas de la participación de la

comunidad en el desarrollo del sector de la salud y en sus políticas, mediante espacios, formas y mecanismos a través de los cuales se ha logrado que las comunidades se involucren en procesos de autocuidado de la salud, movilización en torno de programas preventivos y uso de instrumentos de control social y (de manera restringida e inequitativa) de mecanismos de democracia representativa, tales como juntas directivas de empresas sociales del Estado (ESE) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), consejos territoriales de salud y últimamente en la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Sin embargo, a lo largo de este proceso histórico, se han presentado tensiones y barreras en la política de salud, en las instituciones y en las comunidades que se han constituido en condicionantes para que esta participación promovida por el Estado no haya sido determinante para la democratización del sistema y para avanzar en el ejercicio de la salud como derecho.

Además, la concepción que sobre participación se ha tenido en el desarrollo del sistema de salud, ha sido coherente con el modelo de desarrollo que orienta la gestión estatal y el modelo de salud, por lo cual, la participación en diferentes momentos ha sido concebida como un componente de los programas de salud, como una estrategia, como un derecho y un deber ciudadano y, en la actualidad, como un mecanismo para legitimar, a través de espacios de representatividad bastante restringidos y fragmentados, políticas de salud elaboradas en forma centralizada, con mínima participación regional y local.

En este devenir histórico, se pueden distinguir cuatro momentos dentro del proceso de desarrollo de la PSS en Colombia:

1.1. Primer momento: participación como soporte de la atención primaria de salud

En este primer momento, la PSS es vista como trabajo colaborativo para construir y mejorar la infraestructura hospitalaria y como uno de los soportes de la atención primaria de salud, APS (decretos 036 y 350 de 1975). En dicho primer momento, que coincide con la reestructuración del Sistema Nacional de Salud colombiano, la concepción de salud comienza a pasar de un fuerte énfasis

sis en lo biológico y en la unicausalidad de los daños, a la multicausalidad, a partir de la teoría de Bloom que enfatiza en lo intersectorial y en lo interdisciplinario para el abordaje de la problemática salud-enfermedad.

Por esto, el proceso de reestructuración del sistema de salud, se abre la posibilidad legal de la PSS a través de los decretos 056 y 350 de 1975, que posibilitan la creación de la Oficina de Participación Social en el Ministerio de Salud; de las secciones de Trabajo Social en departamentos, intendencias y comisarías y de los departamentos de Trabajo Social en los hospitales de todo el territorio nacional, dependencias encargadas de promocionar y fomentar los procesos participativos.

Además, se integran, dentro del estatuto único de personal del sistema, los perfiles de trabajador social, sociólogo, antropólogo, educador en salud, auxiliar de trabajo social y promotora comunitaria de salud, como integrantes del equipo interdisciplinario de salud, y se abren espacios para la participación de las comunidades a través de su representación en las juntas asesoras de los niveles seccionales, y de la creación de comités comunitarios de salud en los hospitales, centros y puestos de salud.

Esta apertura a la interdisciplinariedad para la promoción, prevención y atención en salud, generó la vinculación de un considerable número de trabajadores sociales y de otros profesionales de las ciencias sociales en los diferentes niveles del sistema y la inclusión de profesionales de estas ciencias en programas de educación continuada, antes exclusivos para profesionales de las ciencias de la salud, tales como especializaciones y maestrías en salud pública, vigilancia epidemiológica, gerencia en salud, medicina social y atención primaria, entre otras.

Los comités comunitarios de salud, forma primaria de participación comunitaria en el sector, se organizaron y funcionaron en la mayor parte de organismos de salud del país, cumpliendo una misión de colaboración para el mejoramiento de las infraestructuras hospitalarias y para la ejecución de programas de salud en el marco de la atención primaria (APS) planificados por los equipos interdisciplinarios, a partir de procesos de planeación institucional.

Por lo tanto, con este enfoque, la comunidad participaba solo en la ejecución de programas y proyectos. No se concebía que esta tuviese injerencia en la planeación, control social o toma de decisiones. Sin embargo, hay que reconocer que con el trabajo y movilización de las comunidades en torno de la APS, entre 1975 y 1993 se lograron importantes avances en salud pública: se contribuyó a la erradicación de la poliomielitis, la disminución de índices de enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el aumento de las coberturas de vacunación en importantes porcentajes.

Además, se desarrollaron en todo el territorio nacional programas de atención primaria con enfoque comunitario como las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (Urocs), las Unidades de Atención a la Infección Respiratoria Comunitarias (Uairacs), las boticas comunitarias y las jornadas nacionales de vacunación con participación intersectorial y comunitaria, entre otras muchas experiencias, que se vivieron en diferentes regiones del país. Infortunadamente la falta de información y sistematización del trabajo comunitario impide dimensionar el impacto real de la participación de las comunidades en el desarrollo de estos programas y su incidencia en la salud de la población.

También es importante señalar que en este periodo de implementación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud (1975-1993), el fortalecimiento de la participación a nivel de políticas y programas sectoriales estaba a cargo de la Dirección de Participación Social del Ministerio de Salud, a través de un equipo interdisciplinario de las ciencias sociales, integrado por sociólogos(as), trabajadores(as) sociales, antropólogos(as) y psicopedagogos(as) que posicionaron los determinantes sociales de la salud en las agendas y discusiones desde el Ministerio de Salud, posibilitaron la asignación de recursos financieros para el desarrollo de la participación en los diferentes niveles del sistema e impulsaron como estrategia de educación en salud, a nivel nacional, la pedagogía crítica basada en el diálogo de saberes y en el desarrollo de técnicas que posibilitaran la reflexión y la acción.

Dicho equipo de profesionales impulsó, además, el desarrollo de programas intersectoriales con un enfoque inte-

gral y participativo. El Programa de Educación Familiar para el Desarrollo Infantil (Pefadi) y el programa Supervivir son solo dos ejemplos de acciones integrales desarrolladas por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) con el objeto de convertir a maestros de escuela rural y a estudiantes de los grados décimo y undécimo en promotores y vigías de la salud, con la participación de los equipos interdisciplinarios de tales entidades y con una amplia participación comunitaria.

Los importantes resultados traducidos en mejoramiento de condiciones de vida, aumento de la participación comunitaria e intersectorial y la disminución en las tasas de morbimortalidad por causas prevenibles, observadas en diferentes regiones del país, como fruto de estos programas, nunca fueron lo suficientemente evaluados.

En términos operativos, estas acciones fueron implementadas generalmente por trabajadores y trabajadoras sociales, talento humano presente en el 100% de seccionales de salud del país y en la totalidad de hospitales de segundo nivel de atención, por lo general ubicados en los entonces denominados *territorios nacionales*. Profesionales que, de acuerdo con las funciones y perfiles definidos por el Ministerio de Salud, orientaban su acción al fortalecimiento de los procesos de participación social, de atención primaria de salud e intervención familiar, individual o grupal en torno de problemáticas sociofamiliares, especialmente en instituciones de salud de mayor complejidad.

1.2. Segundo momento: participación con carácter representativo en la toma de decisiones

Como antecedente de la creación del Sistema General de Seguridad Social, el Decreto 1216 de 1989 establece que se organicen los Comités de Participación Comunitaria (CPC) en puestos, centros de salud y hospitales y regula la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Con la expedición de la Ley 10 de 1990, los representantes de las organizaciones comunitarias de salud, empezaron a formar parte de las juntas directivas de hospitales

universitarios, regionales y locales que a partir de esta fecha, están integradas en una tercera parte por profesionales del sector; en otra tercera parte, por funcionarios públicos y representantes del sector político-administrativo de municipios, distritos y departamentos y en otra tercera parte, por representantes de los usuarios de los servicios de salud, designados por las organizaciones comunitarias del sector cubierto por cada hospital. En otras palabras, a partir de este momento el sector le da una nueva dimensión a la participación comunitaria: se pasa de la colaboración a la posibilidad de intervenir en la toma de decisiones en los hospitales, hoy empresas sociales del Estado (ESE), con un enfoque de participación por representatividad, que en la práctica tiene una característica común: el divorcio de los representantes con las bases que los eligen.

1.3. Tercer momento: participación como derecho

En este tercer momento, la PSS es concebida como principio, derecho y deber, pero está fragmentada y limitada por el mercado. La Constitución Política de 1991 reconoce y eleva la participación a la categoría de principio regulador del Estado Social Democrático de Derecho (preámbulo y artículos 2º y 12º), como garantía de derecho (artículos 23, 40, 41, 42, 48, 49, 57, 60, 77, 87, 88, 89, 103, 104, 105, 106, 107, 112, 155, 176, 266, 270, 311, 318, 329, 330, 339, 340, 342, 369 y 377) y como deber de los ciudadanos (artículo 95-5).

Así mismo, la Ley 100 de 1993 consagra la participación como principio tanto del sistema de salud como del sistema general de seguridad social en su conjunto; además, garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la debida organización y prestación del servicio público de salud, a través de la participación de los afiliados, individualmente o a través de sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del SGSSS (artículo 159-5). Y en igual sentido, el Decreto 1757 de 1994 reglamenta “La intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control,

gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto”.

En otras palabras, con la Constitución Política de Colombia de 1991, surgieron nuevos espacios y mecanismos que facilitaron la participación ciudadana y comunitaria institucionalizada; y con la expedición de la Ley 100 de 1993 y su Decreto Reglamentario 1757 de 1994, a la participación comunitaria en salud se le abrieron nuevas perspectivas, toda vez que podía tener injerencia dirigida y controlada por las instituciones del sector.

Así, los servicios de información y atención al usuario, las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria tienen un ámbito de acción institucional orientado a la búsqueda del mejoramiento de la calidad de los servicios, el control social sobre los recursos, el cumplimiento de los deberes y el respeto de los derechos de los usuarios, mientras que los comités de Participación Comunitaria (Copacos) tienen un ámbito de acción local y una orientación hacia la planeación participativa, la promoción de la salud y el desarrollo local. Posteriormente, se conforman las Empresas Solidarias en Salud, otra forma de participación comunitaria o, más exactamente, de articulación de las redes sociales en la oferta de servicios.

Paradójicamente, a pesar de la apertura legal en cuanto a espacios y mecanismos de participación, en este tercer momento, el apoyo institucional a la participación disminuyó drásticamente: en la estructura del nuevo Ministerio de Protección Social que reemplazó al Ministerio de Salud, no se contempló la participación comunitaria, en las estructuras de las secretarías departamentales de salud desaparecieron las secciones de Trabajo Social o de Participación y, a través de procesos de reestructuración administrativa, los perfiles de los profesionales de las ciencias sociales dentro de los equipos interdisciplinarios del sector fueron suprimidos.

Esta situación se vivió en todas las direcciones de salud del país con excepción de la Secretaría Distrital de Salud, donde la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano continúa acompañando e impulsando estos procesos. Semejante falta de apoyo institucional a la participación en lugar de generar *procesos autónomos*, ha ido

en detrimento no solo de dicha participación, sino de la promoción de la salud y de la estrategia de atención primaria de salud.

1.4. Cuarto momento: participación burocrática-técnica

La reforma del sistema de salud mediante la Ley 1438 de 2011, en el Título VIII, *De los Usuarios del Sistema*, artículo 136, establece que el Ministerio de la Protección Social definirá y reglamentará una política nacional de participación. Así mismo, la Ley 1122 de 2007 define la figura del Defensor del Usuario con funciones de asesor y consultor en la Comisión de Regulación en Salud y, de acuerdo con el mencionado artículo 136 de la Ley 1438, la política nacional de participación social debe tener los siguientes objetivos:

Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste; promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud; incentivar la veeduría de recursos del sector de la salud y el cumplimiento de los planes de beneficios; participar activamente en los ejercicios de definición de política; participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud; defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Lo anterior indica que para el desarrollo de los procesos de la participación en salud se abren oportunidades futuras, que en la reglamentación de la Ley deberán tenerse muy presentes como imperativos para definir el marco que posibilite la construcción del camino del derecho a la salud en Colombia.

Indudablemente es necesaria la reflexión en torno de las barreras, tensiones y retos para que en el nuevo sistema de salud se promueva una participación democrática y equitativa en los procesos de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y en la vigilancia y control sobre la calidad de los servicios y el manejo de los recursos, con el fin de construir un sistema que posibilite intervenir en la formulación y gestión de las políticas de salud con enfoque de derechos.

2. Barreras de la participación

Después de diecisiete años del desarrollo, con avances y retrocesos, de la participación social en el SGSSS y con base en la experiencia documentada, pueden señalarse como las principales barreras de los procesos participativos:

2.1. Barreras originadas en las políticas de participación

El concepto de Participación Social en Salud (PSS) no es claro; es limitado y no se orienta a la defensa de la salud como derecho. Se transcribe la participación en las instituciones del sistema excluyendo, por lo tanto, a ciudadanos que, por limitaciones económicas, culturales o geográficas, no están incluidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En la Ley 100 de 1993 y en el Decreto 1757 de 1994, se establecen diversos mecanismos y formas de participación en procesos de planeación y veeduría que en la práctica son difíciles de implementar debido a que los procesos de planeación y control del sistema están totalmente institucionalizados. Por ejemplo, la vigilancia y control de los planes, programas y proyectos de salud son objeto de los organismos institucionales de control y de firmas interventoras, así que las recomendaciones y quejas de los veedores ciudadanos por lo general no son tenidas en cuenta para la toma de decisiones.

Las políticas de participación no enfatizan en la participación ciudadana en procesos de planeación y de promoción de la salud como una resultante de calidad de vida con enfoques territoriales. Esto ha originado que la participación se haya fragmentado alrededor de objetivos particulares de programas y proyectos o que se generen conflictos entre ciudadanos y organizaciones sociales por el acceso a recursos o a espacios de poder.

La participación comunitaria que en general se promueve desde la política sectorial, se concibe como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El objetivo de la organización es, además, la obtención de recursos por parte de la comunidad y la presencia de

un interlocutor único que represente a los usuarios del sistema. Sin embargo, en una sociedad con una creciente heterogeneidad de intereses, visiones y modos de vida de las personas, es difícil identificar a un representante único de esta diversidad social.

2.2. Barreras institucionales

Entre los principales obstáculos de carácter institucional para el desarrollo de la PSS se destacan:

- El incipiente reconocimiento de los derechos de las personas frente a los servicios públicos y la falta de instrumentos para hacerlos efectivos. Ello se debe, en parte, a que la participación es vista aún como una concesión por parte de la autoridad, más que como un derecho inherente a todo ciudadano.
- La escasa información que las instituciones suministran a los ciudadanos sobre sus derechos frente al sistema de salud y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos. Si bien existe vasta información en el sector de la salud, no está necesariamente disponible para los ciudadanos y en general, no está orientada a facilitar el control del sistema por parte de los usuarios.
- El marco constitucional y legal demasiado complejo que, en lugar de favorecer la PSS, desinforma y desorienta.
- La precariedad con que las instituciones reconocen la diversidad social y recogen la opinión de las minorías o de los sectores marginados. En especial, ante comunidades con escasos recursos, poca información y poca capacidad de elección. Incorporar estos sectores requiere superar la visión paternalista con la que tradicionalmente se plantea el sector de la salud frente a la población.
- La normatividad existente en materia de PSS fue importante en su momento (Decreto 1757 de 1994), al crear nuevas formas de participación en el sector, pero es limitada al concebir los alcances de la participación. En resumen, la propuesta institucional para propiciar la organización y participación de los

ciudadanos en el sector, es insuficiente, limitada y fragmentada.

- Las instituciones del sector y el sistema en su conjunto no posibilitan la participación en la formulación ejecución y evaluación de políticas, planes y programas y, por lo general, la participación de los ciudadanos se utiliza para validar decisiones ya tomadas.
- La PSS ha tenido algunos niveles de desarrollo en los sectores público y solidario, pero en el sector privado prácticamente no ha despuntado y su acción se ha orientado especialmente a los procesos de vigilancia y control social, situación que se hace difícil cuando los funcionarios son reacios a que sus acciones sean objeto de control social.
- La respuesta institucional ha sido bastante tímida para permitir la participación ciudadana y social a nivel de toma de decisiones. La respuesta, compromiso y apoyo institucional de las autoridades de salud a las organizaciones de usuarios es deficiente.
- Como lo afirma la Corte Constitucional en los informes de la comisión de seguimiento, el voluminoso número de tutelas que los ciudadanos tienen que interponer para acceder a los servicios de salud, demuestra la ineffectividad del actual sistema. Igualmente, existe debilidad de los organismos públicos de control que no garantizan que los prestadores cumplan con sus obligaciones frente a la salud de los ciudadanos.
- Las instituciones no entregan información oportuna y de calidad a los ciudadanos ni a las comunidades organizadas, que tienen que acudir, para tener acceso a ella, a mecanismos legales como el derecho de petición. Además, la información que se entrega es, por lo general, de carácter técnico, difícil de entender, lo que convierte a los actores sociales solo en receptores pasivos de información.
- En el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud solo hay un representante de los usuarios que no

tiene interacción con las organizaciones de usuarios, ni fue delegado por estas.

Otras limitantes para la participación de los ciudadanos son los precarios espacios que ofrecen tanto las autoridades sanitarias, como los prestadores públicos para que los usuarios, sus organizaciones y en general, la comunidad, intervenga de manera efectiva en la adopción, dirección, control y vigilancia de la cobertura y la calidad de los servicios de salud prestados o que se comprometen a prestar, lo cual quizás tenga como causa el excesivo centralismo en las políticas de gestión de los recursos humanos y financieros.

Institucionalizar la participación ha generado el desconocimiento de experiencias de este tipo, desarrolladas por los pobladores y comunidades en diferentes regiones del país, en contextos no institucionalizados, pues el sistema no reconoce los procesos que aúnan esfuerzos de las comunidades para lograr reconocimiento y solución a los problemas a través de diferentes formas de movilización social. En su lugar, se privilegia un sistema de representación delegatario en el cual sus protagonistas tienden a perder el horizonte, refundidos en una maquinaria que no conocen suficientemente y donde están en desventaja frente a actores que manejan discursos técnicos y numéricos.

La ausencia de participación social en la estructura del Ministerio de la Protección Social y en las direcciones departamentales y municipales de salud ha originado que los procesos participativos no tengan interlocutor, apoyo, seguimiento, sistematización y reconocimiento, lo cual genera desmotivación en las comunidades para participar. Además, las movilizaciones espontáneas de las comunidades por el derecho a la salud son consideradas por lo general como movimientos subversivos, que no son escuchados y, por el contrario, reciben la sanción estatal.

2.3. Barreras desde la sociedad civil

Los límites de la participación en salud no solo son un problema de carácter institucional o normativo; tienen que ver también con las deficiencias propias de las organizaciones sociales, que no han logrado niveles de desarro-

llo, no solo para responder y reaccionar, sino para debatir y proponer con perspectiva a largo plazo. Por lo general, las políticas públicas, incluidas las políticas de participación, se construyen desde el Estado, más que por iniciativa de los ciudadanos, cuyas mayores dificultades son:

- Falta de iniciativa. Muchas de las organizaciones existentes responden a políticas asistencialistas del Estado o a clientelismos y, por ende, no representan la diversidad social o cuentan con poca legitimidad de sus representantes.
- Desinterés individual para participar. A pesar de que los temas de salud tienen una amplia convocatoria, no siempre alcanzan suficiente poder de movilización en especial, cuando se trata de acciones sostenidas como la reforma de la Ley 100 de 1993.
- Falta de compromiso. La participación organizada en salud no depende tanto de las normas que la rigen, sino de la madurez y eficacia de los procesos organizativos a partir de la conciencia de este derecho y del compromiso con él, por parte de los individuos, de sus organizaciones primarias y del Estado.
- Informalidad. Las organizaciones de la sociedad civil en su estructura no han tenido gran diferenciación ni especialización que les permita ser reconocidas en ámbitos diversos. Así mismo, las organizaciones sindicales, campesinas e indígenas están muy fraccionadas y presentan un alto índice de informalidad, lo que las pone en condición frágil y precaria ante las instituciones.
- La mayoría de organizaciones comunitarias no se apropian de las políticas públicas y por lo tanto, no hay la reflexión y el análisis sobre ellas que sirva, a su vez, como motivación para participar.
- Hay escasa información sobre derechos, deberes y mecanismos para la participación.
- La experiencia cotidiana ha demostrado como otra limitante de la participación, la inaccesibilidad de los espacios y la ineficacia de los mecanismos por la ca-

rencia de recursos económicos por parte de la población y de los escasos recursos que la administración dispone para estimular estos procesos.

- Se reconoce la existencia de múltiples organizaciones que trabajan por la salud, pero que por lo general son débiles, poco representativas, desarticuladas entre sí y sin reconocimiento por parte de las instituciones del sector.
- Los líderes comunitarios que están vinculados a procesos participativos en salud son un porcentaje mínimo de la población, razón por la cual participan simultáneamente en múltiples espacios y mecanismos, lo cual les limita su capacidad de actuación y cumplimiento de compromisos, situación que también se agrava por la violencia política del país, lo que impide que se realice un control social y político más activo por parte de los líderes.
- Ante las diferentes frustraciones frente a procesos participativos, hay apatía para participar, ya que las comunidades manifiestan que son utilizadas por las instituciones para obtener información, pero son ignoradas a la hora de tomar decisiones.
- Las altos niveles de pobreza e inequidad en el país, dificultan que un mayor porcentaje de población se vincule a procesos participativos y, por lo tanto, es importante reconocer que hay barreras geográficas culturales y económicas para la participación.

3. Prospectiva

Como ya se dijo, la reforma del Sistema de Salud mediante la Ley 1438 de 2011, en el título VIII, *De los Usuarios del Sistema*, artículo 136, establece que el Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación. Igualmente, la Ley 1122 de 2007 define la figura del defensor del usuario, configurándose así un momento oportuno para tener en cuenta el sentir, la opinión y experiencia de las organizaciones de la comunidad y de los usuarios para la construcción e implementación de la política.

En septiembre de 2010, el Ministerio de la Protección Social convocó a diferentes sectores institucionales y actores de la sociedad civil para participar en catorce mesas temáticas con el propósito de “propiciar un espacio de discusión técnica entre los actores del sistema sobre temas críticos de la reforma de salud con el fin de obtener recomendaciones”.

En este proceso, se tuvo la oportunidad de participar ejerciendo las funciones de coordinación, secretaría técnica y relatoría general de la Mesa de Usuarios, integrada por una amplia representación de organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales, academia, funcionarios del sector de la salud, Defensoría del Pueblo, cajas de compensación y representantes de congresistas.

Fruto del trabajo realizado durante los tres días de sesión de la Mesa Temática de Usuarios y la experiencia de sus integrantes, se presentó un documento (Ministerio de la Protección Social, 2011) que contiene importantes propuestas para ser tenidas en cuenta en el fortalecimiento de la participación en salud, en cuanto a sus objetivos, características, estructura, niveles y rectoría, con un enfoque de derechos. Parte de las propuestas se recogen en este artículo como base y soporte para la elaboración de esta prospectiva.

En este orden de ideas, el objetivo de los procesos participativos en salud debe ser la defensa de este derecho y no solo el acceso a los servicios de salud. La participación de los ciudadanos y de sus organizaciones debe ser promovida en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas, con un carácter decisorio y vinculante, en la formulación y orientación de políticas, en la asignación y administración de recursos, en la formulación, control y evaluación de planes, programas, proyectos y en la vigilancia de los recursos y de los procesos de contratación.

Esta participación debe darse a través de formas equitativas en su conformación, que favorezcan igual representación de las comunidades y de las instituciones y que respeten los entornos socioeconómicos y culturales de los territorios donde se desarrollen estos procesos con perspectiva diferencial.

A partir del desarrollo histórico de los procesos de participación en el país, los integrantes de la mesa concluyeron que es un imperativo que la participación tenga las siguientes características:

- La participación para contribuir al logro del derecho a la salud debe ser con decisión e incidencia, equitativa y democrática; basada en el diálogo y la concertación entre organizaciones y de estas con las instituciones del sector y de otros sectores.
- De carácter autónomo en sus principios, con apoyo institucional (rectoría y financiamiento), que incorpore el enfoque diferencial y la perspectiva de género, con liderazgo ciudadano y comunitario y reconocimiento legal por parte de las instituciones públicas y privadas y de los organismos de control.
- Debe promoverse la participación en los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y desarrollo de la estrategia de atención primaria, retomando la figura del Promotor de la Salud, como referente comunitario. Igualmente debe reconocerse el derecho de la comunidad al acceso a la información epidemiológica y a la del sector.

Por todo lo anterior se propone que:

- Se tenga en cuenta en la reglamentación de la participación que la rectoría es un elemento clave y estratégico, por lo que se requiere que se incluya en la estructura del Ministerio de la Protección Social, especialmente en el Viceministerio de Salud y en las direcciones territoriales instancias de participación social, que promuevan y apoyen los procesos participativos.
- Se implementen metodologías, didácticas y pedagógicas basadas en el diálogo de saberes, en la educación para la democracia y la construcción de ciudadanía, la ampliación y cualificación de las bases participativas y la formación de nuevos(as) líderes para abordar y comprometer a los jóvenes en procesos participativos.
- Se asignen, en los diferentes niveles del sistema, los recursos técnicos, financieros y humanos (con com-

petencias soportadas en las ciencias sociales) necesarios para fortalecer los procesos de participación. Igualmente, que se definan los perfiles de los profesionales que deben acompañar estos procesos en las instituciones de salud y en los niveles de dirección del sistema.

- Se fortalezca el Consejo Nacional de Seguridad Social y los consejos territoriales, aumentando el número de los representantes de las organizaciones comunitarias y estableciendo que sean elegidos por las organizaciones que representan.
- Se reglamente la participación de los usuarios en el Sistema General de Riesgos Profesionales, el establecimiento de las funciones de la defensoría del usuario diferenciándolas de las funciones de defensoría de las asociaciones de usuarios y cuál va a ser la relación de estos dos estamentos. Conviene que la figura de Defensor se denomine Defensor del Ciudadano en Salud, el cual debe ser elegido por parte de las asociaciones de usuarios de los entes territoriales.

Con esta prospectiva se compromete trabajo social, desde instituciones gubernamentales y no gubernamentales y movimientos sociales, como parte de equipos multidisciplinarios, en una intervención que debe trascender hacia la protección y ejercicio del derecho a la salud, con responsabilidad ética. La apuesta y reto hacia la realización de la dignidad humana en un sistema de salud con calidad, equidad y sostenibilidad.

Referencias

- Arango, R. (2005). *El concepto de derechos sociales fundamentales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1. la reimpresión en español, Legis editores.
- Bedoya, C. I. & Rodríguez, C. (2008). El empoderamiento en la planificación del desarrollo, una estrategia en Salud Pública. El caso de la Comuna 7 de Santiago de Cali, Colombia. En *Revisita Tendencias & Retos*, no. 13, pp. 185-200.
- Bolívar, A. (2002). *¿De nobis ipsis silemus?*: Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4 (1). En: <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html> Caro Consultado el 11 de septiembre de 2010.
- Minprotecciónsocial (1994). Decreto 1757 de agosto de 1994. Por el cual se organizan y establecen las formas y mecanismos de participación social en la prestación de servicios de salud. www.minproteccion-social.gov.co
- Minprotecciónsocial (1975). Decretos 036 y 350 de 1975. Reglamentarios de la Reorganización del Sistema Nacional de Salud Colombiano.
- Oraición, M. (2005). *La Construcción de la Ciudadanía en el Siglo XXI. Colección: Educación en Valores*, Edita: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI)-Octaedro. 1.a edición.
- Organización Mundial de la Salud, OPS y Unicef (1978). *Declaración de Alma-Ata, URSS*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/hpp/doc>
- Organización Panamericana de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*. Promulgada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/hpp/.doc>
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Declaración de Yakarta*. IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/hpp/.doc>
- Organización Panamericana de la Salud (2000). V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México DF. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/mexdec2000.doc>
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Carta de Bangkok*. Tailandia: VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/hpp/.doc>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Plan Decenal de Salud para las Américas 1972-1982*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la salud. Disponible en www.col.ops-oms.org
- Palma, D. (1999). *La participación y la construcción de ciudadanía*. Santiago de Chile: Universidad de Arte y Ciencias Sociales, Departamento de Investigación, p. 48. Disponible en <http://168.96.200.17/ar/libros/chile/arcis/palma.rtf>
- República de Colombia (2008). Constitución Política, 1991. Bogotá: Editorial Atenea.
- República de Colombia (1993). Ley 100 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible en www.minproteccion-social.gov.co
- República de Colombia (2007). Ley 1122 de enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en www.minproteccion-social.gov.co
- República de Colombia (2011). Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en www.minproteccion-social.gov.co
- Secretaría Distrital de Salud (1991). *Plan Distrital de Participación Social en Salud: Comunidad con Salud*. Bogotá, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud (1999). *Participación Social en Salud en el Distrito Capital*. Primera edición. Bogotá, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud (2001). *Participación Social en Salud en el Distrito Capital Acción Participativa para el Desarrollo de la Salud*. Primera edición. Bogotá, Colombia.
- Velásquez, F. & González, E. (2003). *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Fundación Corona.
- Yepes F.; Ramírez, M. & Sánchez, L. (2010). *Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia-Ley 100 de 1993*. Bogotá: Assalud en coedición con la Universidad del Rosario.