

**LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE
SANTANDER A PARTIR DE LA CONSTITUCION DE 1991 Y LA LEY 100 DE
1993. BUCARAMANGA 2009**

**ENMANUEL HERRERA ARGOTE
ORLANDO IGNACIO LÓPEZ VERA
YOLANDA OSMA**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**UNIVERSIDAD CES Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL GRUPO 24
BUCARAMANGA – SANTANDER
2009**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	5
Planteamiento del problema	
Justificación	
Objetivos	
Metodología	
1. MARCO CONCEPTUAL QUE RIGE LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD	11
1.1 CONCEPTO D EPARTICIPACION	11
1.2 PARTICIPACION EN SALUD	18
1.3 ANTECEDENTES D ELA PARTICIPACION EN SALUD	26
1.3.1 Sistema Nacional de salud y la ley 100 de 1990	26
1.3.2 Ley 100 de 1993	34
1.4 MECANISMOS DE PARTCIPACION SOCIAL EN SALUD	38
2. COMPORTAMIENTO D ELA PARTCIPACION SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER	53
2.1 INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	53
2.2 COMENTARIOS FINALES DE LOS INESTIGADORES	63
3. RECOMENDACIONES QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD EN LAS INSTI TUCIONES DEL SISTEMA	66
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	74

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1 Mecanismos de participación que funcionan en los Municipios	54
Cuadro 2 Fortalezas y debilidades de los comités existentes	55
Cuadro 3 Área de gestión donde participan los comités de veedurías	56
Cuadro 4 Experiencias exitosas en participación y control social	57
Cuadro 5 Grado de conocimiento de la estrategia lectura publica Del régimen subsidiado	58
Cuadro 6 Temas que requieren capacitación	59
Cuadro 7 Organismos del orden público y/o privado que participan en la Organización y apoyo de la participación comunitaria y el Control social	60
Cuadro 8 Instancias que coordinan la participación y el control social en los Municipios	61
Cuadro 9 Relación de sugerencias y comentarios	62
Cuadro 10. Plan de Acción	68

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A Encuesta	74

INTRODUCCION

La participación en Colombia es un tema que ha venido generando diversas opiniones entre los analistas expertos en el tema, definiéndola unos como un “proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder. Es, en suma, un proceso en el que distintas fuerzas sociales, en función de sus respectivos intereses (de clase, de género, de generación), intervienen directamente o por medio de sus representantes en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política”¹ para otros la definen como un derecho “toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país”²

Colombia posee una amplia y compleja infraestructura para la participación ciudadana. Hoy puede decirse que la ciudadanía ha comenzado a comprender la importancia de asumir responsabilidades públicas, de intervenir en la definición de los asuntos de su entorno, de cruzar iniciativas y esfuerzos colectivos, incluidos los del Estado a través de sus distintas agencias locales, a fin de perfilar un futuro menos incierto. La gente percibe cada vez con mayor claridad que puede incidir y que, de hecho, ha incidido en las decisiones públicas. La apertura de canales de participación ha logrado dar vida a nuevos lenguajes y prácticas que han transformado las coordenadas del ejercicio de la política en su sentido más

¹ VELÁSQUEZ, Fabio, .Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia., en Revista Foro, Nº 1, Bogotá, septiembre de 1986, p. 22.

² GONZALEZ, Fernán. Participación ciudadana y recuperación de la política. Ministerio del interior. Bogotá: 1997

amplio, como inserción de los individuos y de los grupos en la definición de los asuntos colectivos.

Uno de esos asuntos colectivos en el que la participación sea hizo necesaria como recurso básico para lograr el desarrollo integral de una población es la salud, es así como en el desarrollo de los sistemas de salud la participación social ha sido impulsada de una forma u otra, en momentos distintos y con filosofías diversas y, por tanto, no se puede decir que sea un concepto nuevo.

En Colombia la reforma del sistema de salud, introdujo cambios en el reconocimiento y promoción de la participación social en salud, permitiendo que un mayor número de ciudadanos viabilizaran acciones que redundaran en una mayor capacidad para la gestión y toma de decisiones a nivel territorial. No obstante, éste proceso ha estado mediado por los contenidos intrínsecos de la política, así como el papel que cumplen los diversos actores sociales en relación con su implementación. La participación social en salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de fomentar los distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan ejercer control social sobre las diferentes funciones de este sistema, para velar que éstas se desarrollen con equidad, eficiencia, eficacia y respondan efectivamente a las necesidades de salud de la población.

La participación social en salud constituida como una política pública desde el año 1994 (decreto 1757) ha venido a través del tiempo adquiriendo reconocimientos legales en las reformas del sistema de salud, buscando el empoderamiento de la

comunidad, la conformación y consolidación de una base social participante, con valores democráticos, consciente de sus deberes y derechos; con una capacidad creciente en gestionar planes y programas; capaz de planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud en el ámbito social, ciudadano y comunitario, enfatizando en el control e inversión a la prestación de los servicios y a las veedurías en salud, formulando inquietudes y concertando con el Estado para intervenir en las actividades de planeación y asignación de recursos y control del gasto en su comunidad.

Con la puesta en marcha de los Servicios de atención a la comunidad en los Municipios del Departamento y los sistemas de información y atención al usuario en las instituciones de salud permite que los usuarios cuenten con un espacio para formular las inquietudes que tienen sobre la atención en salud, y reciban orientación, capacitación y asistencia técnica permanente sobre los diferentes mecanismos de participación social existentes como son las veedurías ciudadanas, las asociaciones de usuarios, los comités de participación comunitaria, los consejos territoriales en salud, entre otros.

El Departamento de Santander ha venido brindando a través del Servicio de Atención a la Comunidad de la Secretaría de Salud Departamental la asistencia técnica y realizando el seguimiento y control a estos mecanismos de participación social en salud en sus 87 Municipios desde la promulgación de la ley, por lo tanto se requiere conocer cuáles han sido los avances que se han logrado, así como sus debilidades y fortalezas y si es posible llegar a identificar el aporte que la comunidad realiza desde esos espacios, y un futuro la repercusión que se obtiene con las intervenciones en el mejoramiento de la calidad en la atención en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior los encargados de elaborar esta monografía como un aporte al proceso de participación social en salud que se realiza desde el ente

Departamental se formulo la pregunta que dio respuesta a este trabajo ¿cuál ha sido el comportamiento de la Participación Social en Salud en el Departamento de Santander a partir de la constitución de 1991 y la ley 100 de 1993?

A partir de esta pregunta y teniendo en cuenta que existen antecedentes que motivaron cambios coyunturales y estructurales en el proceso de participación social en salud se planteó lo siguiente:

¿Cuál es el marco conceptual que rige la participación social en salud el sistema de salud del país?

¿Cuáles son los mecanismos de participación social en salud que se encuentran activos en los Municipios del Departamento?

¿Que se requiere fortalecer en el proceso de participación social en salud en el Departamento y en las Instituciones de salud?

Para dar respuesta a estas preguntas se formuló como objetivo general:

“Describir cual ha sido el comportamiento de la Participación Social en Salud en el Departamento de Santander a partir de la constitución de 1991 mediante la aplicación de un instrumento a informantes claves, con el fin de plantear estrategias de mejoramiento en el año 2009”

Cuyos objetivos específicos respondieron a:

- Describir el marco conceptual que rige la participación social en salud en el marco del sistema de seguridad social.

- Identificar los mecanismos de participación social en salud existentes en los Municipios del Departamento.
- Plantear recomendaciones que permitan el mejoramiento de la participación social en salud en las instituciones del sistema

Los beneficios que se obtienen de este trabajo es la de proporcionar al ente Departamental un documento resumen de cuál ha sido la evolución que ha tenido la participación social en salud en el sistema de salud en Colombia a través de la historia antes y después de la ley 100 de 1993. Así mismo le proporciona a la Institución que es la entidad pública encargada a través del Servicio de atención a la comunidad de fortalecer los mecanismos de participación social en salud, información actualizada según opinión del personal encargado de los procesos participativos en los Municipios sobre los mecanismos participativos activos y los procesos que se deben fortalecer en los planes de mejoramiento, así como las sugerencias que se formulan por parte de los encargados de este trabajo para superar dichas falencias.

En la medida en que se conozcan los resultados de la participación social en salud en el Departamento se podrá liderar y promover con responsabilidad la participación en los ciudadanos, generando conocimientos y capacidades en ellos para darle viabilidad a estos procesos, haciendo uso de herramientas y personal competente que oriente e imparta lineamientos realizando vigilancia, control y asistencia técnica para que en un futuro se pueda medir el impacto que se genera con una participación social real y efectiva.

En conclusión el estudio permitirá conocer cuales mecanismos de participación social en salud están funcionando, y se proveerá información a las entidades de

salud responsables de promover la participación social para fortalecer los procesos en su plan operativo.

Para conocer el comportamiento de la participación social en salud se realizó una revisión bibliográfica de la diferencia conceptual entre los términos participación individual, colectiva, institucional, social, ciudadana y comunitaria; la participación en las reformas históricas de los sistemas de salud; el papel de la participación en el contexto de la promoción de la salud y los mecanismos de participación establecidos en la normatividad vigente. Así mismo se recolectó información primaria mediante la aplicación de una encuesta dirigida a los funcionarios de los servicios de atención a la comunidad de los 87 Municipios del Departamento teniendo como referencia una guía estructurada (ver anexo A), que permitió conocer cuáles son los mecanismos de participación social en salud existentes.

El estudio fue descriptivo transversal, que estuvo dirigido a conocer mediante la aplicación de un instrumento cual es el comportamiento de la Participación Social en Salud en el Departamento de Santander

1. MARCO CONCEPTUAL QUE RIGE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

El marco conceptual de este proyecto tiene como referencia la participación social en salud en el sistema de seguridad social, contenidos en las Leyes 60 y 100 de 1993, y reglamentados por el Decreto 1757 de 1994 cuya autoría es el Ministerio de la protección social, el cual establece los mecanismos de participación social en la prestación de los servicios de salud en el País. Estas leyes contemplan y definen formas de participación colectiva que denominan comunitaria e institucional y formas de participación individual o ciudadana.

Para ubicar lo que ha sido la participación social en salud, los investigadores de este trabajo consideraron pertinente abordar en una primera parte unos elementos conceptuales que clarifican los conceptos de la participación y la participación en salud una segunda parte con la revisión de los antecedentes que condujeron a la participación actual resaltando los cambios que se han venido dando en el transcurso de las diferentes reformas que se ha dado en Colombia; finalizando con los mecanismos de participación establecidos en la normatividad vigente.

1.1 CONCEPTO DE PARTICIPACION

Han sido diversas las aproximaciones que se han dado al concepto de participación, pudiéndose definir como toda acción colectiva de individuos orientada a la satisfacción de necesidades, que se cimienta en la existencia de una identidad colectiva, enmarcada en valores, intereses y motivaciones compartidas que dan sustento a la existencia de “grupo”. El concepto de participación lleva implícito la acción de ser parte de algo, de intervenir o compartir en un proceso. Para otros autores, se entiende por participar, el proceso a través

del cual distintos sujetos individuales o colectivos, en función de sus intereses y de la lectura que hacen de su entorno, intervienen en la marcha de sus asuntos colectivos, con el fin de mantener y/o reformar el orden social y político.

En Colombia desde la época colonial se gestaron movimientos populares para reivindicar el derecho a la participación:³

En 1781, las capitulaciones de los comuneros proponían una mínima participación de los ciudadanos en asuntos económicos, administrativos, sociales, políticos y religiosos. En las constituciones colombianas, desde el Acta de Independencia de 1810, se consagra el derecho a la participación. Este enunciado se fue haciendo más claro en el desarrollo de nuestro constitucionalismo. Así, en la Constitución de Cundinamarca de 1812, escrita por Antonio Nariño en Villa de Leyva, se transcriben los artículos de la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789. La Constitución de 1886 contenía una mínima carta de Derechos que garantizaba entre otros, el de asociación, de reunión y de petición.

En Colombia ⁴ el derecho a la participación tiene entre sus antecedentes sociales y políticos diferentes expresiones populares, asociadas con formas directas y no institucionalizadas de participación como las marchas populares, los paros cívicos, las huelgas, las tomas de oficinas públicas, las manifestaciones estudiantiles, las invasiones de tierras, entre otras.

Hasta antes de la Constitución de 1991, las organizaciones y movimientos sociales, ponían en evidencia su inconformidad ante la exclusión o limitación de la participación ciudadana en la escogencia de sus autoridades locales y regionales

³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA U OTROS. Participación en el control social a la gestión pública. Editorial y grafica. Bogotá: 2003. p 14

⁴ *Ibíd.* p 15

en la definición de las políticas. El distanciamiento entre el Estado y la Sociedad, motivado en la forma de actuar de la administración pública se ha caracterizado por la rigidez, complejidad y lentitud en sus procesos, y por los vínculos políticos que ésta establece, basados fundamentalmente en relaciones de amistad y reciprocidad personal que dan origen al mantenimiento del clientelismo.

El beneficiar intereses personales o grupales en detrimento de los intereses generales de la sociedad, especialmente de los grupos más vulnerables, da como resultado un Estado ineficiente con una débil presencia en las diversas regiones del país, lo que genera muchas limitaciones para garantizar la prestación equitativa de servicios y la atención a las necesidades básicas de la mayoría de la población.

Como antecedente concreto de la participación ciudadana, además de la conformación de las acciones comunales en 1958, se registra la creación de veedurías para contratos de obras públicas y programas del Plan Nacional de Rehabilitación (PNR) y del Fondo Nacional Hospitalario (FNH) durante el gobierno del Presidente Virgilio Barco Vargas. Igualmente surgieron las consultas populares, la participación de los usuarios en los órganos de dirección de las empresas prestadoras de los servicios públicos (Ley 11 de 1986 y Decreto 700 de 1987), la definición de formas de participación comunitaria en salud (Decreto 1416 de 1990) y los comités de Desarrollo Rural (DRI) (Decreto 107 de 1989). Estos comités DRI fueron remplazados por los consejos municipales de desarrollo rural, mediante la Ley 10 de 1993 e impulsados por el Ministerio de Agricultura.

La constitución de 1991 determinó una nueva concepción del Estado basada en la democracia participativa. Lo que constituyó un cambio radical en la definición, administración, planeación y control del Estado Colombiano, posibilitándose con ello la ampliación de la democracia y por ende consagrando la participación en su

doble condición de principio y de derecho fundamental, por ello se habla de la “participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación”⁵ .

Existen diferentes clasificaciones de la participación, realizadas por los estudiosos del tema. Para Esperanza González los procesos de Participación, se pueden diferenciar según los distintos niveles de ingerencia que ejerce el ciudadano y las organizaciones civiles ante el Estado. Estos niveles son⁶:

GESTION: Es el manejo de un conjunto de recursos de muy diversa índole, destinados a ejecutar las acciones necesarias para obtener un resultado final. (Manejo de una situación, solución de un problema, satisfacción de una necesidad o aspiración).

DECISION: Es la adopción de una idea o de una forma de actuación sobre un problema, escogida a partir de la formulación de dos o más alternativas.

CONCERTACION: Es el acuerdo mediante el cual dos o más personas o grupos de una colectividad definen la solución más conveniente para un problema y los medios para ejecutarla.

FISCALIZACIÓN: Es la vigilancia que ejerce una persona o un grupo sobre el cumplimiento de las decisiones tomadas.

INICIATIVA: Es la formulación de sugerencias por parte de los agentes participantes destinadas a resolver un problema o transformar una situación.

⁵ REPUBLICA DE COLOMBIA. Constitución política de Colombia. Artículo 2

⁶GONZALEZ, Esperanza “Manual sobre Participación y Organización para la Gestión local”, Cali, 1995

CONSULTA: Es el procedimiento mediante el cual los participantes opinan sobre todos o algunos de los aspectos de un problema o situación. Esa opinión constituye un elemento de juicio para la toma de decisiones.

INFORMACIÓN: Es el conjunto de datos, hechos, nociones y mensajes a través de los cuales los participantes conocen e interpretan una situación y adquieren elementos de juicio para su conducta.

En la Constitución Política⁷ se determinan los distintos niveles de intervención ciudadana en la vida estatal: espacios en la planeación, gestión, ejecución y control de lo público y mecanismos de consulta, de iniciativa, de fiscalización y de decisión:

- De consulta: aplicable a los Consejos de Planeación. La Constitución Política de 1991 consideró que la participación no puede ser ajena a la planeación y al presupuesto. El título XII, capítulo 2, artículos 340, 341, 342 y 343, regula la planeación participativa en las entidades territoriales y crea el Sistema Nacional de Planeación.
- De iniciativa: Las personas podrán presentar proyectos de competencia de las respectivas corporaciones territoriales (art. 106). Así mismo podrán presentar proyectos de ley y de reforma constitucional (arts. 154, 155), convocar referendos para la derogatoria de una ley (art. 170) y promover demandas de inconstitucionalidad (arts. 241, 242). Los concejales y la ciudadanía podrán presentar proyectos de acto legislativo (arts 375). Los ciudadanos podrán proponer que se someta a referéndum una reforma

⁷ GONZALEZ Esperanza. Op cit. p 12.

constitucional. Las juntas administradoras locales podrán formular propuestas de inversión ante las autoridades nacionales, departamentales y municipales.

- De fiscalización: las juntas administradoras locales vigilarán y controlarán la prestación de los servicios municipales en su comuna y la inversión de los recursos públicos (art. 318). Los usuarios participan en la gestión y fiscalización de las empresas de servicios públicos (art. 369). A solicitud de cualquier proponente o de una autoridad de control fiscal se realizará audiencia pública para la adjudicación de una licitación. (art. 263).
- De decisión: voto secreto ejercido en forma directa (art. 260). Consulta por parte del presidente, gobernadores y alcaldes, (arts. 104 y 105). Convocatoria de Asamblea Nacional Constituyente, (art. 376). Referendo derogatorio, (arts. 307, 374 y 377).

Para el presente estudio la participación es entendida como un “proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder. Es, en suma, un proceso en el que distintas fuerzas sociales, en función de sus respectivos intereses (de clase, de género, de generación), intervienen directamente o por medio de sus representantes en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política”⁸

La participación puede operar en diversos niveles: en algunos casos se trata de obtener información sobre un tema o decisión específica o emitir una opinión

⁸ VELÁSQUEZ, Fabio, .Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia., en Revista Foro, N° 1, Bogotá, septiembre de 1986, p. 22.

sobre una situación, y se puede estar hablando de una participación individual, la cual se puede expresar como la utilización de los servicios de salud, la expresión de quejas e inquietudes y la participación de actividades de promoción de la salud y prevención entre otras. En otros participar significa tener iniciativas que contribuyan a la solución de un problema. O bien puede tener un alcance mayor cuando se trata de procesos de concertación y negociación o de fiscalizar el cumplimiento de acuerdos y decisiones previas. En fin, la participación se reivindica como medio para la formulación, discusión y adopción de los grandes consensos sobre el desarrollo y la convivencia en el territorio.

Para estudiosos e investigadores del tema, la participación es posible concebirla a través de varios lentes, unos plantean una distinción acerca de los tipos de participación, otros acerca de los lugares en donde se ejerce la participación. Existen diversos tipos de participación:⁹

➤ Participación comunitaria

Este tipo de participación, hace referencia a los procesos de organización y movilización a través de los cuales las comunidades buscan ser protagonistas y sujetos de su propio desarrollo. Las características de esta participación crean integración, lazos de solidaridad, desarrollo y modernización. Se origina con base en la solución inmediata, autónoma e independiente por parte de la comunidad a la atención y solución a los problemas y necesidades vitales de la comunidad. Por ejemplo: la pavimentación de una vía, la construcción de una escuela, la ampliación o construcción de un acueducto veredal, etc .

⁹ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA U OTROS. Op cit. p 18

➤ Participación ciudadana

Esta se encuentra regulada por el artículo 103 de la Constitución de 1991, donde se establecen siete mecanismos de participación: el voto, el plebiscito, el referéndum, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato. Sin duda, estos derechos son muy innovadores, invitan a los particulares a tener iniciativas ciudadanas para transformar el sistema, posibilidad que antes estaba limitada a los miembros de los cuerpos colegiados estatales. Igualmente, ésta participación está relacionada con la toma de decisiones y con la democracia participativa. Ejemplo: Una consulta popular para que la comunidad decida sobre el cambio de nombre de un municipio, una revocatoria del mandato para cambiar el alcalde que no ha cumplido con su programa de gobierno, un referéndum a nivel departamental para que la comunidad decida si se aprueba o no una ordenanza.

➤ Participación social

Tiene relación con la necesidad de que los ciudadanos se organicen por sectores y por afinidad de sus intereses para participar activamente en la defensa y asuntos propios del grupo. Por ejemplo: las madres comunitarias, los clubes deportivos, los comités de seguridad, los voluntarios en salud, las organizaciones culturales, ecologistas y religiosas. La inclusión de esta connotación de la participación destaca la importancia de tener una sociedad civil fuerte y organizada, que pueda ser un actor activo dentro del panorama nacional, y un interlocutor del Estado en los temas comunes. Como su nombre lo indica, estos grupos sociales participan por el logro de condiciones específicas para el grupo, pero con beneficio a toda la comunidad.

➤ Participación política

La participación política es aquella en la cual la persona, el ciudadano, de manera individual y a través del mecanismo del voto toma parte en la escogencia de las autoridades públicas o elige sus representantes a organismos del orden nacional, regional o local. Esta participación hace directa referencia a los asuntos de poder y la democracia representativa. Para ello, los ciudadanos tienen derecho a elegir y ser elegidos, y al mismo tiempo, a hacer uso de los diferentes mecanismos de participación abiertos por la Constitución. Ejemplos: la elección popular de alcaldes y gobernadores, ediles, concejales, diputados, senadores, y Presidentes de la República.

1.2 LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Según lo plantea el artículo de Celedón¹⁰ Históricamente la participación en materia de salud en América Latina ha sido entendida de diversas formas por los entes gubernamentales, se empezó concibiendo las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención en salud, con una relación vertical del sector salud; de ahí paso a concebirse como contribución a la promoción de la salud buscando el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por las instituciones de salud o las autoridades locales, aquí se considera la participación de la comunidad fundamental para alcanzar el éxito de los programas manteniendo la relación vertical en donde las personas son vistas como un instrumento o recurso que facilita la acción del Estado; se paso a un papel más activo y se empezó a hablar de participación comunitaria en donde aparecen las organizaciones, comités o

¹⁰ CELEDON Carmen, NOE Marcela. Reformas del sector de la salud y participación social. En: hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud publica. OPS/OMS. 1999

grupos apoyando los programas y proyectos, estos comités reciben capacitación para que se convierta en un agente activo de su desarrollo, pasando a obtenerse una visión más moderna de participación en salud en donde se reconocen las personas como usuarios ya la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud.

La participación social en salud se enmarca dentro de los conceptos de atención primaria de salud y de la promoción de la salud. En el año 1988 la Organización Panamericana de la salud planteo dentro de la estrategia de atención primaria en salud un importante cambio en la forma de entender la participación en salud, así como las acciones para ponerla en práctica, en donde se excluía a la población de los momentos claves como era el del planteamiento del problema y el de las propuestas de solución, pasando a un modelo de cogestión social que incorpora la negociación entre actores sociales (personal de salud, autoridad civil, organizaciones comunitarias). Lo anterior persiste en la actualidad en el funcionamiento de los llamados Consejos de Desarrollo de los Consultorios de Atención Primaria del país. Según la OPS , la Participación Social debe evitar la confrontación entre actores sociales y construir pactos sociales con toda la sociedad (sector privado, público y social) para mejorar la salud las condiciones y la calidad de vida lo cual implica una redefinición del rol del Estado frente a la sociedad civil. Así mismo la Participación Social constituye uno de los pilares de la Promoción de la Salud y una estrategia de acción nacional y que se le ha definido como un proceso mediante el cual los miembros de una Comunidad,

desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades de salud y para planificar y decidir respecto a sus soluciones.

La promoción de la salud enfatiza en que los individuos y las poblaciones deben controlar su salud y una forma de materializarlo es con el desarrollo del empoderamiento de los sujetos y los grupos, entiendo el termino como la capacidad que tienen las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva para hacerse cargo de sus propios problemas, esto implica acceso y control sobre los recursos necesarios. En el ámbito individual implica características que favorecen la autoestima y el autocontrol para alcanzar las metas propuestas; en el ámbito comunitario el apoderamiento se funde con la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia en las estructuras de poder.

Para la organización Mundial de la salud¹¹ en los términos de promoción de la salud se establece que el apoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a las necesidades identificadas. Mediante este proceso las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas, supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad. Por lo que estimular el apoderamiento conlleva beneficiar las aspiraciones de salud de las poblaciones.

¹¹ PROMOCIÓN DE SALUD. Glosario. Ginebra: OMS; 1998

Es así como el enfoque de la participación social se vincula al de apoderamiento reconociéndolos cada vez más en las diferentes cartas y declaraciones internacionales sobre lo que es la promoción de la salud. A continuación se realiza una breve descripción de lo que ha significado la participación en las diferentes cartas y declaraciones internacionales:

- En la Carta de Ottawa (1986) se estableció¹⁵ que la participación debería ser efectiva y concreta en todas las organizaciones y los sectores en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación, mediante la coordinación efectiva de acciones encaminadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud de la población y alcanzar calidad de vida.
- Conferencia de Adelaida – Australia, 1988: Se dictan las recomendaciones sobre Políticas Públicas Saludables y resalta el compromiso que deben tener las mujeres como principales promotoras de salud y la participación activa de todos los sectores implicados en la sociedad para conseguir un ambiente saludable.
- Grupo de Trabajo de la OMS, 1989 Dio origen al documento “un llamado para la acción” en el que se recomendaron estrategias de acción social como el abogar por causas de salud pública, el fortalecimiento del soporte social las comunidades pobres, y el empoderamiento de los grupos mas postergados y marginados; Todo ello, para que se pudieran reactivar los procesos de desarrollo en los países más pobres, afectados por la crisis económica de los 80s. Es conveniente considerar que este documento pone de relieve la función del fomento de la salud en la creación y el

¹⁵ RESTREPO H. MÁLAGA, H, Op. Cit p.26

reforzamiento constante de condiciones para incentivar y motivar a los individuos, familias y comunidades a adoptar decisiones acertadas que les permita llevar una vida sana, por otra parte insiste en la importancia de las actividades de promoción, como medio de crear y mantener la voluntad política para la adopción de políticas públicas sanas que abarquen todos los sectores donde existan establecimientos de alianzas sólidas en la administración y la comunidad.

- Conferencia de Sundsvall- Suecia, 1991 Plantea el fortalecimiento de la defensa de la salud mediante la participación comunitaria, en particular mediante grupos organizados por mujeres, permitir que las comunidades y los individuos tomen el control de su salud y del medio ambiente mediante la educación y el empoderamiento, formación de alianzas para la salud y de ambientes de apoyo para fortalecer la cooperación entre la salud y las campañas y estrategias a favor del ambiente, actuar como mediador entre intereses opuestos en la sociedad para asegurar el acceso equitativo a los ambientes de apoyo para la salud. En esta área de acción se solicita la participación comunitaria como una necesidad para que se pueda internalizar la importancia que tiene de tomar el control de su salud y del medio ambiente para su beneficio.

- Conferencia y Declaración de Santa fe de Bogotá- Colombia 1992 Reafirmo los principios de la Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa y enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región, planteando como estrategia el fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludable.

- Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, 1993 También reafirmo los principios y compromiso con la Promoción de la salud en esta subregión donde se plantea enfoques estratégicos para la acción e implantación de actividades intersectoriales de promoción de la salud, prevención de riesgos que afectan a la población de esta sub.-región, reconociendo que la equidad es la consideración central para la decisión de salud. La promoción de la salud deberá construirse a partir de ese aspecto de la cultura caribeña que abarca la acción comunitaria y la tradición de la familia extendida. Las comunidades recibirán la información y las herramientas necesarias para llevar a cabo las acciones que sean necesarias con el objeto de mejorar su salud y su bienestar. Los dirigentes políticos, los profesionales de la salud y los medios de comunicación reconocerán la acción y la participación pro activas de la comunidad, al igual que su contribución al establecimiento de las prioridades para la promoción de la salud.

- Conferencia y Declaración de Jakarta 1997. Considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la promoción de la salud después de Ottawa, Planteo que la participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones. El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades.

- V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México 2000 Se resalta los logros alcanzados mediante la Promoción de la Salud durante los últimos años y la ubica como prioridad fundamental en las políticas y

programas en Salud y se convoca a ejercer un liderazgo que asocie diversos esfuerzos en pro de la salud que conduzcan a acciones concretas. Plantea que se debe ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud.

- Conferencia bangkok 2005 “La promoción de la salud en un mundo globalizado” Esta retoma la inquietud del alcance de la Promoción de salud y subraya cuatro compromisos claves dirigidos a lograr que esta disciplina sea: a) un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, b) una responsabilidad esencial de todos los niveles de gobierno, c) un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y d) un requisito de las buenas prácticas empresariales. Las comunidades y la sociedad civil son con frecuencia las que lideran la puesta en marcha, el diseño y el desarrollo de las actividades de promoción de la salud. Por ello, necesitan tener los derechos, recursos y oportunidades que les permitirán ampliar y sostener sus contribuciones. El apoyo a la creación de capacidad es particularmente importante en las comunidades menos desarrolladas

La visión contemporánea de participación social en salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que

permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud.

1.3 ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Se pretende en esta parte del trabajo realizar una revisión del papel que ha asumido la participación en salud en las diferentes reformas que se ha dado en Colombia en el transcurrir de los años.

1.3.1 El Sistema Nacional de Salud y la ley 10 de 1990

El Sistema de Salud en Colombia en los años 60 y 70 se caracterizó por su manejo centralizado, no solamente en lo relacionado con las funciones de planeación, rectoría y manejo, sino también en todo lo concerniente con las funciones administrativas y operativas de los servicios, con gran subordinación de los niveles municipales de la administración pública y del sector privado.

A partir de 1958 hubo un cambio radical en el enfoque de la salud, ya que comenzaron a aplicarse los conceptos de Higiene tanto al ser humano como al medio ambiente, iniciándose en esta forma la medicina preventiva, la promoción de la salud física y mental e involucrando a la comunidad como partícipe en la solución de sus propios problemas de salud. A partir de esta época el anterior Ministerio de Higiene (hasta 1953) cambió de nombre por el de Ministerio de Salud Pública conforme a la orientación salubrista de aquel entonces.

En el año 1968 el entonces presidente Alberto Lleras Restrepo emitió el decreto No. 2470 del 25 de septiembre "por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública". Pero más que una reorganización institucional, el decreto enunciaba una forma general de organización del sector salud denominada Sistema Nacional de Salud (SNS), definida como "el conjunto de organismos que tengan como finalidad

específica procurar la salud de la comunidad". En este sistema se formulo el plan Hospitalario Nacional, iniciativa que proponía la construcción, dotación y operación de 54 hospitales, entre 91 que fueron considerados como prioridades.

En el año de 1970 en el gobierno del Presidente Misael Pastrana se contrato el estudio de "rediseño del Sistema Nacional de Salud con el fin de dotar de instrumentos normativos y técnicos al nuevo concepto de sistema, que dio origen al Sistema Nacional en el año 1973, el cual fue reglamentado en 1975 y se caracterizaba principalmente por:¹²

- Centralización de las funciones de direccionamiento, financiación y control por parte de Ministerio de Salud.
- Administración desconcentrada de personal y de algunas instituciones en los Servicios Seccionales de Salud.
- Ninguna o muy poca injerencia de los entes territoriales (Departamentos y Municipios) en los procesos de dirección y operación.
- Concentración de la dirección técnica de los servicios en Unidades Regionales, dependientes del Ministerio de Salud.
- Operación de los hospitales sin autonomía administrativa, totalmente dependientes del Ministerio de Salud.
- Escaso o nulo desarrollo financiero, con un alto grado de inequidad y de ineficiencia. El 50% de los subsidios se concentraba en los estratos más pobres y el 80% del total del gasto en los niveles II y III.

¹² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS- Revista panamericana de la salud publica. vol.8 n.1-2 Washington. July/Aug. 2000

A partir de 1974, el Ministerio de salud creó la oficina de participación comunitaria mediante el decreto 621 y se inicio el desarrollo del concepto de participación concebida en espacios de decisión y concertación. En 1975 la salud en el país sufre una transformación muy grande, aparece el Sistema Nacional de Salud y mediante los Decretos 056 y 350 se reestructura la dirección de salud haciendo énfasis el modelo en la prestación de los servicios de salud mediante la organización de hospitales de referencia denominados hospitales regionales. En el decreto 056, determino la existencia de un representante de la comunidad en las juntas asesoras de los niveles seccionales y regionales y en el decreto 350 de 1975 ordeno la creación de los comités de salud en unidades regionales y locales, y en hospitales, centros y puestos de salud.

En ese marco, pese a que la participación se expresó como una forma de acercamiento de las Instituciones y las comunidades y de la relación más estrecha entre la oferta y la demanda en salud, la estructura centralista del sistema, impidió que los diagnósticos y planes presentados por la comunidad estuviera una respuesta verdadera en el ámbito local, puesto que los planes fueron diseñados dentro del marco en una planeación normativa por funcionarios expertos que decidían que proyectos y programas deberían impulsarse, sin el reconocimiento del esfuerzo y las expectativas comunitarias.

Durante el segundo lustro de los años ochenta, se inició una transformación que todavía no termina y que se refiere a la reforma del Estado por la vía de la descentralización política, administrativa y fiscal. No se trata de un evento, simplemente, es el resultado de un proceso complejo que merece atención especial, porque tuvo efectos muy importantes para la organización del sistema de salud.¹³ El proceso de descentralización y Municipalización busco un mayor

¹³ OROZCO AFRICANO. Julio Mario. Por que reformar la reforma. Cartagena: Eumedonet, 2006, p. 9

esfuerzo y autonomía de las entidades territoriales trasladando funciones del orden Nacional a las localidades y asignando recursos para asumir dichas funciones.

La descentralización de la salud, se convirtió en una prioridad, en razón de su posible aporte en dos frentes: el de la legitimidad y el del ajuste fiscal y financiero. El gobierno del momento planteó en su Plan de Desarrollo la meta de satisfacer las necesidades básicas de la población en salud, por medio del programa de "Salud Básica para Todos".

El Plan afirmaba que¹⁴ "la atención en salud es un derecho fundamental de la población, considerado como una prolongación de su derecho a la vida"; pero la cobertura universal se entendía como el acceso a servicios básicos de salud, que recordaban los del primer nivel de atención. Para lograr la cobertura universal de estos servicios se buscaría la familia como unidad de cobertura, con la participación de los tres subsectores del SNS, por la vía de la contratación entre ellos; además, se impulsaría el aseguramiento voluntario o privado para trabajadores independientes de ingresos medios, y se promovería la ampliación de la participación comunitaria.

A principios de los ochenta se establece el Plan de participación de la comunidad en atención primaria de salud, para ello se configuraron comités comunales de salud para participar en la planeación de las acciones de atención primaria y de prestación de servicios de salud. En 1984 se promueve el autocuidado y con ello se vinculan otras organizaciones comunitarias con el propósito de fomentar ese tipo de conductas¹⁵

¹⁴ *Ibíd.* p 10

¹⁵ Ministerio de Salud. Políticas de participación social en salud. Bogotá, 1997

Con la nueva orientación del sistema de salud, el primer mecanismo de participación se establece con el Decreto 1216 de 1989 que crea los comités de participación comunitaria (COPACOS) como una respuesta a los principios de la descentralización. Sin embargo es con la Ley 10 de 1990 con la que se amplía la esfera de participación y se brinda a la comunidad la oportunidad de participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos. “La junta estará presidida por el jefe de la administración seccional o local o su delegado, integrada en el primer nivel de atención -hospitales locales, centros y puestos de salud- por los organismos de participación comunitaria, en los términos que lo determine el reglamento, en las entidades de los niveles secundario y terciario de atención -hospitales regionales, universitarios y especializados- se integrará la junta, en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio de éstos representen el sector científico de la salud y un tercio de ellos representen el sector político-administrativo”¹⁶

Luego, con el decreto 1416 de 1990 se avanza, con respecto al 1216/89, al incorporar en la conformación de los COPACOS al jefe de la dirección de salud municipal o departamental y al sector educativo. Por medio del decreto 1416/90 se creó una estructura piramidal de la participación comunitaria teniendo como eje los organismos de prestación de servicios. Con este decreto los individuos podrían hacer uso de la participación comunitaria a través de la conformación de asociaciones de usuarios o de sus representantes en las juntas directivas de las IPS públicas o mixtas, COPACOS, y consejos comunitarios. Se estipuló que en cada institución prestadora de servicios de salud se tendría el espacio para constituir asociaciones de usuarios. Los COPACOS debían funcionar en todos los organismos o entidades de prestación de servicios de salud de los niveles primero

¹⁶ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1990

y segundo, y contarían con representación de las asociaciones de usuarios. Los miembros de la comunidad que participarían en las juntas directivas de las IPS sería elegidos de entre aquellos que hacen parte de los COPACOS de cada institución.

En los consejos comunitarios, convocados por cada dirección local del sistema de salud, participarían de tres a seis miembros elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad en las juntas directivas de los organismos o entidades de salud. Con esta jerarquización de los mecanismos de participación se esperaba cubrir todos los ámbitos del sector, pues se cumpliría con las tareas de transmisión de información, vigilancia en el cumplimiento de los acuerdos y de las normas, ingerencia en la toma de decisiones y en los planes de desarrollo del sector.

Según el decreto 1416 de 1990 las funciones del Comité de Participación comunitaria son:¹⁷

- Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto, de los Fondos Especiales de Medicamentos y Suministros, Boticas Comunitarias y demás fondos previstos y reglamentados por las autoridades competentes.

- Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud.

¹⁷ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1416 de 1990. por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud. Bogotá. Colombia. 1990

- Presentar planes, programas y prioridades en salud, o a quien haga sus veces, y gestionar su inclusión en el plan de desarrollo de la respectiva entidad territorial
- Presentar proyectos que deban ser cofinanciados por el Fondo Nacional Hospitalario.
- Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extra hospitalaria y de control del medio ambiente.
- Concertar y coordinar con las dependencias del sector salud y con instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del organismo o entidad de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
- Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación.
- Solicitar al Alcalde y/o al Consejo Municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio.
- Proponer a las Juntas Directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.

- Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación por los servicios prestados, correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo con lo que para tal efecto se establezca.
- Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
- Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
- Velar por que se cumpla el régimen de referencia y contrarreferencia.
- Vigilar que las autoridades competentes den cumplimiento a las normas de administración de personal.
- Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades de salud de la comunidad del área de influencia, del respectivo organismo o entidad.
- Evaluar periódicamente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios.
- Designar un representante que asista al Comité de Participación Comunitaria del organismo o entidad de salud al cual se refieran los pacientes.

- Impulsar la descentralización y la delegación de funciones en las Juntas Administradoras Provisionales.
- Informar periódicamente a la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad de salud sobre las actividades y discusiones del Comité y las decisiones de la Junta Directiva del respectivo organismo o entidad de salud.
- Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y otros aspectos similares.

Desde el punto de vista legal, la participación en salud en Colombia, se implementó de manera significativa con la Ley 10 de 1990, la cual dispuso las modalidades y formas en que se llevaría a cabo. En ella, se destaca el compromiso ciudadano ante la conservación de su salud así como su clara participación en la planeación y gestión de los planes y servicios de salud, bajo los principios de participación ciudadana y participación comunitaria.

1.3.2 Ley 100 de 1993 Sistema de seguridad social en Salud

Los planteamientos planteados en la ley 10 de 1990 son reiterados con la promulgación de la Ley 100 de 1993,¹⁸ al establecer que los usuarios serían miembros activos tanto en la organización como en el control de las instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para ello, las instituciones de salud deberían proporcionar una adecuada información a los usuarios, garantizando no solo la calidad en la prestación de los

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1990. Sistema General de Seguridad social en Salud. Bogotá: Colombia. 1994

servicios sino la satisfacción ante los mismos. En éste sentido, una de las acciones institucionales que debe cumplirse es el empoderamiento ciudadano, buscando que se vele por la cobertura, la eficiencia y la calidad de los servicios prestados a través de una clara acción de las veedurías comunitarias.

No obstante sería con el Decreto 1757¹⁹ de 1994 que el gobierno nacional dispondría las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud basados en los siguientes principios:

- Artículo 49 de la Constitución que dispone que los servicios de salud se organicen en forma descentralizada y con participación de la comunidad.
- Artículo 103 de la constitución, que establece que el Estado contribuirá con las distintas asociaciones con el objeto de que se constituyan mecanismos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública
- Artículo 340 de la constitución, el cual dispone que en las entidades territoriales habrá un consejo de planeación
- Decreto ley 1298 de 1994, el cual otorga el desarrollo a participar en la planeación, gestión, evaluación y control en los servicios de salud
- La ley 60 de 1993, artículo 13 y 23, los cuales disponen el desarrollo y difusión de los planes sectoriales y la participación de la comunidad en su control social.

¹⁹ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1757 de 1994. Agosto 3 de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º del Decreto-ley 1298 de 1994.

- La ley 100 de 1993, uno de cuyos fundamentos, es la participación social y la concertación a través de los COPACOS, asociaciones de usuarios y veedurías
- La normatividad más reciente es la ley 1122 de 2007 que crea la comisión de regulación en salud en donde se define un espacio para los representantes de las asociaciones de usuarios y la circular 049 de 2008 de la súper intendencia de salud que determina en su título VI algunas reglas fundamentales aplicables a la atención al usuario y la participación ciudadana.

La participación social en salud es entendida como aquel proceso de interacción social, en el cual se propicia la intervención sobre las decisiones de salud, teniendo en cuenta tanto los intereses individuales como los colectivos. De igual manera, se entiende la participación social desde dos referentes: el primero de ellos, desde la participación ciudadana que busca el ejercicio de los derechos y deberes en salud por parte de los ciudadanos, comprometiéndolo con la conservación de la salud y su vinculación en los procesos de planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud y desde un segundo referente, se define la participación comunitaria, como la participación efectiva de los colectivos ante los procesos de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud. De igual manera, se destaca la importancia que se debe conceder a la participación formal de los usuarios en las instituciones del SGSSS, atendiendo a lineamientos de calidad que establece la interacción de los usuarios con los servicios públicos privados para la gestión, evaluación y mejoramiento de los servicios de salud.

La participación Ciudadana se ejerce a través del servicio de atención e información a los usuarios y del servicio de atención a la comunidad. En donde se plantea que la dirección municipal, distrital y departamental de la Seguridad Social

debe establecer el servicio de atención a la comunidad –SAC- a través de las dependencias de participación social, con el fin de canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos y actuar como veedora de las EPS y las IPS. Así mismo las Empresas Promotoras de Salud –EPS- y las Instituciones prestadoras de salud –IPS- deben ofrecer un servicio de atención e información a los usuarios –SIAU- con una línea telefónica, o equivalente de acuerdo a las condiciones del lugar, para proporcionar información y recoger quejas y sugerencias de los usuarios.

La Participación comunitaria se ejerce a través de los Comités de participación comunitaria –COPACOS-, establecidos como un espacio de concertación entre los representantes de la comunidad y las Instituciones Públicas y privadas con el fin de discutir los problemas de salud y acordar soluciones. Las funciones de este comité variaron en relación a las que aparecían en el decreto 1416 de 1990.

En el caso de la participación en las instituciones del SGSSS se ejerce a través de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria usuarios en el control a la prestación de los servicios. Las alianzas o asociaciones de usuarios del régimen contributivo y subsidiado con representación ante las IPS y las EPS velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Tendrán un representante ante las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado, así mismo tendrán asiento en el COPACO Municipal, los Consejos Territoriales y los comités de ética hospitalaria de las IPS públicas o mixtas. Y las veedurías en salud en el control a la inversión en salud. Para el proceso de veeduría en salud se establecieron tres niveles de canalización: En lo ciudadano podrá ser realizada por intermedio del servicio de atención a la comunidad (DLS), en lo comunitario a través de los COPACOS y en lo institucional mediante las asociaciones de usuarios, comités de ética médica y las juntas directivas de las EPS e IPS. Así mismo la veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos individualmente o a

través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.

En el siguiente capítulo se presentan en detalle cada uno de los mecanismos de participación social en salud, según lo plantea el decreto 1757 de 1994.

1.4 MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

- Servicio de Atención a la comunidad –SAC-

ES UN ESPACIO DONDE:²⁰

- Ciudadanos y entidad conciertan sobre el quehacer de la participación social en salud.
- La comunidad acude a solicitar información sobre la utilización de los servicios de salud que necesita.
- La comunidad formula peticiones o quejas por la calidad de la atención recibida de las Instituciones de salud.
- Se establecen canales de comunicación entre la comunidad y las entidades municipales, para que fluya información en ambos sentidos y haya suficiente conocimiento acerca del sistema general de salud

Funcionan en todas las direcciones Departamentales y Municipales y pueden depender de la secretaria de salud, o de la dependencia que coordine los programas de participación social en su municipio, y se debe legalizar mediante acto administrativo, por parte del alcalde del municipio. Tienen como funciones las siguientes:

²⁰ SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Documento institucional del Servicio de atención a la comunidad. Bucaramanga. 2007

1. Velar por que las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.
4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.
5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad.

➤ Sistema de información e atención al usuarios –SIAU-

El sistema de información y atención al usuario²¹ es un espacio que deben tener todas las Instituciones prestadoras de salud cumpliendo las siguientes funciones:

- Atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y resolución de sus peticiones

²¹ SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Op cit p 13

- Implementar las políticas y estrategias trazadas por la IPS, de mejoramiento organizacional e institucional, de desarrollo progresivo y complementario de los servicios de salud existentes.
- Diseñar y desarrollar conjuntamente con otras dependencias de la IPS, estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos, en el contexto del respeto permanente por la protección efectiva de los derechos humanos
- Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cuantitativo y cualitativo la información proveniente del usuario y otras fuentes (institucional y comunitaria) que alimenten el proceso de toma de decisiones por parte de la institución, los usuarios y organizaciones de la comunidad.
- Poner a disposición del sistema de planeación de la IPS la información proveniente de los usuarios con el fin de favorecer la integración equitativa de la oferta y la demanda de los servicios de salud del área de cobertura.
- Desarrollar estrategias tendientes a garantizar el cumplimiento de las decisiones acordadas a partir de información del SIAU, por los niveles superiores de la IPS.
- Propiciar y concertar con grupos organizados de la comunidad (asociaciones de usuarios, comités de participación comunitaria, veedores), actividades que favorezcan su participación activa en el mejoramiento de la calidad y la gestión concertada de las actividades en salud.
- Proponer y participar en estudios e investigaciones sobre el mercado de salud, de acuerdo a criterios de segmentación, de diferenciación de servicios, de costos u otros que faciliten la toma de decisiones en respuesta a las necesidades de la demanda.
- Construir una institución acogedora, amable, con facilidades de acceso, condiciones y servicios dignos que genere vínculos adecuados con los

usuarios a partir de la motivación, la confianza, la comunicación y la calidad del servicio.

- Buscar que la IPS alcance la finalidad social y financiera que le sea propia y potencialice el desarrollo humano y social de la comunidad donde opera.

Con la conformación del SIAU dentro de las IPS se pretende:

- Aportar y favorecer los procesos de toma de decisiones por parte de prestadores y usuarios de servicios de salud.
- Construir medios más adecuados de promoción de los derechos de las personas.
- Implementar planes de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios que fomenten el desarrollo institucional de las entidades prestadoras de servicios de salud y de las empresas sociales del estado.

Según lineamientos del Ministerio de la protección social presta los siguientes servicios:

- Recepción de quejas, inquietudes y peticiones
- Tramite de las quejas
- Resolución de las quejas
- Análisis y revisión de quejas
- Aplicación de correctivos
- Información y Educación a los usuarios sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberes y derechos entre otros
- Apoyo a trámites Sociales del Usuario
- Medición de la Satisfacción del usuario

- Coordinación y asesoría a los procesos de participación Social en salud (Asociaciones de Usuarios, Comités de Ética Hospitalaria, Veeduría y demás grupos).

El Sistema de Información y Atención al Usuario estructuralmente se debe ubicar dentro de la estructura orgánica de la institución dependiendo preferiblemente de la Dirección. La Junta Directiva mediante un acto administrativo puede crear el cargo y asignar los recursos para su funcionamiento y deberá estar direccionado preferencialmente por un profesional de las Ciencias Sociales con conocimiento en el sistema general de seguridad social en salud.

Dentro de los recursos físicos debe contar con una oficina de fácil acceso para los usuarios, línea telefónica gratuita las 24 horas y los siguientes implementos de oficina: material Bibliográfico (Constitución Nacional, Ley 100, decretos reglamentarios, Acuerdos del Consejo Nacional de Sistema General de Seguridad Social en Salud, Lineamientos sobre políticas de Participación Social en Salud).

La operatividad del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) se da a través de la atención de quejas, reclamos e inquietudes, cuyo procedimiento esta direccionado por los entes departamentales y locales de salud quienes son los que realizan vigilancia, seguimiento y control al sistema; la información al usuario relacionados con las condiciones administrativas, legales, técnico- científicas, éticas y los deberes y derechos que se adquieren por el hecho de contratar, ofrecer, prestar y recibir servicios de atención en salud; mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios definiendo cuál es el grado de calidad de los servicios recibidos, vistos desde la perspectiva de los usuarios, Identificar los aspectos críticos que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos, precisar fortalezas y debilidades, establecer de planes de mejoramiento continuo de los servicios, dar

cumplimiento a la normatividad vigente definida en ley 1122 de 2007 sobre la obligatoriedad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de realizar actividades de exploración y medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención en Salud y el fortalecimiento de la participación social en salud que tienen como finalidad: asesorar la conformación y funcionamiento de las asociaciones de Usuarios, asesorar la conformación y funcionamiento de los comités de ética hospitalaria y asesorar la conformación de las veedurías ciudadanas en Salud.

➤ Asociaciones de usuarios²²

Las Alianza o asociación de usuarios fueron concebidas como agrupaciones de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSS que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación y que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. De este tipo de organización quedan excluidos los vinculados y los usuarios que no son sujeto de subsidio en salud, pero que tampoco cuentan con una afiliación al régimen contributivo; para el grupo de vinculados el gobierno preveía promover “su organización como demandantes de servicios de salud, sobre las bases de las formas de organización comunitaria”.

Las asociaciones de usuarios se deben crear en: Las Empresas Sociales del Estado “ESE”, Instituciones prestadoras de salud “IPS”, Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo “EPS-C” y Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado “EPS-S”. y pueden formar parte Todas las personas sean vinculadas o afiliadas al régimen contributivo y subsidiado que hayan sido atendidos por la Empresa Social del Estado en el año inmediatamente anterior a la

²² SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Op cit p 15

fecha de la convocatoria. y en el caso de las Instituciones prestadoras de salud – IPS-, todos los usuarios que hayan recibido servicios de salud. El registro de las personas atendidas debe ser llevado por la oficina de atención e información al usuario “SIAU” de la IPS. y de la ESE.

La asamblea para la conformación de la asociación de usuarios la convoca el director de la IPS, quien cita a todos los usuarios de su institución a la asamblea de conformación de la asociación, para ello utilizará los medios masivos de información u otros disponibles en su localidad. El gerente de la ESE convocará en forma amplia a los usuarios que hayan hecho uso de los servicios de salud durante el ultimo año, para que hagan parte de la asamblea de conformación de la asociación de usuarios, para el cumplimiento de este fin deberá utilizar los medios masivos de comunicación.

Son funciones de la asociación de usuarios:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
3. Participar en las juntas directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.
4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las juntas directivas de la institución prestataria de servicios de salud y la empresa promotora de salud.

5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado.
6. Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.
7. Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.
8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo con lo que para tal efecto se establezca.
9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.
10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.
12. Elegir democráticamente sus representantes ante la junta directiva de las empresas promotoras y las instituciones prestatarias de servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para períodos máximos de dos (2) años.
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los comités de ética hospitalaria y los comités de participación comunitaria por períodos máximos de dos (2) años.
14. Participar en el proceso de designación del representante ante el consejo territorial de seguridad social en salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

➤ Comités de Participación Comunitaria²³

Según el 1757 de 1994, este comité se reestructura y reemplaza a lo formulado en el 1416 de 1990, dada la competencia Municipal que adquiere.

El COPACO estará integrado por:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
2. El jefe de la dirección de salud municipal.
3. El director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1º de este artículo. La asistencia del director es indelegable.
4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio, tales como: a) Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las uros, uairas, coe, cove, madres comunitarias, gestores de salud, empresas solidarias de salud, entre otras; b) Las juntas administradoras locales; c) Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal; d) Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos; e) El sector educativo, y f) La Iglesia.

²³ SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Op cit p 17

Son funciones de los comités de participación comunitaria en salud, las siguientes:

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al sistema general de seguridad social en salud en su jurisdicción respectiva.
2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud.
3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la junta directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
4. Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el plan de desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.
5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el fondo de inversión social, FIS, u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.
6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
7. Concertar y coordinar con las dependencias del sistema general de seguridad social en salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el plan local de salud.
9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la junta directiva de la empresa social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.
11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las juntas directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud o de dirección cuando existan.
12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la asamblea general de representantes de los comités de participación comunitaria o “Copacos” de la respectiva entidad territorial.
13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el plan de salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.
14. Velar por que los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.
15. Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.
16. Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.
17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos cuando fuere necesario.

➤ Comité de ética hospitalaria²⁴

Las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los comités de ética hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El director de la institución prestataria o su delegado.
2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.
3. Dos (2) representantes de la alianza o de usuarios de la institución prestataria de servicios.
4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los comités de participación comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

Los comités de ética hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar por que se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

²⁴ SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Op cit p 19

5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
8. Llevar un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la dirección municipal y departamental de salud.
9. Elegir un representante ante los comités de ética profesional del sector salud, de que habla el artículo 3º de la Ley 60, y enviar para su estudio los casos que considere pertinentes.

➤ Veedurías en Salud²⁵

Son espacios de participación para vigilar y controlar los programas, proyectos y acciones que tienen que ver con mejorar la salud de su municipio. Las veedurías en salud, tiene como sustento legal el artículo 270 de la constitución política, la ley 100 de 1993, ley 134 de 1994, el decreto 1757 de 1994, la ley 489 de 1998, la ley 563 del 2000 y la más reciente la ley 850 de 2003, por medio del cual se reglamentan las veedurías ciudadanas.

Las organizaciones civiles o los ciudadanos procederán a elegir de una forma democrática a los veedores, luego elaboraran un documento o acta de constitución en la cual conste el nombre de los integrantes, documento de identidad, el objeto de la vigilancia, duración y lugar de residencia.

²⁵ SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Op cit p 21

La inscripción de este documento se realizará ante la personería municipal o Cámara de Comercio, quienes deberán llevar registro público de las veedurías inscritas en su municipio.

QUE VIGILAN Y CONTROLAN LAS VEEDURÍAS EN SALUD?

- RÉGIMEN SUBSIDIADO: Las afiliaciones, la contratación con las Empresas Promotoras de salud del régimen subsidiado, la libertad para escoger una ARS, el libre traslado de Empresas Promotoras de salud del régimen subsidiado, la entrega de carnes y el pago oportuno de recursos.
- EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: La correcta inversión de los recursos destinados al El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, la definición de programas y actividades y la ejecución de lo planeado.
- La construcción, dotación o remodelación de hospitales, centros y puestos de salud.

Son funciones de la veeduría:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
4. Velar por una utilización adecuada de los recursos.

5. Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
6. Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

2. COMPORTAMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER. 2009

2.1 INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para conocer cuál es el comportamiento de la participación social en Salud en el Departamento de Santander, se planeo la aplicación de una encuesta (ver anexo A) a los funcionarios encargados de los Servicios de atención a la Comunidad de los 87 Municipios del Departamento.

Dada la complejidad de la ubicación de los Municipios los investigadores encargados de este trabajo optaron por dos estrategias para aplicar el instrumento, una fue la personalizada, la cual se diligenció directamente en los Municipios cercanos y la otra se convocaron en coordinación con el ente Departamental a los funcionarios responsables a un taller de capacitación, en donde se explico la finalidad del estudio, así como los resultados y productos a alcanzar. 70 Funcionarios de igual número de Municipios respondieron a la convocatoria realizada y a la visita realizada lográndose una cobertura del 80.4%. Por lo tanto los resultados que se presentan se realizaron a partir del número de encuestas diligenciadas.

Los Municipios encuestados fueron: Enciso, Barichara, Macaravita, La Paz, Concepción, Sabana de torres, Girón, San José de Miranda, El Carmen, Florián, Onzaga, Guepsa, Encino, Chima, Barrancabermeja, Villanueva, Confines, Málaga, Betulia, Cerrito, Guavata, Palmas del Socorro, Guaca, Chipata, Simacota, Galán, Mogotes, San Andrés, Barbosa, Gambita, Rionegro, Cepita, Los Santos, Albania, San Miguel, El Playón, Puente Nacional, Coromoro, Charala, Hato, San Gil, Molagavita, Cabrera, Guapota, Cimitarra, Curiti, Oiba, Pinchote, Landázuri, Socorro, Vélez, Puerto Wilches, Zapatoca, Surata, California, La Belleza,

Ocamonte, Guadalupe, San Vicente, San Joaquín, Aguada, Páramo, Valle de san José, San Benito, Vetas, Guacamayo, Santa Bárbara, Jesús María, Lebrija y Sucre.

CUADRO 1 MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN QUE FUNCIONAN EN LOS MUNICIPIOS.

Mecanismos de Participación	No.de Municipios	No. de organizaciones*	%
Comités de Participación comunitaria	39	106	55.7
Veedurías comunitarias	49	149	70
Asociaciones de usuarios	54	137	77.1
Comités de ética hospitalaria	14	11	20
Consejos territoriales de Seguridad social	63	63	90
Comités locales de trabajo	11	108	15.7
Comité de erradicación del trabajo infantil	8	7	11.4
Comité local de salud ocupacional	10	17	14.3
Subcomisión Departamental de concertación de política salarial	1	-	1.4
Red de veedurías	16	14	22.8

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

* No todo los Municipios manifestaron el número de organizaciones que funcionan

Como se puede observar en el cuadro 1 el mecanismo de participación que más funciona en los Municipios son los Consejos territoriales de seguridad social en un 90% seguido por las asociaciones de usuarios y las veedurías comunitarias. El mecanismo menos utilizado es la subcomisión departamental de concertación de

política salarial y los comités de ética hospitalaria, mecanismos que a pesar de estar respaldados legalmente no se promocionan a nivel local e institucional.

Los Comités de Participación comunitaria han venido perdiendo protagonismo en los últimos años con la aparición del decreto 1757 de 1994, pero aun permanecen en 39 municipios con un total de 106 comités, aunque en su mayoría manifiestan no encontrarse activos. Según la información entregada, existen 137 asociaciones de usuarios distribuidas en los 54 municipios y 149 veedurías comunitarias no especificando cuantas son promovidas desde el sector salud. Las organizaciones sociales que se encuentran activas, en su gran mayoría se reúnen trimestralmente, llevando registros como actas en reuniones y comités. Se resalta que hay municipios como Enciso, Barrancabermeja, San Gil y Cimitarra quienes manifiestan tener funcionando 8 de los 10 mecanismos de participación.

CUADRO 2. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS COMITES EXISTENTES

FORTALEZAS	No.	%	DEBILIDADES	No.	%
Continuidad	33	47.1	Falta de continuidad	35	50
Norma constitutiva	35	50	Deficiente normatividad	23	32.8
Plan de actividades	32	45.7	Falta de actividades	29	41.4
Voluntad política	53	75.7	Falta de voluntad política	12	17.1
Presupuesto	6	8.6	Deficiente Presupuesto	56	80
Ejecución de proyectos	22	31.4	Deficiente ejecución de proyectos	36	51.4
Espacios de representación	44	62.8	Insuficientes espacios de representación	13	18.5

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

53 Municipios o sea el 75.7% manifestaron que la voluntad política es la mayor fortaleza que tienen los comités existentes, seguido por los espacios de representación y la norma constitutiva y entre las debilidades el deficiente presupuesto, la falta de continuidad y la deficiente ejecución de proyectos son las mas mencionadas.

Algunos Municipios como Guepsa, San Miguel, cimitarra, San Benito y Charala manifestaron no tener fortaleza alguna, así como Mogotes, Guacamayo y Guepsa no tener debilidades. El Municipio de Cimitarra plantea otras debilidades a tener en cuenta como son la falta de interés de la comunidad y la inasistencia a reuniones y convocatorias.

CUADRO 3. AREAS DE GESTION DONDE PARTICIPAN LOS COMITES DE VEEDURIAS.

AREAS DE GESTION	No. De Municipios	%
Definición de políticas	32	52
Aseguramiento	32	46
Salud Publica	56	80
Prestación de servicios	38	56
Definición de prioridades	35	52
Ejecución de proyectos	35	54
Asignación de recursos	13	18
Ejecución presupuestal	16	22

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

La área de gestión con mayor participación por parte de los comités de veedurías es la de salud pública en un 80% de los municipios, en donde el veedor asume un papel importante en los proyectos del Plan Nacional de Salud Pública antiguo

PAB, tal como lo establece la normatividad (Ley 134 de 1994, ley 850 del 2003 y demás decretos reglamentarios), la participación también se da en un alto porcentaje en la prestación de los servicios y en la ejecución de los proyectos. En donde menos se participa es en la asignación de recursos y en la ejecución presupuestal.

Los municipios de Rionegro, Cepita, Los Santos y Molagavita manifiestan no tener participación de los comités de veedurías en las áreas de gestión mencionadas. Como se puede observar en el cuadro 3. en un 50% de los Municipios los comités de veedurías participan en la vigilancia y el control de la gestión pública, específicamente en los procesos de planeación, en la ejecución de proyectos y en la calidad de la prestación de los servicios, dejando ver debilidad aun en la asignación de recursos y en la ejecución presupuestal.

CUADRO 4. EXPERIENCIAS EXITOSAS EN PARTICIPACION Y CONTROL SOCIAL.

ACCIONES EN	No.	%
Salud	39	85
Empleo	3	7
Riesgos profesionales	3	7
Erradicación del trabajo infantil	3	7
Protección del trabajo juvenil	1	2
Protección laboral al trabajador	8	17
Protección a la mujer trabajadora rural	18	39

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

Las experiencias exitosas en participación y control social se dan a través de la intervención en las acciones en salud, según lo manifiestan el 85% de los Municipios (39), esto se debe probablemente al liderazgo que ha ejercido el sector salud a partir del decreto 1757 de 1994 en la implementación de los mecanismos de participación social, como son las asociaciones de usuarios y las veedurías en salud en los entes municipales y en las instituciones promotoras y prestadoras de salud.

Existe otra experiencia que se debe resaltar como son las acciones realizadas hacia la protección a la mujer trabajadora rural, realizada por 18 municipios lo que representa un 39%.

CUADRO 5. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA “LECTURA PUBLICA DEL REGIMEN SUBSIDIADO”.

CONOCIMIENTO	CALIFICACION		APLICACIÓN			CORRECTIVOS			
	No.	%	No.	%	No.	%			
30 (43%)									
	Excelente	7	23	Aceptación	29	97	Veeduría	4	13
	Regular	2	7	Rechazo	-		Alcaldía	11	37
	Buena	20	67	Inconven	1	3	Personería	9	30
	Deficiente	1	3				Contraloría	6	20

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

La estrategia de la Lectura pública del régimen subsidiado se realiza para vigilar si las personas que están afiliadas son las que deberían estar, para esto se hacen asambleas con las comunidades del área rural y urbana en donde se publican y se

leen los listados. El 43% de los municipios (30) manifiestan conocer la estrategia, lo que quiere decir que el 57% (40) la desconoce. Los que la conocen la califican en un 67% (20) como Buena, un 23% (7) como Excelente, un 7% (2) como Regular y un 3% (1) como Deficiente. Ante la pregunta de cómo responde la población de su Municipio frente a la aplicación de la estrategia, el 97% (29) manifestaron que con Aceptación. Cuando se detectan inconsistencias en la afiliación del régimen subsidiado los Municipios tienen el respaldo para los correctivos y la toma de decisiones por parte de la Alcaldía en un 37% y por parte de la personería en un 30%.

CUADRO 6. TEMAS QUE REQUIEREN CAPACITACION

TEMAS	No. Municipios	%
Salud	46	66
Relaciones laborales	46	66
Riesgos profesionales	41	59
Régimen subsidiado	43	61
Prestación de los servicios de salud	47	67
Plan de Atención Básica	45	64
Erradicación del trabajo infantil	45	64
Protección a jóvenes trabajadores	45	64
Protección a la mujer trabajadora	51	73
Riesgos profesionales	37	53
Políticas locales de empleo	50	71
Inspección, vigilancia y control del trabajo	41	59
Inspección, vigilancia y control de Salud	48	69
Dialogo social	50	71
Concertación laboral	41	59

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

Como se puede observar en el cuadro 6. el interés de los Municipios en recibir capacitación para el mejoramiento de su participación y control social es alto, resaltándose el de mayor importancia el tema relacionado con la protección a la mujer trabajadora, seguido de políticas locales de empleo y dialogo social. Todos los municipios encuestados manifestaron interés en recibir capacitación.

CUADRO 7. ORGANISMOS DEL ORDEN PUBLICO Y/O PRIVADO QUE PARTICIPAN EN LA ORGANIZACIÓN Y APOYO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA Y EL CONTROL SOCIAL.

ORGANISMOS	NO. MUNICIPIOS	%
Alcaldía	69	99
Personería	68	97
Contraloría	2	3
Universidades	4	6
Centros educativos	35	50
Gremios	24	34
La Iglesia	30	43
Dirección local de salud	65	93
Organizaciones de trabajadores	9	13
Organizaciones de consumidores	2	3
Organizaciones de mujeres	29	41
Organizaciones de trabajadores rurales	7	10
Direcciones territoriales del Ministerio de la protección social	8	11
Otras	8	11

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

La administración Municipal (alcaldía) es el organismo público que según los encuestados es la que más apoyo le da a la participación y el control social, seguido de la Personería y la Dirección local de salud. Se resalta que estos organismos por ley tienen la responsabilidad de asumir funciones relacionadas con la Participación social, lo que quiere decir que de acuerdo con este resultado estas instituciones cumplen a cabalidad con lo establecido en la normatividad

En el listado aparecen otros organismos como son la Iglesia y los centros educativos con una representación importante, las cuales han venido incursionando en esta área como un apoyo a la comunidad, debido a la legitimidad que le reconocen sus habitantes.

CUADRO 8. INSTANCIAS QUE COORDINAN LA PARTICIPACION Y EL CONTROL SOCIAL EN LOS MUNICIPIOS.

ORGANISMOS	No. Municipios	%
Alcaldía (secretaria de salud)	25	42
Personería	30	49
Oficina Primera dama	6	10
Iglesia	1	2
Concejo	2	3
Veedurías en salud	4	7
Asociación de mujeres	1	2
Secretaria de desarrollo	4	7
Secretaria de Gobierno	3	5
Consejo de seguridad social	2	3

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

61 Municipios de los 70 encuestados que corresponde al 87% tienen instancias que coordinan la participación y el control social, de estos, 17 tienen mas de una instancia lo que hace que aparezcan relacionadas Instituciones como las

observadas en el cuadro. El organismo que tiene una mayor coordinación en participación social es la Personería, seguido por la Alcaldía a través de la secretaria de salud, reafirmando lo analizado en el cuadro 7. Se destaca la participación de las primeras damas quienes han venido ganando un espacio a nivel Municipal direccionando y liderando programas y proyectos locales.

CUADRO 9. RELACION DE LAS SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

De los 70 municipios que respondieron la encuesta 11 plantearon sugerencias y/o recomendaciones, las cuales se plantean en la siguiente relación:

MUNICIPIO	SUGERENCIAS Y/O COMENTARIOS
Barichara	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta motivación en el sentido cívico de la participación, se convocan y no asisten, pido apoyo para concretar esta participación.
Girón	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir a la comunidad sobre el buen uso de las veedurías
Málaga, palma del socorro, Puerto Wilches	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar sobre deberes y derechos
Cerrito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear medidas sancionaría para las personas que utilicen las veedurías en beneficio propio.
Encino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar recursos económicos para incentivar la participación con programas que mejoren la calidad de vida
Chima. Guaca	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo del Departamento y la Nación para

	desarrollar programas de participación, ya que no se cuenta con recursos.
Villanueva, Los santos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo y acompañamiento, capacitaciones y talleres del orden departamental y organismos especializados en el tema

Fuente: Encuesta realizada por los autores de este proyecto, Bucaramanga 2009

2.2 COMENTARIOS FINALES DESDE LA MIRADA DE LOS RESPONSABLES DE ESTE TRABAJO

De acuerdo con los resultados analizados anteriormente se podría decir que en los Municipios del Departamento de Santander, la Participación social en salud ha logrado alcanzar un nivel satisfactorio en lo que a mecanismos se refiere, pero es importante ir más allá de lo cuantitativo y realizar unas reflexiones desde la percepción y experiencia de los encargados de este trabajo, quienes se encuentran vinculados al sector salud en su labor diaria. La reflexión se da desde el punto de vista de preguntarse qué tan real es la participación social en estos actores cuando ya existen funciones predeterminadas e intereses gubernamentales que orientan las políticas, las acciones y decisiones? si bien es cierto que a través de la historia se han venido ganando los espacios para que la comunidad exprese su sentir desde sus necesidades y alternativas no es tan clara esta representatividad, dado que el escenario donde se actúa está condicionado a aprobar decisiones ya tomadas o para debatir acerca de las mismas, pero sin un poder real, se da el caso de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado que es un espacio de decisión pero los representantes de la comunidad son mínimos en relación a los otros estamentos, y priman los intereses individuales sobre los colectivos.

Así mismo desde lo teórico se conciben las asociaciones de usuarios como una organización autónoma y democrática que funciona bajo los lineamientos institucionales, lo cual influye para que las practicas de estos actores sean restringidas a lo relacionado con la promoción de los servicios y programas, mas no a la defensa de los deberes de los usuarios; las acciones se limitan en la mayoría de los casos a cumplir con la vigilancia de la calidad de la prestación de los servicios pero bajo la figura de inspeccionar las entradas y salidas de los funcionarios.

Al observar los resultados del trabajo de campo realizados en este proyecto se encuentra que en concordancia con la legislación la comunidad hace presencia en el área de la salud básicamente a través de las asociaciones de usuarios y las veedurías quienes no cumplen en un proceso real de control social. En la experiencia de este trabajo se encuentra que estos grupos dedican buena parte de sus esfuerzos a los problemas derivados de la sobrevivencia de la organización y a la difusión de información sobre la existencia y funcionamiento de programas y aún no se ha dado un paso decidido hacia el ejercicio del control social.

También se puede decir que ha existido una respuesta favorable por parte los municipios a la obligación de crear y promover los Servicios de atención a la comunidad, pero este proceso avanza en forma desigual, dado que los Municipios no cuentan con los recursos económicos para que esta instancia funcione con los requerimientos básicos como es el espacio físico y el talento humano. Existen funcionarios como los secretarios de salud a quienes se les asignan además de sus labores propias del cargo la responsabilidad de ejercer funciones como atender las quejas e inquietudes de los usuarios y promover la participación social en salud.

Otro aspecto importante a resaltar es que no existe verdadera interlocución entre los mismos actores comunitarios. Las personas que son elegidas para representarlos en las diferentes instancias no retroalimentan los resultados de las decisiones que se toman en beneficio y en contra de su salud. Esta estructura atomística de la participación se refuerza en el hecho de que las quejas individuales son el mecanismo de control más extendido, pero su tratamiento por parte de las distintas instancias del sistema no permite convertirlas en fuente de información para detectar problemas recurrentes o compartidos por distintos agentes, con lo cual tampoco se constituyen en variables que orienten las discusiones sobre la evolución del sistema en el municipio.

Por último no se puede dejar de contemplar un aspecto clave como son los escasos recursos con que cuentan las Instituciones responsables de estos procesos participativos. Es notoria la falta de una partida presupuestal específica para la puesta en marcha de programas y proyectos que promuevan la participación social en salud, estas tareas, en la mayoría de los casos se realizan como parte de las acciones planteadas en el plan de salud pública.

3. RECOMENDACIONES QUE PERMITAN EL MEJORAMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA

A partir de la información recolectada en este trabajo se sugiere que los aspectos a mejorar desde el nivel Departamental y Municipal deben estar relacionados con:

La puesta en marcha de mecanismos de control por parte de la comunidad que desborden la esfera fiscalizadora y permitan el desarrollo de una capacidad propositiva. Por ello es preciso iniciar un proceso de enseñanza - aprendizaje en el cual se parta por esclarecer la calidad de las relaciones entre la participación y los programas estatales y los instrumentos que permitirían mejorarla; igualmente, es preciso establecer un sistema de capacitación para líderes a través del cual no sólo se aporte información específica sino que se apoye en el desarrollo de capacidades cognitivas y habilidades en el ejercicio del liderazgo.

El direccionamiento de la participación social en salud en el plan de Desarrollo del Departamento, en donde se cuente con asignación de recursos que busquen la consolidación de espacios de participación social, del mejoramiento del control social y ciudadano a la gestión en salud y del fortalecimiento del conocimiento y aplicación de deberes y derechos en materia de salud.

Asistencia técnica en la conformación y funcionamiento de los Servicios de atención a la comunidad y los sistemas de información y atención al usuario en los Municipios e Instituciones de salud, verificando el acto administrativo generado por las autoridades competentes

Trabajar en la difusión y conocimiento de las normas que regulan la participación social en salud, capacitando tanto a líderes como al personal de salud en el contenido, difusión y aplicación de las normas y mecanismos. Esto permitirá establecer entre los actores un dialogo y concertación de ideas, conceptos y percepciones.

Respetar la autonomía, el saber popular y la capacidad propositiva de las organizaciones comunitarias y trabajar al mismo tiempo en un cambio de la percepción de lo que es realmente la participación, puesto que no se puede pedir a la población que participe en procesos decisivos en salud, cuando no se tienen acceso como usuario

Para cumplir con estas recomendaciones el equipo responsable de este trabajo propone el siguiente plan de acción.

Cuadro 10. Plan de acción

OBJETIVO: Fomentar la participación social en salud en los Municipios del Departamento de Santander

ACTIVIDAD	POBLACIÓN	METODOLOGIA	TIEMPO/HORA TALLER	TEMATICA	LUGAR	META
1. Fortalecimiento de la participación social y comunitaria en salud en los funcionarios de las instituciones, a través de talleres educativos con metodología participativa	- Funcionarios de los servicios de atención a la comunidad – SAC_ Municipales - Funcionarios de los SIAU de las IPS, y ESE de los Municipios. -Equipo Provincial de la Secretaria de Salud Departamental	talleres participativos	8 horas por taller 12 x 8 horas= 96 horas Valor hora: \$162.500. (Incluye alquiler de salón, refrigerios, papelería, certificados, alquiler de equipo)	- Organización y funcionamiento de los servicios de atención la comunidad y los sistemas de atención al usuario - Funcionamiento de los mecanismos de participación comunitaria (asociaciones de usuarios. Veedurías en salud, comités de participación comunitaria, comités de ética hospitalaria,) Organización. Funcionamiento de las consultas ciudadanas	Cabeceras de provincias: Comunera, Soto, Guanenta, Vélez, Mares, García Rovira	Realizar dos talleres por provincia

				Asistencia técnica sobre control social.		
2. Fortalecimiento de la participación social y comunitaria en salud en las organizaciones sociales, a través de encuentros comunitarios	<p>- Funcionarios de los servicios de atención a la comunidad – SAC_ Municipales</p> <p>- Funcionarios de los SIAU de las IPS, y ESE de los Municipios.</p> <p>líderes de las organizaciones sociales en salud (asociación de usuarios, veedores en salud, comités de política social, Comités de participación comunitaria) - Equipo Provincial de la Secretaria de Salud Departamental</p>	Encuentros comunitarios	6 horas por encuentro 7 x 6 horas= 42 horas Valor hora: \$ 216.000. (Incluye alquiler de salón, refrigerios, papelería, certificados, alquiler de equipo)	<p>- Funcionamiento de los mecanismos de participación comunitaria (asociaciones de usuarios. Veedurías en salud, comités de participación comunitaria, comités de ética hospitalaria,) Organización.</p> <p>-Deberes y derechos en salud</p> <p>-Dinámica operativa de las consultas ciudadanas</p> <p>- Atención de inquietudes y quejas y resolución de las mismas.</p> <p>-Normatividad reciente de participación social en salud</p>	Cabeceras de provincias: Comunera, Soto, Guanenta, Vélez, Mares, García Rovira, carare.	Realizar 1 encuentro por provincia

*Los talleres se realizan con los funcionarios del Servicio de atención a la comunidad de la Secretaria de Salud de Santander, de acuerdo con los compromisos establecidos

CONCLUSIONES

Históricamente la participación social en salud ha sufrido transformaciones en la medida en que se fue avanzando en el sistema de salud del País. Los cambios que trajeron consigo la Constitución Nacional y la Ley 100 de 1993 abrieron un espacio más amplio para la participación en sus diversas formas y modalidades y, en particular, en materia de control social

La existencia de los espacios de participación tienen como propósito permitir la intervención de la comunidad, en cuanto es beneficiaria del sistema de seguridad social, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto, sin embargo, persiste la preocupación que en el escenario las posibilidades en la toma de decisiones en salud es mínima.

La participación puede asumir un papel determinante en la orientación de las políticas públicas, la gobernabilidad y la democratización. Para ello se requiere una voluntad decidida del gobierno y las instituciones del sistema para operativizar las oportunidades que ha permitido la legislación Colombiana en el ejercicio de la participación.

Se puede considerar como satisfactorio en el Departamento la existencia de grupos de asociaciones de usuarios y comités de veedurías en salud activos, los cuales han tenido un acompañamiento por parte de los servicios de atención a la comunidad y los sistemas de información los usuarios, quienes manifiestan la falta de cultura participativa que aún persiste en muchos Municipios, en donde las mismas personas son las que participan en todos los comités existentes y estos no retroalimentan ante la comunidad que los eligió en su representación las decisiones tomadas, convirtiendo esta situación en una amenaza al fortalecimiento

de la participación con miras a lograr el empoderamiento de las comunidades en torno a sus dificultades y gestores de sus propios cambios.

Los planes de mejoramiento deben estar dirigidos a establecer programas educativos continuos con metodologías participativas tanto para la comunidad en general como para los funcionarios, quienes manifiestan en la mayoría de los casos una resistencia a no permitir que la población participe en forma abierta y democráticamente como lo plantea la ley en todos sus contextos, ya sea social, comunitaria, e institucional.

El fortalecimiento de la participación social en salud tiene éxito en la medida que se realice un proceso continuo enmarcado en proyectos con recursos asignados y tareas de seguimiento para el cumplimiento de metas tanto de productos como de resultado, lo cual se hace necesario que los entes Departamentales y Municipales incluyan en sus planes de desarrollo estrategias y políticas específicas, que permitan promover la participación social en la gestión, vigilancia y control en la prestación de los servicios de salud, en la administración de los recursos y en la planeación de los planes y programas que respondan a las necesidades reales.

BIBLIOGRAFIA

CELEDON Carmen, NOE Marcela. Reformas del sector de la salud y participación social. En: hacia la implantación de modelos de administración gerencial en salud pública. OPS/OMS. 1999

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1990

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA U OTROS. Participación en el control social a la gestión pública. Editorial y grafica. Bogotá: 2003.

GONZALEZ, Esperanza “Manual sobre Participación y Organización para la Gestión local”, Cali, Universidad del Valle. 1995.

GONZALEZ, Fernán. Participación ciudadana y recuperación de la política. Ministerio del interior. Bogotá: 1997

OROZCO AFRICANO. Julio Mario. Por que reformar la reforma. Cartagena: Eumedonet, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS- Revista panamericana de la salud pública. vol.8 n.1-2 Washington. July/Aug. 2000

MINISTERIO DE SALUD. Políticas de participación social en salud. Bogotá, 1997

MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1990. Sistema General de Seguridad social en Salud. Bogotá: Colombia. 1994

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1416 de 1990. por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud. Bogotá. Colombia. 1990

_____ Decreto 1757 de 1994. Agosto 3 de 1994. Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º del Decreto-ley 1298 de 1994

REPUBLICA DE COLOMBIA. Constitución política de Colombia. Artículo 2. Bogotá: 1991

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. Documento institucional del Servicio de atención a la comunidad. Bucaramanga. 2007

VELÁSQUEZ, Fabio. Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia., en Revista Foro, N° 1, Bogotá, septiembre de 1986.