

EL ALCANCE DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA INSTITUCIONAL
EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Alejandra Avella Peña



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES
INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS
BOGOTÁ D.C. SEPTIEMBRE DE 2011

TABLA DE CONTENIDO

I.	Introducción	4
II.	Marco teórico	16
	1. Democracia	16
	1.1. Democracia representativa	19
	1.2. Democracia participativa	21
III.	Marco conceptual y normativo	28
	1. Participación	28
	1.1. Modelos	31
	1.2. Naturaleza de la participación	33
	1.3. Concepto de participación	33
	1.4. Características de la participación	35
	1.5. Formas de participación	36
	1.6. Momentos de la participación	38
	1.7. Clases de participación	40
	2. La participación ciudadana en el SGSSS colombiano y la gestión pública desde la perspectiva de Chiavenato	45
	3. La participación ciudadana en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano	47
IV.	El estado del arte de la participación ciudadana en salud en algunos países latinoamericanos	54
V.	Características, análisis y relaciones de la información recolectada	71
VI.	Conclusiones	101
VII.	Bibliografía	105
VIII.	Anexos	107

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Porcentaje de Participación General en el Mercosur Ampliado. Página 61

Gráfico No. 2 Porcentaje de Participación en Salud en el Mercosur Ampliado Año 2007. Página 62

Gráfico No. 3 Porcentaje de Participación en Salud en el Mercosur Ampliado Año 2009. Página 62

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Distribución de la muestra por género. Página 71

Tabla No. 2 Distribución de la muestra por estrato socio-económico. Página 72

Tabla No. 3 Porcentaje de la muestra Medicina Prepagada. Página 72

Tabla No. 4 Porcentaje de la muestra Plan Complementario. Página 72

Tabla No. 5 Porcentaje de la muestra Por grupo etáreo. Página 73

Tabla No. 6 Porcentaje de la muestra Calidad cotizante – Beneficiario. Página 73

Tabla No. 7 Población cotizante-beneficiaria en Bogotá D.C. Página 74

Tabla No. 8 Distribución de la muestra por EPS. Página 74

Tabla No. 9 Frecuencia de uso de los servicios de salud. Página 75

Tabla No. 10 Fecha de afiliación al sistema de salud. Página 75

Tabla No. 11 Relación Medicina Prepagada – Estrato socioeconómico. Página 77

Tabla No. 12 Nivel de la EPS y estrato socioeconómico. Página 77

Tabla No. 13 Frecuencia de uso y estrato socioeconómico. Página 78

Tabla No. 14 Resultado consolidado de Usuarios EPS por preguntas. Página 78

Tabla No. 15 Resultado de Usuarios EPS ordenado por valor en forma descendente desde la perspectiva de la gestión pública. Página 79

Tabla No. 16 Resultado consolidado de Usuarios IPS por preguntas. Página 81

Tabla No. 17 Resultado Usuarios IPS ordenado por valor en forma descendente desde la perspectiva de la gestión pública. Página 81

Tabla No. 18 Resultado consolidado por preguntas para los representantes de los usuarios ante las EPS. Página 83

Tabla No. 19 Resultado por el valor de la pregunta en forma descendente para los representantes de los usuarios ante las EPS desde la perspectiva de la gestión pública. Página 83

Tabla No. 20 Resultado consolidado por pregunta por parte de los representantes de los usuarios ante las IPS. Página 85

Tabla No. 21 Resultado por el valor de la pregunta en forma descendente de representantes de los usuarios ante las IPS desde la perspectiva de la gestión pública. Página 85

Tabla No. 22 Relación de los resultados en forma descendente para usuarios de las EPS e IPS desde la perspectiva de la gestión pública. Página 87

Tabla No. 23 Relación de las preguntas en forma descendente para representantes de las EPS e IPS desde la perspectiva de la gestión pública. Página 88

Tabla No. 24 Relación de las preguntas en forma descendente para usuarios de las EPS y sus representantes desde la perspectiva de la gestión pública. Página 89

Tabla No. 25 Relación de los resultados en forma descendente para usuarios de las EPS y sus representantes descendente desde la perspectiva de la gestión pública. Página 90

Tabla No. 26 Resultado de Usuarios EPS desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional. Página 91

Tabla No. 27 Resultado de Usuarios IPS desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional. Página 92

Tabla No. 28 Resultado Representantes de los usuarios de las EPS desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional. Página 93

Tabla No. 29 Resultado Representantes de los Usuarios IPS desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional. Página 94

I. INTRODUCCIÓN

La participación de los usuarios, de los profesionales de la salud y auxiliares y demás actores que integran el sistema de salud, desde la creación del Sistema Nacional de Salud con la Ley 10 de 1990, ha sido considerada como un principio básico del mismo y, en tal sentido, se le otorgó el estatus de derecho y deber para todos los ciudadanos lo que la pone a uno y otro extremo de la participación.

Desde la perspectiva conceptual, la participación de los actores en el Sistema Nacional de Salud fue concebida para estar presente en todas las etapas de la administración que según Chiavenato (2007, p. 129 y ss) en la teoría neoclásica son la planeación, que incluye la programación o presentación de programas, planes y prioridades de salud; la organización del Sistema, incluyendo pronunciamientos sobre la estructura del Sistema, los procesos a seguir, y las relaciones a establecer; la dirección del mismo, en donde forma parte importante la comunicación y la información; y el control de la asignación y uso eficiente de recursos así como también, la vigilancia en la destinación de los mismos y la evaluación misma de los servicios de salud. Con esto se pretendía que los resultados de este ejercicio de participación, generaran un sistema de salud con planeación eficaz, con eficiencia en el gasto, con prioridades claramente definidas, pero sobre todo con una comunidad que da el gran salto de una democracia representativa a una democracia participativa en el sector salud.

Cuando la concepción del Sistema de la Salud cambia en 1993 y se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se adicionan nuevas formas de participación y a las variables ya definidas para el ejercicio de ésta se agrega la intervención para lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

En este escenario del SGSSS aparece la denominada participación ciudadana institucional, en la cual los usuarios de la salud son los llamados a participar a través de las diferentes formas de asociación que se han creado para tal fin como lo son las alianzas o asociaciones de usuarios y su representación en las instancias de planeación, dirección, organización y control al interior de las entidades que administran y prestan los servicios de salud, como son las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Para analizar el alcance de la intervención de los agentes en las instancias enunciadas para la consecución de los fines del servicio público de la seguridad social en salud, es necesario conocer si hay desfases entre la importancia atribuida a los factores de calidad y de organización del servicio tanto por el usuario común del servicio como por aquel que lleva consigo la responsabilidad de la representación. Este es el objetivo central de este Proyecto de Grado.

Con este estudio se intenta presentar un punto de partida que permita o induzca a próximas investigaciones con el mismo enfoque en diferentes sectores y un referente para profundizar la incidencia de la democracia participativa en escenarios diferentes a los tradicionales mecanismos de participación ciudadana establecidos en la Ley 134 de 1994, pues es necesario recordar que la participación en el marco mundial es considerada como un instrumento o una herramienta utilizada por los ciudadanos para intervenir directamente en las decisiones del Estado que los afectan y con la cual se pretende modificar de una u otra forma su nivel, calidad de vida o el acceso a algunos servicios públicos a cargo del Estado.

El marco teórico para analizar el alcance de la participación ciudadana institucional en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud se inscribe en la transformación que Colombia viene haciendo de una Democracia

Representativa a una Democracia Participativa y lo que ello implica en la apertura de espacios en los cuales los ciudadanos pueden intervenir en las etapas de planeación, dirección, organización y control.

El marco conceptual se analiza a la luz de la categoría analítica de participación, explícitamente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la cual se considera el instrumento para la consecución de los fines del servicio público de la seguridad social en salud, como son la calidad, la eficiencia, la participación y el control ciudadano.

La principal conclusión del trabajo es que los intereses de los representantes y los de los usuarios a quienes representan los mismos, no coinciden ni desde la perspectiva de la gestión pública, pues mientras los unos centran su importancia en las variables relacionadas con la organización llegando en ocasiones a tener cuatro de estas variables involucradas en la importancia para el ejercicio de los deberes como representante, los usuarios, en las variables relacionadas con la planeación y el control y tan solo en dos de organización.

Igual sucede desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional, pues los usuarios centran su interés en que se resuelvan fácilmente las reclamaciones para tener un acceso digno a los servicios de salud a que tiene derecho y que todos tengan los mismos beneficios en el Plan Obligatorio, mientras los representantes se han centrado en hacer defensa para que no exista discriminación en la atención del servicio de salud y en que exista recursos para la atención de los servicios a los usuarios.

Esto lleva a una gran conclusión en el sentido de poder afirmar que las expectativas de los usuarios no se ven representadas en quienes fueron elegidos o designados como sus representantes, pues ambos buscan resultados distintos al momento de intervenir en el devenir el sistema de salud colombiano, lo que

conlleva a afirmar que el alcance de la participación ciudadana institucional en salud en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se da, toda vez que las acciones que quienes la ostentan en las diferentes instancias se encuentran encaminadas más a las variables de control y no a las planeación, a través de las cuales se logra que se realicen los cambios en la formulación de las políticas públicas y se estructuren cambios fundamentales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Otra gran conclusión puede ser que en ninguno de los grupos se evidencio la importancia de que se controle la corrupción dentro del sistema de salud, pese a los acontecimientos que venían mostrándose al momento de la aplicación del instrumento de investigación.

Así las cosas y, toda vez que las variables de planeación estuvieron casi que marginadas de la importancia y el control de los encuestados, es posible colegir que la participación ciudadana en el sector salud se encamina a la consecución de resultados bajo unos intereses y no al bienestar de todos y la mejora en la calidad en la prestación de los servicios de salud, por lo que su alcance es poco frente a las políticas de salud que se emiten en el país con gran frecuencia, más aún con el panorama actual del manejo del sistema.

1. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación, es conocer si hay desfases entre la importancia atribuida a los factores de calidad y de organización del servicio por el usuario común y por aquel que lleva consigo la responsabilidad de la representación de la participación ciudadana institucional en las políticas públicas de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para lograr el objetivo general, se pasará por alcanzar **objetivos específicos** operativos como:

1. Conocer y analizar los principales elementos del tránsito de la Democracia Representativa a la Participativa en Colombia en cuanto son aplicables al SGSSS.
2. Conocer y analizar las percepciones de los usuarios, como actores sociales, frente a la calidad y organización del servicio y el grado de control del usuario.
3. Conocer y analizar las percepciones de los representantes de los usuarios sobre la importancia de los elementos que configuran la calidad y organización y el control de la participación ciudadana en el SGSSS.
4. Comparar críticamente las dos percepciones y obtener conclusiones

2. METODOLOGIA

Para lograr el objetivo específico que número uno, es decir, conocer y analizar los principales elementos del tránsito de la Democracia Representativa a la Participativa en Colombia en cuanto son aplicables al SGSSS, se efectuó una revisión o descripción del estado del arte de los escritos, estudios e investigaciones existentes en Democracia, Democracia Representativa, Democracia Participativa, Participación y Participación Social, Comunitaria, Ciudadana e Institucional.

El análisis consiste en resaltar los elementos críticos de esta transición, que son aplicables al SGSSS.

Para Conocer y analizar las percepciones de los usuarios, como actores sociales, frente a la calidad del servicio y el grado de control del usuario se diseñó y aplicó una encuesta.

El diseño de su contenido se extrajo de la experiencia de los estudios de Sistemas de Salud del Mercosur ampliado que incluye a Argentina, Uruguay, Paraguay, Bolivia y se adicionaron países como Ecuador, Brasil y Perú. El estudio de “Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur” (ISALUD 2007, página 4 y ss) fue de gran ayuda. Se listaron todas las variables analizadas en cada caso, se analizaron aquellas que eran coincidentes en todos los países, y después se decantó con la experiencia nacional.

El cuestionario de la encuesta se organizó en dos partes:

1ª Parte: datos que permiten identificar al usuario encuestado según su edad, estrato socioeconómico, condición de cotizante o beneficiario, EPS a la cual se encuentra afiliado, IPS que tiene asignada, si tiene Medicina Prepagada o Plan Complementario, la institución a través de la cual acude a la atención de los servicios de salud, frecuencia del uso de los servicios, entre otros.

2ª Parte: preguntas cerradas sobre la percepción de la participación y la importancia de algunas variables de calidad y de organización del servicio de salud, organizadas según la función de planeación, dirección, organización y control.

En cuanto al contenido de las quince preguntas que componen las encuestas diseñadas en relación con el ciclo de la teoría neoclásica desarrollada por Chiavenato es importante precisar que dos (2) de las preguntas tienen relación con la planeación; dos (2) con la dirección; cinco (5) con organización y seis (6) con control, así:

Planeación:

3. Exista presupuesto y recursos suficientes para la atención de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios de la salud según el POS vigente.

11. Debe existir solidaridad (el que gana más paga más) en las tarifas cobradas por la prestación de los servicios de salud.

Dirección:

2. El Estado suministre información clara sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente

8. Se conozcan los mecanismos o espacios a través de los cuales puede participar en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud

Organización:

4. Los beneficios en el POS sean iguales para todos los usuarios de la salud

5. Se resuelvan los problemas en forma concreta para poder acceder a los servicios de salud.

6. Los representantes ante los espacios de participación sean líderes, capaces, honestos y buenos comunicadores.

7. No se discrimine a nadie para su acceso

9. Exista participación directa y organizada de los usuarios para resolver efectivamente los problemas que se presenten (administrativos y de servicio)

Control:

1. Las entidades (EPS, IPS, etc.) rindan cuentas públicamente de los ingresos y gastos que se han asignado para la atención en salud.

10. Sea fácil reclamar sus derechos para tener un acceso digno a la salud

12. Es importante la participación para mejorar los beneficios del POS.

13. Es importante el control a la corrupción en el sistema de salud.

14. Como percibe la Calidad del servicio.
15. Cómo percibe la calidad de los profesionales que le han prestado los servicios de salud

En relación con las categorías modeladas desde el punto de vista de la relación de la participación ciudadana institucional el contenido de las quince preguntas que componen las encuestas diseñadas dos (2) de las preguntas tienen relación con la planeación; dos (2) con la dirección; cinco (5) con organización y seis (6) con control, así:

Derecho ciudadano a la información:

1. Las entidades (EPS, IPS, etc.) rindan cuentas públicamente de los ingresos y gastos que se han asignado para la atención en salud.
2. El Estado suministre información clara sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente

Fortalecimiento de la Sociedad Civil:

6. Los representantes ante los espacios de participación sean líderes, capaces, honestos y buenos comunicadores.
8. Se conozcan los mecanismos o espacios a través de los cuales puede participar en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud
9. Exista participación directa y organizada de los usuarios para resolver efectivamente los problemas que se presenten (administrativos y de servicio)
12. Es importante la participación para mejorar los beneficios del POS.

Gestión Pública Participativa:

3. Exista presupuesto y recursos suficientes para la atención de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios de la salud según el POS vigente.
5. Se resuelvan los problemas en forma concreta para poder acceder a los servicios de salud.
10. Sea fácil reclamar sus derechos para tener un acceso digno a la salud
13. Es importante el control a la corrupción en el sistema de salud.
14. Como percibe la Calidad del servicio.
15. Cómo percibe la calidad de los profesionales que le han prestado los servicios de salud

No Discriminación:

4. Los beneficios en el POS sean iguales para todos los usuarios de la salud
7. No se discrimine a nadie para su acceso
11. Debe existir solidaridad (el que gana más paga más) en las tarifas cobradas por la prestación de los servicios de salud.

Vale precisar que adicionalmente se tuvo en cuenta en la construcción del instrumento lo definido por Godet (1999,pág. 73 y ss) en sus métodos de diagnóstico para la prospectiva, que utiliza en los Talleres de Importancia y Dominio, (como los que se intentaron hacer con los representantes de los usuarios tanto en las EPS o IPS) y la técnica de calificación de bajo, medio, alto, lo que sirvió de fundamento para aplicarla misma en este trabajo de grado.

Los formatos de las encuestas están en el Anexo 1

El diseño de la muestra se basó en la fórmula de Yamane (1979, pág. 83 y ss) que es la siguiente:

$$n = N \times a^2 / (N \times d^2 + a^2)$$

en donde: **n** es el tamaño de la muestra, que resultó en 100 unidades muestrales

N es el tamaño del universo a analizar. Es de más de 1,5 usuarios del servicio de salud en Bogotá.

A es el grado de confianza. Se trabajó con 95% de confianza, que es lo usual en este tipo de análisis

d es el margen de error. Para este caso fue de 10%.

El método de recolección de la información fue entrevista personal y aleatoria. La autora las realizó en tres fines de semana, en conjuntos residenciales y en almacenes de cadena, centros comerciales teniendo en cuenta su distribución por estratos para no sesgar la muestra.

Se elaboró una prueba de escritorio con diez (10) personas, para analizar la comprensión de las preguntas y tomar el tiempo de respuesta. Este resultado implicó ajustar el formulario.

Se realizó seguidamente una prueba piloto con veinte (20) personas, para nuevamente analizar el comportamiento del formulario y la actitud de los entrevistados: No hubo necesidad de ajustar el formulario, y estos datos se incorporaron al resultado final.

El universo de análisis fue el conjunto de usuarios del sector salud, tanto de las Entidades Promotoras de Salud como de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de diferentes niveles educativos, estratos socioeconómicos, grupos etáreos (que van desde los 18 años hasta los 51) y que tenían la condición de cotizante o beneficiario de los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El análisis de los resultados se efectuó en forma agregada para el conjunto de respuestas. Se obtuvo la percepción del orden de importancia en cuanto al conjunto de 15 variables seleccionadas finalmente.

Ahora bien, para conocer y analizar las percepciones de los representantes de los usuarios sobre la importancia de los elementos que configuran la calidad y organización y el control de la participación ciudadana en el SGSSS se solicitó la base de datos de los representantes que se encontraban registrados en la Superintendencia Nacional de Salud y se identificó que fueran representantes antes las EPS del régimen contributivo y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se les invito a un taller de trabajo (una reunión conjunta) pero ante las dificultades logísticas y la baja concurrencia presentadas, se procedió a llevar a cabo la entrevista individual con cada representante al cual se tuvo acceso. El universo es de veinte (20) representantes.

El formulario aplicado es similar al utilizado para los usuarios, y también se encuentra en el Anexo 1.

Para el último objetivo específico planteado, cual es el de comparar críticamente las dos percepciones y obtener conclusiones

Luego de aplicada la encuesta a los usuarios y a los representantes de la salud se llevó a cabo su tabulación y consolidación a fin de presentar los resultados obtenidos.

En el capítulo final se analizan estos resultados y se extraen las conclusiones pertinentes.

El análisis fue cualitativo, sobre los resultados obtenidos, así como cuantitativo, aplicando una correlación entre los resultados de las percepciones de los usuarios y aquellos de sus representantes.

II. MARCO TEORICO

Para comprender y abordar la participación ciudadana institucional dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y toda vez que la misma se encuentra inmersa en el sistema democrático participativo establecido para Estado Colombiano, es preciso determinar algunos conceptos que se relacionan con ella en forma directa o indirecta, como son las definiciones de Democracia, Democracia Representativa y Democracia Participativa, las cuales toman relevancia en la presente investigación académica, pues es a partir de las mismas que se construye la comprensión de su alcance en las políticas públicas de salud. Por tal razón, a continuación se evocarán algunas acepciones de cada uno de estos términos y su relación con la participación ciudadana institucional en salud.

1. DEMOCRACIA

Al hablar de Democracia se hace referencia a una forma de organización de grupos de personas donde el poder reside en ellas, pudiendo tomar decisiones que responden a la voluntad quienes integran la sociedad.

También es considerada la Democracia como una forma de gobierno o de organización del Estado, en la cual las decisiones son tomadas por el pueblo mediante mecanismos de participación directa o indirecta que le confieren legitimidad a los representantes.

La Democracia, a su vez es concebida como una forma de convivencia social en la que los miembros son libres e iguales y las relaciones sociales se establecen de acuerdo a los mecanismos definidos.

La definición de Democracia hace comúnmente se hace referencia a ésta como un sistema de gobierno en el cual la soberanía del poder reside y tiene fundamento

en pueblo; el cual, a través de elecciones, bien sea estas directas o indirectas, elige los gobernantes del país, bien sea en el poder legislativo o ejecutivo.

En esta concepción, el pueblo puede cambiar o volver a elegir a las mismas personas para que se mantengan en sus posiciones, siempre y cuando el ordenamiento constitucional lo permita. Los griegos se referían a la Democracia, como el gobierno del pueblo.

Tomando estas acepciones comunes como base y, relacionándolas con el tema de estudio, es posible colegir que se comparten elementos de la participación en salud con los presentes en la definición de Democracia, pues en ambos casos, los representantes son elegidos por la comunidad o los ciudadanos, en su condición de usuarios del sistema de salud, por un mecanismo en el cual se elige o designa y se le da la representación en un proceso de escogencia (directa o indirectamente) dentro de las opciones que se presentan en la regulación vigente para que los representantes sean los voceros de sus intereses ante el sistema, en las diferentes instancias.

Al adentrarse en los autores, se considera interesante el desarrollo del concepto planteado por Sartori (1994 pág. 5 y ss), quien al referirse a la Democracia ha señalado que es una entidad política, una forma de Estado y de un gobierno, siendo esta la acepción primaria de esta palabra; sin desconocer, que es posible hablar de Democracia Política, Democracia Social o Económica, cuyas definiciones llevan consigo una estructura de gobierno de los grupos o comunidades que la integran, donde son relevantes la igualdad de estatus, jurídico-política o económica, según sea el caso.

Como lo enuncia Sartori, la Democracia en su sentido literal significa “poder popular”, es decir, que la Democracia es concebido con un sistema o régimen de gobierno en el cual el poder reside en el pueblo, pudiendo ser este ejercido bajo la teoría de la representación o de la participación.

Así pues, para Sartori la Democracia va contra la corriente de las leyes inerciales que gobiernan los grupos humanos pues es difícil porque debe ser promovida.

Sin evocar más apartes de la concepción de Sartori, pero conocido su fundamento, es importante tener claridad sobre el punto de confluencia que se presenta en el elemento de promoción tanto de la Democracia como de la participación.

Como otro referente para lograr la relación de elementos entre Democracia y Participación, se retoma lo considerado por el PNUD (2002 pág. 47) en relación con la concepción que la Democracia no es un valor en sí mismo sino un medio necesario para el desarrollo que hace posible el diálogo a través del cual se da la inclusión de los diferentes grupos sociales y que logra que las instituciones públicas se fortalezcan y eleven sus niveles de eficiencia al abrir espacios de participación política y social, es especial para las minorías. Así mismo, el PNUD en(2004 pág. 35)consideró que la Democracia es el conjunto de condiciones para elegir y ser elegido, caso en el cual se habla de Democracia Electoral y, determina que cuando se concibe la Democracia como una manera de organizar la sociedad con el objeto de asegurar y expandir los derechos de los individuos se habla de Democracia de Ciudadanía.

En este orden de ideas, la Democracia que presenta el PNUD, al presentarse como una forma de organización de la sociedad se encuentra en directa relación con las premisas de la participación en el sistema de salud, pues es a partir de la organización de los usuarios de salud como población objetivo que se presupone la existencia del ejercicio y promoción de la ciudadanía en los diferentes sectores como el de salud, donde se establecen las reglas que deben imperar en la organización y en el ejercicio del poder.

Así pues, la Democracia y la Participación requieren la existencia de unos presupuestos o condiciones, dentro de los cuales se encuentran entre otros la rendición de cuentas de los funcionarios públicos, la organización de la sociedad para ejercer las relaciones de poder y la existencia de reglas claras para asegurar la elección libre de entre los candidatos y los programas de gobierno.

Con base en estas premisas, a continuación se desarrollarán los conceptos de Democracia Representativa y Participativa.

1.1. DEMOCRACIA REPRESENTATIVA

La Democracia representativa, según Sartori (1994 pág. 74 y ss), es aquella Democracia en la cual el pueblo por medio de votación popular escoge las autoridades que lo representarán en la toma de decisiones. Con este concepto, es posible decir que hoy la gran mayoría de los sistemas democráticos, funcionan por medio de la representación, donde quienes tienen el apoyo para ejercer los cargos públicos, son los integrantes de los poderes políticos.

Bobbio (1986 pág. 47) por su parte considera que la Democracia Representativa o formal es aquella en la cual las decisiones que afectan a la sociedad o comunidad son tomadas no por los integrantes de ésta sino por quienes fueron elegidos para ello y forman parte de la misma; razón por la cual, es posible identificar en la representación, a unos elegidos quienes consideran que el ejercicio de la representación que les ha sido encomendada es posible realizarla por la confianza depositada por los electores y no consideran que deban ser responsables solamente ante ellos y por lo tanto en la condición que les ha sido otorgada apelan a la salvaguarda de los intereses generales y no solo de quienes los eligieron pues el interés general sucumbe ante el interés particular de unos pocos, así éstos fueran sus electores.

Enfocado el análisis de la Democracia Representativa hacia Colombia, es posible decir desde la perspectiva constitucional que antes de 1991 en el país se concebía el Estado bajo una Democracia representativa o indirecta, en la cual el ciudadano participaba tan solo en la elección de quienes serían sus representantes en las diferentes instancias estatales.

De un lado, se tiene la representación de los ciudadanos en el poder legislativo, es decir, en el Congreso de la República, donde tanto en la Cámara de Representantes como en el Senado de la República, los ciudadanos ejerciendo su derecho al voto eligen quienes representarán tanto regional como nacionalmente.

En este escenario básicamente, el ciudadano se ve representado y considera que a quien ha elegido representará de la mejor manera los intereses de su comunidad, pues normalmente quien se postula es oriundo de los diferentes departamentos donde realiza un acercamiento con la comunidad para conocer las necesidades y expectativas de la misma y plantea la posibilidad de intervención desde el ámbito legislativo.

Igualmente, en esta Democracia también hay espacios para que cierta clase o tipo de ciudadanos puedan estar representados en algunas instancias de decisión, vr. gr. el o los representantes de los pensionados tiene asiento en el Consejo Directivo de ciertas instituciones y, para el ejercicio de esta representación, las agremiaciones de pensionados que se han organizado logran decidir internamente quien reúne las mejores condiciones para representar y defender sus intereses en este órgano de administración de una entidad estatal.

Específicamente en el tema de salud, esta representación se replica con las características propias de la Democracia Representativa, es decir, se realiza una elección para que unos pocos ejerzan la vocería en instancias de dirección y

organización del sistema, con el fundamento que generará la visibilidad de los intereses de quienes los eligieron o designaron.

Y si se recorren otras esferas es posible encontrar que este mismo ejercicio se repite y los ciudadanos intervienen a través de sus representantes, dando cabal aplicación al concepto de Democracia Representativa.

Con estos presupuestos se confirma entonces que Colombia tiene características que la sitúan en una Democracia Representativa en la cual el ciudadano, como titular de derechos políticos y sociales, no hace uso de éstos últimos directamente sino a través de sus representantes, que son personas a las que considera cuentan con las condiciones necesarias para enfrentar, decidir y dar solución a los problemas de lo público, guardando el interés general.

Pero a su vez, desde los grandes cambios sufridos en las estructuras organizativas del Estado a partir del año 1991, se ha dado paso a la presencia de una Democracia Participativa que viene a ser completamente ratificada y consolidada por la nueva Constitución Política a través de la creación de nuevos espacios de participación, iniciándose el tránsito a un Estado Social de Derecho con rasgos más acentuados de Democracia Participativa, sin que se pueda decir que ha desaparecido la Democracia Representativa que venía imperando hasta el momento.

1.2. DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Al asumir como lo enuncia Sartori que la Democracia Participativa o Directa es aquella en la cual se toma parte en forma personal y activa, es posible concluir que en este tipo de democracia los ciudadanos optan por organizarse para ejercer directamente sus derechos políticos en los diferentes escenarios a través de los

diferentes mecanismos que para tal fin se han establecido, ejerciendo influencia en las decisiones que en lo público se tomen.

Entonces es posible deducir que en la Democracia Representativa, es posible ejercer a su vez la Democracia Participativa con la presencia directa de los ciudadanos en algunas de las organizaciones que componen.

Este es el caso del sistema de salud donde confluyen la Democracia Representativa a través de los representantes elegidos por los usuarios, como la Democracia Participativa mediante las Alianzas de usuarios, por lo que es posible concluir que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud imperante en nuestro país hay coexistencia de las democracias antes señaladas.

Pero como este no es un fenómeno que solo sea visible en Colombia es necesario dar una mirada al desarrollo de la Democracia Participativa en América Latina y para esto se toma como referencia el PNUD (2004 pág. 134), programa que estableció que después de más de veinte (20) algunos países como Costa Rica, Chile, Ecuador, se encuentran con una Democracia que hace tránsito de la denominada electoral o representativa a una de ciudadanía o participativa.

Para no dejar de lado algunas cifras en América Latina el PNUD (2002 pág. 73), publicó sus resultados y estableció que solamente el 7,3% de los ciudadanos de América Latina no realizaron ningún acto de participación en los años recientes; que tan solo el 22,1% ejerció su participación mediante el voto (participación política) pero que un 37,6% de los ciudadanos intervienen en la vida pública más allá de lo político y contactan a las autoridades públicas para la solución de sus problemas, asisten a manifestaciones públicas y colaboran con tiempo, trabajo o dinero en la resolución de los problemas comunales (participación ciudadana y comunitaria) y un 25% hacen parte de instituciones sociales (participación social). El porcentaje restante de habitantes de los diferentes países

latinoamericanos analizados no participan en ninguno de los espacios existentes, es decir alrededor del 8%.

Estas cifras reafirman lo enunciado por Bobbio (1986 pág. 86 y ss) al considerar que en las sociedades modernas no debe existir la Democracia Directa en forma pura sino que por el contrario debe primar una Democracia Mixta, es decir que tenga consigo rasgos de la Democracia Representativa con las ventajas de la participación de los ciudadanos, lo que conlleva a encontrarnos con lo que él denomina la Democracia Participativa, donde resalta temas como la opción de revocar el mandato al existir una relación directa entre los elegidos y electores en desarrollo del mandato imperativo, para los cual se han incorporado mecanismos como el referéndum, la consulta, la iniciativa ciudadana, etc., que traen consigo la participación e intervención activa de los ciudadanos en la toma de decisiones.

Y efectivamente, se reitera que esto es lo que ha pasado en el caso colombiano y claramente en el SGSSS, pues desde el texto constitucional se define a Colombia como un Estado Social de Derecho organizado como República unitaria, democrática y participativa, que tiene dentro de sus fines esenciales el de facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural, que da a los ciudadanos la opción de participar en la conformación, ejercicio y control del poder político y otras formas de participación democrática, se garantiza la participación de la mujer en los niveles decisorios de la administración pública, se garantiza la participación activa de los jóvenes, la comunidad educativa participará en la dirección de las instituciones educativas y habrá participación de los particulares en la Seguridad Social, específicamente los servicios de salud se prestarán con participación de la comunidad.

Con este marco es posible colegir que la participación se encuentra presente en varios de los sectores de la administración pública y que claramente se hace

tránsito a una Democracia Participativa que propende y fortalece la intervención activa de la comunidad, los ciudadanos o los representantes de la misma en las esferas de planeación, dirección, organización y control, que son las funciones básicas de la administración, según la teoría neoclásica resumida por Chiavenato (2006 pág. 228 y ss), lo que se encuentra plasmado en el artículo 99 de la Carta Política, que determina *“la participación en la gestión administrativa se ejercerá por los particulares y por las organizaciones civiles en los términos de la Constitución, y de aquellos que se señalen mediante la ley que desarrolle el inciso final del artículo 103 de la Constitución Política y establezcan los procedimientos requeridos para el efecto, los requisitos que deban cumplirse, la definición de las decisiones y materias objeto de la participación, así como de sus excepciones y las entidades en las cuales operarán estos procedimientos”*

Así las cosas, se reitera que la Democracia Participativa se encuentra concebida para que sea ejercida tanto directamente como por intermedio de las organizaciones civiles en las cuales se organicen las comunidades y que la misma solo se podrá llevar a cabo dentro de los límites, parámetros y los procedimientos que sean establecidos en el marco normativo que así lo determine para cada uno de los temas o sectores en que se organice la administración pública.

Y es precisamente en la última parte del artículo evocado que se inserta la participación institucional la cual se analizará en el marco conceptual pues, es claro, que será al interior de las entidades que operarán los procedimientos para que los ciudadanos tengan asiento o puedan conocer y opinar sobre la gestión pública que se ha desarrollado en las mismas y los resultados alcanzados en tal sentido de cara al interés general que le ha sido encomendado al momento de su creación.

Pero la coexistencia de la Democracia Representativa y la Democracia Participativa se da en varios de los sectores para lo cual basta con revisar el compendio legislativo que ha sido emitido por la Rama Legislativa, pues desde allí

es posible corroborar que se ha dado cumplimiento a lo establecido en el artículo 79 de la Constitución Política y en muchos de los sectores se han establecido mecanismos o espacios de participación, haciendo realidad esa democracia como lo es la participación sector educativo (ley 115 de 1994), el sector del medio ambiente (ley 91 de 1994), los mecanismos de participación ciudadana en el ámbito político (ley 134 de 1994), la vinculación de la comunidad en el funcionamiento de los municipios (ley 136 de 1994), el ejercicio de la vigilancia y control en la actividad contractual (Ley 80 de 1993), los mecanismos participativos y democráticos en el ejercicio del control ciudadano en la gestión pública (Ley 489 de 1998) y la reglamentación de las veedurías ciudadanas como mecanismo democrático de representación de la ciudadanía (ley 850 de 2003), entre otros.

Así pues, en la Democracia Participativa la idea es crear escenarios más incluyentes que permitan la legitimación de las actuaciones en lo público y la expresión de los ciudadanos para la exposición de sus necesidades, concertar las acciones a seguir en algunos frentes y llevar a cabo un “control” para lograr la efectividad y responsabilidad del actuar de las autoridades del poder público, haciendo énfasis, en la Rama Ejecutiva del poder público, por ser en la cual reposa, en la mayoría de los casos, la formulación e implementación de las políticas públicas.

No se debe olvidar entonces, que este salto a la participación ciudadana se dio no sólo en el ámbito político, con la inclusión de los mecanismos de participación política, sino que su incidencia se expandió al ámbito social, para que el ciudadano ejerciera sus derechos y deberes u obligaciones, lo cual es posible solamente al momento que toma la opción de participar en la creación y mantenimiento de espacios de veeduría u observación desde lo social o las juntas o agremiaciones sociales o comunales a través de los cuales participa e incide directamente en la toma de decisiones de cara a los intereses de la propia comunidad que integran y, en lo institucional, donde hace presencia en los

órganos de administración de las entidades estando presente en las instancias de decisión al interior de instituciones que componen los diferentes sectores del gobierno, bien sea este en el orden nacional, departamental o municipal.

Y es que la premisa de la cual parte la participación del ciudadano, es que la misma debe traer consigo una mayor eficiencia y eficacia de la gestión pública, abrir el camino de la transparencia en las actuaciones públicas y facilitar la comunicación entre la administración o Estado y los ciudadanos, entre otras.

En este orden de ideas, se puede colegir que la Democracia Participativa trae consigo, de una parte, la creación de espacios para la presencia de los ciudadanos por parte de las autoridades públicas, y de otra, el compromiso de los ciudadanos en aquellos escenarios, logrando con esta interacción una institucionalización de la participación y un fortalecimiento de lo público.

Finalmente, vale la pena evocar lo enunciado por Patricia Muñoz et al (2008 pág. 8 y ss) frente a las condiciones establecidas por el PNUD para lograr el fortalecimiento de la gobernabilidad en América Latina, donde en uno de los puntos de la agenda se encuentra la generación o el fortalecimiento de las capacidades institucionales para aportar a la efectividad de las políticas públicas a través de la participación real de los ciudadanos. La idea es que exista una interacción real y permanente entre la sociedad civil y el Estado mediante criterios democráticos-participativos desde proyectos políticos que hagan referencia a la ciudadanía, la sociedad civil, la Democracia y la Participación, donde para Colombia se reconoce que “... *la Democracia Participativa en Colombia proviene de diferentes discursos y lenguajes políticos defendidos con fuerza desde la década de los años setenta y ochenta plasmados en la Constitución de 1991...*”(PNUD, 2008 pág. 108) donde es posible que la experiencia del proyecto cultural y político no conlleve solamente a la participación en lo meramente institucional sino que devenga esta en otros escenarios.

Definido el marco de la Democracia Participativa existente en Colombia, en el siguiente capítulo se desarrollará la participación desde la concepción de los modelos, su naturaleza, las clases, las formas en las que se presenta y los niveles, con el propósito de acercarnos a la participación ciudadana institucional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

III. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

En este capítulo del documento de investigación se desarrollará el marco general de la participación pasando por el conocimiento de los modelos que existen de la misma, las definiciones que han sido concebidas por cada uno de los doctrinantes en la materia, los conceptos que han sido definidos en las disposiciones regulatorias que se encuentran vigentes, las clases de participación, los momentos en los cuales se da la participación, entre otros; toda vez que son estos elementos los que permitirán contar con los fundamentos suficientes de entendimiento para abordar la participación ciudadana institucional en salud y realizar las correlaciones entre los elementos de la misma.

1. PARTICIPACION

1.1. MODELOS DE PARTICIPACIÓN

El Informe de Desarrollo Humano para Bogotá y, específicamente retomando a María Teresa Uribe (PNUD 2008 pág. 181 y ss) en la Constitución de 1991 es posible identificar tres (3) modelos de participación y ciudadanía que están presentes o convergen a saber: el liberal-pluralista cuyo objetivo es mejorar la eficiencia de la administración pública; el discurso defendido por los movimientos sociales al interior del sistema político donde el impacto de sus acciones se volvieron esenciales para la comprensión de las dimensiones de la participación y la ciudadanía y, un último en el cual el ciudadano se considera virtuoso, ilustrado y activo en lo relacionado con lo público, donde la democracia y la ciudadanía se convierten en escenarios de deliberación pública que permiten la creación de una capacidad analítica y una emisión de juicios por parte de los ciudadanos.

Del primer discurso (liberal-pluralista) es posible definir que al buscar la participación ciudadana en aras de mejorar la eficiencia de la administración

pública se hace imprescindible tener un acceso a la información en forma veraz, la canalización de las demandas o solicitudes que presente la comunidad, los espacios para la resolución de los posibles conflictos que se puedan presentar y la ejecución de tareas de control vertical.

Lo importante en este modelo es que la participación lleva consigo el papel esencial de mecanismos institucionales que permiten la adición de las expectativas de la sociedad a las acciones del Estado. Entonces, en este modelo la democracia participativa se desarrolla y es comprendida en su dimensión práctica para la mejora de los procesos de modernización del esquema estatal para superar las crisis de gobernabilidad interna y responder a los retos de una economía de mercado, básicamente.

En el segundo modelo, el cuales defendido por los movimientos sociales dentro del sistema político, estos actores generan movilizaciones colectivas que arrastran unas acciones que tienen impacto en el sistema político donde hacen presencia nuevas dimensiones de la participación, la ciudadanía y de la democracia en sí como un proyecto político.

Existe una relación entre los movimientos sociales y el poder político donde se establecen estrategias, del primero al segundo, a fin de lograr entre otras cosas: la reivindicación de las diferencias y su reconocimiento; el planteamiento de necesidades en temas de servicios públicos, empleo, vivienda, salud, etc.; reivindicaciones en el tema ambiental; críticas frente a las políticas públicas y acciones para el respeto a los derechos humanos. Acá la participación y la democracia se desenvuelven en lo social y lo cultural pues sus actores se encuentran en condiciones de exclusión, marginalidad u opresión, donde se debe recuperar la dignidad humana y la justicia material para la sociedad y, en especial, el reconocimiento de la pluralidad de los individuos en la misma.

El modelo o discurso final o del ciudadano virtuoso genera un escenario donde se ocultan identidades e intereses y realidad concretas, pues la democracia y la ciudadanía se convierten en espacios para el conocimiento de los derechos, el cumplimiento de los deberes y la creación de hábitos de interacción y deliberación de individuos autónomos y políticamente responsables con una educación que permite la existencia de unas conductas de los ciudadanos que despliegan su capacidad de crítica y análisis.

Revisados los elementos que constituyen cada uno de los modelos enunciados, es viable enmarcar la participación ciudadana institucional en salud en el primer modelo, pues la misma está encaminada a generar eficiencias en el sistema de salud, a propiciar mejora en los procesos de atención y modernización del esquema para superar las crisis y responder a los retos del SGSSS y en consecuencia a aumentar la calidad de la prestación de los servicios, a canalizar las solicitudes de los usuarios de la salud y a proponer espacios de intervención de éstos en las instancias que tienen a cargo las funciones de planeación, dirección, organización y control en cada una de las entidades definidas como actores del sistema, como lo son las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre otras.

Lo que está por determinar es la existencia de la relación entre las solicitudes de los usuarios y los intereses de los representantes que finalmente determinará el alcance de la participación ciudadana institucional en las políticas públicas de salud, con la prelación del interés general expresado por la comunidad, es decir que las expectativas de la comunidad se adicionan a las acciones del Estado y, cual es la importancia de la información veraz para el ejercicio de la participación dentro del SGSSS.

En este contexto, es necesario ahora volcarse a la naturaleza, las diferentes definiciones de participación y los tipos y las clases participación que se han establecido.

1.2. NATURALEZA DE LA PARTICIPACIÓN

Los diferentes autores que se detienen a establecer la naturaleza de la participación, pretenden establecer si ésta es un derecho o un deber y cómo se manifiesta. Sánchez (1994, pág. 47) señala que la participación desde el punto de vista de su naturaleza jurídica puede ser vista como un derecho, un deber o como una función pública y que esto depende de cómo la misma se encuentra consagrada en los marcos regulatorios del Estado en el cual se desarrolle; para el caso Colombiano se debe precisar que la participación se encuentra concebida con la doble connotación de derecho y deber desde la disposición constitucional vigente.

Es derecho, pues se le reconoce a todo ciudadano la opción de participar en la conformación, ejercicio y control del poder tomando parte en los diferentes mecanismos de participación democrática y es deber, pues se enuncia el deber de los ciudadanos de participar en la vida cívica y comunitaria del país.

Por su parte, Cuevas (2006, pág. 21) considera que la participación es más amplia que el derecho a participar y que goza, en la mayoría de sus manifestaciones, con la protección jurídica respectiva. Con este derecho reconocido, las personas se encuentran facultadas para incidir en varios asuntos de su propia vida o de lo colectivo mediante fórmulas de colaboración y control, en muchos campos de la vida civil, laboral, familiar, financiero, mercantil, administrativo y político, en la administración pública, etc.

Velásquez (1994, pág. XX) comparte con el primer autor la naturaleza de la participación en tanto en cuanto es un derecho y un deber, pues la misma no es únicamente una atribución de la condición de ciudadano sino que se constituye en un deber para cada uno de ellos.

Esta posición sobre la naturaleza de la participación como derecho se afianza en el contenido del artículo 21 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde se establece que todas las personas tienen derecho a participar en el gobierno de su país directamente o por intermedio de sus representantes; por su parte, en la Declaración Americana sobre Deberes y Derechos del Hombre, se determina que toda persona legalmente capacitada tiene derecho a tomar parte en el gobierno de su país directamente o a través de sus representantes y de participar en las elecciones.

Como última referencia se evoca el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos que en su artículo 25 define que todos los ciudadanos gozarán del derecho a participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes.

En este orden de ideas, es posible concluir que la participación es considerada en los ordenamientos legales supranacionales que rigen diferentes países del mundo, como un derecho de los ciudadanos que los componen y el alcance de este derecho de participación dependerá de lo que la regulación constitucional de cada país establezca. Para el caso colombiano la participación es un derecho y un deber que se encuentra consagrado en el preámbulo y varios artículos de la Constitución Política.

Y esta condición de la naturaleza de la participación, es aún más evidente en el SGSSS, pues su regulación interna lo determina como el derecho y el deber de participar por parte de los usuarios de la salud. Sin embargo, será que esa doble

condición permite que la participación ciudadana en salud tenga la interiorización como tal entre quienes ejercen su representación y quienes la delegan, para que se cumpla con el cometido de la misma? Este es un interrogante que podrá contestarse de acuerdo con la inferencia que se pueda hacer de los resultados del instrumento aplicado.

Así pues, definida la naturaleza de la participación a partir de su reconocimiento como un derecho y un deber, es importante ahora conocer varias de las definiciones o conceptos que esta palabra tiene para varios autores.

1.3. CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN

Para iniciar, se hace interesante recordar la propuesta de Velásquez (2003, pág.) quien entiende la participación como *“un proceso social que resulta de la acción intencionada de los 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”*.

Para Velásquez la participación se constituye como un medio para la formulación, discusión y adopción de consensos importantes que inciden en el desarrollo y convivencia en una jurisdicción territorial definida y que su trascendencia se relaciona con las consecuencias frente a la eficiencia y eficacia de la gestión pública, conllevando al establecimiento de políticas públicas que reescriben las relaciones entre el ciudadano y la administración o los gobiernos en el nivel nacional, departamental y territorial, lo que lleva a Velásquez a concebir la participación como *“el proceso en que distintas fuerzas sociales, en función de sus respectivos intereses, 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”*.

Autores como Oakley (1985, pág. 21) y Muller (1979, pág. 33) dividen el concepto de participación entendiéndolo, por una parte como un “fin”, es decir “como el acceso al poder de quienes se encuentran marginados del mismo, influyendo directamente en las decisiones que afectan su vida” (Oakley), o “como el mayor control de la población sobre las condiciones que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención” (Muller); pero así mismo consideran la participación como un “medio”, es decir como un “recurso que permite hacer que los programas lleguen a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para su ejecución” (Oakley), o “como la movilización de los recursos de salud de la comunidad” (Muller).

Los elementos que se presentan en los anteriores conceptos sobre la participación permiten afirmar que en el Sistema de Salud los usuarios la utilizan como medio y como fin, pues, de una parte, intentan con ella influir en las decisiones que se tomen sobre la organización y el nivel de calidad en la prestación de servicios, entre otros a través de las asociaciones de usuarios, y de otra, que se genere la aplicación de los recursos que son asignados a la salud, mediante el mecanismo de las veedurías ciudadana.

Siguiendo con el conocimiento de la participación, se retoma el contenido del texto desarrollado por Niño (2007 pág. 7 y 8), en el cual se encuentran acepciones de la participación que van desde considerarla como el acto voluntario y consciente que lleva a un individuo o colectivo a tomar parte en un asunto de interés social, entendiendo el interés social como aquel que hace referencia a temas que incluyen o afectan la vida social ya sea desde la política, economía y cultura, tiene su origen en el Estado, hasta definirla como la capacidad colectiva de decisión y control de los ciudadanos que tiene como propósito generar espacios que faciliten procesos de cambios en los individuos y todo el conjunto de la sociedad.

Es importante señalar que esta definición, se acerca mucho más a lo que representa la participación ciudadana institucional en salud, pues adicionado a lo ya expuesto, se adiciona la capacidad de decisión y control de los ciudadanos para propiciar procesos de cambio, como se desarrolla en el SGSSS.

Cuevas (2006, pág. 25), comparte lo dicho por Velásquez y considera que la participación es un proceso social cuyo derecho es reconocido jurídicamente como la facultad o posibilidad de incidir en la dirección de los asuntos públicos.

Revisadas las anteriores definiciones de participación es posible en ellas identificar elementos comunes y características que para todos los autores existen y se presentan cuando se habla del tema, las cuales se hacen también presentes en el SGSSS y su concepción de la intervención de los usuarios en el mismo, las cuales a continuación se describirán.

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN

Según las definiciones analizadas, en la participación se presentan varias características que la identifican, las cuales se pueden resumir según Niño (2007, pág. 9 y 10) en las siguientes:

La participación supone una secuencia de etapas y momentos coherentemente relacionados, que se desarrollan en el tiempo y lugar. Es dinámico en cuanto tiene que ver con la sociedad en que se da, por lo que se considera **un proceso**.

Es una **intervención**, porque presume la capacidad de influir en el desarrollo de algo, se trata de influir en las decisiones que afectan la vida de los ciudadanos.

La participación se realiza en forma **consciente** y considera que así debe ser todo proceso social que busque influir en la dinámica de la sociedad.

Se requiere que la participación sea el soporte de las organizaciones comunitarias para que asuman los intereses de la sociedad que representan y los represente ante el Estado en forma **organizada**.

Debe ser **continua**, no coyuntural ni espontánea, en la gestión del municipio en su carácter político, social y cultural y se convierte en un elemento esencial de la democracia local.

La participación tiene como finalidad **contribuir a crear condiciones** para mejorar la calidad de vida y dignidad de las personas al involucrarlas a partir de la acción directa.

Al ser el fundamento de la democracia social, la participación debe expresarse en todos los actos y relaciones del hombre, lo que hace que se considere como un **acto de relación entre el ciudadano y el Estado**.

Se reitera que todas las características o elementos presentes en la participación es posible identificarlos en el tema de estudio, como se evidenciará más adelante en el aparte en que se analizase la participación ciudadana institucional en el SGSSS.

Habiendo definido la participación y detalladas sus características, es importante ahora saber en qué etapas se presenta la participación en las políticas públicas, lo que ha sido definido como formas de participación.

1.5. FORMAS DE PARTICIPACIÓN

La participación se hace presente en las diferentes etapas de las políticas públicas como son la formulación, la implementación (organización y dirección, según Chiavenato) y la evaluación y, en cada uno de estos momentos se ejerce de diferentes formas.

Según lo establecido por Niño (2007, pág. 10), las formas en que se presenta la participación son la consultiva, directiva, técnico administrativa, de vigilancia y control, de ejecución y de decisión, las cuales las define así:

Se dice que la participación es **consultiva**, cuando los ciudadanos asisten en representación de la comunidad a los organismos de la administración pública, que sugieren, proponen o formulan alternativas sobre asuntos que le son de su competencia. Por ejemplo: Participación en los Consejos Municipales de Planeación.

Se habla de una participación **directiva** en los casos en que los ciudadanos asisten en representación de la comunidad a los órganos de dirección de las entidades que toman decisiones de conformidad con lo establecido en las normas. Por ejemplo: Participación en las juntas directivas de los establecimientos públicos en cualquiera de los niveles.

Cuando la participación se ejerce en organismos cuyo propósito es impulsar decisiones de ley o de Juntas Directivas, de estar en procedimientos técnicos administrativos bajo las modalidades de gestión en una empresa pública o en cumplimiento de un procedimiento técnico administrativo de un ente estatal, se dice que se está bajo la forma de participación **técnico administrativa**.

Si la participación se hace a nombre de la comunidad, en el seguimiento de obras y servicios estudiando la forma como se presentan y los mecanismos que se utilizan, se identifican las dificultades que se presentan en la prestación de los servicios públicos se considera que se está frente a una Participación de **vigilancia y control**. Por ejemplo: Asociaciones de usuarios de los servicios públicos

Aun cuando no se presenta muy frecuentemente, cuando la participación la realizan los ciudadanos en forma organizada y se incorporan a la ejecución de las obras y a la prestación de servicios bajo la modalidad de convenios, contratos o delegaciones se dice que la planeación es de **carácter de ejecución**. Por ejemplo: Organización de la comunidad para la autoconstrucción de las soluciones de vivienda para la misma comunidad.

Finalmente la participación es considerada **decisoria** cuando se aprueba algo por que en su condición de ciudadano se tiene el poder de hacerlo. Por ejemplo: Revocatoria del mandato de la autoridad elegida por ellos.

Conocidas las formas de participación que se pueden presentar y confrontarlas con lo que sucede en el SGSSS, es posible afirmar que en éste se presentan en todas ellas, inclusive en la de carácter ejecutivo, pues si bien a los usuarios de la Salud en el régimen contributivo no se les ha dado la posibilidad de involucrarse en la prestación de servicios, esto se presenta en el régimen subsidiado a través de las asociaciones mutuales, quienes se han organizado para la prestación de los servicios en salud a sus comunidades.

Ahora bien, ya establecidas concepciones, las características y las formas, se hace necesario conocer en qué momentos se presenta la participación.

1.6. MOMENTOS DE LA PARTICIPACIÓN

Algunos autores consideran que la participación varía según el momento de la gestión pública en el que se da y según la influencia que tiene la participación en el diseño global de la política pública, lo cual permite hablar de siete (7) momentos de la participación, como se señala en el documento de Niño (2007, pág. 12)

El primer momento de la Participación se evidencia cuando la comunidad busca la información que requiere para conocer sus derechos, deberes, tener información

completa acerca de las situaciones en las que se quiere participar. Es fundamental que esto pueda hacerse de manera responsable y juiciosa. Este es el primer momento indispensable para que los otros puedan darse adecuadamente y se habla de éste como el momento de la **información comunitaria**.

Luego aparece la **consulta**, que es el momento en el cual los participantes en determinado proceso expresan su opinión sobre el problema en cuestión. Normalmente ésta no es determinante para la toma de decisiones, pero si es muy importante para construir elementos de juicio que permitan decidir a los ciudadanos.

Posteriormente llega el momento de la **iniciativa**, que es cuando los individuos que participan presentan sugerencias pues desean hacer cambios para resolver algún problema o mejorar una situación.

Toda vez que en la democracia participativa uno de los elementos claves es la vigilancia sobre las decisiones que se toman en su ejecución de las políticas públicas, es allí donde aparece el momento de la **fiscalización** función de veeduría que se ejerce sobre las personas que toman decisiones o las llevan en práctica.

La participación se sitúa en el momento de la **concertación**, cuando después de una negociación las partes involucradas en un problema llegan a un acuerdo para solucionarlo. Las concertaciones pueden darse entre dos o más grupos o individuos que estén involucrados en un mismo conflicto.

Al escoger las fórmulas concretas para la consecución de metas definidas o la solución de problemas, la mejora de cierta situación o transformación de realidades se dice que se aborda el momento de la toma de decisiones o de **decisión**.

Finalmente, al poner en práctica las decisiones tomadas y llevar a cabo el manejo de los recursos disponibles para buscar ser eficiente y eficaz de los mismos y de la gestión como tal, en aras de dar las mejores respuestas posibles a los problemas existentes se dice que es el momento de la **gestión**.

En el SGSSS la participación se da más visiblemente en los momentos de decisión, concertación y fiscalización, sin que se pueda afirmar que en lo demás no se presente. Frente al momento de consulta, se debe recatar que a partir del año 2007, este se presenta por iniciativa de la Superintendencia Nacional de Salud como ente regulador de la Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS y que en este mismo confluye en algo el de iniciativa, aun cuando no siempre.

1.7. CLASES DE PARTICIPACIÓN

Teniendo claridad sobrepuntos anteriores, a continuación se enunciarán las clases de participación que han sido desarrolladas por varios autores y su concepto a fin de poder adentrarse en el concepto de participación ciudadana institucional en el SGSSS.

En resumen, se puede decir que se habla de seis (6) clases de participación a saber: democrática, política, social, comunitaria, ciudadana e institucional, pero por no ser importante para el presente estudio las dos primeras se obviarán y se analizarán las últimas cuatro, por tener incidencia directa en el marco de la investigación.

La participación comunitaria involucra a todas las personas que hacen parte de la comunidad, sin discriminar a ninguna, en lo que es común a todos. Es básicamente en el reconocimiento de derechos que de manera genérica otorga la constitución política a las personas y se encuentra ligada al proceso de toma de decisiones en los niveles municipal o local. (Morales, 1997 pág. 35 y 36).

También se considera que se está frente a esta clase de participación cuando hay un acto voluntario y consciente de intervenir en un asunto de interés social que procede de un grupo organizado que funciona con unos objetivos explícitos y compartidos por sus asociados, pues esta se refiere a las acciones colectivas de los ciudadanos para mejorar sus condiciones de vida. (Niño, 2007, pág. 7)

Según Muñoz (1995, pág. 29) cuando los ciudadanos mismos despliegan acciones con el fin de resolver las necesidades de la vida cotidiana, aunque no siempre tiene que ver con el Estado. Cuando lo hace se circunscribe netamente a la asistencia técnica y la capacitación. Para la autora se trata de una relación asistencial y puede equipararse con lo que se denomina desarrollo comunitario, es decir, se esta presencia de participación comunitaria si hay acciones y trabajos realizados por la comunidad para resolver problemas y dar respuesta a necesidades e intereses comunes o individuales mediante planes, programas, actividades y proyectos conjuntos.

En el ámbito normativo de la salud en Colombia la participación comunitaria es concebida como el derecho de la comunidad a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en la ley y en sus reglamentos (art. 3° Ley 10 de 1990); sin embargo, en otra norma la participación comunitaria es definida como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud (art. 2° Decreto 1757 de 1994)

La participación social se considera como el proceso de agrupación de los individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus intereses particulares que son compartidos y se convierten

en el punto de convergencia de reunión de la organización social que trabaja o lucha por ellos y ellas. (Niño, 2007 pág. 11)

Así mismo se dice que se presenta esta participación cuando se desarrolla a través de organizaciones privadas, como cooperativas y organizaciones no gubernamentales en defensa de intereses sociales, necesidades materiales y específicas de los integrantes de la organización o de los beneficiarios de los programas de la institución y la misma se sustenta en una participación activa de los actores sociales para resolver asuntos concretos que le atañen. (De la Fuente 1997, pág. 41 y 42)

Por su parte en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la participación social se concibe, por un lado, como el mecanismo para estimular la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS en el cual es obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público y, por otro, como el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda del bienestar humano y desarrollo social. (Artículo 2° Decreto 1757 de 1994)

La participación ciudadana es concebida como el ejercicio democrático que permite a los ciudadanos individual o colectivamente vigilar los actos de la administración pública, desde la toma de decisiones en el proceso de planeación hasta el control de la ejecución de los recursos de inversión del Estado. (Contraloría General de la República, 2000, pág. 6)

También es considerada como una forma de intervención de los ciudadanos en las actividades públicas actuando en función de unos intereses sociales particulares,

que puede decirse que son difusos como el derecho a la salud, al trabajo, al ambiente sano, a la cultura, según Muñoz (1995, pág. 28).

A su vez es definida una modalidad de participación más directa y efectiva, convirtiéndose en la expresión del ciudadano a través del ejercicio de ciertos derechos y mediante la utilización de otras acciones que le permite actuar o decidir mediante el ejercicio adecuado de mecanismos, vías, medios o canales claramente establecidos en el ordenamiento jurídico. (Morales, 1997 pág. 37)

Por otra parte, es concebida como el acto voluntario y consciente que procede desde el individuo como sujeto de derechos y deberes como ciudadano y está establecida por la intervención de los ciudadanos en determinados ámbitos en que se tiene injerencia colectiva alrededor de derechos de la población o el cumplimiento de obligaciones, se busca el interés general (Niño, 2007, pág. 12).

Orrego (1995 pág. xx) establece la participación ciudadana en salud como *“aquellas acciones a través de las cuales los ciudadanos influyen sobre el funcionamiento y sobre los resultados de las políticas ya sea a través de la presión política o directamente a través de la participación en la planificación, toma de decisiones, implementación y/o evaluación de programas y servicios públicos”*.

Igualmente, se resalta que la participación ciudadana es más evidente en el proceso de formación de los planes de desarrollo de las entidades territoriales, porque los ciudadanos o las asociaciones comunitarias basadas en la insatisfacción de sus necesidades básicas presentan proyectos o iniciativas que son incluidas dentro de los planes y programas partiendo de los criterios de concertación y eficiencia en la utilización de los recursos. (De la Fuente 1997 pág. 41)

En el SGSSS la participación ciudadana se establece como principio en el servicio básico de salud el cual es deber de todos los ciudadanos y busca propender por la

conservación, de la salud, personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios de salud. (art. 3° Ley 10/90); pero así mismo, en el marco normativo vigente, se establece que la participación ciudadana es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. (art. 2° Decreto 1757 de 1994)

Por último, con el propósito de precisar el alcance conceptual de la participación ciudadana es indispensable hacer referencia a Cunill (1991, pág. 39) quien considera que pretender un concepto único es algo difícil por lo cual sugiere tener de presente los límites conceptuales, de una parte considerando la participación ciudadana como un medio de socialización de la política, donde el eje de central lo constituyen las prácticas sociales a través de una interacción visible y expresa entre la administración /gobierno y la ciudadanía en su papel de actores sociales o civiles y, de otra, la participación concebida como una forma de ampliar el ámbito de lo público hacia los espacios de la sociedad civil lo que trae consigo el fortalecimiento de la misma.

En conclusión, es posible, a partir de las diferentes acepciones evocadas, determinar que la participación ciudadana es diferente de la participación social y la participación comunitaria, pues aun cuando comparten elementos o características propias de la participación, cada una tiene un objetivo y unos actores según el sector en el que se ejerza.

Finalmente, aparece **la participación institucional**, sobre la cual se realizó una búsqueda en varios autores que han estudiado la participación y no fue posible la consecución de una definición generalmente aceptada sobre el particular; sin embargo, en el SGSSS en las disposiciones que lo regulan se encuentra definido este tipo de participación la cual se concibe como la interacción de los usuarios

con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

Así pues, para los objetivos del presente trabajo de investigación es importante concluir que en el SGSSS se presentan todos las cuatro (4) clases de participación y que como tal son reconocidas en el marco regulatorio, dando a cada una elementos para que las hagan diferenciables la una de la otra y se incluye institucional, que no ha sido muy estudiada por los especialistas en la materia o por lo menos reconocida.

Finalizado el análisis de la participación, a continuación se enunciará la relación entre ésta y la gestión pública, para aproximarse al alcance en las dimensiones de la planificación, la dirección, la organización y el control de las políticas públicas de salud.

2. LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SGSSS COLOMBIANO Y LA GESTIÓN PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE CHIAVENATO

Para iniciar este aparte se recordará que la perspectiva administrativa neoclásica desarrollada por Chiavenato (2006 pág. XX), comprende el ciclo Planeación – Organización – Dirección – Control, el cual se requiere para realizar evaluación del proceso administrativo y sus resultados; luego, se retomará la participación ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, para cerrar, se presentarán las relaciones que se presentan entre la participación ciudadana en el SGSSS colombiano y la gestión pública.

Chiavenato enuncia el enfoque neoclásico y lo fundamenta en una visión de la administración guiada de acuerdo a los cuatro (4) componentes mencionados, los cuales permiten concluir que el proceso administrativo consiste en orientar, dirigir, y controlar los esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un objetivo común.

No es posible olvidar que este autor considera la administración como una actividad generalizada y esencial a todo esfuerzo humano colectivo, la cual se convierte en la base de la coordinación de las actividades que desarrollan los individuos asociados u organizados para lograr los objetivos propuestos.

Así pues, las funciones que permiten el entendimiento y el análisis de la gestión pública son la planeación, la dirección, la organización y el control, de los cuales a reglón seguido se desarrollarán los elementos que las integran.

La planeación es la función administrativa que determina por anticipado los objetivos que deben alcanzarse y como conseguirlos. Se da comienzo a la misma con la determinación de los objetivos y el detalle de los planes requeridos para lograrlos de la mejor manera posible. En esta etapa se define a dónde se quiere llegar, qué debe hacerse, cuando, cómo y en qué orden. La planeación implica determinar la misión, definir objetivos, establecer los planes para alcanzarlos y programar las actividades.

Por su parte **la organización** es el acto de estructurar e integrar los recursos y los órganos involucrados en la ejecución; a su vez, define las relaciones entre ellos y las atribuciones de cada uno, lo que lleva consigo: la determinación de las actividades específicas necesarias para el logro de los objetivos propuestos, la agrupación de las actividades en una estructura lógica (departamentalización) y asignar las actividades a posiciones y personas específicas (cargos y tareas). Igualmente, genera la división del trabajo; la agrupación de actividades en una estructura lógica; la designación del recurso humano para ejecutar las actividades; la asignación de los recursos y finalmente, la coordinación de las actividades relacionadas.

La Dirección por su parte pone en marcha las actividades y las ejecuta. Está íntimamente relacionada con la acción o puesta en marcha y tiene relación directa

con las personas y con los recursos humanos disponibles y con las cuales se cuenta. Su gran objetivo es orientar la actividad de las personas que componen la organización para alcanzar los objetivos propuestos.

Finalmente, **El Control** asegura los resultados de lo que se planeó, organizó y dirigió, se ajusta a los objetivos; por lo que al retomar los diferentes conceptos que tiene esta palabra en administración, es posible establecer que se concibe, por una parte como una función restrictiva o correctiva, utilizada para corregir, limitar, desvíos indeseables o comportamientos no aceptables. En esta acepción el control es negativo y limitante, lo que se denomina control social el cual tiene como propósito inhibir el individualismo y las libertades de las personas.

Por otro lado, el control se piensa como un sistema automático de regulación, el cual se utiliza para mantener un grado constante de flujo o un sistema en funcionamiento, detectando las desviaciones o irregularidades e introduciendo en forma automática las regulaciones necesarias para retornar a la normalidad.

Igualmente, el control como función administrativa forma parte del proceso de administrativo, del mismo modo que la planeación, la organización y la dirección. Hasta acá se cuenta con el contexto del ciclo de la administración desarrollado por Chiavenato el cual se relacionará la participación ciudadana en el SGSSS en Colombia, por lo que a continuación se enunciarán los principales rasgos que ha tenido la participación ciudadana en salud desde su concepción a los inicios de la década de los 90.

3. LA PARTICIPACION CIUDADANA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) COLOMBIANO

Cuando se habla de participación ciudadana en salud en el sistema de salud colombiano es indispensable remontarse al año en el cual se reestructura el

sistema de salud colombiano y se expide la Ley 10 de 1990, pues es en esta disposición donde se establecen las primeras bases para la organización de las modalidades y las formas de participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud, en las cuales se definen la participación ciudadana y comunitaria como principios del nuevo sistema de salud.

En desarrollo de lo establecido en esa ley el Gobierno Nacional emite normas de tipo reglamentario mediante las cuales crea y establece los comités de participación comunitaria en todas las entidades responsables de la prestación de servicios de salud donde participa desde la primera autoridad de la entidad territorial y los altos funcionarios de la misma hasta los representantes de las instituciones que prestan los servicios de salud en la región, de las organizaciones de la comunidad, de las asociaciones o gremios de la producción, de las entidades del sector educativo, de la iglesia y de las universidades.

Igualmente, a partir de ese marco normativo se genera la creación de las Asociaciones de Usuarios, organizaciones que debían obtener el reconocimiento de la autoridad competente para participar en los comités de participación comunitaria.

Estos comités deben intervenir en la planeación, asignación y vigilancia del control del gasto de los recursos de la salud; participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud; proponer y participar en los programas de atención preventiva y familiar; concertar y coordinar con las dependencias del sector salud; proponer la realización de programas de capacitación; solicitar la convocatoria de consultas populares para asuntos de salud; proponer los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad; vigilar las tarifas y cuotas de recuperación por los servicios prestados para que las mismas correspondan a las condiciones

socioeconómicas de la comunidad, y atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios, entre otras.

En este tiempo también se crean los Consejos Comunitarios como instancias que podrán ser convocadas por las autoridades territoriales para que éstos velar porque la participación ciudadana fuera una realidad en la elaboración del plan de salud local y en el desarrollo del mismo en cada entidad territorial.

Por lo anteriormente señalado, es posible concluir que desde hace más de veinte años se impulsó el marco de la participación ciudadana en salud y que la misma fue concebida dentro de las diferentes etapas de la administración neoclásica según Chiavenato, como son: la planeación, la dirección, la organización y el control y que pese a que la misma no fue de inmediata y permanente aplicación, la motivación de su existencia ha sido siempre que en los diferentes momentos de las políticas públicas este presente la activa intervención de la ciudadanía, bien sea mediante sus representantes o a través de las asociaciones u organizaciones sociales que se creen para ello.

Con la expedición de la Ley 100 en el año, se fortalece la participación ciudadana en salud hasta ahora incipiente y se concibe el Sistema General de Seguridad Integral (integrado por los sistemas de salud, pensión y riesgos profesionales), con base en el principio de la participación, el cual se define como la intervención de la comunidad en las fases de organización, control, gestión y fiscalización de los servicios y las instituciones.

Específicamente, en el tema de salud, se define como principio la participación social, concebida como lo enunciamos en el acápite de las definiciones como la intervención en la planificación, la organización, la gestión y el control fortaleciendo las alianzas o asociaciones de usuarios las cuales pueden

representar a los usuarios ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Como corolario se puede decir que se mantiene el ciclo de intervención de la participación en el SGSSS en todas etapas de las políticas públicas y de la administración con la visión neoclásica.

Pero luego en 1994, se modifica el ámbito normativo de la participación en la salud y se establecen nuevas formas o modalidades de participación social en la prestación de los servicios de salud como lo es la participación social, se reconoce que la participación en salud puede ser ejercida por personas naturales o jurídica dependiendo si está la desarrollaban a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional y se reitera una vez más que la participación en salud cubre la planificación, gestión, dirección y evaluación de los programas y planes para el desarrollo de la salud. Como se enunció en apartes anteriores, desde aquí se fundamentan las definiciones de la participación en salud, las acepciones de participación social, comunitaria, ciudadana e institucional, conceptos en los cuales se precisa quien es el sujeto activo que la ejecutará, para qué fines y se determina que la misma comprende la participación ciudadana y comunitaria, siendo reconocidas como derecho y un deber.

Desde allí mismo se da origen a la participación institucional, la cual es concebida como la interacción de los usuarios de la salud con los servidores públicos para el mejoramiento en la prestación del servicio de salud, a través de la intervención en la gestión y evaluación, lo que se equipará a la organización y el control en el ciclo expuesto por Chiavenato y se define el mecanismo de elección de los representantes de los usuarios para la constitución de las alianzas o asociaciones las cuales obtendrán el reconocimiento por parte de las autoridades competentes para que actúen durante un período de 2 años ante la Junta Directiva de la Entidad Promotora de Salud o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud o

el Comité de Participación Ciudadana o el Consejo Territorial de Seguridad Social o el Comité de Ética Hospitalaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, independiente de su naturaleza.

En suma, el nuevo marco regulatorio de la participación en salud contempla desde los contenidos hasta el alcance de la interacción, definiendo claramente a quien le corresponde ejercerla como sujeto activo, cuáles son las responsabilidades de las entidades ante los cuales intervendrá el ciudadano directamente o mediante sus representantes en las organizaciones sociales creadas para lograr la intervención estructurada de la sociedad ante las diferentes instancias en el sistema de salud (entidades, cuerpos colegiados, etc.), cuales son mínimos de los mecanismos de atención e información a los usuarios por parte de las entidades que integran el sistema de salud y como opera la misma al interior de las instituciones de cualquier orden en todo el país y en el nivel territorial, detalles que no se discriminarán por encontrarse la información contenida en el Decreto 1757 de 1994, que hace parte de los documentos anexos al presente documento.

Pese a algunos aspectos no estructurales, solamente hasta el año 2007 con la expedición de la Ley 1122 se da la creación de la figura de Defensor del Usuario, como un intento de implementar otro mecanismo en el sector salud, que venida dando réditos en el sector financiero pero la Corte Constitucional declaró que su contenido, en algunos apartes, no se encontraba ajustado a la Constitución Política por lo cual su aplicación nunca se dio en la práctica.

Empero, con esta misma norma permitió fortalecer y promover el tema de la participación ciudadana en el sector salud desde las entidades de inspección, vigilancia y control, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios de la salud y la observancia de los deberes por parte de los demás actores del Sistema con lo que logró la creación y establecimiento de un número considerable de asociaciones de usuarios y veedurías en salud en las diferentes

regiones del país, organizaciones que se acercaron más a su composición ordenada y con el apoyo de una entidad estatal que fortalecía su operación en los ámbitos de la planeación, la dirección, la organización y la evaluación de la prestación de los servicios de la salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. De igual forma, desde la Comisión de Regulación para la Salud(CRES), se impulsa la participación en salud con fundamento en los preceptos constitucionales para ofrecer oportunidades en forma directa y efectiva para que las organizaciones que representan los intereses de los usuarios de la salud, las organizaciones de pacientes, las veedurías ciudadanas, las agremiaciones médicas y la sociedad en general, como grupos de interés, participen en el establecimiento del marco regulatorio y promoción de la competencia en la salud dentro de un proceso democrático y representativo.

Finalmente, situados en el hoy al leer las bases de los planes de desarrollo propuestos para los períodos 2006-2010 y 2010 – 2014 se hace evidente el propósito de promocionar de la participación ciudadana y el capital social enunciando que los mismos serán promovidos por el Gobierno Nacional a través de mecanismos interinstitucionales con una agenda de participación ciudadana del orden nacional con la cual se pretende abordar acciones que permitan el fortalecimiento de la planeación y de las formas de asociación de la sociedad civil, la adecuación de los mecanismos de participación existentes en el ámbito institucional y los canales e instancias en las cuales se desarrolla, la implementación de las estrategias para el desarrollo de la cultura ciudadana y, finalmente el desarrollo de los sistemas de información y gestión del conocimiento sobre temas relacionados con la participación para el afianzamiento del capital social.

En conclusión, desde diferentes ámbitos y espacios la participación en el nuevo escenario constitucional de la democracia participativa del Estado Colombiano

toma fuerza en el sector salud como en otros sectores, en las perspectivas del modelo de la administración neoclásica, es decir, en la planeación, dirección, organización y evaluación del servicio de salud y la misma ha sido impulsada y promovida a través de decisiones conjuntas del ejecutivo y del legislativo.

IV. EL ESTADO DEL ARTE DE LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD EN ALGUNOS PAISES LATINOAMERICANOS

Luego de establecer que la participación es el ejercicio voluntario y directo de las personas que conviven en una sociedad bajo un modelo de gobierno de democracia participativa para lograr capacidad de intervención y decisión ante las autoridades gubernamentales, en este capítulo se presentará el estado del arte de la participación ciudadana en el sector salud en algunos países latinoamericanos entre los cuales se encuentran Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay y Perú y, a partir de allí, relacionar algunos aspectos de la participación ciudadana en salud en Colombia con cada una de las concepciones desarrolladas y los elementos que se presentan en los países enunciados para poder determinar cuáles de éstos se comparten dentro de los modelos existentes en cada país y el nivel de la participación en el marco de América del Sur.

Se debe precisar a los lectores que para conocer el estado de la participación en salud en los países enunciados se consultaron diversos estudios efectuados sobre el tema en cada uno de éstos y, a su vez, se tomaron como referencia los resultados del proyecto de investigación “Participación ciudadana en salud en el Mercosur ampliado”, realizado por la Universidad ISALUD de Buenos Aires en 2007, por haberse desarrollado en el mismo un objeto similar al de la presente investigación y ser la fuente de la elaboración del instrumento utilizado en el estudio de campo para conocer la percepción de los usuarios y de los representantes de los mismos.

Para iniciar, se debe recordar que el análisis en el proyecto de investigación realizado por ISALUD en los países de Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay, aclarando que en cada uno de éstos se identificó la complejidad del proceso de construcción de la ciudadanía en salud en diferentes escenarios y el alcance que

ésta tuvo para finalmente analizar las contribuciones de la participación ciudadana en el mejoramiento del sistema de salud y la definición de las políticas públicas.

Adicionalmente, es menester precisar que en el proyecto de investigación evocado se determinó que en la construcción de la ciudadanía en salud se requiere la convergencia de derechos y deberes o responsabilidades de varios de los actores que hacen parte del sistema de una u otra manera y que en cada uno de los países referenciados la participación se valora de diferentes formas, que van desde concebirla como un propósito dentro de la vida democrática y la misma construcción de la ciudadanía, hasta considerarla como una herramienta para la gestión o para incrementar la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que reciben.

En este orden de ideas, a continuación se enunciarán los aspectos más relevantes de las conclusiones obtenidas en cada uno de los países, las cuales permiten tener una primera visión de los rasgos propios de la participación en salud en cada uno de éstos, sin desconocer que la diversidad en su concepción y gestión es perfectamente identificable a partir de los objetivos propuestos por ISALUD, obteniendo un resumen de aspectos cualitativos para todos.

En **Argentina**, se aplicaron trescientas (300) encuestas en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de acuerdo con la cantidad de recetas (fórmula de medicamentos) elaboradas a los beneficiarios del Programa Remediar en la ciudad de Buenos Aires y el conurbado, donde se analizó principalmente la participación asociada al control en la entrega y/o distribución de medicamentos, donde se presenta la aprobación de las actividades de los programas, las consultas para la toma de decisiones y la participación como acceso a los programas, a la promoción de la salud y a los procesos comunitarios.

En este país, al analizar los resultados se pudo establecer que los responsables de los programas identifican la participación con el acceso a la información o la consulta, la toma de decisiones condicionada a la voluntad y baja cultura de participación en defensa de los derechos, desconocimiento de los mecanismos y canales de participación, así como una legislación insuficiente con falta de claridad, contradicciones y falta de aplicación de las que se encuentran vigentes. Otra variable que atraviesa el ejercicio de la participación política, es el cambio de quienes responden por la gestión política, lo que condicionan la continuidad y el sostenimiento de los procesos participativos.

Así mismo, con los datos suministrados por los encuestados se estableció que son muy importantes en la participación ciudadana la rendición de cuentas de ingresos y gastos públicamente; que el estado participe y se comprometa con las actividades de la participación; contar con un presupuesto adecuado y recursos; tener información clara sobre los programas de salud; que todos tengan los mismos beneficios y que se resuelvan los problemas concretos que se presentan. Comparados estos resultados con los obtenidos en la encuesta aplicada en el presente estudio se puede determinar que se comparte la importancia de la existencia de iguales beneficios para todos, que los problemas se resuelvan efectivamente y que existan recursos financieros.

En **Bolivia**, se aplicaron cuatrocientas dos (402) encuestas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones y seis (6) experiencias de participación en los temas de capacitación, nutrición, mesas de dialogo, entre otros, en las cuales se examinó la gestión municipal en salud y la participación ciudadana llegando a la conclusión que el interés hacia ésta se encuentra definido por aspectos básicos de atención médica como parte de un derecho ciudadano. La participación es concebida como una instancia de intermediación y representatividad para resolver y mejorar los problemas de salud y pese a que es promovida por el Estado a través de la implementación de acciones de fortalecimiento y mecanismos para la toma de

decisiones, con el fin de superar las debilidades de la participación y cumplir con las expectativas relacionadas con el mejoramiento de las condiciones y mecanismos de atención médica a la población, aún es débil lo cual hace que se desdibujen sus objetivos.

Según los resultados de las encuestas en este país es importante que el representante de los vecinos sea honesto y transparente, que se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente y que los beneficios por la participación sean iguales para todos; los que cotejados con los del instrumento del presente estudio, tan solo coinciden en el punto de que todos tengan beneficios iguales.

Por su parte en **Paraguay**, como Estado Social de Derecho, organizado como una democracia representativa, participativa y pluralista se aplicaron cuatrocientas dos (402) encuestas en los programas de las Farmacias Sociales, las Juntas de Saneamiento, los Agentes Comunitarios de Salud y los Consejos Locales de Salud, estos últimos los cuales tienen incidencia en el sistema de salud con acceso a la información y en la denominada agenda pública.

Es importante tener en cuenta que en este país la participación está relacionada con la descentralización desde el nivel local y no desde el nivel central, es decir, que se da la intervención de los municipios como articuladores con el sistema de salud y las estructuras de las organizaciones comunitarias, expresión de la participación ciudadana y garantía del proceso de gestión, la promoción del compromiso ciudadano de la comunidad en la organización y funcionamiento de los servicios de salud y la incidencia en el proceso de programación y desarrollo de los planes de salud.

Sin embargo, los resultados obtenidos no es posible generalizarlos en todas las entidades, pero los que tuvieron más importancia fueron que los beneficios sean iguales para todos, que el Estado participe, que se resuelvan los problemas

concretos, que el representante sea honesto, que exista un presupuesto adecuado y recursos y se rindan cuentas de ingresos y gastos públicamente; los cuales confrontados con los obtenidos en el presente estudio se comparten en los ítems de la resolución de los problemas en forma efectiva y la existencia de recursos financieros.

En **Uruguay** donde la participación surge como línea estratégica de fortalecimiento de la ciudadanía que se genera desde el Estado para la discusión del modelo de atención en salud y quienes participan son integrantes de la comunidad que se capacitan y se integran al sistema de salud en el primer nivel de atención facilitando el acceso al sistema de salud y el proceso de participación se encuentra facilitado por una estructura jurídica que los garantiza y se sustentan en las decisiones políticas.

En este proceso en Uruguay el objetivo es generar modos de gestión política que permitan el rescate de la democracia, la transparencia, la información y la asignación de recursos que se convierten en requisitos básicos, mínimos e indispensables para que sea viable la participación. Adicionalmente, se tienen en cuenta las organizaciones de la sociedad civil como una condición que posibilita la incidencia y viabilidad de esa participación.

La experiencia de este país en participación permite establecer que la problemática se aborda desde el ámbito institucional con una visión más amplia con la intervención de los agentes sanitarios y los promotores que comprende el acceso de salud, el desarrollo de acciones puntuales y otras de gestión.

Con la aplicación de las cuatrocientas dos (402) encuestas en las ciudades de Montevideo y Tacuarembó se obtuvieron resultados relacionados con las interacciones de la participación y con la gestión, lo que se traduce en que los encuestados por una parte consideran que las leyes facilitan la participación,

deben haber líderes representativos, y por otra que los líderes de los programas deben tener capacidad, debe existir un presupuesto adecuado y recursos y los problemas se deben resolver, los cuales al cruzar con los arrojados por el instrumento de la presente investigación coinciden en la resolución de problemas y la existencia de recursos.

En suma, en los primeros países permiten colegir que los intereses de los ciudadanos o usuarios en salud tienen claramente definida la importancia en la resolución efectiva de los problemas, la existencia de recursos suficientes y de beneficios iguales para todos.

Establecida la presencia de resultados similares en los diferentes países, a continuación se relacionarán otras variables entre los mismos países del estudio del efectuado por ISALUD.

Tanto en **Uruguay** como en **Paraguay** al analizar las variables de representatividad, legitimidad y los roles de los diferentes actores se concluye que las mismas tienen fundamento en la confianza que la sociedad deposita en las autoridades de salud, coexistiendo en el proceso de participación la representación directa e indirecta en las instituciones.

En conclusión, al tomar las variables del análisis cualitativo de todos los países se puede concluir que la viabilidad de la participación se encuentran sujeta a los modos de gestión política imperante, a la democracia que exista, a la transparencia a la información y a la asignación de recursos lo que hace que la representatividad, la legitimidad y los roles que desempeñan los actores sociales y comunitarios estén dados básicamente por la confianza que se genera entre el Estado, a través de las diferentes entidades que lo conforman, ya sea en el nivel central o en el local.

En los modelos evaluados en cada uno de los países se evidencia que coexisten diferentes tipos de participación en la salud que van desde la participación social, la comunitaria y la institucional, las cuales se presenta cuando los ciudadanos depositan su confianza en los representantes mediante los procedimientos existentes para tal fin.

Se importante resaltar que estos modelos de participación son los que coexisten en el SGSSS colombiano y como tal se han establecido en la regulación normativa, determinando en cada caso los actores que la desarrollarán.

Las denominadas organizaciones sociales o de la sociedad civil se convierten en la opción y condición para que exista incidencia y viabilidad de los procesos de participación en el sector salud y los actores del nivel local tienen la posibilidad de viabilizar o frenar estos procesos.

En Colombia, este aspecto no es menos cierto, pues tanto las asociaciones de usuarios, como las ligas o las veedurías ciudadanas son las encargadas de impulsar o frenar el devenir de la participación en el SGSSS y darle el curso de la misma según los objetivos establecidas en cada caso.

Otra variable que se rescata en el estudio realizado es la capacidad de los actores para influir en los procesos participativos de salud la cual, para los investigadores surge de dos (2) fuentes. Por una parte, de la experiencia de ellos como sujeto en el marco del aprendizaje y la trayectoria histórica de cada uno de los países y, por otra, de la capacitación formal e informal que se ofrece a los promotores de salud, los agentes comunitarios, los representantes o trabajadores comunitarios.

La capacitación que se ofrece a las personas que intervienen en la participación en salud, tiene como objetivo transferir las herramientas a la comunidad que les permitan desarrollar el liderazgo y fortalecer el ejercicio de la ciudadanía para

romper las barreras de conocimiento, comunicación y manejo de la información que se han presentado.

Al mirar el modelo colombiano, se puede concluir que son las mismas variables las que se presentan, es decir, son personas que han intervenido por algún tiempo en la participación, quienes tienen el conocimiento para que se les reconozca para continuar en ella y, se da capacitación a quienes integran las asociaciones de usuarios, las ligas y las veedurías ciudadanas tanto por parte del Estado como por las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Ahora, para conocer en términos cuantitativos en qué proporción se presenta la participación en los países enunciados, el estudio de la ISALUD encuentra las cifras que se presentan en los siguientes gráficos, en los cuales se puede evidenciar el porcentaje de participación que en general se presenta en cada uno de éstos y la enfocada al sector salud en los años 2007 y 2009, donde se evidencia una tendencia al incremento en esta última en tan solo dos años.

Gráfico No. 1
Porcentaje de Participación General en el Mercosur Ampliado

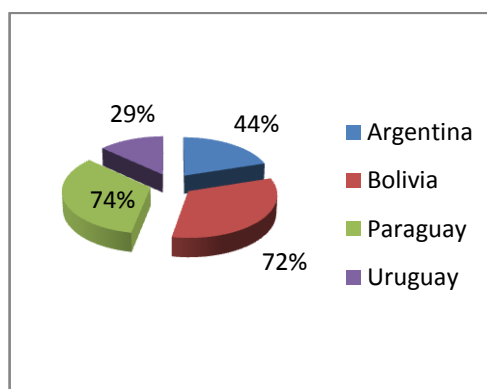


Gráfico No. 2
Porcentaje de Participación en Salud en el Mercosur Ampliado
Año 2007

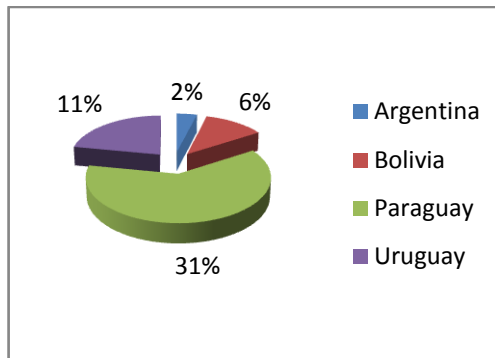
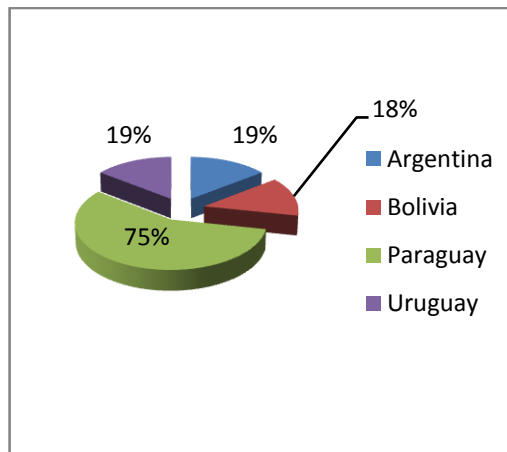


Gráfico No. 3
Porcentaje de Participación en Salud en el Mercosur Ampliado
Año 2009



No sobra recordar que en este análisis cuantitativo se tomaron como referencia los atributos de importancia y acuerdo, con los cuales se pretende conocer: los modos de comprender la participación como sentido de equidad, igualdad, no discriminación y la contribución o incidencia de la participación ciudadana para mejorar el sistema y políticas en salud en cada uno de los países.

Como complemento al estudio realizado por ISALUD en el Mercosur ampliado, se realizó el análisis de la situación de la participación ciudadana en salud en otros países, donde a pesar de no haberse aplicado la encuesta como instrumentos de conocimiento y medición, se utilizaron otras variables para determinar el estado

del arte de la participación ciudadana en salud, como a continuación se señala para cada uno de éstos.

En Chile desde el año 2006 la participación ciudadana hace parte de la agenda del gobierno en varios de sus sectores económicos; específicamente en el tema de salud tanto el Gobierno Nacional como las entidades a quienes se les han conferido esas competencias han emitido instrucciones y normas que permitan conocer claramente el estado de la misma en el sector de la salud.

En la norma general se toma como concepto de Participación Ciudadana la relación activa entre los ciudadanos y el estado, encaminada al ejercicio o ampliación de sus derechos, cuyo componente básico está constituido por la comunicación entre ambos a través de la circulación de la información y el establecimiento de escucha, consulta y control social de las políticas públicas.

El gobierno chileno ha construido la participación ciudadana en la gestión pública en torno a cuatro ejes programáticos a saber:

1. Derecho ciudadano a la información
2. Gestión Pública participativa
3. Fortalecimiento de la sociedad civil
4. No discriminación y respeto a la diversidad

La participación ciudadana es concebida como un deber para cada órgano de la administración que compone el Estado, las cuales deben establecer una norma de participación en la cual se detalle la forma en que las personas pueden incidir en el desarrollo de las políticas públicas de su competencia.

Como mecanismos de participación ciudadana en el sistema de salud existen la Cuenta Pública Nacional, el Consejo de la Sociedad Civil, el Sistema de Información Ciudadana y los Diálogos Participativos, entre otros.

Es de anotar que en el consejo de la sociedad civil deben estar presentes los representantes de las personas con discapacidad, de los pensionados, de las uniones y evaluar los programas que ellos comunales de clubes de adultos mayores, sindicatos de trabajadores, consumidores, clientes, usuarios y comités de usuarios de los servicios de salud.

El sistema de atención al público y los procedimientos deben estar bajo los conceptos del modelo de gestión de calidad y de la metodología establecida para este propósito.

Al conocer es contexto en el cual se desarrolla la participación en Chile y hacer una comparación con lo establecido en Colombia, es posible establecer que hay elementos comunes, pues en los dos países se cuenta con un marco regulatorio que relaciona la participación con la gestión pública en sus diferentes etapas de planificación, dirección, organización y control. Otro elemento es que así como en Colombia, en Chile también se considera la participación como un deber y un derecho.

Adicional a los aspectos ya señalados del estudio realizado por ISALUD, para ampliar el caso Argentino sobre el desarrollo de la participación ciudadana, se analizó el estudio realizado por Essayag (2006, pág. 3 y ss) denominado “La participación ciudadana como estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud: un estudio de caso” realizado, el cual se centra el análisis en el Programa Remediar, a través del cual se hace la provisión de medicamentos en los Centros de Atención Primaria en Salud.

En este documento la participación de la comunidad en el campo sanitario (salud) ha sido identificada como un factor clave para explicar el mejoramiento de la salud. La estrategia de la atención primaria en salud pone la atención en los resultados que tienen los procesos de empoderamiento de la comunidad sobre el campo de la salud.

Los usuarios del sistema sanitario identifican los problemas que aquejan a la comunidad, para luego definir, implementar y evaluar los programas que ellos consideran prioritarios y que resultan auto-sugestivos e influir sobre aquellos otros que son gestados externamente en general desde los niveles ejecutivos.

Como premisa de este estudio se toma como definición de participación ciudadana el derecho de los usuarios (personas y/o instituciones), los trabajadores del sector y las autoridades de salud de participar en espacios de deliberación y concertación, en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de los programas sanitarios.

En este estudio se concluye que la participación en **Argentina** y en otros países latinoamericanos(excepto Brasil), se presenta en la toma de decisiones vinculadas al diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud, o la definición de las prioridades sanitarias de los programas de salud y de los servicios de atención médica aun cuando es aún muy escasa. Se considera que la participación es muy limitada al reclamo y se encuentra concentrada allí y no en las acciones de deliberación, concertación o toma de decisiones en el desarrollo de las políticas públicas, a lo cual se pretende llegar.

Se determina que la participación en ese país se presenta en los niveles macro y micro; entendiendo por el primero la atención en los grupos que se crean desde arriba en el marco del programa Remediar. En lo micro, se refiere a lo constituido

por los grupos que se crean desde abajo en la comunidad local y que resultan ser beneficiarios del programa.

El interés del estudio adicional de establecer, mediante los métodos cualitativos, el estado de la participación en el Programa Remediar, es reconstruir el tipo de concepción sobre la participación social que tienen los actores sociales que participan en la ejecución del programa y la concepción de sus diseñadores para conocer la forma en que se influye en su implementación y los mecanismos a través de los cuales se realiza.

Estas nuevas variables que se presentan en Argentina, permiten colegir que los objetivos de la participación en ese país son similares a los establecidos en Colombia en el sentido de procurar el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud y que la intervención a través de la participación se dé en el ciclo de la planeación, organización y evaluación del Sistema de Salud.

El acercamiento al tema de participación en **Brasil** se hace a través del estudio de caso del Sistema Único de Salud, el cual se presenta a finales de las década de los ochenta e inicio de los noventa, luego que este país regreso a la democracia y modifica su marco constitucional determinando como derecho universal a la salud y el deber del Estado en garantizarla a través de una entidad denominada Consejo de Salud.

En este contexto, la participación fue concebida mediante la forma directa e indirecta en la gestión de las políticas sociales. Así pues, en los Consejos de Salud -existentes en todo el país- se presenta la representación tanto de los trabajadores, los representantes de los usuarios y las autoridades para ejercer el control social sobre las decisiones públicas en el sector salud.

La participación se cimienta en principios tales como: el derecho de todos a participar; la participación es dirigida por una combinación de democracia directa y representativa, la cual se realiza a través de instituciones de funcionamiento regular con reglamento interno que es determinado por los participantes y el criterio de destinación de recursos de acuerdo con la metodología que combina criterios de prioridad.

Así mismo, en Brasil la estructura de la participación se da en tres tipos de instituciones, a saber: Unidades Administrativas que permiten gestionar el debate de los ciudadanos; las organizaciones comunitarias autónomas que hacen la mediación entre la participación ciudadana y la selección de las prioridades para las diferentes regiones de la ciudad y, finalmente, las instituciones regulares de participación comunitaria que efectúan la mediación entre el ejecutivo municipal u las organizaciones comunitarias.

Sin embargo, a pesar del marco normativo existente y de los espacios de deliberación, decisión y vigilancia que constituyen un verdadero sistema nacional de participación se presentan innumerables obstáculos para que se logre la participación en salud plenamente con la legitimidad, la representación y los resultados requeridos para el perfeccionamiento de la democracia.

Relacionando el marco de la participación de Brasil con el establecido en Colombia, es posible concluir que en ambos se presenta la participación tanto en democracia representativa como en la directa o participativa y la misma se hace a través de instituciones que son reguladas internamente por los usuarios y que se realiza en espacios establecidos que están en las funciones de planeación, ejecución, evaluación y vigilancia.

En **Perú** el desarrollo de la participación ciudadana en la salud tiene su soporte en los procesos desarrollados desde los organismos multilaterales a partir de la

década de los 70, época en la cual se incorporaron las dimensiones sociales al proceso de desarrollo social específicamente para que se incorpore en todos los sectores en las tareas de ejecución.

La participación de la población se relaciona con la organización de la comunidad y a la vez se encuentra constituida por tres elementos los participantes, la forma de que ha de tomar la participación y el tipo de desarrollo a que debe concluir la participación.

Los participantes abarca toda la población; la forma, debe ser directa en el nivel local del sistema del servicio de salud y en la forma indirecta en el nivel meso y macro, es decir a través de organizaciones sociales.

Estos tres elementos enunciados requieren que la participación social tenga un significado concreto. La participación social debe ser encauzada por medio de organizaciones formales y no formales, bien sean promovidas por el Estado o por la sociedad misma, lo que permitirá obtener una participación real que incorpora el concepto de organización bajo una estructuración social coherente.

En este país, el objetivo es asegurar el derecho de la población a intervenir en su propio destino y reducir la resistencia individual o colectiva al proceso de cambio social con intervenciones en el campo de la salud.

En el sector salud se expresa el deseo de la participación pero se constata que no se cumple en realidad y se presenta una resistencia tal que obstaculiza toda la posibilidad de participación efectiva, pues las acciones se encuentran condicionadas por la respuesta social.

La percepción de la realidad local que tienen los trabajadores de la salud difiere de la que tienen los miembros de la comunidad. Esta percepción esta permeada por

las experiencias pasadas en la atención en salud o de un concepto del sistema de salud; la participación ciudadana contiene la toma de decisiones y la búsqueda de opiniones.

Los actores sociales juegan un papel en la formulación de políticas que favorecen la participación para solucionar problemas coyunturales a través de canales eficaces que permitan la toma de decisiones, toda vez que la participación comunitaria ha formado parte de la cultura nacional.

Los esfuerzos se han centrado en capacitación, motivación a los actores sociales y últimamente concentrado en acción comunitaria en el nivel local en el campo de la salud pública donde se ha desarrollado la estrategia de la atención primaria de la salud.

En suma, al repasar la estructura, el modo de operación y los elementos y rasgos principales de la participación ciudadana en algunos países latinoamericanos, es posible concluir que en todos los países analizados la participación en salud ha sido un instrumento o herramienta para el afianzamiento de la democracia y el desarrollo social.

Igualmente, en este desarrollo de la democracia de los países estudiados la participación tienen rasgos comunes como son, la representación directa e indirecta, la existencia de un control social que se realiza a través de organizaciones sociales en la mayoría de los casos llamadas veedurías. El mejoramiento de la prestación de los servicios y la incidencia en la planeación, dirección, organización y evaluación son variables que atraviesan la participación social.

En relación con la participación ciudadana e institucional se debe precisar que es a través de las entidades o instituciones que se desarrolla en la mayoría de los casos el primer nivel de atención en salud.

V. CARACTERÍSTICAS, ANALISIS Y RELACIONES DE LA INFORMACION RECOLECTADA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ENCUESTADA

En este acápite de la investigación se presentará en forma detallada la muestra sobre la cual se llevo a cabo la aplicación del instrumento escogido para el trabajo de campo, los resultados individuales por variables y la correlación entre ellas.

Posteriormente, se presentarán las variables de control e importancia para los usuarios de las EPS según las respuestas dadas a las quince (15) preguntas planteadas en la encuesta.

La totalidad de los resultados se pueden encontrar en el anexo No. 1 del presente trabajo.

A continuación se presenta la composición de la muestra según las variables de género, estrato socioeconómico, edad, EPS a la cual se encuentran afiliadas, Si cuentan con Medicina Prepagada o Plan complementario, si se encuentra con la condición de afiliado cotizante o beneficiario, entre otros.

Luego se harán las correlaciones de las variables de acuerdo con la composición de las quince (15) preguntas que componen el cuestionario aplicado.

En cuanto al **género** La muestra compuesta por cien (100) personas y de la población encuestada se obtuvo como resultado que la muestra estaba compuesta el 52% son mujeres y el 48% son hombres, como se aprecia en la Tabla 1, lo que tiene correspondencia con la distribución nacional por género.

Tabla No. 1
Distribución de la muestra por género

GENERO	DISTRIBUCIÓN
Femenino	52%
Masculino	48%
TOTAL GENERAL	100%

Según estrato el socio-económico, la muestra se encuentra compuesta en un 17% de personas que viven en estrato 2, un 22% que viven en estrato 3. En los estratos 4 y 5 se concentra la población con un 35% y 26%, respectivamente como lo señala la tabla 2

Tabla No. 2
Distribución de la muestra
porestrato socio-económico

ESTRATO SOCIO ECONOMICO	DISTRIBUCIÓN
2	17%
3	22%
4	35%
5	26%
TOTAL GENERAL	100%

Al interrogar a los encuestados si cuentan con **Medicina Prepagada o Plan complementario** se encontró que tan sólo 20 de ellos tienen medicina Prepagada o plan complementario (Tablas 3 y 4), lo que hace presumir que el 80 % de la población acude a los servicios de salud a través de la EPS, pues al no contar con otro servicio alternativo de salud genera que ante contingencias de salud debe acudir a la entidad a la cual ha trasladado su riesgo en salud.

Tabla No. 3
Porcentaje de la muestra
Medicina Prepagada

MEDICINA PREPAGADA	DISTRIBUCIÓN
No	80%
Si	20%
TOTAL GENERAL	100%

Tabla No. 4
Porcentaje de la muestra
Plan Complementario

PLAN COMPLEMENTARIO	DISTRIBUCION
Si	20%

PLAN COMPLEMENTARIO	DISTRIBUCION
No	80%
TOTAL GENERAL	100

En relación con la **edad**, la población encuestada se encuentra concentrada en el grupo etáreo entre los 40 y 51 años con un 39% seguido del grupo de edad entre los 30 a los 39 años con un 35%. El grupo de menor representación es el de 18 y 19 años, como se evidencia en la tabla 5.

Tabla No. 5
Porcentaje de la muestra
Por grupo etáreo

GRUPO ETAREO	DISTRIBUCION
18 –19	5%
20-29	21%
30-39	35%
40-51	39%
TOTAL GENERAL	100%

Al analizar la condición de **cotizante o beneficiario** de las personas encuestadas dentro del sistema de salud, fue posible determinar que el 57% de la población tiene la calidad de cotizante, es decir que cuenta con capacidad de pago y se encuentra aportando al sistema y el 43% es beneficiario de los servicios de salud, lo que equivale a establecer que estas personas no cuenta con capacidad de pago y se encuentran en un grupo familiar cuya cabeza es un cotizante, como se ve en la tabla 6.

Tabla No. 6
Porcentaje de la muestra
Calidad cotizante - Beneficiario

CLASE DE AFILIADO	DISTRIBUCION
Beneficiario	43%
Cotizante	57%
TOTAL GENERAL	100

Al comparar esta cifra con la información que referencia el Fosyga según el último período de compensación efectuada en el mes de junio del presente año, en la ciudad de Bogotá D.C., se verificó que para el distrito capital el 52% de los afiliados son cotizantes y el 48% son beneficiarios, lo que permite concluir que la muestra se encuentra acorde con las estadísticas por regiones según la compensación de los afiliados que se encuentran ubicados en la ciudad donde se realizó la encuesta.

Tabla No. 7
Población cotizante-beneficiaria
En Bogotá D.C.

CLASE DE AFILIADO	No. DE AFILIADOS COMPENSADOS	DISTRIBUCION
Beneficiario	1.515.881	48%
Cotizante	1.638.481	52%
TOTAL GENERAL	3.154.362	100%

Fuente: Fosyga - estadísticas

En cuanto a la **EPS a la cual están afiliados**, la muestra se encuentra concentrada en las EPS Sanitas y Compensar que tienen la tercera parte (36%) seguido por Famisanar y Saludcoop (la cuarta parte), como se aprecia en la siguiente tabla. Por ello, el análisis se realizará en forma agregada para todas las empresas, además porque al fraccionar el universo muestral en dos o tres clúster se trabajaría con un margen de error muy superior al 10% diseñado para el conjunto.

Tabla No. 8
Distribución de la muestra por EPS

EPS A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO	DISTRIBUCIÓN
Sanitas	19%
Compensar	17%
Famisanar	14%
Saludcoop	11%
Cafesalud	7%
Salud Total	7%

EPS A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO	DISTRIBUCIÓN
Coomeva	5%
Nueva EPS	5%
Cruz blanca	5%
Colpatría	5%
Aliansalud	5%
TOTAL GENERAL	100%

Frente a las respuestas de **frecuencia de uso del servicio** se pudo establecer que el 15% de la población hace uso de los servicios de salud con una frecuencia mensual, asistiendo 1 vez al mes, luego se concentra la frecuencia también en el mes pero con asistencia 2 veces en este lapso de tiempo. La distribución completa de esta variable se presenta en la tabla 9.

Tabla No. 9
Frecuencia de uso de los servicios de salud

Que	1	2	3	4	5	6	11	DISTRIBUCION
Año	12	4	5	10	7	1	1	40
Mes	15	10						25
Semestre	10	5	3	12	5			35
TOTAL GENERAL	37	19	8	22	12	1	1	100

En cuanto a la **fecha de afiliación** de la población se pudo establecer que el 18% lo está al sistema desde la década de los noventa y el 82% lo es a partir del año 2000, concentrándose en el 2001 y 2007 la cantidad de población que ingresaron al Sistema de salud en estos años. La siguiente tabla demuestra la distribución anual.

Tabla No. 10
Fecha de afiliación al sistema de salud

FECHA DE AFILIACIÓN	DISTRIBUCIÓN
1992	1
1994	1
1995	1
1996	1

FECHA DE AFILIACIÓN	DISTRIBUCIÓN
1998	3
1999	11
2000	6
2001	10
2002	6
2003	9
2004	8
2005	4
2006	6
2007	10
2008	4
2009	7
2010	7
2011	5
TOTAL GENERAL	100

Identificada la distribución de las variables en la muestra, a reglón seguido se presentarán algunas relaciones que se pueden presentar entre unas y otras de acuerdo con el objetivo de esta investigación.

Así pues, al revisar cómo se encuentra distribuida la población que cuenta con Medicina Prepagada en relación con el estrato económico en el cual vive, se encontró que las personas que cuentan con este servicio de salud voluntario que pagan se su propio bolsillo se concentran en el nivel 4, pero llama la atención que algunas personas que viven en el nivel 2 cuenten con medicina Prepagada como lo muestra la tabla 11; sin embargo, para explorar este fenómeno se debe verificar el tipo de pólizas que se adquieren en forma colectiva, por ser este un beneficio de los empleadores y las coberturas que las mismas tienen, pero por no ser objetivo de este trabajo la pregunta no podrá ser respondida.

Tabla No. 11
Relación Medicina Prepagada – Estrato socioeconómico

MEDICINA PREPAGADA	ESTRATO SOCIO ECONÓMICO				DISTRIBUCION
	2	3	4	5	
No	15	17	27	21	80
Si	2	5	8	5	20
TOTAL GENERAL	17	22	35	26	100

Al verificar si el nivel de estrato socioeconómico guarda relación con el nivel en el que encuentra clasificado como afiliado en la EPS, fue posible establecer que efectivamente quienes se encuentran habitando los niveles 4 y 5 de estrato socioeconómico son considerados como nivel 3 en la EPS, es decir, es la población que más alta capacidad de pago tiene y su ingreso se encuentra por encima de cuatro salarios mínimos legales mensuales, por lo cual debe cancelar la cuota moderadora y los copagos más altos del sistema.

Tabla No. 12
Nivel de la EPS y estrato socioeconómico

NIVEL DE LA EPS	ESTRATO				TOTAL GENERAL
	2	3	4	5	
1	6	4	5	3	18
2	7	9	9	5	30
3	4	9	21	18	52
TOTAL GENERAL	17	22	35	26	100

Esta situación permite concluir que en la muestra en estudio se da cumplimiento del principio de solidaridad en el sistema de salud que los que más tienen más pagan al acceder a los servicios.

Finalmente, en la correlación del estrato socioeconómico – frecuencia de uso del servicio es posible concluir que las personas de los niveles 4 y 5 hacen mayor uso

de los servicios médicos con una concentración en el tiempo denominado semestre, como lo muestra la tabla 13.

Tabla No. 13
Frecuencia de uso y estrato socioeconómico

FRECUENCIA DE USO DEL SERVICIO	ESTRATO				TOTAL GENERAL
	2	3	4	5	
Año	8	9	14	9	40
Mes	4	5	9	7	25
Semestre	5	8	12	10	35
TOTAL GENERAL	17	22	35	26	100

2. ANALISIS DE RESULTADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA GESTION PÚBLICA

Concluido el análisis de los datos de la muestra a continuación se presentan los resultados para las variables de importancia tomando la información que reposa en el anexo No. 1 en relación con las tipos poblaciones encuestados así:

2.1. USUARIOS DE LAS EPS

Según la EPS a las cuales se encuentran afiliados los encuestados, los resultados que se presentan son:

Tabla No. 14
Resultado consolidado de Usuarios EPS por preguntas

EPS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15
ALIANSALUD	15	15	19	17	17	13	13	11	15	15	13	23	23	21	21
CAFESALUD	29	21	29	31	35	31	23	21	27	33	31	31	33	23	29
COLPATRIA	23	19	19	19	21	19	19	19	19	25	23	23	21	23	21
COMPENSAR	71	65	75	69	73	73	61	59	75	79	79	69	73	53	65
COOMEVA	19	19	23	21	25	21	19	11	19	23	21	21	19	23	21
CRUZ BLANCA	15	19	23	23	25	19	19	23	17	25	21	19	25	19	25
FAMISANAR	52	56	58	64	60	48	46	42	52	60	54	48	60	42	46

NUEVA EPS	19	21	19	21	19	23	11	9	25	23	25	19	17	19	23
SALUD TOTAL	23	25	27	31	31	27	25	23	29	33	29	33	31	25	31
SALUDCOOP	37	33	51	51	49	43	43	45	49	55	49	37	39	35	41
SANITAS	65	61	79	85	75	77	69	63	79	85	75	69	71	53	67
TOTAL GENERAL	368	354	422	432	430	394	348	326	406	456	420	392	412	336	390

Tomando la información que reposa en el anexo 1 para identificar las variables de importancia por cada una de las funciones, con el método de filtro a través de tabla dinámica, donde se correlacionan variables se puede apreciar el resultado que se presenta en la siguiente tabla.

Tabla No. 15
Resultado de Usuarios EPS
ordenado por valor en forma descendente

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	456	Control
2	4	432	Organización
3	5	430	Organización
4	3	422	Planeación
5	11	420	Planeación
6	13	412	Control
7	9	406	Organización
8	6	394	Organización
9	12	392	Control
10	15	390	Control
11	1	368	Control
12	2	354	Dirección
13	7	348	Organización
14	14	336	Control
15	8	326	Dirección

De la Tabla anterior, se pueden apreciar tres grupos de respuestas, según el margen de error de 10%: las que están en el rango 456-410, las del rango 409-358 y las inferiores, es decir las que se sitúan en el rango de 357 a 326.

En el primer rango se sitúan las preguntas 10, 4, 5, 3, 11 y 13 lo que equivale a que se presentan dos de cada una de las funciones de planeación, organización y control sin que se haga presente la etapa del ciclo de la administración correspondiente a la dirección.

En el rango intermedio se presentan ubicadas en las preguntas 9, 6, 12, 15 y 1, lo que concentra las funciones de control y organización, quedando por fuera la dirección y la planeación.

Finalmente en el rango inferior se encuentran las preguntas 2, 7, 14 y 8 que corresponden a dos de la función de dirección, una de control y una de organización.

En esta última franja, se debe precisar que la pregunta 14 tiene como objetivo establecer la percepción de la calidad.

2.2. USUARIOS POR IPS

Ahora se dan a conocer los resultados para las variables de importancia tomando la información que reposa en el anexo No. 1 en relación con los usuarios de las IPS en los cuales reciben la prestación de servicios de salud los encuestados, la cual se presentan así:

Tabla No. 16
Resultado consolidado de Usuarios IPS por preguntas

EPS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
ALIANSA LUD	17	11	21	15	19	17	21	17	17	19	13	11	15	17	19
CAFESALUD	33	21	27	27	25	27	27	23	25	25	25	19	31	35	31
COLPATRIA	23	15	21	25	25	23	21	23	25	25	17	21	19	21	19
COMPENSAR	65	59	65	67	81	75	53	51	77	81	75	69	63	63	67
COOMEVA	21	21	25	21	17	15	17	11	23	19	17	17	17	17	19
CRUZ BLANCA	23	13	19	21	23	25	21	23	25	25	23	21	19	21	23
FAMISANAR	56	46	54	66	58	60	46	38	56	60	66	54	48	52	62
NUEVA EPS	25	25	21	23	19	23	23	23	21	23	17	21	13	17	15
SALUD TOTAL	27	23	29	27	27	27	23	25	25	31	29	25	23	25	27
SALUDCOOP	41	29	43	43	45	43	37	39	45	55	49	39	51	43	47
SANITAS	77	61	77	79	77	83	75	57	79	73	73	71	71	67	81
TOTAL GENERAL	408	324	402	414	416	418	364	330	418	436	404	368	370	378	410

Tomando la información que reposa en el anexo 1 para identificar las variables de importancia por cada una de las funciones, donde se correlacionan variables se puede apreciar el resultado que se presenta en la siguiente tabla.

Tabla No. 17
Resultado ordenado por valor en forma descendente
Usuarios IPS

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	436	Control
2	6	418	Organización
3	9	418	Organización
4	5	416	Organización
5	4	414	Organización
6	15	410	Control

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
7	1	408	Control
8	11	404	Planeación
9	3	402	Planeación
10	14	378	Control
11	13	370	Control
12	12	368	Control
13	7	364	Organización
14	8	330	Dirección
15	2	324	Dirección

De la Tabla anterior, se pueden apreciar tres grupos de respuestas, según el margen de error de 10%: las que están en el rango 456-392, las del rango 391 - 356 y el de 355 - 324.

En el primer rango se sitúan las preguntas 10, 6, 9, 5, 4,15, 1, 11 y 3 lo que equivale a que se presentan dos de la función de planeación, cuatro de la función organización y tres de la función de control sin que se haga presente la etapa del ciclo de la administración correspondiente a la dirección.

En el rango intermedio se presentan ubicadas en las preguntas 14, 13, 12 y 7 lo que arroja dos de la función control y una de la función Dirección.

Finalmente en el rango inferior se encuentran las preguntas 8 y 2 que corresponden las dos a la función de dirección.

2.3. REPRESENTANTES DE LAS EPS

Conocidos los resultados de los encuestados en la condición de afiliados al sistema de salud, a reglón seguido se presentan las respuestas dadas por los representantes de los usuarios ante las EPS

Tabla No. 18
Resultado consolidado por preguntas
para los Representantes de los usuarios ante las EPS

EPS REPRESENTANTE	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15
ALIANSA LUD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	6	6	8	8	6
CAFESALUD	3	1	5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	3	1	3
COMPENSAR	12	10	20	14	18	14	20	18	16	20	16	10	14	8	10
CRUZ BLANCA	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
FAMISANAR	13	13	11	11	11	11	15	9	9	11	7	11	11	9	11
SALUD TOTAL	6	4	8	10	8	8	10	10	6	10	10	6	6	6	8
SALUDCOOP	3	1	3	5	3	3	5	3	3	5	5	1	1	1	3
SANITAS	22	22	28	26	28	24	26	24	22	26	20	26	14	14	12
TOTAL GENERAL	72	64	90	86	88	78	96	84	76	92	74	66	62	52	58

Esta tabulación se realiza tomando la información que reposa en el anexo 1 del presente documento y que permite identificar a continuación las variables de importancia por cada una de las funciones en el ciclo de la administración para los representantes de los usuarios ante las EPS, resultados que se presenta en la siguiente tabla.

Tabla No. 19
Resultado por el valor de la pregunta en forma descendente
De los representantes de los usuarios ante las EPS

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	7	96	Organización
2	10	92	Control
3	3	90	Planeación
4	5	88	Organización

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
5	4	86	Organización
6	9	84	Organización
7	6	78	Organización
8	8	76	Dirección
9	11	74	Planeación
10	1	72	Control
11	12	66	Control
12	2	64	Dirección
13	13	62	Control
14	15	58	Control
15	14	52	Control

De lo expuesto en esta tabla se pueden apreciar tres grupos de respuestas, según el margen de error de 10%: las que encuentran situadas en el rango 96-86, las del rango 85-58 y el último que se encuentra compuesto por solamente una variable de 52.

En el primer rango se encuentran las preguntas 7, 10, 3, 5 y 4 de las cuales tres están relacionadas con la función organización y una de la función de control.

En el rango intermedio se sitúan las preguntas 9, 6, 8, 11, 1, 12, 2, 13 y 15, las cuales según las funciones del ciclo de administración se distribuyen dos de organización, dos de dirección, una de planeación y cuatro de control.

En el rango final se encuentra solamente la pregunta 14 que corresponde a la función de control.

2.4. REPRESENTANTES DE LAS IPS

Continuando con las respuestas dadas por los grupos encuestados, en la siguiente tablase presentan al análisis de los resultados presentados por los

representantes de los usuarios ante las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a cada una de las preguntas planteadas.

Tabla No. 20
Resultado consolidado por pregunta
por parte de los representantes de los usuarios ante las IPS

IPS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15
CAFAM	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CAFI 100	3	1	5	5	3	5	5	5	5	5	5	1	1	3	5
CAMI PEPE SIERRA	3	1	5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	3	1	3
CASTELLANA CLINICA DEL COUNTRY	8	8	8	10	6	6	6	6	10	10	6	6	2	6	2
CLINICA REINA SOFIA	3	1	5	1	3	1	1	5	3	5	5	1	3	1	5
CLINISANITAS	9	5	15	15	9	13	13	11	13	13	13	7	11	5	7
COLSUBSIDIO	7	7	11	15	13	13	15	13	9	11	11	9	11	7	7
COMPENSAR COMPLEJO CALLE 100	5	5	3	1	5	3	5	3	1	5	5	5	5	3	3
FUNDACION CARDIOINFANTIL	6	6	10	10	8	10	10	6	10	10	10	6	8	6	8
JAVESALUD	5	5	5	5	1	3	1	1	5	3	5	3	3	3	3
SAN IGNACIO	5	1	3	1	3	3	1	3	1	5	5	1	3	3	1
TOTAL GENERAL	8	4	6	6	6	4	4	6	4	6	8	2	4	4	2
TOTAL GENERAL	3	1	5	3	3	3	5	5	3	5	5	1	1	1	3
TOTAL GENERAL	70	50	84	82	70	72	76	74	74	88	88	48	60	48	54

Con base en los resultados consolidados, a región seguida se presentará la categorización de las variables de importancia por cada una de las funciones del ciclo de la administración en cada una de las preguntas, estableciendo cuales de ellas fueron las más altas en valores y cuales las más bajas, lo que permitirá conocer la importancia de éstas.

Tabla No. 21
Resultado por el valor de la pregunta en forma descendente
de los representantes de los usuarios ante las IPS

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	88	Control
2	11	88	Planeación
3	3	84	Planeación
4	4	82	Organización
5	7	76	Organización

ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
6	8	74	Dirección
7	9	74	Organización
8	6	72	Organización
9	1	70	Control
10	5	70	Organización
11	13	60	Control
12	15	54	Control
13	2	50	Dirección
14	12	48	Control
15	14	48	Control

En la anterior tabla se pueden apreciar tres grupos de respuestas, según el margen de error de 10%: las que están en el rango 88-79, las del rango 78-53 y las de 52-48.

Analizadas las respuestas en términos de las funciones de la administración, los representantes de las IPS consideran importantes las preguntas 10, 11, 3 y 4 se encuentran relacionadas dos con la organización, dos con la planeación y una de control.

En el rango intermedio se encuentran las preguntas 7, 8, 9, 6, 1, 5, 13 y 15 las cuales según las funciones de la administración corresponden a cuatro de organización, tres de control y una de Dirección.

En la categoría más baja se sitúan las preguntas 2, 12, y 14 que corresponden a las dos de la función de control y una de la función dirección.

Hasta este punto se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento en el trabajo de campo.

2.5. RELACIONES ENTRE USUARIOS EPS – IPS

En el siguiente aparte se presentarán las correlaciones entre uno y otro grupo de la población encuestada para emitir las conclusiones correspondientes en el mismo.

Tabla No. 22
Resultados de las preguntas en forma descendente para usuarios de las EPS e IPS

RESPUESTAS USUARIOS EPS				RESPUESTAS USUARIOS IPS			
ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN	ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	456	Control	1	10	436	Control
2	4	432	Organización	2	6	418	Organización
3	5	430	Organización	3	9	418	Organización
4	3	422	Planeación	4	5	416	Organización
5	11	420	Planeación	5	4	414	Organización
6	13	412	Control	6	15	410	Control
7	9	406	Organización	7	1	408	Control
8	6	394	Organización	8	11	404	Planeación
9	12	392	Control	9	3	402	Planeación
10	15	390	Control	10	14	378	Control
11	1	368	Control	11	13	370	Control
12	2	354	Dirección	12	12	368	Control
13	7	348	Organización	13	7	364	Organización
14	14	336	Control	14	8	330	Dirección
15	8	326	Dirección	15	2	324	Dirección

Comparando las respuestas de los usuarios de las Entidades Promotoras de Salud y de los usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el rango alto en las tres primeras filas se refleja la coincidencia de tan solo una variable correspondiente a la pregunta 10 que se encuentra dentro de la función de control, sin embargo en las dos siguientes la función imperante es la de organización en ambos casos.

2.6. RELACIONES ENTRE REPRESENTANTES DE LAS EPS - IPS

Relacionando las respuestas de los representantes de los usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los representantes de los usuarios de las Entidades Promotoras de Salud en los tres primeros resultados se refleja la coincidencia en dos (2) de las variables medidas correspondientes a las preguntas 10 y 3 que se encuentra dentro de las funciones de planeación y control, lo que permite concluir que pese a poder estar representando a la misma población los intereses no son iguales.

Tabla No. 23
Resultados de las preguntas en forma descendente para representantes de las EPS e IPS

RESPUESTAS REPRESENTANTES IPS				RESPUESTAS REPRESENTANTES EPS			
ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN	ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	88	Control	1	7	96	Organización
2	11	88	Planeación	2	10	92	Control
3	3	84	Planeación	3	3	90	Planeación
4	4	82	Organización	4	5	88	Organización
5	7	76	Organización	5	4	86	Organización
6	8	74	Dirección	6	9	84	Organización
7	9	74	Organización	7	6	78	Organización
8	6	72	Organización	8	8	76	Dirección
9	1	70	Control	9	11	74	Planeación
10	5	70	Organización	10	1	72	Control
11	13	60	Control	11	12	66	Control
12	15	54	Control	12	2	64	Dirección
13	2	50	Dirección	13	13	62	Control
14	12	48	Control	14	15	58	Control
15	14	48	Control	15	14	52	Control

2.7. RELACIONES ENTRE LOS REPRESENTANTES DE LAS EPS Y SUS USUARIOS

Analizadas las respuestas de los representantes de los usuarios de las Entidades Promotoras de Salud y de sus usuarios se refleja la coincidencia de una de las variables medidas correspondientes a la pregunta 10 que se encuentra dentro de la función de control. En las dos restantes variables los usuarios le dan más importancia a la organización, mientras los representantes consideran que la planeación también debe ser tomada en cuenta como importante en el ejercicio de representación.

Tabla No. 24

Resultados de las preguntas en forma descendente para usuarios de las EPS y sus representantes

RESPUESTAS USUARIOS EPS				RESPUESTAS REPRESENTANTES EPS			
ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN	ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	456	Control	1	7	96	Organización
2	4	432	Organización	2	10	92	Control
3	5	430	Organización	3	3	90	Planeación
4	3	422	Planeación	4	5	88	Organización
5	11	420	Planeación	5	4	86	Organización
6	13	412	Control	6	9	84	Organización
7	9	406	Organización	7	6	78	Organización
8	6	394	Organización	8	8	76	Dirección
9	12	392	Control	9	11	74	Planeación
10	15	390	Control	10	1	72	Control
11	1	368	Control	11	12	66	Control
12	2	354	Dirección	12	2	64	Dirección
13	7	348	Organización	13	13	62	Control
14	14	336	Control	14	15	58	Control
15	8	326	Dirección	15	14	52	Control

2.8. RELACION ENTRE LOS REPRESENTANTES DE LAS IPS Y SUS USUARIOS

Cotejando las respuestas de los usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y sus representantes en el rango intermedio se refleja la coincidencia de nuevamente una variable correspondiente a la pregunta 10 que se encuentra dentro de la función de control y es considerada la más importante. En las siguientes variables hay absoluta disparidad pues mientras los usuarios consideran importante darle relevancia a la organización, quienes los representan consideran que lo importante es intervenir en la función de planeación.

Tabla No. 25
Resultados de las preguntas en forma descendente para usuarios de las EPS y sus representantes

RESPUESTAS USUARIOS IPS				RESPUESTAS REPRESENTANTES IPS			
ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN	ORDEN	PREGUNTA No.	VALOR	FUNCIÓN
1	10	436	Control	1	10	88	Control
2	6	418	Organización	2	11	88	Planeación
3	9	418	Organización	3	3	84	Planeación
4	5	416	Organización	4	4	82	Organización
5	4	414	Organización	5	7	76	Organización
6	15	410	Control	6	8	74	Dirección
7	1	408	Control	7	9	74	Organización
8	11	404	Planeación	8	6	72	Organización
9	3	402	Planeación	9	1	70	Control
10	14	378	Control	10	5	70	Organización
11	13	370	Control	11	13	60	Control
12	12	368	Control	12	15	54	Control
13	7	364	Organización	13	2	50	Dirección
14	8	330	Dirección	14	12	48	Control
15	2	324	Dirección	15	14	48	Control

Con los resultados anteriores, en el siguiente capítulo se llevará a cabo el análisis de los mismos por cada uno de los encuestados por separado y las correlaciones realizadas.

3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PARTICIPACION CIUDADANA INSTITUCIONAL

Ahora bien, considerando el objetivo del presente estudio, adicional a la relación de los resultados obtenidos desde el punto de vista de la gestión pública, enmarcada en la teoría neoclásica de Chiavenato, en este aparte se presentarán los análisis de los resultados desde el ámbito de la participación ciudadana institucional a partir de la construcción de las cuatro categorías desarrolladas en Chile (enunciadas en el capítulo IV del presente documento) y que concuerdan con las expuestas por Niño (2007, pág. 10) como momentos y formas de la participación.

Las categorías planteadas para este análisis son: Derecho a la información, compuesta por información comunitaria y consulta; Fortalecimiento de la Sociedad Civil, que la integra iniciativa y decisión; la Gestión Pública Participativa, conformada por fiscalización y gestión y No Discriminación donde se encuentran la decisoria, directiva, técnico administrativa y vigilancia y control.

Las preguntas de la encuesta según la población encuestada quedarían según esta clasificación así:

3.1. USUARIOS DE LAS EPS

Tabla No. 26
Resultado de Usuarios EPS

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI(*)
1	10	Facilidad para reclamar y tener una atención digna	Gestión Pública Participativa
2	4	Igual en los Beneficios del POS	No discriminación
3	5	Resolución concreta de problemas	Gestión Pública Participativa
4	3	Existencia de presupuesto y recursos suficientes	Gestión Pública Participativa
5	11	Solidaridad	No discriminación

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI(*)
6	13	Control a la corrupción	Gestión Pública Participativa
7	9	Participación directa y organizada	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
8	6	Representantes Líderes	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
9	12	Representantes Líderes	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
10	15	Percepción de la Calidad de los profesionales	Gestión Pública Participativa
11	1	Rendición de Cuentas	Derecho ciudadano a la información
12	2	Rendición de Cuentas	Derecho ciudadano a la información
13	7	No discriminación	No discriminación
14	14	No discriminación	Gestión Pública Participativa
15	8	Conocimiento mecanismos de participación	Fortalecimiento de la Sociedad Civil

(*) Participación ciudadana institucional

3.2. USUARIOS DE LAS IPS

Tabla No. 27
Resultado de Usuarios IPS

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI
1	10	Facilidad para reclamar y tener una atención digna	Gestión Pública Participativa
2	6	Representantes Líderes	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
3	9	Participación directa y organizada	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
4	5	Participación directa y organizada	Gestión Pública Participativa
5	4	Igual en los Beneficios del POS	No discriminación
6	15	Percepción de la Calidad de los profesionales	Gestión Pública Participativa
7	1	Rendición de Cuentas	Derecho ciudadano a la información
8	11	Solidaridad	No discriminación
9	3	Existencia de presupuesto y recursos suficientes para la atención	Gestión Pública Participativa

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI
10	14	Percepción de la Calidad del Servicio	Gestión Pública Participativa
11	13	Control a la corrupción	Gestión Pública Participativa
12	12	Participación para mejorar el POS	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
13	7	No discriminación	No discriminación
14	8	Conocimiento mecanismos de participación	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
15	2	Suministro de información del POS	Derecho ciudadano a la información

3.3. REPRESENTANTES USUARIOS DE LAS EPS

Tabla No. 28
Resultado Representantes de los usuarios de las EPS

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI
1	7	No discriminación	No discriminación
2	10	Facilidad para reclamar y tener una atención digna	Gestión Pública Participativa
3	3	Existencia de presupuesto y recursos suficientes para la atención	Gestión Pública Participativa
4	5	Participación directa y organizada	Gestión Pública Participativa
5	4	Igual en los Beneficios del POS	No discriminación
6	9	Participación directa y organizada	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
7	6	Representantes Líderes	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
8	8	Conocimiento mecanismos de participación	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
9	11	Solidaridad	No discriminación
10	1	Rendición de Cuentas	Derecho ciudadano a la información
11	12	Participación para mejorar el POS	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
12	2	Suministro de información del POS	Derecho ciudadano a la información
13	13	Control a la corrupción	Gestión Pública Participativa

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI
14	15	Percepción de la Calidad de los profesionales	Gestión Pública Participativa
15	14	Percepción de la Calidad del Servicio	Gestión Pública Participativa

3.4. REPRESENTANTES USUARIOS DE LAS IPS

Tabla No. 29
Resultado Representantes de los Usuarios IPS

ORDEN	PREGUNTA No.	RESUMEN	CATEGORIA PCI
1	10	Facilidad para reclamar y tener una atención digna	Gestión Pública Participativa
2	11	Solidaridad	No discriminación
3	3	Existencia de presupuesto y recursos suficientes para la atención	Gestión Pública Participativa
4	4	Igual en los Beneficios del POS	No discriminación
5	7	No discriminación	No discriminación
6	8	Conocimiento mecanismos de participación	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
7	9	Participación directa y organizada	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
8	6	Representantes Líderes	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
9	1	Rendición de Cuentas	Derecho ciudadano a la información
10	5	Participación directa y organizada	Gestión Pública Participativa
11	13	Control a la corrupción	Gestión Pública Participativa
12	15	Percepción de la Calidad de los profesionales	Gestión Pública Participativa
13	2	Suministro de información del POS	Derecho ciudadano a la información
14	12	Participación para mejorar el POS	Fortalecimiento de la Sociedad Civil
15	14	Percepción de la Calidad del Servicio	Gestión Pública Participativa

3.5. RELACIONES CUALITATIVAS

3.5.1. RELACION ENTRE USUARIOS EPS – IPS

Retomando la información contenida en las tablas 26 y 27 desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional es posible colegir que tanto los usuarios de las EPS como los de las IPS consideran como punto de mayor importancia en el ejercicio de su derecho de participar el que sea fácil reclamar sus derechos para tener un acceso digno a la salud y aun cuando luego se apartan pues los primeros consideran con más relevancia que los beneficios en el Plan Obligatorio de Salud sean iguales para todos los usuarios para los segundos, es decir los de las IPS, es preponderante que los líderes que los representan en las diferentes instancias sean capaces, honestos y buenos comunicadores.

Finalmente, en el tercer lugar los usuarios de las EPS consideran que sus problemas se deben resolver en forma concreta para que se pueda tener acceso a los servicios de salud requeridos, mientras que los usuarios de las IPS le dan mayor importancia a que exista una participación directa y organizada de los usuarios para poder resolver efectivamente los problemas que se presentan tanto en el aspecto administrativo como de la atención de los servicios de salud. En este punto aun cuando a primeravista pareciera que ambos aspectos confluyen en la resolución de los problemas se debe puntualizar que los unos, no hacen reparo en cómo se llegue a la solución, es decir, es el resultado el que interesa y los otros, se centran en que es a través de una participación directa y participativa que se lograrán las soluciones a los problemas que se presentan.

3.5.2. RELACION ENTRE REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS DE EPS Y REPRESENTANTES DE LOS USUARIOS IPS

Al revisar los resultados de las tablas 28 y 29 desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional se puede evidenciar que los usuarios de las EPS le dan mayor relevancia a que no exista discriminación en el acceso a los servicios de salud, mientras los usuarios de las IPS consideran que es más importante tener facilidad al momento de reclamar ante el SGSSS para lograr una atención digna en salud, punto que para los usuarios de las EPS se encuentra en un segundo plano. Luego para los usuarios de las IPS es significativo que exista solidaridad en el SGSSS y lo posicionan en el segundo nivel de importancia, es decir, para ellos el que gana más debe aportar y contribuir económicamente con más recursos al sistema y así subsidiar las tarifas que vayan a ser establecidas para los usuarios de menores ingresos al momento de tener que acceder al SGSSS.

Por último, en el tercer lugar de trascendencia ellos coinciden que se requiere contar con los recursos y presupuesto suficientes para efectuar la prestación de los servicios de salud a los cuales tienen derecho según el Plan Obligatorio de Salud, lo que implica que son conscientes de la variable de sostenibilidad del sistema para que los servicios se presten conforme a los contenidos señalados por el Estado Colombiano.

En conclusión en esta relación de los usuarios, se puede determinar que aún cuando todos hacen parte del sistema sus expectativas frente al mismo son diferentes en sus grados de importancia.

3.5.3. RELACION ENTRE LOS REPRESENTANTES DE LAS EPS Y SUS USUARIOS

Para hacer esta relación se toman las tres primeras filas de las tablas 26 y 28, lo cual permite inferir que mientras los usuarios de las EPS consideran que debe ser fácil reclamar sus derechos para tener un acceso digno a la salud, quienes los

representan consideran que lo más importante de expresar en los espacios de participación es que no se discrimine a nadie en el acceso a la salud y pasan a un segundo plano lo relacionado con la facilidad para que se reclamen los derechos que permitan tener un acceso digno a los servicios de salud. Por su parte los usuarios ponen en el segundo grado de importancia que los beneficios del Plan Obligatorio de Salud sean iguales para todos los usuarios del SGSSS.

Finalmente, los usuarios de las EPS consideran que sus problemas deben resolverse en forma concreta para poder acceder a los servicios de salud y sus representantes se encuentran enfocados en que exista el presupuesto y los recursos suficientes para la atención de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios según el Plan Obligatorio de Salud que el gobierno establezca.

Lo anterior nos permite inferir que aun cuando no son diametralmente opuestos los intereses de los unos y los otros, si son disimiles los grados de importancia que se le dan a los puntos en los cuales se debe centrar la participación en las diferentes instancias, lo que permite afirmar, que mientras los representantes enfilan sus esfuerzos para que nadie sea discriminado, a los usuarios les gustaría que cuando se le presente algún problema el mismo se resuelva con facilidad par que no se afecta el acceso a la prestación de los servicios de salud a los que tienen derecho.

3.5.4. RELACION ENTRE LOS REPRESENTANTES DE LAS IPS Y SUS USUARIOS

Los grupos que se relacionan en este aparte al contrario del anterior comparten como mayor grado de importancia en la participación se concentra en que sea fácil reclamar sus derechos en salud y pese que luego los usuarios se centran en que sus representantes sean líderes, capaces, honestos y buenos comunicadores y que exista una participación directa y organizada para que los usuarios para

resolver efectivamente los problemas que se presentan en el ámbito tanto administrativo como asistencial, lo cual es muy coherente con la variable situada en primer lugar, no coincide con la importancia de sus representantes quienes ponen en el segundo lugar que exista solidaridad en el sistema por lo cual las tarifas deben ser cobradas diferencialmente acorde con los ingresos de los usuarios cuando se acceda a la prestación de los servicios.

En el tercer lugar de preponderancia los representantes consideran que debe existir el presupuesto y los recursos suficientes para la atención de los servicios de salud que se encuentran contemplados en el POS mientras los usuarios centran su atención en que exista una participación directa y organizada para resolver efectivamente los problemas que se presenten en la prestación de los servicios y los asuntos administrativos.

En conclusión, mientras los usuarios centran su atención e importancia en tres variables íntimamente relacionadas con las reclamaciones y sus soluciones para acceder fácilmente a los servicios de salud, sus representantes toman diferentes frentes para el ejercicio de sus funciones.

3.6. RELACIONES CUANTITATIVAS

Finalizadas las relaciones cualitativas de las variables bajo la perspectiva de la participación ciudadana en salud, a continuación se presentará una breve relación en forma cuantitativa, haciendo uso del coeficiente de correlación lineal establecido en las medidas descriptivas en la estadística aplicada para determinar numéricamente la fuerza de la relación entre las tres primeras variables de las cuatro poblaciones encuestadas.

Esto permitirá determinar cuando el resultado se acerque a uno (1) que la correlación entre las variables es fuerte, perfecta o positiva, mientras que si el

resultado es cero, no existe correlación entre las variables y si es negativa, la correlación es inversa o negativa.

En este contexto, al realizar la correlación entre los resultados obtenidos de los usuarios de las EPS y las IPS se encuentra un coeficiente de $-0,007$, lo que nos permite concluir que pese a compartir la variable de importancia la facilidad para la resolución de sus problemas su relación es negativa, es decir la correlación es inversa, lo que significa que sus expectativas e intereses no son los mismos y podrían ser hasta opuestas en algunas ocasiones.

Luego al realizar la correlación entre los resultados de los representantes de las EPS y los representantes de las IPS se pudo establecer que el coeficiente de correlación corresponde a $0,19$ lo que permite concluir que su relación no es fuerte o perfecta pues aun cuando es positiva no se acerca a uno. Esto quiere decir que si bien es cierto hay correlación entre algunas de las variables la mayoría de ellas no la tiene pues si existiera en la mayoría de ellas se podría acercarse mucho más el resultado al 1 como correlación perfecta.

Al efectuar la relación entre los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas entre los Representantes de los usuarios de las EPS y los usuarios de las mismas entidades, este coeficiente se representa con el índice de $0,06$ de donde se puede colegir que entre estos dos tipos de población existe una correlación más tendiente a cero o a que entre ellos no exista la misma, esto puede ser soportado en la importancia que le fue dada a las variables que fueron contempladas en los instrumentos y el resultado organizado en forma descendente que permite ver lo disímil de donde están situados cada una de las variables.

Finalmente al realizar la correlación entre los usuarios de las IPS y sus representantes ante las instancias de participación, se obtiene un coeficiente de $0,12$ resultado a partir del cual es posible inferir, como en las otras relaciones, los

intereses de los unos son disimiles a los de los otros que conforman la categoría de referencia, es decir, que tan solo algunas de las variables se correlacionan sin que la misma tienda a 1 por lo cual como está más cerca al cero es una correlación casi inexistente.

En suma, las relaciones cuantitativas establecidas a partir del coeficiente de correlación, resultan que tienen a cero, lo que lleva a pensar que la misma es casi inexistente y hay una correlación negativa que significa que no existe absolutamente ninguna y por el contrario es inversa, es decir, unos van por un camino y los otros van en dirección contraria.

VI. CONCLUSIONES

De las resultas de los análisis efectuados en el capítulo anterior es posible concluir que si hay desfases entre la importancia atribuida a las variables de la participación ciudadana institucional tanto desde la perspectiva de la gestión pública y como de la participación ciudadana en salud entre los usuarios del SGSSS de las EPS y de las IPS con aquellos a quienes les han dado la responsabilidad de su representación institucional en las diferentes instancias existentes en las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La anterior conclusión se evidencia cuando se revisan los intereses de los representantes y los de los usuarios, toda vez que los mismos no coinciden, pues, mientras que en el grupo de usuarios de EPS y sus representantes, los primeros le dan mayor importancia a la variable relacionada con el control que corresponde a que exista facilidad al momento de reclamar sus derechos de salud y tener un acceso digno a la atención que le deben brindar, los segundos centran su importancia en las variables relacionadas con la organización los usuarios como lo son que no se discrimine a nadie en el acceso a los servicios de salud.

Frente a los usuarios de las IPS y quienes los representan, si bien comparte el primer lugar la facilidad al momento de reclamar los derechos, esta variable se ejerce en la función de control, es decir, en el momento en que solamente se toman acciones correctivas de coyuntura o de momento que no tiene alcance frente a las políticas de salud, quedándose en la inmediatez y no en la opción de poder modificar los problemas desde la raíz.

Afirmar que a los usuarios les interesa contar con soluciones frente a las barreras de acceso en forma fácil denota que no hay intención de lograr cambios estructurales que permitan que estos problemas no vuelvan a suceder, sino que

es más inmediato y más efectivo para ellos que se subsanen cada vez que se presenten y afecten su acceso a los servicios de salud.

Siguiendo con los resultados de importancia a las variables por parte los usuarios en el extremo inferior, es decir en el último lugar del orden descendente los usuarios de las EPS le ven poca relevancia a conocer los mecanismos o espacios de participación a través de los cuales puede participar en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud y sus representantes tienen una mala percepción sobre la calidad de los servicios de salud.

Al relacionar estos resultados con el objetivo que la normatividad le ha dado a la participación ciudadana institucional en el SGSSS, cual es el de incidir para que haya una mejora en la calidad de los servicios en salud que son proporcionados es posible afirmar que su alcance se encuentra por fuera de lo esperado su importancia invertida, toda vez que es a lo que menos relevancia le dan tanto los usuarios como los representantes, aun cuando se evidencia que los espacios de participación se crearon para que a través de los representantes se lograría la intervención necesaria para que la calidad en la prestación de los servicios de salud mejorara continuamente y los usuarios recibieran servicios de alta calidad y con niveles de excelencia.

Es posible entonces reiterar que el alcance de la participación ciudadana en salud se encuentra definitivamente fuera de su objetivo frente a las políticas públicas en salud.

Igual sucede desde la perspectiva de la participación ciudadana institucional, pues los usuarios centran su interés en que se resuelvan fácilmente las reclamaciones para tener un acceso digno a los servicios de salud a que tiene derecho y que todos tengan los mismos beneficios en el Plan Obligatorio, mientras los representantes se han centrado en hacer defensa para que no exista

discriminación en la atención del servicio de salud y en que exista recursos para la atención de los servicios a los usuarios.

Esto lleva a una gran conclusión en el sentido de poder afirmar que las expectativas de los usuarios no se ven representadas en quienes fueron elegidos o designados como sus representantes, pues ambos buscan resultados distintos al momento de intervenir en el devenir el sistema de salud colombiano, lo que conlleva a afirmar que el alcance de la participación ciudadana institucional en salud en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se da, toda vez que las acciones que quienes la ostentan en las diferentes instancias se encuentran encaminadas más a las variables de control y no a las planeación, a través de las cuales se logra que se realicen los cambios en la formulación de las políticas públicas y se estructuren cambios fundamentales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Llama la atención que en ninguno de los grupos se evidencio la importancia de que se controle la corrupción dentro del SGSSS, pese a los acontecimientos que venían mostrándose al momento de la aplicación del instrumento de investigación.

Así las cosas y, toda vez que las variables de planeación estuvieron casi que marginadas de la importancia y el control de los encuestados, es posible colegir que la participación ciudadana en el sector salud se encamina a la consecución de resultados bajo unos intereses y no al bienestar de todos y la mejora en la calidad en la prestación de los servicios de salud, por lo que su alcance es poco frente a las políticas de salud que se emiten en el país con gran frecuencia, más aún con el panorama actual del manejo del sistema.

Ahora bien, se puede resaltar la garantía que se le da a la participación ciudadana y que debe ser provista por las mismas instituciones en las cuales se realiza.

Para los representantes es importante que todos los usuarios reciban los mismos beneficios por parte del Estado, para lo cual se requiere una participación organizada por los usuarios a través de unos representantes que sean líderes. Al parecer se reconoce el valor de la representación ante las instituciones y la necesidad que exista con personas capaces.

Según los representantes de los usuarios ante las IPS encuestados, es muy importante que sea fácil reclamar sus derechos, que exista solidaridad, que exista presupuesto para la atención de los servicios. Es decir elementos que afectan directamente al servicio prestado.

En el otro extremo, consideran poco importantes tanto la información que suministre el Estado sobre el contenido del POS, como la participación para mejorar los servicios, igualmente, la percepción sobre la calidad del servicio tanto por la entidad como por el profesional de la salud y las respuestas no favorecen este aspecto, ambas se encuentran en los últimos lugares dentro de la calificación dada a las mismas. Este aspecto es preocupante, y merecería un mayor análisis, que se escapa al alcance de este trabajo.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Acuña, Héctor. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud.

Aguilar Idañez, María José. La participación comunitaria en salud: mito o realidad. Evaluación de experiencias en atención primaria.

Aguilar, Cesar Luis, Clásicos modernos: la teoría de la democracia de Sartori.(1998)

Barco Vargas, Marta Helena.La participación comunitaria y la promoción de la salud reflexiones conceptuales y metodológicas. 2005

Bermúdez, Yolanda Zapata. Participación social en Salud, conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: una mirada cuantitativa.

Carro de la Fuente Luciano. Educando en la Participación y Convivencia Ciudadana. Fundación Socialsegunda edición, 1997.

CLAD, Participación ciudadana dilemas y perspectivas para la democratización de los estados latinoamericanos.1991

Cunill,Nuria. Participación Ciudadana, Caracas CLAD.1991

Cunill,Nuria. Participación Ciudadana, dilemas y perspectivas para la democracia de los estados latinoamericanos CLAD.1991

Delgado Gallego, María Eugenia. Actitudes y Opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia. 2006

Diccionario de la Real Academia Española, 2009

Durango Ballesteros, Hernando de Jesús. Evaluación del grado de desarrollo de la participación comunitaria en salud en el área urbana del municipio de Cerete (Córdoba) 1990.

Eslava Albarracín, Daniel Gonzalo. Evaluación del proceso de conformación y funcionamiento del comité de participación comunitaria del centro de salud Juan XIII de la Secretaria Distrital de Salud de Santafé de Bogotá. 2008

Espitia Rodríguez, Clara Isabel. La participación comunitaria en Salud en un barrio subnormal de Santafé de Bogotá. 2009

Giraldo, Cesar. ¿Protección o desprotección social? 2007

Godet, Michel "De la anticipación a la acción: Manual de prospectiva y estrategia" Alfaomega, Bogotá, 1999.

Gómez Gómez, Elmer Guido. Evaluación del grado de Desarrollo de la participación Comunitaria en salud en el área urbana marginal de Popayán – Cauca 1990.

La palma, Antonio Proyecto de Investigación "Participación ciudadana en salud en el Mercosur Ampliado" Universidad ISALUD Buenos Aires Diciembre 2007

Restrepo Mesa, Clara Inés. A quien le importa la participación ciudadana. Corporación Región, Medellín 2001

Roth, Deubel André-Noël. El análisis de políticas públicas y sus múltiples abordajes teóricos: ¿una discusión irrelevante para America Latina? Ponencia Octubre 2008 I Congreso de Ciencia Política, Universidad de los Andes Bogotá.

Sandoval Casilimas, Carlos A. Investigación Cualitativa ICFES 1996

Sartori, Giovanni Que es la Democracia Bogotá Altamir ediciones 1994

VIII. ANEXOS

1. Formato de instrumento de recolección de información aplicado a los usuarios



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS

ENCUESTA DE PARTICIPACIÓN EN SALUD - EPS

A que EPS se encuentra afiliado _____ Que nivel tiene _____ Fecha de afiliación _____
 Usted es afiliado Cotizante _____ Beneficiario _____
 Estrato socio economico _____ Edad _____ Genero _____

Tiene medicina prepagada _____ Tiene plan complementario _____
 Cual usa más Prepagada Complementario EPS
 Frecuencia de uso del servicio Mes

1
2
3

 1

4
5
6

 4

7
8
9

 7

10
11
12

 10

11
12
13

 11

12
13
14

 12

A continuación encontrará unas preguntas con las cuales se pretende conocer la importancia de las variables dentro de la participación en salud

En su condición de usuario de la salud por favor califique dentro del siguiente rango donde 1 No es importante o mala 3 es importante o regular 5 Muy importante o Buena

	1	3	5
1. Las EPS rindan cuentas públicamente de los ingresos y gastos que se han asignado para la atención en salud.			
2. El Estado suministre información clara sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente			
3. Existan presupuesto y recursos suficientes para la atención de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios de la salud según el POS vigente.			
4. Los beneficios en el POS sean iguales para todos los usuarios de la salud			
5. Se resuelvan los problemas en forma concreta para poder acceder a los servicios de salud.			

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 6. Los representantes ante los espacios de participación sean líderes, capaces, honestos y buenos comunicadores. | | | |
| 7. No se discrimine a nadie para su acceso | | | |
| 8. Se conozcan los mecanismos o espacios a través de los cuales puede participar en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud | | | |
| 9. Exista participación directa y organizada de los usuarios para resolver efectivamente los problemas que se presenten (administrativos y de servicio) | | | |
| 10. Sea fácil reclamar sus derechos para tener un acceso digno a la salud | | | |
| 11. Debe existir solidaridad (el que gana más paga más) en las tarifas cobradas por la prestación de los servicios de salud | | | |
| 12. Es importante la participación para mejorar los beneficios del POS. | | | |
| 13. Es importante el control a la corrupción en el sistema de salud. | | | |
| 14. Como percibe la Calidad del servicio en las EPS | | | |
| 15. Cómo percibe la calidad de los profesionales que le han prestado en las EPS | | | |

2. Formato de instrumento de recolección de información aplicado a los representantes de los usuarios



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS

ENCUESTA DE PARTICIPACIÓN EN SALUD

A que EPS se encuentra afiliado _____ Que nivel tiene _____ Fecha de afiliación _____
 Usted es afiliado Cotizante _____ Beneficiario _____
 Estrato socio economico _____ Edad _____ Genero _____

Tiene medicina prepagada _____ Tiene plan complementario _____
 Cual usa más Prepagada _____ Complementario _____ EPS _____
 Frecuencia de uso del servicio Mes

 1

 4

 7

 10

 Semestre 2

 5

 8

 11

 Año 3

 6

 9

 12

A continuación encontrará unas preguntas con las cuales se pretende conocer la importancia y el grado de control que usted estima hoy tiene las siguientes variables dentro de la participación en salud

En su condición de representante de los usuarios de la salud ante la EPS por favor califique dentro del siguiente rango donde 1 No es importante o mala 3 es importante o regular 5 Muy importante o Buena.
 B= Bajo M= Medio y A= alto

	IMPORTANCIA			CONTROL		
	1	3	5	B	M	A
1. Las entidades (EPS, IPS, etc.) rindan cuentas públicamente de los ingresos y gastos que se han asignado para la atención en salud.						
2. El Estado suministre información clara sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) vigente						
3. Existan presupuesto y recursos suficientes para la atención de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios de la salud según el POS vigente.						
4. Los beneficios en el POS sean iguales para todos los usuarios de la salud						
5. Se resuelvan los problemas en forma concreta para poder acceder a los servicios de salud.						

6. Los representantes ante los espacios de participación sean líderes, capaces, honestos y buenos comunicadores.
7. No se discrimine a nadie para su acceso
8. Se conozcan los mecanismos o espacios a través de los cuales puede participar en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud
9. Exista participación directa y organizada de los usuarios para resolver efectivamente los problemas que se presenten (administrativos y de servicio)
10. Sea fácil reclamar sus derechos para tener un acceso digno a la salud
11. Debe existir solidaridad (el que gana más paga más) en las tarifas cobradas por la prestación de los servicios de salud
12. Es importante la participación para mejorar los beneficios del POS.
13. Es importante el control a la corrupción en el sistema de salud.
14. Como percibe la Calidad del servicio. (mala, regular, buena)
15. Cómo percibe la calidad de los profesionales que le han prestado los servicios de salud (mala, regular, buena)
