

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva

Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica



**Evolución del conocimiento del sistema de salud,
derechos en salud, de la política de participación y
de las experiencias de participación de los usuarios
del Sistema General de Seguridad Social en Salud
de Colombia: una comparación entre 2000 y 2010**

Tesis Doctoral

Autora: María Eugenia Delgado Gallego

Directora: Dra. María Luisa Vázquez Navarrete

Tutor: Dr. Miguel Marín Mateo

Bellaterra 2013

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Medicina
Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva
Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica



**Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de
la política de participación y de las experiencias
de participación de los usuarios del
Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: una
comparación entre 2000 y 2010**

Tesis Doctoral

Autora: María Eugenia Delgado Gallego

Directora: Dra. María Luisa Vázquez Navarrete

Responsable de Recerca i Desenvolupament. Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS). Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut

Tutor: Dr. Miguel Martín Mateo

Profesor titular. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva UAB

Bellaterra, 2013

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a tres personas que fueron fundamentales en este trabajo.

Primero a María Luisa Vázquez Navarrete, mi directora de tesis, por todo su apoyo, paciencia, comprensión; no sólo en los aspectos académicos -de quien he aprendido cosas valiosas para mi desempeño como investigadora-, sino y ante todo, que como amiga me seguía animando a terminar el trabajo. Me asesoraba aún en sus domingos y festivos, que siendo días para ella consagrados a su merecido descanso, los dedicaba muchas veces a leer y releer este trabajo, con toda la dedicación y rigurosidad de una científica con gran sensibilidad social en temas tan complejos –pero tan humanos- como la salud en estos países empobrecidos de América Latina.

A Miquel Martín Mateo por sus buenos consejos, no sólo académicos, sino también aquellos que tanto me sirvieron en la interacción cotidiana con una institución como la UAB. Gracias, por todo su apoyo como tutor desde la UAB.

A Francia, quien con su apoyo moral y afectivo me animaba a continuar con este trabajo en medio de mis dificultades familiares y personales. Y, no sólo fue su apoyo moral, sino que también fueron muchos sus días dedicados a este trabajo, atardeceres que se privó de disfrutar las caídas del sol en el Pacífico y muchas noches que apenas y brevemente pudo sentir las lunas llenas en Cali que tanto le gustan, por estar haciendo tablas, figuras, traducciones, correcciones y ediciones de esta tesis. Creo ha sido la primera persona a la que este trabajo ha impactado: terminó aprendiendo mucho de participación en salud y por tanto a ser “una usuaria participativa y crítica” de los insufribles servicios de salud en Colombia.

Quiero también agradecer a mi madre, quien a pesar de todo, no sólo ha sido un gran apoyo en todos mis proyectos, sino, que con su ejemplo aprendí disciplina y tenacidad a la hora de enfrentar retos.

A mi hijo, más que agradecerle, quiero expresarle -con la culminación de este trabajo-, que las metas que nos proponemos un día alcanzar hay que lograrlas; no hay otra salida.

Para ello, debemos contar con la mayor energía que podamos conocer: la voluntad y el compromiso consigo mismos. Además, ser humildes y recibir de los demás la ayuda que nos den, no importa quién ni que tan pequeña o grande sea esa ayuda; pero ante todo ser generosos con los demás, tenderle las manos a quien nos necesite como si fueran un puente.....como uno de esos bellos y fuertes puentes que algún día tu construirás.

A mi hermana por su cariño y generosidad de toda una vida.

Quiero agradecerles de una manera especial a todas aquellas amigas/os que compartieron conmigo una inolvidable época por la bella Barcelona: Ingrid, Wara y Rodney, Eli, Miriam, Analía, Viqui, Cecilia, Marcelo.....

A Teresa Coll y Cecilia Jiménez del programa de Doctorado de Salud Pública e Investigación Biomédica, y a Aurea Ballart de la Escuela de Posgrado. A ellas por sus oportunas y cálidas ayudas.

A todos los estudiantes del Instituto de Psicología de la sede de Palmira, quienes con alegría y entusiasmo me ayudaron en el trabajo de campo por esas bellas veredas y corregimientos en la cordillera Central y en la ciudad de Tuluá.

A los habitantes de Tuluá y de la zona rural de Palmira, quienes como usuarios del sistema de salud de Colombia contestaron con amabilidad a los cuestionarios de estas dos encuestas; a ellos que son los dueños de los resultados de este trabajo.

INDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	14
ANTECEDENTES	17
1. <i>Las políticas públicas de salud y su evaluación</i>	17
1.1. Definición de políticas públicas de salud	17
1.2. Las políticas y sus actores	19
1.3. Fases del desarrollo de la política pública.....	20
1.4. Tipos de evaluación de política	22
1.5. Marco para el análisis de las políticas públicas en salud de Walt y Gilson.....	23
1.6. Marco psicosocial para el análisis de las políticas.	25
2. <i>La participación social en salud</i>	31
2.1. La participación construida desde algunas corrientes teóricas de las ciencias sociales.....	31
2.2. Algunos marcos conceptuales de la participación social en salud	36
2.3. Características de la participación	42
2.4. Tipos de participación	43
2.5. Niveles de participación	43
2.6. Factores que influyen en la participación	46
3. <i>La participación en salud en el contexto latinoamericano y colombiano</i>	56
3.1. La participación en salud en el contexto latinoamericano	56
3.2. La participación social en salud en el contexto de Colombia: breve recuento histórico	62
4. <i>La política de participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</i>	68
4.1. Antecedentes del SGSSS.....	68
4.2. El nuevo sistema de salud: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	70
4.3. La política de participación social en Salud en el SGSSS	74
5. <i>Evaluación de las políticas de participación en sistemas de salud</i>	90
5.2. Evaluación de políticas de participación en salud en otros contextos	90
5.3. Evaluación de políticas de participación en Colombia.....	94
JUSTIFICACIÓN	98
HIPOTESIS	101
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	102

<i>Objetivo General</i>	102
<i>Objetivos específicos</i>	102
METODOS	103
<i>Diseño del estudio</i>	103
<i>Área de estudio</i>	103
<i>Muestra</i>	105
<i>Cuestionarios</i>	106
<i>Procedimiento de recogida de la información</i>	107
<i>Variables de estudio</i>	108
<i>Procesamiento de los datos</i>	111
<i>Aspectos éticos</i>	112
RESULTADOS	113
1. <i>Características socio-demográficas de las muestras</i>	113
2. <i>Cambios en el nivel de conocimiento del SGSSS, de los derechos y de la política de participación</i>	114
3. <i>Cambios en el nivel del conocimiento de los mecanismos de participación</i>	123
4. <i>Cambios en la utilización de los mecanismos</i>	127
5. <i>Actuación institucional referida por los usuarios</i>	131
6. <i>Respuestas institucionales a las demandas por medio de los mecanismos</i>	132
DISCUSIÓN	134
<i>Fortalezas y debilidades del estudio</i>	134
<i>La implantación de la política de participación social en Colombia parece ser una experiencia poco exitosa.</i>	135
<i>Algunos factores institucionales que podrían estar afectando la implantación de la política</i>	138
<i>Factores asociados al conocimiento del SGSSS, de los mecanismos de participación</i>	142
<i>y su utilización, y al conocimiento de los derechos en salud</i>	142
CONCLUSIONES	146
<i>La política de participación social en el SGSSS no es una experiencia exitosa</i>	146
<i>Factores institucionales que afectan la implantación de la política</i>	147
<i>Características sociodemográficas de los usuarios que afectan la implantación de la política.</i>	147
RECOMENDACIONES	150

REFERENCIAS	154
ANEXOS	168
<i>Anexo I</i>	168
Cuestionario de la encuesta del año 2000	168
<i>Anexo II</i>	180
Cuestionario de la encuesta del año 2010	180
<i>Anexo III</i>	189
Artículos de la doctoranda relacionados con la investigación	189
<i>Anexo IV</i>	227
Trabajos de la doctoranda presentados en reuniones científicas	227

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Escalera de la participación ciudadana.....	45
Tabla 1. Factores facilitadores y limitadores de la participación social.....	51
Figura 2. Modelo de competencia gestionada en el sistema de salud de Colombia.....	72
Tabla 2. Marco legal de la participación en salud en Colombia.	76
Tabla 3. Mecanismos de participación en salud: ciudadanos, comunitarios e Institucional.....	88
Figura 3. Mapa de Colombia.....	104
Figura 4. Mapa del Valle del Cauca.....	104
Tabla 4. Variables de resultado y preguntas para obtener información	109
Tabla 5. Características socio-demográficas de las muestras.....	114
Figura 5. Conocimientos de usuarios acerca del SGSSS, de la norma participación y de los derechos en salud 2000 y 2010.	116
Tabla 6. Cambios en el nivel de conocimiento del SGSSS, la norma participativa y los derechos en salud: bivariado y asociación multivariada entre conocimiento y año.	117
Tabla 7. Factores asociados con el conocimiento del SGSSS en el 2000 y 2010.....	118
Tabla 8. Factores asociados con los niveles de conocimiento de los derechos a los servicios de salud en 2000 y 2010.....	122
Tabla 11. Factores asociados al conocimiento de los mecanismos en 2000 y 2010	126
Tabla 13. Factores asociados a la utilización de los mecanismos en 2000 y 2010	130
Tabla 14. Actuación institucional percibida por usuarios en 2000 y 2010	131
Tabla 15. Tasa de utilización de los mecanismos de participación por usuarios, y respuestas positivas dadas por las Instituciones en 2000 y 2010.	133

RESUMEN

Antecedentes

En varios países del mundo, a fines de los años ochenta e inicios de los noventa, y bajo la influencia de organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, se empezaron reformas neoliberales que implicaban recortes en el gasto público en los diversos sectores sociales incluyendo el de salud, a las que Colombia no escapó. Así se crea en 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en la Constitución Política de 1991, que considera la salud como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. La salud quedó consagrada, no como un derecho fundamental, sino como un “servicio esencial de obligatorio cumplimiento”, respondiendo así al ideario neoliberal, y la participación social como una de sus principios básicos.

Con esta reforma, Colombia se convirtió en uno de los primeros países de ingresos medios en adoptar un modelo de competencia gestionada (“managed competition”). El SGSSS consta de dos esquemas de aseguramiento: El régimen contributivo para los asalariados y para las personas con capacidad de pago y el régimen subsidiado para la gente sin capacidad de pago. Las EPS (aseguradoras) fueron introducidas para administrar el aseguramiento, y compiten por la afiliación de la población. También se estableció la competencia entre proveedores públicos y privados (Instituciones Prestadoras del Servicio IPS) por los contratos con las aseguradoras.

En 1994, se formula la política de participación en salud con el Decreto 1757 incluyendo mecanismos que venían de anteriores leyes y creando otros nuevos, con el fin de coadyuvar al control del sistema. Se establece la participación en la gestión, la planeación y la evaluación en varios niveles: desde la información hasta la toma de decisiones. La política definió dos tipos de participación: *la participación social* que comprende: a) la participación ciudadana basada en una lógica de mercado, donde los usuarios expresan individualmente sus quejas y sugerencias a través de las oficinas de atención al usuario (OAU), los buzones de sugerencias, una línea telefónica y los comités de veeduría ciudadana; b) la participación comunitaria en la toma de decisiones

en la planeación, administración, evaluación y supervisión de los servicios de salud, por medio de la representación comunitaria en los comité de participación comunitaria en salud a nivel municipal (COPACOS). La segunda es la *participación institucional* y se basa en la toma de decisiones en la gestión y en la evaluación de las instituciones del SGSSS, a través de las asociaciones de usuarios (UA), de los comités de ética hospitalaria y en las juntas directivas de las IPS y EPS públicas.

Para que políticas públicas, como la de participación en salud, se implanten es necesario entre otros, ciudadanos y comunidades fortalecidos en el conocimiento del sistema de salud y de sus mecanismos participativos. Además, son necesarios contextos institucionales facilitadores, que convoquen y den respuestas claras y oportunas a los usuarios. La orientación conceptual de este estudio se centró en los actores sociales involucrados, en concreto los usuarios, y en el proceso, en relación a la evolución temporal de la implantación de la política, según el modelo propuesto por Walt y Gilson; y además, se adopta como marco de análisis psicosocial, los elementos cognitivos (conocimientos), comportamentales (utilización) e interactivos (actuación y respuesta institucional).

La mayoría de los estudios sobre la participación en salud se centran en el análisis de la participación comunitaria en la implementación de programas de prevención y promoción y en el control de enfermedades o en la promoción de utilización de los servicios. Son pocos los estudios que analizan la implantación de políticas de participación social en los sistemas de salud.

Objetivo

Analizar la evolución del conocimiento del SGSSS, de los derechos en salud así como el conocimiento y utilización de los mecanismos de participación de los usuarios de los servicios de salud en dos municipios de Colombia y los factores asociados, entre 2000 y el 2010.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo comparando estudios transversales basados en dos encuestas a usuarios del SGSSS de Colombia, la primera en el 2000 y la segunda en

2010. Se tomaron como áreas de estudio los municipios de Tuluá (zona urbana) y Palmira (zona rural). En ambas encuestas se hizo muestreo probabilístico multietápico, con una muestra final: en la primera encuesta de 1497 usuarios y en la segunda, 1405. Se calculó el tamaño de la muestra considerando el tamaño de la población de cada municipio, la tasa esperada de utilización de mecanismos de participación en salud (estimada en 25% en 2000 de acuerdo al estudio piloto, y el 24 % para el 2010 de acuerdo a los resultados de la primera encuesta), una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%. Al final la muestra simple en el 2000 fue de 1495 usuarios, y 1405 en el 2010. El cuestionario se adaptó de uno elaborado para un estudio previo sobre participación social en Colombia. Antes de lograr su versión final se sometió a discusión con expertos y se probó en dos estudios piloto, lo que generó algunos ajustes. En la encuesta del 2010 se utilizó el mismo cuestionario, pero se eliminaron las preguntas sobre calidad percibida.

A través de análisis univariados se estimaron frecuencias y porcentajes para cada año. Se estimaron modelos de regresión logística para comparar, por una parte, los cambios en los niveles de conocimientos acerca del SGSSS, de la norma para participar y los derechos, tomando el 2000 como referencia y ajustado por las variables explicativas, y luego uno por cada año para determinar los factores asociados con los niveles de conocimientos. Por otra parte, se estimaron modelos de regresión logística para comparar los cambios en los niveles de conocimientos de los mecanismos de participación y en su utilización, tomando el 2000 como referencia y ajustado por las variables explicativas, y luego un modelo por cada año para determinar los factores asociados con los niveles de conocimiento y utilización de los mecanismos de participación. Todos los datos fueron analizados con el SPSS v17

Resultados

En términos generales, se observa entre el 2000 y el 2010 una disminución en el conocimiento del sistema de salud y de sus derechos, en los conocimientos y utilización de los mecanismos de participación sobre todo en los institucionales o de toma de decisiones.

Si en el año 2000 el conocimiento del SGSSS era limitado, en 2010 éste disminuyó significativamente, exceptuado el conocimiento con relación a las empresas promotoras (aseguradoras) (EPS) y proveedores (IPS), que se incrementó un poco. En ambos años, más del 90% de los entrevistados conocían sus derechos a los servicios de salud. En ambas encuestas se observa que vivir en el área urbana, tener estudios superiores, pertenecer al estrato socioeconómico alto y tener edades comprendidas entre los 31 a 65 años se asocia consistentemente a un mayor nivel de conocimiento del SGSSS. Así mismo, en el año 2000 vivir en el área urbana y tener estudios superiores se asoció al conocimiento de los derechos en los servicios, mientras que en el 2010 ninguno de los factores se asoció significativamente a los conocimientos de los derechos.

Los mecanismos de participación más conocidos y utilizados en ambas encuestas fueron los mecanismos de mercado basados en la expresión de quejas y sugerencias, como las oficinas de atención al usuario, el buzón de sugerencias, la línea telefónica y comités de veeduría ciudadana. En el año 2000 ser hombre, pertenecer al estrato alto y tener estudios intermedios y superiores se asoció al conocimiento de los mecanismos de mercado; mientras en el 2010, vivir en el área rural y tener estudios superiores se relacionó al conocimiento de los mecanismos de mercado. Se observa en ambos años una tendencia a utilizar más los mecanismos de mercado si se pertenece a estratos socioeconómico medio y alto, se tienen estudios intermedios y superiores y se tiene edades entre 31 y 65.

El nivel de conocimiento y utilización de los mecanismos de participación institucional (asociación de usuarios, comités de ética hospitalaria y juntas directivas de instituciones públicas) fueron muy precarios en el año 2000, observándose en el 2010 una tendencia a disminuir aún más. En el 2000 ser hombre, tener un nivel socioeconómico alto y estudios superiores se asoció significativamente con el conocimiento de los mecanismos institucionales; mientras en el 2010 quienes más conocieron los mecanismos institucionales fueron las personas del área rural, de nivel socioeconómico alto, estudios superiores y edades de los 41 a 65 años. En el año 2000, vivir en el área rural, ser hombre y tener nivel de educativo superior se asoció a la utilización de mecanismos institucionales; mientras que en el 2010 vivir en el área rural, tener estudios intermedios y superiores y tener edad entre los 41 y 65 años, se asoció a la utilización de mecanismos institucionales.

Con relación a la actuación institucional se observa que en el año 2000 menos del 5% refirió haber sido invitado o notificado por alguna institución o autoridad de salud. En el año 2010 esta proporción disminuyó, observándose que menos del 1.5% dijo haber sido invitado o notificado. De los pocos usuarios que presentaron reclamaciones o propuestas mediante los mecanismos en el 2000, un poco más del 50% recibió alguna respuesta institucional, respuestas que tendieron a disminuir en el 2010.

Discusión y conclusiones

Los resultados señalan que la política de participación en Colombia no ha logrado materializarse. Por el contrario, los conocimientos han disminuido, sobre todo para los usuarios más desfavorecidos. Esto reflejaría una importante debilidad en la política de participación, ya que sin conocimiento no se puede participar en el control del sistema; tampoco se cumple con principios fundamentales del SGSSS como es la igualdad y la participación de los usuarios en su control y vigilancia. Esto no sólo debilita a los ciudadanos que buscan acceder a la atención, sino que también los debilita políticamente como actores importantes del sistema que intentan construir colectivamente un sistema de salud más digno y acorde a sus necesidades. No obstante, tienen a su favor una gran conciencia de saberse sujetos portadores de derechos.

La construcción de la salud como un bien público no podrá darse mientras se tenga un sistema de salud con una marcada visión de mercado y con una política de participación poco incluyente; sin mucho compromiso de los actores institucionales a cumplir con las normas de la política de participación, normas que van desde el acceso a los servicios, capacitar, informar, responder y compartir el poder con los usuarios.

INTRODUCCIÓN

La participación de los usuarios se ha presentado como una estrategia clave en el control social de los sistemas de salud, dentro de las reformas al sector adelantadas en varios países de América Latina, desde fines de los años 1980¹⁻³. Dentro de estas reformas neoliberales impulsadas por organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial⁴, se incluyó la promoción de la participación de los usuarios en los sistemas de salud, bajo el discurso de las nuevas relaciones Estado-sociedad civil; pero esta fue resignificada en un doble sentido⁵. En salud, por ejemplo, se convoca a participar a la sociedad civil representada por las empresas privadas y ONG, para que administren y/o presten los servicios, es decir, es un claro llamado a la privatización del sector. Por otra parte, se convoca a los ciudadanos a participar como usuarios del sistema, ejerciendo control sobre las instituciones⁶, donde también hacen una contribución económica adicional; así devienen en “clientes”, que además complementan o sustituyen algunas de las funciones del Estado. Esta visión neoliberal de la participación, que tiende a fortalecer al individuo representado en un cliente^{7:8}, entra en tensión con la participación como un fenómeno social necesario en la construcción de una sociedad democrática, solidaria, con capacidad de controlar recursos e intervenir en los sistemas sociales, incrementando su calidad de vida^{9:10}.

Esta tesis se centra en la política de participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Este sistema - cuyo marco legal es la Constitución de 1991¹¹-, fue creado mediante la Ley 100 del 1993¹². Se sustenta en un modelo de mercado, que introduce la competencia gestionada entre aseguradoras o Empresas Promotoras (aseguradoras) de Salud (EPS) y entre proveedores o Instituciones Prestadores del Servicio (IPS), siendo Colombia el primer país de ingresos medios que estableció ese modelo¹³. En 1994 se formula la política de participación en salud, mediante el Decreto 1757¹⁴, con el objetivo de impulsar el control social de ese mercado; estableciendo la participación en la gestión, la planeación y la evaluación en varios niveles: desde la información hasta la toma de decisiones. Se establecieron dos formas de participación en salud. La primera es la participación social que comprende a) la ciudadana, basada en un enfoque de mercado, donde el usuario expresa quejas y sugerencias a nivel individual, a través de las oficinas de atención al usuario (OAU),

veedurías, buzón de sugerencias y una línea telefónica); y b) la participación comunitaria, mediante comités de participación comunitaria en salud (COPACOS). La segunda es la participación centrada en la gestión y evaluación de las instituciones del SGSSS, mediante las asociaciones de usuarios (AU), comités de ética hospitalaria, y juntas directivas de las instituciones públicas.

En Colombia y América Latina se ha investigado mucho sobre la participación de los usuarios, pero centrándose en aspectos como la participación social en la sustentabilidad de programas de salud, o en el apoyo comunitario a diversas acciones sanitarias¹⁵⁻²⁰; pero son muy pocos los estudios acerca de las políticas de participación social en los sistemas de salud, como son escasos los estudios acerca del conocimiento del sistema de salud y de los derechos en los servicios de salud; como fundamentos para poder participar entre otros. Sólo en los últimos diez años se han realizado algunos estudios en América Latina donde se ha investigado acerca del conocimiento y utilización de los mecanismos de participación como los realizados en Colombia^{21;22}, en Brasil²³ y en Chile²⁴; sobre las barreras y oportunidades para participar percibidas por diferentes actores en Colombia y Brasil^{25;25;26}. Son muy escasos los estudios sobre el conocimiento del sistema de salud por parte de los usuarios²⁷; lo mismo los trabajos con relación al conocimiento de los derechos en los servicios de salud^{28;29}.

Para lograr que políticas públicas se implanten y se consiga la participación de ciudadanos y colectivos, se requiere, por lo menos de dos componentes fundamentales: el primero -a nivel de las instituciones- es el compromiso de las instituciones de abrir espacios e impulsar los procesos de participación, así como dar respuesta a los usuarios. El segundo -a nivel de los usuarios y comunidades- es su fortalecimiento a través del conocimiento del sistema, del conocimiento y utilización de los mecanismos de participación, de sus derechos en los servicios de salud y actitudes favorable que los disponga a un comportamiento participativo.

Sabiendo que el conocimiento del sistema de salud, de los mecanismos de participación y de los derechos en salud, son factores fundamentales para lograr la participación en un sistema de salud como el colombiano, el presente estudio pretende analizarla política de participación a través de la evolución de dichos conocimientos en una década. Para esto se hizo un análisis comparativo entre dos encuestas a usuarios, una en el 2000 y otra

2010, con el fin de observar y describir la evolución del conocimiento y utilización de los mecanismos de participación, así como el conocimiento del SGSSS y los derechos en los servicios de salud.

Esta tesis se encuentra organizada en distintos apartados. En el primero se presenta la definición de políticas públicas en salud; se define el concepto de participación social desde algunas corrientes y marcos teóricos de las ciencias sociales; se elabora una tipología acerca de las formas de participación, de los niveles de participación y de los factores que la influyen; se hace un breve recuento histórico de la participación en salud en el contexto Latinoamericano y en el contexto Colombiano; se describe someramente el SGSSS y la política de participación en el Sistema; se realiza una revisión sistemática acerca de la evaluación de políticas de participación en salud en Colombia y en otros países.

Posteriormente se presenta la justificación, la pregunta y los objetivos de la investigación. En el apartado de métodos se describe el diseño, el área de estudio, la muestra, los cuestionarios, procedimientos, variables del estudio, procesamiento de los datos y aspectos éticos.

En el siguiente apartado se presentan los resultados del estudio, describiendo resultados generales con relación al conocimiento de SGSSS, de los mecanismos de participación y su utilización, los derechos y los factores asociados. También aspectos con relación a las actuaciones de las instituciones de salud.

Posteriormente se presenta la discusión, las conclusiones del estudio y las recomendaciones. Los apartados finales corresponden a las referencias bibliográficas del estudio, los anexos con cuestionarios de la encuesta, y artículos publicados por la autora y directora de esta tesis, con relación al tema de la participación social en salud.

ANTECEDENTES

1. Las políticas públicas de salud y su evaluación

En términos generales, podríamos entender una política pública como un conjunto de iniciativas, decisiones y acciones donde deben intervenir diversos actores, para resolver o producir resultados ante situaciones problemáticas. Según se entienda esto en términos de objetivos y acciones, actores y relaciones, se dan diferentes definiciones de política pública. Las políticas públicas de salud involucran a una serie de actores, los que van tomando sus roles en las distintas fases de desarrollo de la política. Todo lo anterior ayuda a configurar tipos de evaluación y marcos de análisis de las políticas públicas de salud.

1.1. Definición de políticas públicas de salud

Algunas definiciones de política pública no definen explícitamente quienes son los principales actores y sus relaciones, pero si las definen en términos de dispositivos de acción y administración coordinadas por sus objetivos, como la definición de Muller³⁰ quien señala que la política pública *designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, dispositivos político-administrativos coordinados en principio alrededor de objetivos explícitos presentados por diversos actores.*

Otras definiciones apuntan más hacia lo sustantivo de las relaciones entre diversos actores que la configuran, como la que define a *la política pública como un proceso social complejo en el que intervienen distintos sectores estatales y de la sociedad, que en su actuar configuran campos de relaciones sociales de poder, que implican relaciones de fuerza instrumental y simbólica*³¹. Por su parte Roth-Deubel³², no le otorga un peso protagónico al Estado o a los agentes gubernamentales, y le da más peso a los objetivos o a las acciones, al considerar que *una política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, de medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad*

de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos, para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática.

Algunas definiciones, si bien no le dan del todo el protagonismo al Estado, si consideran la política pública como acciones y decisiones tomadas por actores públicos y privados, así como sus relaciones y el papel de los actores privados en la definición del problema; como la definición de Knoepfel³³ quienes definen la política pública como *una concatenación de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y ocasionalmente privados cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían, a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo.*

Por otra parte, son muchas las definiciones de política pública cuyo énfasis esta dado al Estado como el actor clave en la política, no sólo como formulador y legitimador de estas, sino como decisor y promotor de las acciones. Algunas de estas definiciones serían las de Meny y Thoenig³⁴ que consideran las políticas públicas como *el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental* (autoridad pública); Vargas⁸ igualmente señala a la *política pública como el conjunto de iniciativas sucesivas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables*; y la de Guerrero³⁵ que define la política pública como *el cauce que determina y orienta el curso de acciones a seguir, dado por la actividad gubernamental*. También Walt y Gilson³⁶ consideran al agente gubernamental como un actor clave en las políticas públicas al señalarlas *como acciones intencionales adelantadas por agencias gubernamentales ante determinada situación, lo que además de reflejar una toma de decisiones con respecto a un problema también denota decisiones sucesivas que permitan su implementación y cumplimiento*. Con relación a las políticas en salud Walt y cols³⁷ indican que la política pública en salud abarcan los *cursos de acción (e inacción) que afectan al conjunto de las instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras de los sistemas de salud*. De todas formas, cualquiera sea la definición de política pública, es un imperativo ético de las políticas públicas en salud, tener como objetivo primordial, servir a la sociedad, siendo el Estado la estructura que soporte su formulación y la generación de instrumentos

normativos que definirán las competencias y responsabilidades para ponerla en marcha
38 .

1.2. Las políticas y sus actores

De acuerdo con Touraine³⁹, un actor social puede ser definido en todas las circunstancias por su posición dentro de un sistema social. Esta posición está dada por varios factores como: la identidad dada por sus intereses, percepciones, proyecto común, sus prácticas cotidianas y capacidad de modificar la realidad. Pero sobre todo por su conocimiento, manejo de información y poder de decisión, lo cual le confiere a cada actor una posición de privilegio o poder y a otros posiciones subordinadas o de poco poder.

Las políticas públicas son el enlace de diversos tipos de actores: el Estado, la sociedad y el ciudadano³² que concretan lo que consideran como de interés público o de interés general. Varios autores^{32;38} señalan que es el Estado el actor principal de las políticas públicas- por su mayor poder de decisión y manejo de niveles altos de información-, pero que no siempre dispone del monopolio sobre las acciones públicas; ya que como lo resalta Castell⁴⁰, muchas veces el Estado, sobre todo en países en desarrollo, se encuentra monopolizado por elites y clases dominantes. Sin embargo varios autores^{30;41} indican que una política pública existe cuando las instituciones estatales asumen total o parcialmente el proceso de la política. Así mismo, señalan que frente a la responsabilidad de la formulación y ejecución de las políticas públicas, es el Estado el encargado de dar respuesta a los problemas públicos a través de las políticas, ya que es el garante del poder político, el representante del bien común y del servicio a la sociedad.

A pesar del papel protagónico del Estado, se deben articular otros actores no sólo para hacer de este proceso un ejercicio democrático, sino para mejorar la efectividad de las políticas públicas, convirtiéndose estas en una red de decisiones tomadas por numerosos actores sociales como grupos, organizaciones comunitarias, instituciones, partidos políticos que son afectados por la política⁴¹. Estos actores pueden ser usuarios, grupos, organizaciones comunitarias quienes perciben y son afectados directamente por el problema social o colectivo (por el que se formula la política); son quienes padecen sus

efectos negativos y esperan, como resultado de la ejecución eficaz de la política pública, una mejoría de su condición económica, social, profesional, ambiental, etc. Estos son los actores beneficiarios de la aplicación de la política³³. Los otros actores afectados por las políticas son personas (físicas o morales) organizaciones o instituciones, cuyos comportamientos o acciones se consideran políticamente las causas (in) directas del problema colectivo, que la política pública intenta resolver; muchos de estos pertenecen a elites sociales, empresariales o políticas. También desde las funciones o roles que cumplen los actores involucrados en las políticas, serían: Formuladores de la política, quienes son los responsables políticos; los gestores o directores de programas; los destinatarios directos o indirectos; otros actores serían referentes profesionales y responsables de políticas similares, científicos sociales y expertos⁴¹.

1.3. Fases del desarrollo de la política pública

Las políticas públicas constituyen un proceso que se desarrolla en varias etapas o fases, en las que intervienen distintos actores, para tomar y poner en marcha decisiones. Estas etapas no se dividen en compartimentos estancos, sino, que el desarrollo de una puede influir sobre las otras, formar un ciclo⁴². Algunos autores han señalado que las fases de las políticas públicas son tres; la formulación, la implementación y la evaluación⁴³. Otros autores^{30;32;38} señalan que hay cuatro fases: detección del problema y diagnóstico, formulación y toma de decisiones, implementación o ejecución y la evaluación. Estas fases se podrían definir:

Detección del problema y diagnóstico: el problema social es percibido por actores como organizaciones sociales, las comunidades o por el Estado, quien además debe empezar a dar respuestas.

La formulación y toma de decisiones: es el proceso donde se elaboran y enuncian alternativas para proporcionar soluciones. Estas alternativas son opciones de política o cursos de acción para solucionar o mitigar el problema. En este momento, las instituciones estatales valoran las posibles alternativas de solución, reciben presión de actores con poder, negocian, conciertan y llegan a decisiones⁴². Con frecuencia, en sistemas políticos dominados por elites, la racionalidad política y el clientelismo son dominantes, y las políticas públicas se formulan obedeciendo a los intereses de los

grupos con poder⁴⁴. Esto muchas veces conlleva a una diferencia entre el discurso contenido en la política y lo que se concreta de esta; encontrándose brechas entre la intencionalidad de la política y lo que en últimas recibe y percibe el ciudadano, cuando se implementa la política³⁰. Lo ideal sería que todos los actores involucrados pudieran participar en igualdad de condiciones en la definición de la política

La implementación: es la materialización de las decisiones tomadas en la formulación de la política, e implica a las instituciones estatales, a instituciones privadas, comunidades, organizaciones sociales de base y ONG's³⁸. Es quizá la fase más importante, puesto que es la ejecución o la determinante definitiva del resultado de una decisión³². Es tal vez el proceso más delicado y complejo de la política: delicado porque requiere entender que una secuencia simple de eventos, depende de una cadena compleja de interacciones de actores, donde cualquier aspecto interno o externo a ella puede afectarla o modificarla⁴⁵ alterando el cumplimiento de sus objetivos. Es un proceso complejo porque requiere poner en marcha múltiples acciones políticas y administrativas, donde se demandan recursos políticos, administrativos y financieros. Algunos autores⁴⁶ han señalado algunas condiciones o factores necesarios para una implementación efectiva de las políticas.

La política debe estar sustentada en una teoría que soporte conceptualmente los cambios de los comportamientos sociales que se quieren modificar para lograr los objetivos propuestos en la política. Así mismo, la teoría debe estar articulada lógicamente con las estrategias metodológicas para lograrlo.

La política debe contener lineamientos claros con relación a: señalar la jerarquía de objetivos y estrategias de acción para lograrlos, recursos administrativos y personales suficientes y capacitados, funcionarios que crean y estén de acuerdo con la política, líneas claras acerca de quién decide, permitir la participación de grupos organizados.

La política durante la implementación debe contar con el apoyo de organizaciones sociales y de actores políticos.

Los entes encargados de implementarla, deben tener capacidades políticas y de gestión.

Los objetivos prioritarios no deben ser debilitados con la aparición de nuevas políticas o por políticas conflictivas, o por cambios en el contexto socioeconómico o por correlaciones de fuerza política que puedan debilitar su fundamento teórico y técnico que la sostiene.

La Evaluación: es la posibilidad de valorar la utilidad y bondad de la política pública ya sea para hacer correcciones o para aprender hacia gestiones públicas futuras. La evaluación es un proceso que va más allá de contrastar los objetivos y finalidades de una política pública con los resultados obtenidos y la realidad en la cual se desarrolla la misma^{38;44}. Para evaluar una política pública se recurre a los procedimientos metodologías y técnicas de las ciencias sociales. Es importante la evaluación de políticas públicas entre otras cosas, como toma de conciencia de un nuevo concepto de ciudadanía como usuario o “cliente” de los servicios públicos. Los ciudadanos deben ser cada vez más conscientes de su derecho a conocer los beneficios que recibe del sector público³⁰.

1.4. Tipos de evaluación de política

La evaluación o análisis de políticas públicas, son procedimientos dirigidos a comprender y a valorar una política pública. El análisis de políticas es un componente esencial de la gestión de políticas públicas, que incluye al mismo tiempo generación de conocimiento nuevo (a partir de la investigación de políticas) y la valoración (evaluación) de la política, como resultado de la investigación⁴³.

La evaluación de las políticas se puede clasificar según quien hace la evaluación y para quien la hace (interna y externa); según la perspectiva temporal, según la fase objeto de la evaluación y según la función de la evaluación^{38;44}.

Evaluación interna y externa: La evaluación puede ser elaborada internamente por el personal institucional es decir por los actores encargados de elaborar la política o ejecutarla. La política también puede ser evaluada externamente por actores externos como especialistas o académicos estudiosos del tema.

Momento de la evaluación: Desde una visión temporal la política puede ser evaluada antes de iniciarse, es decir es una evaluación *ex-ante* siendo su objetivo evaluar la adecuación de la política a las necesidades que la motivan y su posible éxito. Durante la ejecución de la política también se hace una evaluación intermedia que consiste en un análisis del conjunto de datos recogido sobre la política para observar la forma en que los objetivos específicos están siendo alcanzados; ayudando a explicar las diferencias y estimando anticipadamente los resultados finales. Su objetivo principal es obtener información precisa que permita hacer cambios en el diseño y ejecución del programa. La evaluación *ex-post*, se realiza una vez finalizada la política; tiene como fin conocer el éxito de ésta, los aciertos o desaciertos, su eficacia y su eficiencia.

La fase objeto de la evaluación: Varios modelos de análisis de políticas públicas en salud consideran como objeto de sus análisis las distintas etapas o fases de formulación, implementación y resultados. Es decir, se puede evaluar el diseño de la política; evaluación del proceso de implementación y gestión de la política y evaluación de los resultados e impactos de la política.

La función de la evaluación: Según la función de la evaluación, se puede señalar que hay dos tipos de evaluaciones: evaluación sumativa la que tiene por objetivo suministrar información sobre si se debe continuar o suspender una política y sus programas. La evaluación formativa tiene por objetivo dar información para mejorar el objeto evaluado.

1.5. Marco para el análisis de las políticas públicas en salud de Walt y Gilson

Walt & Gilson³⁶ proponen un modelo integral de análisis de políticas en salud que involucra varios aspectos como: el contenido de la política, el contexto donde se elabora e implementa la política, el proceso de la política (toma de decisiones o formulación, la implementación y la evaluación) y el punto de vista de los actores involucrados en las políticas.

Análisis del contenido de la política: es uno de los elementos al que se le ha dado más importancia o énfasis en los análisis de políticas, y ha sido la base para la formulación

de reformas en los sistemas de salud a nivel global. Según Walt y Gilson³⁶ son muchos los análisis de las políticas en salud que han centrado su atención en el contenido, sin considerar lo suficiente a los actores que a nivel internacional nacional y local participan en la reformas; como también se centran en el proceso que se requiere para su desarrollo, sin considerar lo suficiente el contexto que se necesita para su aplicación.

Análisis del contexto: Es el análisis de las influencias de las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales que inciden en la formulación e implementación de las políticas públicas considerando que estos factores varían según el nivel de desarrollo en que se encuentren los países³⁶. Al analizar el contexto se reflexiona sobre el papel que cumple el Estado en la formulación de políticas públicas, ya que juega un papel fundamental con relación a la toma de decisiones y en la intervención que debe cumplir dentro de una sociedad. Dentro del contexto de una política pública en salud, también debe de considerarse la historia, los aspectos socio-estructurales, la distribución del poder de los sistemas políticos, los mecanismos de regulación del estado y las tendencias de mercado entre otros aspectos que ayudarían a reconocer las fortalezas y debilidades del Estado dentro de su entorno social.

Análisis del proceso: Se ha señalado que el proceso de las políticas públicas -como la formulación y la implementación- son factores importantes en el análisis de las políticas, lo que debe implicar un seguimiento temporal de la aplicación e impacto de las políticas³⁶. Se considera que la solidez técnica y el conocimiento de las condiciones del entorno, influyen significativamente en la implementación de una política pública. Por tanto, en su diseño o formulación como en su implementación y seguimiento, se debe considerar o tener en cuenta quiénes son sus beneficiarios, cuál es su alcance e impacto social, cuáles son sus costos económicos y administrativos.

Análisis de los actores involucrados: Dentro del análisis de políticas es necesario valorar la participación de los distintos actores que toman parte en la formulación y posterior implementación de las políticas, considerando el papel de los gobernantes, la condición social de sus habitantes y el rol que cumplen las organizaciones multilaterales y sus relaciones de los gobiernos nacionales en la formulación e implementación de dichas políticas³⁶.

Las políticas públicas -como una construcción social-integran una lectura de la realidad o visión del mundo que tienen los diferentes *actores* implicados, marco desde el cual, elaboraran los *contenidos*, definen y llevan a cabo estrategias de implantación de la política, *procesos* estos que están influidos por unos *contextos* políticos, sociales, económicos y culturales particulares. Por esto, consideramos que esta propuesta de análisis es muy adecuada, ya que señala la necesidad de hacer una observación integral de todos los factores -que no sólo constituyen la política (contenido, proceso y actores)-, sino también los factores contextuales que la afectan. En nuestro trabajo, tomamos una parte del modelo propuesto por Walt y Gilson³⁶, al hacer un análisis del proceso -como es la implantación de la política-, considerando uno de los principales actores, los usuarios del sistema de salud de Colombia, haciendo además un seguimiento temporal, como lo recomiendan los autores. Profundizamos un poco más de lo propuesto en ese modelo, tomando factores sociocognitivos (conocimientos) y factores comportamentales (las acciones o utilización de los mecanismos) de los usuarios del sistema de salud, como factores clave para evaluar si dicha política ha logrado implantarse.

1.6. Marco psicosocial para el análisis de las políticas.

Las políticas públicas son un punto de encuentro donde convergen diversos actores buscando dar respuesta a situaciones problemáticas. Son un proceso de interacción social dinámico y complejo, ya que involucra las percepciones, sentidos o significación de la realidad, que construyen cada uno de esos actores situados social y culturalmente³⁰. Es por esto que es necesario analizar factores cognitivos y comportamentales que como el conocimiento-información, las acciones y las actitudes de los actores, están en la base de la implementación de una política como la de participación social en salud.

En el caso de las políticas públicas, Montero⁹ ha planteado que para lograr que políticas y programas sociales puedan alcanzar implantación, efectividad y desarrollo, es necesario, ciudadanos fortalecidos (empoderados), es decir: conocedores, conscientes y críticos; de lo contrario, lo que tiende a predominar es el clientelismo, la dependencia y la pasividad; y las instituciones de servicios devienen en entes burocratizados, devoradores de los presupuestos públicos.

Por su parte Zimmerman⁴⁷, señala que ese proceso de fortalecimiento, tiene tres componentes: a) A nivel intrapersonal, se refiere a la *capacidad percibida* de influir en sistemas sociales o en las políticas públicas (autoeficacia), en las que se tenga interés, y *actitudes favorables* de participar en ellas. El autor señala que esta creencia sobre nuestra capacidad o carencia de ella, así como lo que creemos de los otros o del entorno en el que estamos o vivimos, es producto de una historia y de una interacción con otros en muchos niveles. b) A nivel interactivo, comunidades y ciudadanos deben tener y estar en relación con contextos que les facilite intervenir con éxito en sistemas sociales o en políticas públicas. Es decir, contextos que les permita tener el conocimiento sobre los recursos, normas y políticas necesarias para alcanzar las metas; que haya disponibilidad de esos recursos, como espacios de participación (mecanismos, organizaciones sociales, redes); actitudes favorables o disposición de los actores institucionales que favorezcan el conocimiento y el involucramiento de los individuos y comunidades en esas políticas, donde se facilite un acercamiento entre todos ⁴⁸. c) A nivel comportamental se deben desarrollar habilidades como trabajar en equipo, presentar propuestas, comunicación asertiva, resolución de conflictos y negociaciones, para poder tomar decisiones acertadas. Además se deben dar acciones en espacios de participación, en organizaciones sociales y en actividades comunitarias, entre otras.

El conocimiento

La psicología social y la sociología del conocimiento estudian el conocimiento en la vida cotidiana, el conocimiento que tienen en común y que por tanto comparten las personas. El conocimiento es la certeza de que los fenómenos son reales y tienen características que les son propias, y esto es relevante tanto para el hombre común, como para el filósofo, aunque las preguntas que se hacen acerca de la realidad son diferentes⁴⁹. El hombre común vive en un mundo que para él es real, y sabe con diferentes grados de certeza que ese mundo tiene ciertas y tales características. Ese mundo es compartido con otros, por tanto construye con otros conocimientos, y participa igualmente de los acopios de conocimientos que se van acumulando (históricamente) y quedando a su alcance; para hacer uso de ellos resolviendo problemas prácticos y rutinas importantes en la vida cotidiana. En este sentido, el conocimiento como producto social y determinado históricamente tiene un gran valor

como punto de referencia, determinación, motivación y orientación del comportamiento
49 .

Con relación a las políticas públicas, es necesario un nivel de conocimiento equivalente de todos los actores para el buen funcionamiento de éstas, además del derecho a la información que les asiste a todos los ciudadanos por igual. Con relación a la salud, no sólo la OPS⁵⁰⁻⁵² y la OMS desde Alama Ata⁵³, vienen insistiendo en el conocimiento que deben tener las comunidades para participar en salud, sino también desde la corriente de la economía de la salud, varios autores^{54;55} señalan que para una eficaz interacción con los servicios de salud - como ejercer control sobre ellos, tomar de decisiones informadas sobre la libre elección de proveedores de salud entre otras-, se debe promover el empoderamiento de los usuarios a partir de un buen conocimiento del sistema. Además, otros autores⁵⁶⁻⁵⁸, han señalado la importancia del conocimiento acerca del funcionamiento del sistema de salud en el acceso a la atención, para que los usuarios puedan hacer valer sus derechos en salud. Por tanto, estos aspectos sociocognitivos como el conocimiento de los usuarios sobre el sistema y las políticas de salud, son determinantes sociales de salud, a pesar de lo cual, son escasas las investigaciones sobre el tema⁵⁹. Un sistema de salud basado en mecanismos de mercado como el implantado en Colombia, considera indispensable que el usuario tenga la información necesaria para tomar decisiones dentro de un sistema de mercado y de libre escogencia. Además, cuando el usuario tiene los conocimientos y las habilidades necesarias para interactuar con el sistema -haciendo uso de los acopios de conocimientos y rutinas del sistema de salud- puede usar racionalmente los servicios y negociar exitosamente con las compañías aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales de la salud. De esta manera, el usuario podrá jugar un papel más activo en el manejo y cuidado de su salud⁵⁵.

Las actitudes

En general las personas tienen posiciones, juicios o sentimientos a favor o en contra sobre ciertos problemas, eventos, grupos, situaciones u objetos sociales de la vida cotidiana; lo que los predispone a actuar.

Definición: La actitud, es un concepto de la psicología social, muy utilizado en otras disciplinas, como también anclado en el discurso de la vida cotidiana de la gente. Es un concepto con muchas definiciones, pero tratando de acotarlas, las actitudes son una disposición a actuar y a evaluar más o menos favorablemente eventos, situaciones o personas. Las actitudes se aprenden e internalizan en los procesos de socialización^{60;61}; pero también se forman y cambian a partir de experiencias directas con el objeto de la actitud⁶². Por lo anterior, las actitudes no se generan ni se mantienen en el vacío social; por el contrario, están profundamente vinculadas a los grupos de pertenencia y referencia. Así, al ser creadas e influenciadas por la sociedad y la cultura (mediadas o soportadas por percepciones, opiniones, valores, creencias y normas grupales o culturales) las actitudes son una orientación social del comportamiento⁶³. Su importancia conceptual está en su capacidad de poder vincular lo social y lo personal. Son consideradas como una concretización del pensamiento grupal en la persona, siendo por tanto un punto de encuentro entre la sociología y la psicología⁶⁴. Por otra parte, algunos autores clásicos de las actitudes⁶⁵, han planteado desde hace mucho que no hay una única actitud hacia un objeto, sino que hay mínimo dos o tres actitudes relacionadas, que igualmente están soportadas por diversas creencias, valores y normas.

Componentes de las actitudes: Así como hay múltiples definiciones de las actitudes, hay varios modelos que en términos de la estructura de éstas, plantean distintos componentes de éstas. Según el modelo tridimensional, el más clásico de todos, las actitudes están compuestas por tres factores o componentes: cognitivo, evaluativo y el conductual. El cognitivo son las creencias, percepciones y conocimientos que se tienen sobre el objeto de la actitud. El evaluativo son las valoraciones positivas o negativas hacia el objeto de la actitud, y el conductual es la disposición a actuar según sea la valoración del objeto de actitud.

Medición de las actitudes: por ser un constructo relacional, son difíciles de observar directamente. Para esto es necesario hacerlo a través de otros factores cognitivos como los valores, creencias y expectativas; por esto el contenido de los instrumentos creados para medir actitudes, deben basarse en dichos elementos. En la tercera década del siglo pasado, los psicólogos sociales norteamericanos Thurstone en 1929 y Likert en 1932⁶¹ consiguieron desarrollar instrumentos basados en escalas para medir las actitudes. Estas escalas están constituidas por varias proposiciones (ítems) con las cuales una persona

puede concordar o discrepar a lo largo de una dimensión de varios puntos que en general varían de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. La escala de Thurstone mucho más compleja de elaborar, de aplicar y de procesar, hace mucho dejó de aplicarse; la escala propuesta por Likert mucho más sencilla de elaborar, de aplicar y procesar^{61;64} sigue siendo muy utilizada después de 80 años, por su sencillez.

Las actitudes son un sistema de creencias, percepciones y valoraciones acerca de un objeto, situación, fenómeno etc. -dentro de un contexto cultural- que predispone a las personas a actuar a favor o en contra de un objeto de actitud. Por esto, pueden ser un elemento necesario para el análisis de las políticas públicas, puesto que ofrece un punto de partida conveniente para examinar las expectativas y posibles acciones o comportamientos de las personas hacia ellas.

Las Acciones (Comportamientos: Utilización de los mecanismos)

Las acciones o comportamientos humanos están determinados por muchos factores, entre ellos los sociodemográficos, los culturales, los cognitivos, psicosociales, de personalidad, así como por la valoración de las recompensas a recibir. Los factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el educativo, tienen efectos diferenciales importantes en muchos comportamientos sociales⁶⁰. Según las personas se ubiquen en esas categorías, los hace portadores de ciertos valores, actitudes, expectativas, sentidos y percepciones, que afectan su comportamiento, es decir: las personas de mayor edad no siempre tienen las mismas actitudes que las más jóvenes, los hombres y las mujeres no siempre tienen las mismas expectativas ni perciben la realidad de la misma manera, etc. Los factores cognitivos como los conocimientos e informaciones que tienen las personas con relación a situaciones, eventos, o fenómenos etc., van a determinar sus comportamientos. Acciones o comportamientos participativos en salud estarían determinados por el nivel de conocimiento o de información que tengan sobre la política de participación y sobre los mecanismos de participación. Por esto, una barrera importante a desarrollar comportamientos participativos, está en la falta de conocimiento de las estrategias de acción o de los mecanismos de participación para hacerlo⁶⁶. Los factores psicosociales como las actitudes, opiniones y creencias, también determinan y orientan el comportamiento⁶². Factores o características de personalidad como la capacidad

percibida de control (autoeficacia), también son determinantes del comportamiento ⁶⁷ y en el comportamiento participativo juegan un papel fundamental.

También los comportamientos o acciones están motivados por las consecuencias esperadas de la acción y el valor (grado de atractivo) que para la persona tengan tales consecuencias. En este sentido, se esperaría que las personas tengan un comportamiento alto en salud, ya que la recompensa sería mantener niveles óptimos de salud; como lo señala Cataño⁶⁸: la salud es un valor social importante y fundamental para mantener la vida y la felicidad; es por esto que en todas las culturas y desde tiempos inmemoriales, la salud es el bien principal. Las acciones o comportamientos participativos en salud en Colombia, los usuarios y comunidades las deben canalizar a través de los mecanismos de participación establecidos, para ejercer la vigilancia y control al sistema⁶⁹.

Para concluir, las políticas públicas en salud como iniciativas, decisiones y acciones que buscan resolver situaciones problemáticas involucran distintos actores, que en las diferentes fases de la política, externalizan sus percepciones, sus conocimientos, prácticas cotidianas, poder de decisión y demás dinámicas sociales. Por ser las políticas en el mundo contemporáneo, estrategias que orientan el desarrollo de naciones, regiones, instituciones, sectores, etc., deben estar sujetas a evaluación, no sólo desde las mismas instituciones estatales que las agencian, sino y, sobre todo, desde los principales actores como es la sociedad civil, en el entendido que es ésta la mayormente afectada por las decisiones tomadas en las políticas.

Es necesario recurrir a modelos que consideren diversos componentes como el contenido, contexto, el proceso y los actores de la política. En este sentido creemos que es importante analizar las políticas de participación en salud bajo la perspectiva de los actores implicados, considerando elementos sociocognitivos como los conocimientos y comportamentales como acciones (utilización de los mecanismos) de los usuarios, que como factores psicosociales reflejan la implantación de esta política.

2. La participación social en salud

La participación, es un proceso social complejo que involucra: comportamientos sociales amplios e interacciones entre actores, involucra un comportamiento individual, valores y propósitos. Es además un recurso de las comunidades, también sería una estrategia o puede ser un concepto que contiene todos los anteriores elementos a la vez. Por eso, limitar el concepto de participación a una definición descriptiva, única y aplicable universalmente es muy difícil. Conceptualmente se ha venido construyendo según los contextos históricos, sociales, político-ideológicos y culturales desde mediados del siglo pasado. Por esto se quiere hacer una breve descripción de cómo se ha venido dando la conceptualización de la participación social, según corrientes teóricas de las ciencias sociales, inscritas en esos distintos contextos. También consideraremos algunas definiciones desde las ciencias sociales; así en esta construcción social de un concepto complejo como es la participación, también describimos algunas características que ayudan a definir y a determinar según sus rasgos.

En América Latina, la participación históricamente ha afectado positivamente la supervivencia de las comunidades, permitiéndoles la satisfacción de necesidades básicas, de organización y de reciprocidad en el trabajo y la familia. Grandes sectores campesinos y pobladores urbanos- muchos de ellos de origen campesino-, durante años han mantenido y gestionado conocimientos y prácticas de origen precolombino de organización tradicional, de cooperación y solidaridad comunitaria como “la minga”, “la guelaguetza”, “el tequio”, “cayapas”, “la mano vuelta”, “el brazo prestado”⁷⁰⁻⁷². Estas prácticas y conocimientos han constituido toda una cultura participativa en muchas comunidades, a pesar de las influencias liberales y modernizadoras⁷³.

2.1. La participación construida desde algunas corrientes teóricas de las ciencias sociales

Las corrientes teóricas en las ciencias sociales, responden a modelos de pensamiento o visión del mundo, que guían ideológicamente e influyen las lecturas que de la realidad social hacen entre otros, los investigadores, profesionales y formuladores de políticas. La participación se ha venido interpretando e implementando de manera diferente,

según corrientes teóricas dominantes en cada momento histórico. Estas corrientes, han orientado su significado y valor, sus propósitos, han definido actores y sus relaciones, sus acciones y motivaciones.

La participación desde el funcionalismo

Esta corriente teórica explica los fenómenos sociales y culturales atendiendo a las funciones que desempeñan. Considera a la sociedad, como un sistema donde cada una de las partes desarrolla unas funciones concretas en base a unos prerequisites funcionales, cuyo fin es asegurar la integración de sus partes⁷⁴. De acuerdo con esta perspectiva teórica, todos los servicios sociales son mecanismos que procuran tanto la integración sistemática (armonía entre las instituciones), como la integración social (creación y armonía entre grupos, apaciguamiento de los intereses contrapuestos y reducción del conflicto social). De esto se deriva que cada parte del sistema es eficaz, en la medida en que contribuye al funcionamiento del mismo; todo lo que no se “acomoda”, no se “ajusta”, no se “adapta” a lo existente; constituye una anomalía una inadaptación⁷⁴.

Bajo esta corriente, la participación de los actores sociales se piensa como una práctica controlada y tutelada por el Estado, teniendo por objetivo la integración y modernización de grandes sectores de la población⁸. La modernización y desarrollo, era lograr que, mediante la participación en programas propuestos desde agentes estatales y multilaterales, grandes sectores del campesinado y población urbana marginal, pasaran de un pensamiento tradicional que guiaba un estilo de vida basada en la autosuficiencia y autodesarrollo⁷³; a un pensamiento moderno, que les permitiera guiar una forma de vida basada en los valores del desarrollo, del progreso, la modernidad y el consumo, del cual ellos no disfrutaban⁷⁰.

En este modelo, el Estado impulsa o promueve la integración de los sectores marginados al desarrollo, y la participación se asume como agregación de individuos; no como actores sociales autónomos y con demandas conscientes de sus necesidades en salud, educación bajo sus patrones culturales. Así la participación se entiende como una conducta de recepción de la intervención de otros, motivada por agentes externos (agentes estatales) que pre-definen las necesidades básicas (servicios de salud,

educación y vivienda)⁷⁵. La participación desde ese modelo, es una participación impuesta desde arriba; de intervenciones *sobre* y *para* la comunidad, donde ésta sólo participa como cliente de esas intervenciones⁷⁰.

La participación desde la corriente marxista

Esta corriente teórica orienta la explicación de los fenómenos sociales a partir de la dialéctica; así, el devenir mismo de la naturaleza y de la sociedad según las leyes de oposiciones sucesivas, permite captar la realidad en movimiento y leer la historia. En la realidad y en la historia se descubren elementos contradictorios y estas contradicciones están en la misma realidad y no en la imaginación de los hombres: la conciencia está determinada por las condiciones de existencia y no a la inversa⁷⁴. El análisis de los modos de producción revela conflicto de clase y esto permite descubrir el motor oculto de la evolución de la vida social: la lucha de clases; la que por sus acciones y movilizaciones, conducirá a la eliminación de los estados de opresión de unas clases sobre otras.

La participación entonces, está contenida en el discurso oficial que convoca a una gran movilización de los sectores subordinados de la sociedad, para lograr la liberación anti-imperialista y anti-capitalista, posibilitando posteriormente, el desarrollo de fuerzas productivas del pueblo⁸. Igual que en la corriente funcionalista, la participación va a ser controlada y tutelada dentro de los parámetros señalados por una élite revolucionaria que controla el Estado. Se supone que es ella la que mejor interpreta las necesidades sociales y nacionales. En este modelo, por medio de la participación del pueblo en acciones que los lleven a la liberación de la opresión de unas clases privilegiadas, se busca alcanzar una conciencia crítica de la realidad, que les permita reconocer que en la base de sus necesidades hay unas relaciones históricas de injusticia social⁷⁴, esto a su vez, sería un factor motivante para la participación.

La participación desde la teoría de la movilización colectiva o accionismo

Esta corriente teórica, tiene como postulados básicos considerar la capacidad de los actores sociales de ser constructores de la sociedad y de participar en su autoproducción. Señala una progresiva separación de la sociedad, Estado y nación, lo

que llevó por los años setenta, a un escaso sentimiento nacional, a que las identidades fueran más referidas a la comunidad que a la nación. Esta corriente rechaza la concepción de “progreso y modernidad” de la sociología clásica y del funcionalismo de mediados del siglo pasado, donde se planteaba que a las sociedades “tradicionales” había que sacarlas de su atraso e integrarlas al progreso, a la modernidad, ayudándolos a superar su “irracionalidad”, el peso de la “tradicción” y sus comportamientos “preindustriales”.

La participación dentro de la corriente de la movilización colectiva, al contrario de las dos anteriores, es la capacidad de la sociedad civil – desde su conciencia y voluntad - de actuar sobre ella misma, para superar sistemas políticos cerrados, rígidos y autoritarios. En esta corriente, Touraine¹⁰ como uno de los teóricos más visibles, plantea que la movilización colectiva debe permitir una sociedad no fragmentada que logre consolidar un proyecto amplio que integre las distintas clases sociales. Aquí, donde los movimientos sociales son los actores fundamentales del desarrollo, se busca una creciente autonomía de la sociedad civil frente al Estado; y la participación es valorada como la posibilidad que tienen los actores subordinados de la sociedad de construir su propio proyecto de futuro. La acción colectiva crea actores sociales con identidad y proyecto propio; por lo tanto, la participación no se define desde la sumatoria de individuos, (como lo haría la perspectiva liberal), ni desde una acción externa (como ocurre en la perspectiva funcionalista y en la marxista), sino desde la unión de voluntades; es la acción que nace en el seno de las organizaciones sociales.

Influídos de alguna manera por esta corriente teórica, a finales de la década de los sesenta, en América Latina también surgieron propuestas de importantes pensadores como Paulo Freire en Brasil⁷⁶ y Fals Borda en Colombia⁷⁷. Influídos además por el pensamiento de Gramsci, recogen parte de ésta corriente accionalista, pero presentan matices y variaciones al hacer énfasis en la participación desde lo local, desde la cultura popular y con la gestión del propio conocimiento de los pueblos. Esto propició el surgimiento y consolidación de la Educación Popular⁷⁸ y la Investigación Acción Participativa (IAP)⁷⁹ como estrategias para lograr la concientización de la población y garantizar así una participación activa, consciente y duradera; es decir, con miras a la conformación de un proyecto político propio. El comportamiento participativo es motivado entre otras cosas, para satisfacer necesidades y resolver problemáticas que

comparten con otros. Pero siguiendo una visión marxista, las necesidades no son vistas como carencias que hay que resolver, luego de lo cual, se extingue el comportamiento participativo; sino como potenciadores, que comprometen, motivan y movilizan a las personas. Así, la intención de la participación en esta propuesta Latinoamericana, es potenciadora y con un sentido político implícito de transformación social ⁸⁰

La participación en la corriente liberal

Algunos de los postulados básicos de esta corriente, tienden a fortalecer el individualismo y el capitalismo⁸¹. Se considera que las organizaciones sociales tienen como objetivo facilitar y promover la expresión del individuo⁸², dándole una gran importancia a las competencias individuales. Basados en varios postulados del liberalismo clásico del siglo XIX, el neoliberalismo -como una corriente económica- promueve la extensión de la iniciativa privada a todas las áreas de la actividad económica y la limitación del papel del Estado. Esta visión ha llevado que se deje en manos de los particulares, actividades que antes realizaba el Estado; en esa dinámica se privatizan empresas públicas, se abren las fronteras para mercancías, capitales y flujos financieros y se reduce el tamaño del Estado⁸¹.

Dentro de esta corriente, la participación es una acción o conducta individual que lleva a una agregación de individuos motivados por encontrar espacios asociativos que les permita satisfacer conscientemente sus necesidades con otros⁷⁵. Pero al contrario de lo que ocurre en el modelo anterior, no buscan con esos espacios crear colectivamente un proyecto común de largo alcance; sino que las personas desde su propia lógica individual, calculan el costo-beneficio de sus acciones para satisfacer sus necesidades y carencias, y luego de lograrlo, el comportamiento participativo podría extinguirse. En los últimos años, y dentro de la corriente neoliberal, la participación se ha propuesto como una estrategia necesaria para la sociedad en términos de equilibrio entre el sistema social y el económico⁷⁵. Así, la participación se ha propuesto como una estrategia positiva dentro de la gestión de políticas sociales, como responsabilidad y como control de la calidad de los servicios sociales. Por esto, dentro de esta corriente la sociedad civil es convocada a participar de dos formas: por un lado, se convoca a la iniciativa privada (como motor central del modelo económico), quienes serán los responsable de la prestación de los servicios sociales; por el otro, se convoca a la sociedad civil como

clientes o consumidores de servicios públicos, quienes deben ejercer control sobre esos servicios^{5;6}. En este sentido plantea García Canclini⁷, es innegable que en este modelo de sociedad donde muchas funciones del Estado desaparecen o son asumidas por corporaciones privadas, la participación social queda organizada a través del consumo, más que mediante el ejercicio de ciudadanía.

2.2. Algunos marcos conceptuales de la participación social en salud

Desde los años sesenta se viene reconceptualizando desde la práctica misma, ese viejo fenómeno social como es la participación; el mismo que ha estado en el centro del trabajo de pensadores como Fals Borda y Freire desde los años sesenta, quienes estudiaron e intervinieron en diferentes contextos y ámbitos de la vida social de grandes colectivos de América Latina^{76;78;83}.

A inicios de los años ochenta, el interés por participar en los asuntos públicos, las movilizaciones y el acciones populares que venían dándose desde fines de los sesenta, hicieron pensar que se entraba a la era de la participación⁸⁴. Se empezó a entender y a definir la participación a partir de situaciones específicas en las que las personas forman parte de ese 'algo'.

La participación como empoderamiento (empowerment)

Varias organizaciones multilaterales como el Instituto para el Desarrollo de las Naciones Unidas, definen la *participación como el empoderamiento de grupos excluidos para aumentar su acceso a y el control sobre recursos de desarrollo*⁸⁵. Así mismo la OMS⁸⁶ define la participación como “*un proceso por medio del cual la gente, tanto individual como en grupos, ejerce su derecho a jugar un rol activo y directo en el desarrollo de servicios apropiados de salud, en asegurar condiciones para mantener mejor salud, y en apoyar el empoderamiento de las comunidades para el desarrollo de salud.*”

El empoderamiento tiene sus raíces en contextos sociopolíticos similares en los años sesenta del siglo pasado: en la lucha por la liberación de la opresión, promovida por esos años, entre otros, por Paulo Freire y Fals Borda. También el concepto se empezó a utilizar por la misma época, en el movimiento por los derechos civiles de los negros en los Estados

Unidos⁸⁷. A finales de los setenta, se comenzó a usar el concepto en los campos de la psicología social, la sociología y del trabajo social. En 1981 Rappaport⁸⁸, psicólogo social norteamericano, lo propone en como un concepto positivo que debe ser guía de la psicología comunitaria, asociándolo con el desarrollo de las potencialidades que la gente tiene. Este autor⁸⁸, influido por la corriente del accionalismo, define el empoderamiento como el proceso o mecanismo a través del cual personas, organizaciones y comunidades adquieren o potencian la capacidad de controlar o dominar sus propias vidas o el manejo de asuntos y temas de su interés, para lo cual es necesario crear las condiciones que faciliten ese fortalecimiento. Señala también que el empoderamiento es socialmente complejo y transversal (se da en varios niveles sociales, y entre ellos). Plantea entenderlo desde la perspectiva de cada grupo social (desde su cultura), considerando que las estructuras sociales intermedias más cercanas a las personas (organizaciones de base, comunidades locales,) deben vehicular las acciones participativas de los individuos en la sociedad. Así mismo señala la igualdad entre las personas (derecho considerado constitucionalmente) y la participación social como prerequisite para alcanzar el empoderamiento.

Otros autores⁸⁹ han refrendado estas ideas y han añadido otras para aclarar el significado del proceso empoderador: la interacción social y participación como elementos intermedios y el acceso a, o el control sobre, los recursos sociales como condicionante y resultado del proceso. También define contextos sociales “empoderadores” (que ofrecen oportunidades de empoderamiento) y “empoderados” (que teniendo poder, lo usan para promover cambios sociales).

Niveles de empoderamiento

Debido al carácter psicosocial del proceso que liga lo individual y lo social⁸⁷, es que se puede hablar de niveles de empoderamiento según los ámbitos en que se manifiesta.

Nivel individual: incluye aspectos interdependientes; la percepción de poder, el control real de ese poder y control de la propia vida. Sin percepción de poder la persona no actuara para alcanzar el poder real. Pero la conciencia de poder no basta por sí sola; la persona debe emprender acciones conjuntas que incrementen su poder. El logro efectivo de ese poder confirmará y fortalecerá la percepción inicial; el fracaso la refutará. Y

viceversa, la percepción de impotencia generara pasividad confirmando la visión derrotista inicial. Al mismo tiempo para tener dominio o control de la propia vida no basta la percepción individual, se necesita también una serie de recursos sociales. Así, el poder personal depende del poder social, es decir contar con espacios “empoderadores” y “empoderados”, donde además de establecer un compromiso relacional con otras personas, tome parte en actividades destinadas a influir sobre la toma de decisiones para el bien colectivo.

Nivel relacional: el empoderamiento se deriva aquí de las interacciones y relaciones personales, de la participación en grupos y asociaciones sociales intermedias. En la medida en que el poder es un fenómeno global, el empoderamiento (personal o grupal) precisa de la colaboración de personas y grupos, e implica por tanto, algún tipo de interacción instrumental para alcanzarlo como impulsar soluciones organizativas a los problemas^{87;90}. La adquisición de habilidades relacionales o sociales, como la organización social entorno a objetivos comunes y la participación en grupos comunitarios, son desde este punto de vista, formas de desarrollo personal, y sobre todo, vehículos para el empoderamiento colectivo. Aquí toma relevancia la importancia del fortalecimiento de estructuras sociales como (vecindario, familia, iglesias asociaciones etc.) que intermedian entre el individuo y las instituciones sociales impersonales (gobiernos, instituciones, corporaciones etc.) como vía para alcanzar el empoderamiento⁸⁷.

Nivel macro social: el empoderamiento a nivel macro social hace alusión al poder social que trasciende al poder personal y al poder desde estructuras intermedias. El poder social puede ser definido como la capacidad de dominar y afectar el comportamiento de otros o la vida colectiva, a través del uso real de la fuerza, por recompensas o castigos; pero también a través de ideas que justifican y legitiman acciones, situaciones y relaciones sociales; es decir, es poder ideológico impuesto por la seducción o el convencimiento. El poder es el carácter de las relaciones sociales basado en la posesión diferencial de recursos que permiten a unos realizar sus intereses personales o de clase, e imponerlos a otros⁹¹.

Dentro del debate planteado acerca de la participación como *fin* o como *medio*^{92;93}, la participación como empoderamiento sería entendida *como un fin*, a través del cual la gente

gana control sobre sus propios recursos, y no tanto como un medio o estrategia orientada a lograr ciertos objetivos. *La participación entendida como un fin* implica el involucramiento de la gente en la toma de decisiones, en la definición de sus necesidades, en la solución de sus problemas y movilización constante de sus recursos; es la base de la democracia participativa (frente a la democracia representativa). Los que consideran la participación como un fin señalan que ésta tiene que ser importante y significativa para la vida cotidiana de la gente; sólo así la gente estará auténticamente involucrada y no sólo participando de manera mecánica^{84;93}. En este sentido, Freire⁷⁶ planteaba que una participación auténtica se convierte en una experiencia de toma de conciencia a través de la cual se mejora la calidad de vida; pues a través de esta toma de conciencia o “despertar”, la gente descubre las causas de sus problemas y también descubre sus capacidades de poder para resolverlos. Por tanto, resolver de esta manera los problemas, tiene un efecto de demostración de autosuficiencia, lo que significa para la comunidad no sólo un aprendizaje para la resolución de otros problemas que la aquejen, si no para su propio crecimiento, fortalecimiento y desarrollo⁵⁰ En esta perspectiva estaría no sólo la *participación como empoderamiento* si no también la *participación como necesidad*.

La participación como necesidad

Desde algunas disciplinas como la sociología, la psicología social y la economía humanista, se ha planteado la participación como una necesidad básica. Así, Díaz Bordenave⁸⁴ señala que la participación es el camino natural para que los individuos canalicen su tendencia innata a realizar y hacer cosas juntos. Además, su práctica envuelve la satisfacción de otras necesidades como la interacción con otras personas, la autoexpresión y el pensamiento reflexivo. En este sentido, anota el autor, que la participación tiene dos bases complementarias, que en algunas oportunidades pueden entrar en conflicto: a) base afectiva: participamos porque sentimos placer de hacer cosas con otras personas, da satisfacción la vivencia compartida. b) base instrumental: participamos porque al hacer cosas con otros es más eficaz y eficiente que hacerlas solos.

Max Neef⁹⁴ liderando un equipo transdisciplinario de intelectuales latinoamericanos, proponen la construcción de un nuevo paradigma de desarrollo (menos mecanicista y más humano); planteando entre otras—bajo una influencia marxista— que las necesidades no son carencias— como tradicionalmente se las ha considerado— sino potencialidades. Señalan

que las necesidades humanas son y han sido pocas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad) y estas no cambian según la época y según las culturas; lo que cambian son los satisfactores. Plantean la *participación* como una necesidad, que los individuos al satisfacerla, satisfacen también al mismo tiempo otras necesidades a partir de satisfactores sinérgicos; los que según categorías axiológicas son: a) En el sentido de ser: solidarios, dispuestos, convencidos, entregados y respetuosos. b) En el sentido de tener: derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo. c) En el sentido de hacer: afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar. d) En el sentido de estar: en ámbitos de interacción participativa: partidos políticos, organizaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias.

La participación como salida, voz y lealtad

El modelo propuesto por Hirschman⁹⁵ empieza por describir una situación de mercado en competencia, donde existen múltiples oferentes y demandantes de bienes y servicios. El objetivo es describir los mecanismos a través de los cuales se puede llegar a condiciones óptimas de funcionamiento de los diferentes actores en la sociedad: oferentes y demandantes. Así, se deben dar en el interior de la sociedad, fuerzas que hagan volver al mayor número posible de actores (oferentes) de su mal comportamiento (ofrecimiento de bienes y servicios poco satisfactorios para los clientes), a una conducta requerida para el buen funcionamiento de la sociedad. En estas situaciones, la competencia se presenta como un buen mecanismo para lograr la eficiencia; y los agentes (demandantes) que son racionales y toman la mejor decisión entre diversas alternativas, lo sabrán hacer para defender su bienestar o mejorar su posición. Dentro de este juego de oferta y demanda, los clientes pueden participar dentro de las siguientes opciones:

Opción de Salida

La razón para que un cliente tome esta opción es su insatisfacción, la que puede deberse a: una reducción en la calidad, un incremento en el precio, una insuficiencia en las cantidades ofrecidas o un mal servicio, entre otras. El resultado es la salida, donde según Hirschman⁹⁵, un cliente insatisfecho con el producto de una empresa se pasa a otra, utiliza el mercado para defender su bienestar o mejorar su posición; y también pone en movimiento fuerzas

del mercado que puedan inducir a la recuperación de la empresa, cuya actuación comparativa ha declinado. Este opción o mecanismo cumpliría así una doble función: pone activo al cliente para que mejore su bienestar, y a la empresa para que cambie su comportamiento y otros clientes no la abandonen, o vuelvan si se han ido.

Opción de Voz:

Esta opción es lo opuesto a la salida: es quedarse y hacerse escuchar. A pesar de que los usuarios muchas veces cuentan con la posibilidad de la salida, estos no la ejercen; más bien hacen análisis más complejos y diversos que la salida. Así los clientes insatisfechos se quedan, encontrando en la voz una buena opción para mejorar su situación deteriorada; confiando en su capacidad para influir en el oferente que le suministra sus bienes o servicios⁹⁵. Es una voz que se hace escuchar directamente ante la empresa, o indirectamente ante otros organismos o instituciones que vigilan y controlan sus actuaciones, y que pueden hacer que la empresa cambie la situación. En esta medida, la opción de voz se vuelve eficiente y muy utilizada, pero cuando la voz no es escuchada, el consumidor decide utilizar la opción de salida. La voz se puede manifestar de muchas maneras: en cartas, llamadas, protestas y demandas, entre otras. Sin embargo, la forma más común con que cuentan las empresas para escuchar la voz de sus clientes es a través de una oficina de atención al cliente. Las empresas generalmente tienen departamentos especializados para atender las quejas y sugerencias de los clientes insatisfechos; allí se encuentra personal capacitado en relaciones públicas que busca atender a las demandas de los ciudadanos, por problemas con el servicio. Ante un cliente insatisfecho la empresa puede: o bien no atender el reclamo y permitir que el cliente se vaya; o atenderlo y solucionarle el problema⁹⁵.

Opción de lealtad

Esta es una opción de buena voluntad que tiene el demandante de actuar cuando reconoce un problema en el funcionamiento de una organización⁹⁵. En este sentido, a mayor lealtad, mayor es la probabilidad de que la empresa tome acciones correctivas. Para Hirschman, los clientes leales son aquellos que cuando perciben problemas, en lugar de ejercer la opción de salida, permanecen en la institución, manifiestan su inconformidad y proponer soluciones para corregir la disfuncionalidad. El cliente ve en este mecanismo una buena

opción para cambiar la situación de la empresa y “volverla a la senda correcta”⁹⁵; es decir, tiene la confianza de ser un agente poderoso en la empresa, un cliente esperanzado de que con su actuación pueda mejorarse esta situación al interior de la empresa. Es una voz que ayuda, es correctora, imaginativa y propositiva.

Desde la visión funcionalista del modelo propuesto por Hirschman la participación podría ser entendida como un *medio*; es decir, es considerada una estrategia eficiente, para alcanzar objetivos deseados o bien para mejorarlos objetivos planteados. Esta definición de la participación como un *medio* surgida de las ciencias de la administración⁹⁶ e influida por la corriente funcionalista, considera el involucramiento de la gente para reducir el riesgo al fracaso, e incrementar las posibilidades de éxito y de sustentabilidad de programas o políticas sociales, al utilizar los recursos comunitarios incluidos la población misma. Esta visión de participación se sustenta en las siguientes premisas: a) al participar la gente se apropia de los programas y los defiende como propios, y b) la participación una solución a los costos y gastos materiales⁹⁶. Esto genera modelos asistenciales participativos, donde la participación es una contribución o colaboración voluntaria de la gente, donde no se espera que la gente participe en la planeación y evaluación, sino más bien que se beneficie de los programas, se sensibilice y ayude a lograr efectividad en los programa.

2.3. Características de la participación

Después de hacer un breve recorrido por los diferentes modelos de pensamiento y marcos conceptuales bajo los cuales se ha venido elaborando el concepto de participación, es necesario presentar algunas de sus características. Estas, si bien están contenidas en los modelos de pensamiento y marcos conceptuales desde los que se ha construido conceptualmente la participación, se pueden caracterizar ahora según las motivaciones y tipos de comportamientos participativos que estos mismos modelos proponen impulsar, también según los alcances (caracterizados en niveles) de esos comportamientos y según los factores que influyen en la participación.

La participación como cualquier otro comportamiento social está motivado o estimulado por factores desencadenantes, los cuales van desde el cumplir con la voluntad de otros quienes serían “los motivadores”, hasta la participación autentica y

bajo la voluntad y motivación propia de las personas. Considerando lo anterior la participación se puede caracterizar o tipificar así:

2.4. Tipos de participación

Participación pasiva o pseudo-participación: se da cuando las personas ejecutan acciones a solicitud de un agente externo, sin intervenir en la toma de decisiones y en la implementación del proyecto⁹⁷.

Participación impuesta: los individuos son obligados a formar parte de grupos ya realizar ciertas actividades consideradas necesarias (formar parte del ejército)⁸⁴.

Participación provocada o manipulada: No siempre la participación voluntaria nace como iniciativa de sus miembros; algunas veces lo es por agentes externos motivan la creación de organizaciones, y les imponen los objetivos⁹⁷.

Participación espontánea: la que lleva a las personas a formar grupos sin una organización estable y propósitos definidos a no ser el de satisfacer necesidades psicológicas como pertenecer expresarse, recibir y dar afecto, recibir reconocimiento, etc⁸⁴.

Participación auténtica: Las personas participan por su propia voluntad, forman organizaciones fuera de los límites del Estado (por tanto con un tono anti-estado), motivados por crear comunidades autosuficientes⁸⁴.

2.5. Niveles de participación

No toda la participación tiene la misma importancia; así para comprender mejor los alcances de las acciones de intervención de individuos y colectivos, es necesario observar los niveles en que se desempeñan, considerando por ejemplo el grado de control en la toma de decisiones. Así varios autores^{84;98;99} señalan que se pueden diferenciar diferentes niveles de participación:

A nivel de beneficios: La comunidad sólo participa en los beneficios de una política, de un plan o de un programa; es decir, recibe atención (en salud, en educación etc.), y en algunos casos colaborando con cuotas.

Información. Los administradores y planificadores informan sobre las decisiones ya tomadas.

Consulta facultativa: Los administradores o líderes, pueden consultar a los demás sugerencias o datos para solucionar un problema.

Elaboración/recomendación: los demás elaboran propuestas y recomiendan medidas que los dirigentes pueden acatar o no.

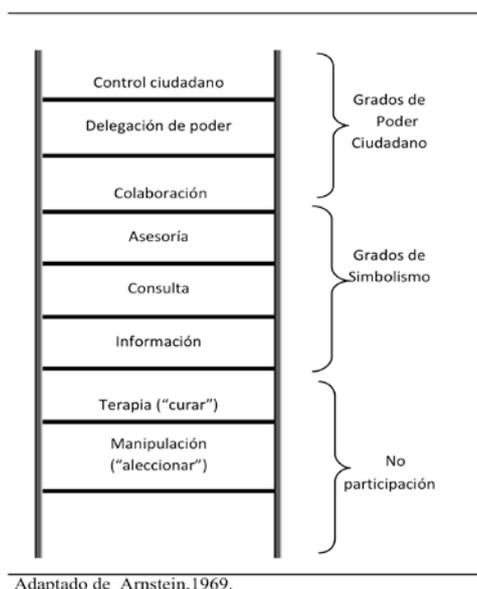
La co-gestión: es un grado más elaborado de participación donde la administración de un proyecto es dividida a través de mecanismos de co-gestión. Aquí la comunidad ejerce una influencia directa en la elección de un plan de acción y en la toma de decisiones compartida.

La autogestión: es el grado más alto de participación en el cual el grupo o comunidad toma decisiones, establece objetivos, estrategias medios y ejerce los controles por su propia cuenta sin depender de nadie.

En este mismo sentido Arnstein¹⁰⁰, había planteado una tipología de participación representada en una escala de ocho niveles crecientes de participación, agrupándolos en tres grandes categorías: la primera, de no participación, se refiere a aquellos procesos cuyo objetivo real no es tanto permitir que la gente contribuya en la planificación o la conducción de políticas públicas, sino permitir a los administradores públicos “aleccionar” o “curar” a los participantes acerca de sus pretensiones. La segunda categoría es la de participación “de fachada” o “simbólica”, que a lo largo de sus tres escalones o niveles, permite a los ciudadanos escuchar (información), ser escuchado (consulta) o incluso tomar un papel activo como consejero (asesoría). Finalmente viene la categoría de la verdadera participación ciudadana o poder ciudadano: es cuando las propuestas ciudadanas no pueden ser simplemente ignoradas, porque se les atribuye a los participantes no sólo voz sino capacidad de votar las decisiones. Se obtiene así un verdadero poder de negociación

que, en función de la proporción de votos atribuida a los representantes ciudadanos, podrá ser minoritario (colaboración), mayoritario (delegación de poder) o una plena capacidad decisoria y administrativa (control ciudadano) (Figura 1)

Figura 1. Escalera de la participación ciudadana.



Considerando el tipo de actividades de la comunidad en el ámbito de la salud, Rifkin¹⁰¹ propone los siguientes niveles de participación.

La comunidad sólo participa de los *beneficios* del programa, es decir, recibe atención en salud, con o sin costo, y en algunos casos colaborando con cuotas.

La comunidad participa en las *actividades* del programa, siguiendo las propuestas de los planificadores del programa.

La comunidad participa en la *implementación* del programa de salud, asumiendo algunas responsabilidades administrativas.

La comunidad participa en el *seguimiento y en la evaluación* del programa, pudiendo modificar, aunque no determinar los objetivos del programa.

La comunidad participa en el *planeamiento de los programas*, teniendo amplio campo de acción para tomar decisiones sobre los programas.

Como no todas las decisiones tienen la misma importancia, Díaz-Bordenave⁸⁴ propone la siguiente clasificación desde el nivel más importantes a los menos.

Formulación de la política de la Institución.

Determinación de objetivos y establecimiento de estrategias.

Elaboración de planes, programas y proyectos.

Distribución de recursos y administración de operaciones.

Ejecución de acciones.

Evaluación de resultados.

2.6. Factores que influyen en la participación

La participación como un comportamiento social, está determinada por muchos factores contextuales, institucionales, comunitarios e individuales, que la afectan así sea facilitándola o limitándola (Tabla 1).

Factores que facilitan la participación

A nivel contextual

Existencia de leyes, políticas y mecanismos de participación: estos factores legales incrementan la participación no sólo dentro de una democracia participativa, sino dentro de cualquier modelo de sociedad democrática donde se quiera fomentar, fortalecer y promover las acciones de la sociedad civil.

Ubicación geográfica: favorece procesos de organización y de participación, el estar en ciudades o poblados pequeños, porque permiten la proximidad entre las personas, el conocerse entre ellas, estar cercanos a sedes o lugares de reuniones etc., facilitándoles su desplazamiento⁵.

A nivel institucional

Información e interlocución entre actores: para incrementar la participación, el actor Institucional es responsable de abrir espacios y canales de comunicación con los

ciudadanos y comunidades, incentivando la interlocución entre los actores orientada a procesos de concertación; para dar y recibir información acerca de las políticas, los mecanismos y estrategias⁶⁹. La información de las instituciones a las comunidades y usuarios, sobre resultados de sus gestiones, también es un factor muy importante para la participación; recibir de una manera oportuna resultados concretos de sus esfuerzos, motivará comportamientos participativos a futuro.

Actitudes de cooperación y facilitación de actores institucionales (espacios empoderadores): estos factores relacionales positivos incrementan el conocimiento, el involucramiento de los individuos y comunidades, y les facilita un acercamiento a las instituciones. Esto tendrá un impacto en el comportamiento participativo de colectivos y personas; puesto que estos sentirán que se valoran sus acciones (autoestima), que tienen sentido sus gestiones, creerán en las instituciones y en los espacios de participación, y confiarán que los resultados serán alcanzables (capacidad de logro o control).

Coordinación inter-institucional: facilita la convocatoria a participar, a las capacitaciones, y además ayuda a ofrecer información clara y oportuna sobre las estrategias para participar⁶⁹.

A nivel Comunitario

La conciencia crítica (reconocimiento como actores con capacidades de transformar la realidad, de resolver problemas) y el conocimiento orgánico (comprensión causal e históricamente articulado de la situación o problemática social), son elementos que facilitan la participación, puesto que implican la capacidad de situarse con capacidad de resolver problemas, para comprender el origen de estos y actuar sobre la realidad. Conocer la realidad para transformarla⁷⁹.

Conocimiento e información sobre políticas, estrategias y mecanismos de participación: este factor es indispensable para la participación puesto que las personas conocerán marcos legales amplios en donde se reconocen sus derechos, los procedimientos y mecanismos para encausar su comportamiento participativo adecuadamente. Es condición fundamental que no solamente las personas conozcan los problemas de su entorno, sino también los mecanismos necesarios para resolverlos, las herramientas y pasos para llevar de una

manera efectiva sus acciones. Además, los actores comunitarios (líderes, organizaciones sociales) deben servir como canal de comunicación con toda su comunidad, representando sus intereses y retroalimentándola con la información y capacitación recibida^{9:31;77}.

Percepción de control por parte de la comunidad: esta percepción de control o autoeficacia percibida a nivel comunitario es indispensable para la participación, ya que motiva a usar ese poder que perciben para promover cambios en la realidad social¹⁰².

Compatibilidad cultural: considerar, conservar y respetar los valores, normas, expectativas y prácticas culturales de las comunidades, es importante si se quiere tener una participación fluida y sin entrar en conflictos o choques culturales¹⁰³.

Organización horizontal: la organización facilita la participación, pero mucho más si esta es horizontal, puesto que las personas se organizan y movilizan alrededor de objetivos claros explícitos y definidos por toda la organización. En las organizaciones horizontales, la información tan necesaria para la participación fluye más fácilmente, se cohesionan las motivaciones, y los esfuerzos de individuos se orientan hacia los objetivos comunes y claros para todos¹⁰⁴.

Liderazgo y dirección democrática: este elemento es fundamental para la participación, puesto que un líder democrático se constituye en un recurso grupal fundamental, encaminándose a facilitar el logro de metas comunes, comparte y hace fluir la información y no centraliza conocimientos y acciones en él. Un líder democrático recoge las ideas propuestas por el grupo y las plasma en acciones de todos, encaminadas hacia el cambio¹⁰⁴.

Resultados e información oportuna: un comportamiento como el de la participación, necesita resultados pronto y positivos, para poderlos mantener. Además es clave que circule dentro de la comunidad, información oportuna y clara sobre resultados de sus gestiones y de usuarios, ya que esto motivará comportamientos participativos a futuro^{84;104}.

El diálogo: es muy importante en la participación, pues significa compartir la información y conocimientos disponibles, comprender el punto de vista del otro, respetar las demás opiniones, y entablar discusiones hasta llegar a un consenso satisfactorio para todos⁸⁴. El patrón de comunicación también es importante, dado que un patrón homogéneo de

comunicación (nivel de lenguaje, códigos compartidos por todos), no sólo es importante para un entendimiento y claridad en la comunicación, sino también para que afloren sentimientos, emociones, percepciones que se dan dentro de grupos⁸⁴.

Flexibilidad en las tareas: es necesario este elemento para la participación ya que permiten que se distribuyan las tareas de una manera más equitativa y oportuna^{84;104}.

Recuperación de la memoria colectiva: la comunidad o las organizaciones sociales fortalecen el comportamiento participativo (o lo reavivan), cuando contextualizados en el tiempo, rescatan el sentido de continuidad, recuperan sus éxitos, alcances, logros, temores, fracasos y su poder su identidad; lo cual ayuda a luchar contra la fatalidad, la pasividad y sentimiento de impotencia y minusvalía^{9;104}.

A nivel Personal

Conciencia crítica y conocimiento orgánico de problemáticas del entorno y sus consecuencias a nivel individual: las personas participan más cuando comprenden que sus acciones no responden sólo a liderazgos o a las propuestas de instituciones externas, sino ante todo a su capacidad percibida de control, de acción para el cambio. Cuando son conscientes de las causas de la problemática y saben que ese problema afecta sus intereses, necesidades y calidad de vida personal. Cuando conocen y saben que objetivo de la participación es bien claro para cada uno^{77;84}.

Conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación: La participación es más genuina y productiva cuando las personas están informadas, y conocen las estrategias de participación para hacer que este comportamiento sea más fluido. Una persona participará más fácilmente si conoce las alternativas de participación, si es capaz de hacer uso de algunas de ellas.

Percepción de control (autoeficacia): la persona para participar de una manera efectiva y emprender acciones conjuntas, debe tener percepción de poder hacerlo (competencia, percepción de control) y percibir logros efectivos de ese poder (alcanzando objetivos o metas), lo que confirmará y fortalecerá su percepción de poder o control. Esto motivará cada vez más su comportamiento participativo, haciendo una conexión entre un sentido

de competencia personal (autoeficacia o percepción de control, autoestima) y el deseo y voluntad de participar en el espacio público^{89;102}.

Actitudes favorables y valores positivos: las actitudes favorables sustentadas en valores positivos como la solidaridad, son indispensables para el comportamiento participativo de las personas. Actitudes favorables soportadas en la creencia que la participación ayudará a la consecución del bienestar propio y colectivo, lleva implícito disposición y motivación a aprender a participar; a generar, desarrollar y fortalecer habilidades para la participación como trabajar en equipo, presentar propuestas, comunicación asertiva, resolución de conflictos y negociaciones para tomar decisiones¹⁰⁴.

Deseo y motivación: para participar se necesita que las personas tengan voluntad y estén dispuestos a dedicar tiempo y esfuerzos en la consecución de un hecho determinado. Muchas de esas motivaciones están direccionadas a satisfacer necesidades, a resolver problemas, a desarrollar capacidades, a mejorar la autoestima, a lograr recompensas^{99;104}.

Retroalimentación oportuna de sus gestiones: Las personas requieren información acerca de sus gestiones, e información oportuna y clara en este sentido los motivará a seguir participando⁸⁴.

Sentimiento de pertenencia (sentido psicológico de comunidad): el sentimiento de que se es parte de un tejido social o red de relaciones de apoyo mutuo en el que se puede confiar, impulsan un comportamiento participativo, significado y articulado a una colectividad mayor del que se es parte, y en donde perciben se pueden resolver problemas y necesidades⁸⁹.

Recuperación de la memoria colectiva: a nivel personal, la recuperación de la memoria colectiva tiene una incidencia positiva en la motivación de la persona a participar, al verse reflejada en una red viva con una serie de acciones que forman parte de su historia e identidad, que considerará valiosas para continuarla; esto le ayudará a rescatarse de la pasividad y sentimientos de minusvalía o autoestima baja, que tanto perjudica la participación^{9;104}.

Tabla 1. Factores facilitadores y limitadores de la participación social.

NIVELES	FACILITADORES	LIMITADORES
CONTEXTO	Leyes, políticas y mecanismos que la fomenten Ubicación geográfica (cercanía de las personas)	Falta de leyes, políticas y mecanismos. La pobreza
INSTITUCIONAL	Información entre actores (espacios empoderadores) Actitudes de cooperación y facilitación de actores institucionales (espacios empoderadores) Coordinación inter-institucional, e intersectorial	Falta de información entre actores Actitudes de rechazo a la participación por sectores con poder Falta de coordinación inter-institucional Fragmentación de la participación
COMUNIDAD	Conciencia crítica y conocimiento orgánico de problemáticas del entorno y consecuencias a la comunidad Conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación colectiva Percepción de control por parte comunidad (autoeficacia) Compatibilidad cultural Organización horizontal Liderazgos democráticos Resultados e Información oportuna Diálogo y patrón de comunicación Flexibilidad en las tareas Recuperación de la memoria colectiva	Conciencia ingenua y falta de conocimiento de problemáticas del entorno y consecuencias a la comunidad- Falta de Conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación colectiva Percepción colectiva de poco control (“pobreza de poder”) Organización piramidal o poco desarrolladas Liderazgo antidemocrático, personalizado Escasos resultados e insuficiente información Falta de dialogo La corrupción
PERSONAL	Conciencia crítica y conocimiento orgánico de problemáticas del entorno y sus consecuencias a nivel individual Conocimiento/información de estrategias de participación Percepción de control (autoeficacia) Actitudes favorables y valores positivos (Disposición a aprender a participar/habilidades) Deseo y motivación Retroalimentación oportuna de sus gestiones Sentimiento de pertenencia Recuperación de la memoria colectiva	Conciencia ingenua y falta de conocimiento de problemáticas del entorno y consecuencias a nivel individual Falta de conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación Percepción de no control. Desesperanza aprendida Actitudes y valores negativos (Apatía, sumisión, autoestima baja, miedo) Falta de información de resultados Poca cohesión, sentimiento de desarraigo

Construcción propia

Factores que limitan la participación

A nivel de contexto

Falta de leyes, políticas y mecanismos: la falta de estos elementos formales que legitiman y promueven la participación social, es una gran barrera a la participación.

La pobreza: Las personas en situación de extrema pobreza, invierten sus pocas energías y tiempo en la lucha cotidiana por la supervivencia. Esto conlleva a una destrucción y debilitamiento del tejido social, lo que constituiría una base frágil para la participación. Es así como la pauperización, el incremento del desempleo, la falta de salud y de educación, es decir el abandono por parte de los sistemas sociales, crean condiciones desfavorables para establecer y consolidar organizaciones populares sólidas y con resultados^{97;105}.

A nivel institucional

Falta de Información e interlocución entre actores: la falta de información pertinente sobre las políticas, los mecanismos y estrategias de participación y sobre los resultados de las gestiones de usuarios o comunidades, son una barrera importante para desarrollar y mantener comportamientos participativos⁸⁴

Actitudes de rechazo a la participación por sectores institucionales con poder: estos factores relacionales negativos, manifestados por actores institucionales en discursos excluyentes, en el poco reconocimiento hacia las organizaciones populares, escasa convocatoria a participar, y poca credibilidad hacia el conocimiento y capacidad de gestión de las comunidades, desmotiva cualquier tipo de acción o de participación. Estas actitudes generan desconfianza, temor, e incredulidad hacia las instituciones, baja autoestima y falta de control o de poder entre las personas o al interior de las organizaciones^{25;106;107}.

Falta de coordinación inter-institucional: es un obstáculo para la convocatoria a participar, para la capacitación, para ofrecer información clara y oportuna.

La fragmentación, multiplicación y heterogeneidad de las formas de participación por parte del Estado, impiden la construcción de actores sociales fuertes, al evitar la acumulación de

experiencias, la generación de consenso entre intereses comunes y la construcción de respuestas respaldadas por una fuerza social importante⁵.

A nivel de Comunidad

Conciencia ingenua (explicación mágico-religiosa de la realidad) y falta de conocimiento de las problemáticas del entorno: una conciencia ingenua que no permita la comprensión de causas y consecuencias de la realidad, y la falta de conocimiento de los problemas del entorno (de las causas y consecuencias en la comunidad), dificultan una auténtica participación comunitaria⁷⁷.

Falta de conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación colectiva: estos factores son una limitante importante en la participación, porque las personas y grupos organizados no sabrán como encausar su comportamiento participativo, como potencializar sus acciones colectivas, como y donde buscar información⁷⁷.

Percepción colectiva de poco control: esta percepción a nivel comunitario de poco control o “pobreza de poder”, genera desmotivación entre el colectivo para participar y promover cambios sociales, llevando a que muchas organizaciones populares se debiliten y atomicen¹⁰⁵.

Organización piramidal: formas organizativas y espacios para la participación rígidos, creados desde la lógica de actores externos o estatales, sin considerar el tipo de organizaciones sociales y prácticas propias de las comunidades, inhiben una participación orientada democráticamente hacia el bien colectivo¹⁰⁴.

Liderazgo antidemocrático y personalizado: estos procesos de liderazgo terminan en caudillismos (sin control por parte de la comunidad); los intereses de este tipo de líderes están por encima de los intereses o metas comunes desmotivando la participación de las personas. El conocimiento y la información no fluyen (obstaculizando la participación) porque se centralizan en los líderes¹⁰⁴.

Escasos resultados e información oportuna: la falta de resultados o resultados negativos de una manera sucesiva, refutará la percepción de control, de capacidad de logro efectivo; más bien conllevará a la pasividad y apatía. Así mismo, la falta de una información oportuna y clara dentro de las organizaciones comunitarias, y entre estas y el resto de la comunidad, limitan la participación; la gente no conoce de manera oportuna, los resultados que su comportamiento participativo va generando, etc⁸⁷.

Falta de diálogo: este elemento dificulta la participación ya que no deja fluir ni compartir el conocimiento y la información disponible. Igualmente, discusiones largas y conflictivas dentro de los colectivos para llegar a un consenso hace poco atractivo participar⁸⁴.

La corrupción: esta situación lleva a que la comunidad sienta desconfianza por sus líderes, por las instituciones lo que debilita o desmotiva el comportamiento participativo⁵.

A nivel personal

Conciencia ingenua (pensamiento mágico-religioso) y falta de conocimiento de problemáticas del entorno y sus consecuencias a nivel individual: estos factores dificultan una participación constante, organizada y efectiva; ya que no se alcanza a articular la capacidad personal de resolver problemas, el origen de los problemas y la acción para solucionarlos^{89;108}.

Falta de conocimiento/información de políticas, estrategias y mecanismos de participación: No hay nada que desmotive una acción y que genere más incertidumbre en las personas, que la falta de información y conocimiento; estas falencias inhiben un comportamiento participativo para lograr soluciones a nivel individual o colectivo^{97;106}.

Percepción de no control. (desesperanza aprendida): la percepción de falta de poder o impotencia genera pasividad y una visión derrotista de la vida. Los intentos de participación que se hagan si fracasan refutaran esa percepción de desesperanza. Así, la participación se enfrenta a barreras como el miedo, la apatía, y baja autoestima, que esa falta de percepción de control o desesperanza, genera en las personas⁸⁹.

Actitud negativa (Apatía, sumisión, autoestima baja, miedo): las actitudes negativas inhiben el comportamiento participativo, ya que se sustentan en valores negativos como: desconfianza hacia líderes, hacia las organizaciones, hacia las instituciones y no creen en que la participación los lleve a resolver sus problemas. Estas actitudes negativas además de generar rechazo hacia la participación (apatía), también generarían sumisión de los participantes hacia propuestas de solución dadas líderes oportunistas¹⁰⁴.

Falta de información de resultados: el comportamiento participativo también se sostiene por una información oportuna y clara acerca las acciones de las personas, la que al no darse, va a inhibir comportamientos participativos individuales a futuro^{84:104}.

Poca cohesión social: la falta de pertenencia a una red social o comunidad, la escasa cohesión o integración social, inhibe el comportamiento participativo. Este sentimiento de poca interdependencia con otros, ni percepción de similitud con las demás personas, de no pertenecer a una colectividad mayor que ayuden a resolver problemas, genera comportamientos sumisos, de aislamiento y apatía¹⁰⁹.

Se puede concluir con base en la revisión hecha, como la participación se la ha venido construyendo y revisando -desde perspectivas de pensamiento antagónicas como el funcionalismo, el marxismo, el liberalismo el accionalismo, obedeciendo por supuesto a contextos sociales, culturales pero sobre todo económicos de los últimos años. Igualmente y como consecuencia de lo anterior, disciplinas de las ciencias sociales - desde distintas corrientes epistemológicas y contextos históricos que las enmarcan-, han venido definiendo la participación. Desde sus discursos le han otorgado significado, valor, le han establecido sus propósitos, han definido actores y sus relaciones, sus acciones y motivaciones. Con esto, se ha institucionalizado la participación, es decir, se han configurado criterios para comprender y analizar este fenómeno social, se han establecido características etc. Además, estos discursos institucionalizados acerca de la participación, son relativos a tiempos y a sociedades específicas. No hay una única o simple entidad a la que podamos llamar “participación”, sino que hay un amplio abanico de diferentes acciones que bajo ciertas circunstancias -de tiempo o historia, de modo y finalidad-, llevaran a que en consecuencia, se defina el término y bien se estimule o se proscriba la participación.

3. La participación en salud en el contexto latinoamericano y colombiano

La participación no está al margen de los sujetos sociales o colectividades en las que se produce. Además, estos sujetos sociales en América Latina no son ni han sido homogéneos, sino que están llenos de matices como productos de procesos socio-históricos en la realidad de la región. Así entonces, la forma en que se ha venido interpretando la participación, es decir, la forma en que se han analizado actos y actores están mediados por recursos interpretativos socialmente disponibles; esos recursos no están al margen de los distintos intereses de poder que se han dado en la historia de América Latina desde los años cincuenta, en que se empieza a hablar de una participación institucionalizada.

Se presenta enseguida desde una perspectiva socio-histórica, el desarrollo de la participación social en salud en América Latina y en Colombia, considerando al menos someramente, los contextos políticos, sociales y culturales que la han enmarcado hace más de 50 años.

3.1. La participación en salud en el contexto latinoamericano

A finales de los años cincuenta e inicios de los sesenta, se plantearon una serie de proyectos y programas en América Latina, incentivados por los gobiernos nacionales y promovidos por organismos transnacionales^{70;72}. Estos tenían como fin, organizar las comunidades y promover la participación comunitaria dentro del campesinado y de los pobladores de la zona urbana marginal, para integrarlos a la modernidad y por tanto lograr su desarrollo. En Colombia, por ejemplo, se crearon las Juntas de Acción Comunal (JAC) de carácter más urbano y la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos (ANUC), con los sectores del campo¹¹⁰. Todos esos programas, estaban apoyados por organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) etc., las que fueron creadas como aparatos multilaterales para desplegar, institucionalizar y anclar –entre otros- el discurso del desarrollo en los países del tercer mundo¹¹¹. Parte de la institucionalización de ese discurso, se hacía por medio de documentos como el *Desarrollo de la Comunidad: Teoría y Práctica*, publicado por el BID en 1966¹¹²; así como *Desarrollo de la*

Comunidad y Servicios Relacionados, publicado por la ONU en 1956¹¹³. Estos documentos desde un marco funcionalista, señalaban los lineamientos para la organización y participación comunitaria en distintos ámbitos; y se manejaba el valor de la participación como una estrategia que aseguraba el éxito de la gestión de programas sociales. Basándose en esta premisa, por los años sesenta y setenta el pensamiento político y económico de los países Latinoamericanos, planteó que la participación de los beneficiarios de los programas de desarrollo era necesaria, si se quería mejorar la provisión de servicios para los pobres^{70:96}.

Con relación al sector de la salud, los mandatarios de las Américas reunidos en Punta del Este Uruguay en 1961¹¹⁴, reconocieron que el Estado era responsable de promover la salud como parte del desarrollo. Entonces en el Plan Decenal de Salud para los años sesenta, los ministerios de salud de las Américas, declararon la salud como un derecho y reconocieron la participación social en salud para impulsar programas en protección de la salud (erradicación y control de enfermedades, saneamiento ambiental), fomento a la salud, educación y adiestramiento, así como colaboración en la construcción de centros y puestos de salud¹¹⁴. Este plan tenía entre otras metas, organizar y movilizar las comunidades para alcanzar objetivos planteados. Sin embargo, la gran mayoría de planes y programas de salud, los elaboraron sólo los profesionales de la salud, sin el concurso de las comunidades,^{70:72}. De esta manera, se consideraba que los usuarios eran pasivos y agradecidos con la ayuda que se le brindaba en materia de salud; la que éstos consideraban más un favor que un derecho. Igualmente se pensaba que la comunidad debería participar aportando trabajo voluntario y ayudando a financiar con sus propios recursos, proyectos de salud. Se planteaba a la participación, como el uso que hacía la comunidad de los servicios de salud proporcionados por el sistema⁵⁰ OPS OMS 1990, donde aquellos eran considerados beneficiarios o receptores de la atención en salud.

Este modelo funcionalista generó mucha resistencia a la participación en salud y hacia los sistemas de salud de la época, por parte de las comunidades y de muchos del personal de salud⁵⁰. Estos consideraban que el sistema de salud eran agencias centralizadas y burocráticas del gobierno; que funcionaban con estructuras autoritarias, las que buscaban la participación de la comunidad en actividades definidas por burócratas y profesionales dentro de una estructura jerárquica, cuyas decisiones se tomaban a nivel central o incluso a nivel internacional.

Por esos mismos años, y dentro de la corriente marxista, en América Latina tuvo lugar la experiencia de Cuba, donde la participación comunitaria fue incorporada en todos los programas públicos, incluida la salud, como parte de la doctrina revolucionaria⁷². En el 1961 se crean las Comisiones de Salud del Pueblo; respaldadas en un principio de la salud pública, donde la participación social y comunitaria tenía como característica la movilización social, y partiendo de acciones conjuntas, resolver problemas de interés social. Se señala que las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada¹¹⁵; lo que parece fue uno de los principales factores que contribuyeron al alto nivel de participación de la comunidad en ese país, en materia de salud⁷⁰. Así, se proporcionaron canales de participación; se ha impartió capacitación, entrenamiento en cómo lograr y fortalecer una participación consciente y efectiva al personal de salud y a representantes de la comunidad; así como se fortalecieron grupos permanentes de salud⁵¹.

En todo ese contexto latinoamericano, se origina a finales de los años sesenta e inicios de la década de los setenta, la medicina comunitaria, impulsada bajo la financiación de fundaciones privadas de los Estados Unidos como las fundaciones Rockefeller y Kellogg. Estas desde una visión asistencialista, impulsaron programas de salud comunitaria junto con Universidades de la región, donde igualmente la participación de las comunidades se limitaba muchas veces a ser receptoras de dichos programas⁷⁰. También, ante la escasa presencia del Estado en materia de salud, se dieron experiencias de participación de la comunidad en programas de salud como “las Promotoras Rurales de Santo Domingo” en Colombia, impulsada por Abad Gómez¹¹⁶ y “Donde no hay doctor” en México impulsada por Werner¹¹⁷. Estos programas se basaban en educación en salud, buscando concientizar y motivar a las comunidades para que participaran en la prevención y en curación. El programa propuesto por el Werner desde 1973, aún vigente y en permanente construcción colectiva, señala que la “salud para todos” sólo se puede lograr a través de la participación y demanda organizada del pueblo por una mayor justicia e igualdad en términos de salarios, servicios, tierra, derechos básicos¹¹⁷. En varios países de América Latina, en los años setenta, empiezan a emerger bajo la perspectiva accionalista, organizaciones y movimientos de base como los de obreros, campesinos, pobladores urbanos, estudiantes etc.¹¹⁸. Mucha de su acción colectiva y participativa, surgía desde su propia reflexión cultural, como lo proponían Freire^{76;78} y

Fals Borda^{77;79}. Esto impulsó y fortaleció no sólo el discurso sino la práctica de dichos colectivos. A pesar de que muchos de estos movimientos sociales fueron perseguidos y extinguidos por los regímenes dictatoriales en varios países de la región, muchos movimientos presionaron por una apertura democrática en espacios sociales, políticos y culturales; exigiendo además que los planes de desarrollo -siempre elaborados afuera de sus contextos-, empezaran a contar con ellos en las decisiones, buscando terminar con las tendencias centralistas⁷⁰. En los años ochenta se da una apertura política y una descentralización administrativa, produciendo la municipalización en muchos países de la región, entre ellos Colombia, lo que enmarcaría nuevas formas de participación social, en varios sectores de servicios sociales incluida la salud.

Así mismo, dentro de la perspectiva de la acción colectiva, desde los años setenta se desarrollaron y consolidaron en varios países de la región, muchos proyectos y acciones colectivas alternativas de autodesarrollo que incluían la salud como uno de sus ejes. Estas iniciativas, nacieron desde la propia lectura de la realidad, gestión de conocimiento y participación de las organizaciones populares en varios países de América Latina, varias de las cuales aún perduran. Muchas de estas actividades se desarrollaron con la cooperación de universidades públicas, (con profesionales de la salud y de otros sectores comprometidos con el devenir de las clases populares), así como por ONG's críticas y democráticas. Para nombrar algunos casos: en Perú la experiencia de Villa el Salvador^{119;120} surgida en 1971 por iniciativa popular y con el apoyo de algunas ONG's democráticas, y desde hace algunos años los apoyan ONG's internacionales, redes de organizaciones populares, y algunas veces han recibido el apoyo estatal. En México D.F la experiencia de "la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo" nace en 1974, e igualmente por iniciativa del pueblo también con el acompañamiento de universidades como la Universidad Nacional Autónoma de México y la Autónoma Metropolitana y más tarde por algunas ONG's nacionales e internacionales^{104;121-124}. En Puebla México se viene dando desde fines de los setenta, la experiencia de San Miguel Tzinacapan, basada en desarrollo alternativo y diálogo de saberes entre los pobladores indígenas de la región y profesionales e intelectuales agrupados en colectivos o ONG's⁷³. En Michoacán México con el apoyo del Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina (CREFAL)¹²⁵, se impulsó desde fines de los setenta varios programas en educación y salud. En Costa Rica, nace a inicios de los setenta la experiencia de "Hospital sin

paredes”¹²⁶, proyecto que igualmente fue gestado y gestionado con independencia del Estado, con el fin de impulsar un programa de salud comunitaria integrado no sólo necesidades de salud, sino de educación, vivienda, recreación y trabajo. Todas estas experiencias han sido prácticas sociales gestadas y desarrolladas independientemente del Estado, que han tenido su origen en el conocimiento y cultura popular de las comunidades. Han llegado a consolidarse como experiencias exitosas de autodesarrollo integrando varios frentes como el ecológico, cultural pero sobre todo salud, alimentación y saneamiento.

Si bien, desde hacía algunos años se venían generando y consolidando proyectos de desarrollo alternativos donde la participación surgida de las bases era el eje central, el concepto de participación en salud vino a incorporarse en el discurso oficial un poco tarde. En 1974 con el informe Lalonde, como antecedente de la Promoción de la Salud, se indica que ésta tiene varios componentes entre ellos el de la participación, como fundamento de su estrategia Comunidades Sanas¹²⁷. En la Conferencia de Ama Ata en 1978, la OMS institucionaliza la participación, al crear la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), donde la participación jugaba un papel destacado⁵³. La idea de la participación comunitaria en salud, planteaba que las necesidades básicas de salud podrían conocerse a través de involucramiento de las personas a nivel local. Así la participación fue considerada un eje fundamental para la implementación y desarrollo de la APS para alcanzar la política “Salud para todos año 2000”.

Si bien la participación en éstas estrategias no se fundamentaba ni en la corriente accionalista, ni en el espíritu de los movimientos populares de la época en América Latina, si incluyó en su discurso elementos fundamentales de la participación desde la corriente accionalista como: a) considerar la autogestión de la comunidad en materia de salud; b) construcción de prácticas sanitarias de acuerdo a los valores culturales, para que hubiera una aceptación de éstas; c) plena participación en todo el proceso. Unos años más tarde, en la década de los años 1980s, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsó los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para dar respuesta a una participación en salud más local, y quizá más acorde a la petición de las organizaciones de base¹²⁸. A fines de los ochenta e inicios de los noventa comienza un nuevo cambio en el orden mundial; se termina la guerra fría e inician cambios en la economía global, dando paso a los valores de la corriente neoliberal, lo que llevaría por esa época a la

introducción de políticas de ajuste estructural. Esto llevaría a un adelgazamiento de la autonomía del Estado y en la reducción del gasto público sobre todo en los programas sociales como la salud, además de las nuevas relaciones Estado –Sociedad civil¹²⁹. Por esta época, ministerios de salud y OMS estaban desarrollando el concepto de *Promoción de la Salud*, el cual se presentó en 1986, en la reunión de Ottawa⁵², donde vuelve a ser la participación comunitaria un eje central para aumentar las posibilidades de individuos y comunidades de decidir sobre su propia salud. Así, entonces, a través de este concepto se traslada la responsabilidad de la salud al individuo y a la comunidad, los que por tanto tienen que participar en la creación de condiciones de vida sana, y en elegir las mejores condiciones para ello, donde claramente los sectores más desfavorecidos son los más excluidos¹²⁹.

Por esa misma época, a mediados de los años ochenta, se iniciaron en varios países de América Latina reformas en los sectores sociales, donde la participación empezó a ser percibida como algo positivo. Ante la disminución de presencia del Estado, muchos veían que la población a través de la participación podían realizar muchas actividades que antes eran responsabilidad del Estado, como se anotó arriba^{130;131}. Así, bajo la perspectiva liberal- o neoliberal-, las elites de planeadores en América Latina, vieron en la participación un mecanismo que podía hacer más eficiente la implementación de programas y proyectos ya que la gente podría cumplir mejor algunas funciones que las agencias o instituciones correspondientes descargando al Estado de sus responsabilidades^{129;132}. En este contexto de descentralización, de adelgazamiento del Estado, de políticas de ajuste, las reformas en el ámbito de la salud fueron presentadas como solución a la “crisis” del sector; crisis causada por la misma lógica neoliberal dentro de la cual ahora se presentaban las estrategias para solucionarla¹³¹. Esta nueva orientación en salud, legitimada en el discurso de organismos internacionales como el Banco Mundial, que a través del documento “Invertir en Salud” que publica en 1993¹³³, presenta explícitamente un conjunto de observaciones y recomendaciones que obedecen claramente a un proyecto global de indiscutible ideología neoliberal. Este documento que se convirtió en referencia obligatoria en el debate de la reforma del sector salud sobre todo en América Latina, presenta como principales postulados: considerar que la salud es un bien privado; que hay ineficiencia en las instituciones públicas de salud, por lo tanto se justifica introducir el sector a las fuerzas del mercado; que hay y habrá escasez de recursos públicos.

Por tanto, como el Estado debía ser reducido, habría muchas actividades como el control y la organización de las instituciones del sistema de salud, que debían ser realizadas por la sociedad civil representada en actores sociales como grupos de consumidores, la empresa privada y las ONG, etc. Así la participación social en las políticas de salud dentro de ese contexto de las reformas al sector, se configuró en uno de sus ejes principales, dándose en dos sentidos, como lo señala Briceño⁶: a) la participación como complemento de las funciones del Estado ante la incapacidad de éste de resolver sólo los problemas. Así se convoca a la población o a los usuarios del sistema a ejercer control sobre las instituciones de salud, a reducir los costos de los servicios mediante la colaboración de la población y a través del pago directo de estos. b) La participación como privatización, donde la convocatoria a participar a la sociedad civil representada por empresas privadas y las ONG, se enfocó en otorgarles a éstos la gestión, administración y prestación del servicio de salud, lo cual constituyó un claro proceso de privatización de la salud.

3.2. La participación social en salud en el contexto de Colombia: breve recuento histórico

Se presenta en este apartado, una breve mirada de lo que ha sido la participación social en salud en Colombia, contemplando sus antecedentes y algunas etapas clave que han marcado su historia, según los contextos políticos y sociales de cada una de ellas.

Antecedentes

Antes de lograr la creación del marco legal, la participación en salud en Colombia, se fue construyendo a partir de acciones y experiencias colectivas, enmarcadas en diferentes momentos históricos; que la fueron definiendo según las corrientes de pensamiento de cada época.

En un primer momento, a fines de la década del cincuenta, y desde una perspectiva funcionalista, la participación de las comunidades se caracterizó por ser una intervención centrada en la interpretación oficial del Estado, acerca de las demandas de la población por ejemplo en la construcción de los acueductos, de viviendas, de escuelas, de centros de salud⁷⁰. La participación entonces era entendida como un medio, como una forma de ayuda necesaria para la implementación de programas. A inicios de

la década de los sesenta, el Ministerio de Salud empezó a poner en marcha programas de control epidemiológico o de inmunización¹³⁴, y para esto se impulsaron espacios para la organización de comités de salud o consejos de salud. Estos estaban conformados por vecinos y con carácter territorial, (representantes de manzana) y alrededor de los centros locales de salud⁷⁰. Estos convocaban la cooperación y participación activa de la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades, pero también fueron orientados a responder a problemas de orden coyuntural; a través de la “minga”, el “brazo prestado”, se construyeron también acueductos y servicios sanitarios. Estos Consejos de Salud, unos años más tarde y con una organización más avanzada, dieron paso a los Sistemas Locales de Salud (SILOS)¹²⁸.

En 1958, Abad Gómez⁶⁸, impulsa además el proyecto “Promotoras Rurales de Santo Domingo”, donde se capacitaban a mujeres campesinas, en primeros auxilios, educación sanitaria, saneamiento ambiental, cuidado materno-infantil, nutrición; para que fueran educadoras y motivadoras de sus propias veredas (aldeas). Esta experiencia exitosa luego se aplicó en otras zonas del país^{135;136}.

Un poco más tarde, con el apoyo de fundaciones como la Kellogg y Rockefeller, se impulsan programas de medicina comunitaria dando lugar a las primeras actividades de integración entre la formación médica, la prestación de servicios y la participación de la comunidad⁷⁰. Así se involucraron entonces las universidades a apoyar algunas experiencias puntuales en actividades como organización y participación comunitaria, promoción de la salud, control de patologías prevalentes, saneamiento y agua potable, salud materno-infantil, nutrición etc. Esto se dio en varias regiones del país como el barrio Siloé en Cali y el municipio de Candelaria liderado por la Universidad del Valle; el caso de Villa María con la Universidad de Caldas; y la Universidad Javeriana con el municipio de Cáqueza Cundinamarca¹³⁷.

La participación social en salud en los años 1970s: Formalizando la participación en salud

La participación en salud se formaliza mediante la creación de la Dirección de Participación de la Comunidad en 1974, por parte del Ministerio de Salud. Esta dirección trabajó en diferentes actividades de capacitación en participación social,

impartiendo talleres y creando manuales de participación, los que se plasmaron en documentos como “Apuntes sobre participación de la comunidad en salud”¹³⁸. En 1975 el Ministerio de Salud crea mediante el decreto 350- los Comités de Salud, y las unidades regionales y locales de salud, empiezan a impulsar el proceso de participación comunitaria; pero dichos comités terminaron respondiendo a la solución de problemas coyunturales¹³⁴. En el periodo de 1976-1978, el Ministerio de Salud llevó a cabo un estudio¹³⁹, que permitió observar que sólo en el 6.2% de los servicios regionales de salud, se había logrado una participación significativa de la comunidad. Las principales razones argumentadas fueron la falta de personal capacitado, y la falta de aplicación del componente de participación de la comunidad. La Dirección de Participación de la Comunidad, fue cerrada en 1982, y se creó una nueva dependencia, la Subdirección de Promoción y Participación Social en 1986, la que posteriormente tuvo a su cargo la implementación de la política de participación contemplada en el decreto 1757. Esta dependencia también desapareció en el año 2000, con la salida de la Ley 715, que descentralizó del todo el sector salud; por tanto se pensó que carecía de sentido esta oficina centralizada a nivel nacional¹⁴⁰.

La participación social en salud en los años 1980s: Explorando caminos

En 1981 el Estado intenta de manera planificada articular las acciones de participación, mediante la conformación del Plan Nacional de Participación de la Comunidad en Atención Primaria de Salud, y para ello se constituyeron los Comités Comunales de Salud. Este plan tenía como objetivo realizar esfuerzos para que, dentro de los lineamientos de la Política Nacional de Salud y del Plan Global de Desarrollo Económico y Social del país, las comunidades de las áreas rurales, zonas marginales urbanas, zonas indígenas lograran participar de manera adecuada y efectiva. Todo esto a través de sus diferentes formas de organización, en la implementación y desarrollo de los servicios básicos de salud, dentro de la estrategia de APS, de tal forma que éstos respondieran eficiente y efectivamente a las necesidades de la población¹⁴¹. Esta Estrategia funcionó hasta 1984, época en la cual se privilegia el fomento del autocuidado mediante una metodología titulada “ Juego, Arte y Trabajo”, que no tomaba a los Comités como único canal de trabajo, sino también a otras organizaciones que existían en las comunidades como las Juntas de Acción Comunal (JAC), más personas que estuvieran interesadas en el tema. No se trataba en este momento de

cogestión de programas con el Estado, pues su énfasis fue la formación de comportamientos de autocuidado¹⁴².

En 1982 la OPS realiza un estudio donde se evaluaron casos seleccionados en América Latina con relación a la participación comunitaria en salud y su apoyo a la APS. En este estudio se observó que era poca la participación comunitaria a través de comités de salud creados para tal fin en Colombia; pero en cambio la participación en salud se daba a través de las Juntas de Acción Comunal (JAC), mecanismo que había sido creado desde los años cincuenta⁸; ya que estas eran más antiguas, o tal vez por la manipulación partidista y clientelista que se daba en ella. Muchas veces los comités de salud de las JAC, fueron tomadas como ejemplo para la participación, según el estudio.

Tomando los antecedentes de las experiencias - en la década de los setenta- de las universidades, se va generando a inicios de los ochenta, un movimiento exploratorio de conocimientos, costumbres y prácticas en salud, para definir conceptos y metodologías sobre educación, organización y participación comunitaria en salud^{137;143}. Así, algunas universidades privadas y públicas, y clínicas privadas como la Fundación Santa Fe de Bogotá, inician programas de salud comunitaria, valorando y desarrollando la participación activa de la comunidad en todo el proceso: diagnóstico, planeación, ejecución supervisión y evaluación. Además a mediados de esta década, se concibe la participación en salud con énfasis en la educación, buscando la toma de conciencia para que las personas cuidaran de su propia salud, así como buscaban que a nivel colectivo se cuidara la salud comunitaria¹³⁴.

Ante la limitada participación en salud de la década anterior y la exploración de otras alternativas para una participación efectiva en salud, se instauran en Colombia como en varios países de América Latina, los Sistemas Locales de Salud (SILOS) impulsados por OPS/OMS⁵⁰. Estos se implantaron como una táctica operativa de la estrategia de atención primaria en salud (APS), cuyo propósito era descentralizar la toma de decisiones a través del paso del poder regulador del nivel central a nivel local, así como involucrar a la comunidad en la toma de decisiones⁵⁰. Este programa empezó a languidecer en los años 1990s, con la entrada de la Ley 100 de salud. Es importante destacar en este recuento histórico, la experiencia de participación comunitaria del municipio de Versalles en el departamento del Valle del Cauca, el que se origina a fines

de los años ochenta desde la misma iniciativa y compromiso de sus pobladores; con el fin de cambiar su realidad y solucionar sus problemas económicos, sociales y sobre todo de violencia ¹⁴⁴. Así, los pobladores de esta localidad, después de varios años de trabajo comunitario, hacia fines de los ochenta adoptan además, los planes de APS propuesto por autoridades de salud departamentales. En 1993 la OPS descubre esta experiencia, reconociendo en ella un ejemplo a seguir, para alcanzar en América Latina una operacionalización exitosa de promoción de la salud, mediante la estrategia Municipios Saludables. La OPS y la OMS han venido reconociendo desde 1993, a Versalles como el municipio saludable modelo.

Por otra parte, a finales de los años ochenta se genera la descentralización política, administrativa y fiscal del Estado¹⁴⁵, considerada como un logro político, creando gran expectativa en diversos sectores de la población; hoy motivo de preocupación para un importante segmento de los colombianos. En este marco, se creó el Estatuto Básico de la Administración Municipal y se implementó la participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales, municipales, a partir de organismos de base, como las Juntas Administradoras Locales (JAL), las que deben vincularse al desarrollo y mejoramiento de la comunidad. Para articularlo a las políticas de descentralización, surge el Decreto 1216 de 1989, por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS)¹⁴⁶, que reforzarían a los SILOS y regularían la participación de la comunidad en el cuidado de la salud. Sin embargo, dichos comités se circunscribieron a los organismos de salud existentes en la zona, lo que impidió una gestión más global, siendo entonces su radio de operación la gestión hospitalaria. Dentro de la Ley 10 en salud del año 1990, que reorganiza el Sistema Nacional de Salud y lo incorpora al proceso de descentralización del Estado¹⁴⁷, el Decreto 1416 amplía las funciones y objetivos de los COPACOS al señalar como políticas de participación de la comunidad en salud, lo siguiente:

Impulsar la movilización de la comunidad hacia los espacios de poder para lograr el desarrollo de su salud a través del desarrollo social, así como hacia los sectores públicos y privados en la cogestión de acciones

Los programas de participación de la comunidad en salud deben orientarse hacia las comunidades marginadas rurales y urbanas y hacia las minorías étnicas.

Los programas de participación comunitaria en salud deben escribirse dentro de los postulados de la nueva constitución y ceñirse al marco jurídico- administrativo de la descentralización.

Así entonces, afectados por los cambios políticos administrativos y para cerrar una década de experiencias y búsquedas conceptuales, a fines de los ochenta e inicios de los noventa, la participación es considerada por el Ministerio de Salud como un fin y como un medio al señalar “por participación comunitaria entendemos los procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias, mediante los cuales las comunidades se organizan, realizan sus intereses, establecen sus necesidades y prioridades e intervienen sobre la realidad para alcanzar bienestar”⁶⁹.

La participación social en salud desde los años 1990s: La reforma al sector salud

El último momento de la participación social en salud en Colombia, tendría su inicio a partir de la nueva Constitución Política de 1991¹¹; donde la vida social y política del país pasó de un modelo de democracia representativa a uno de democracia participativa; donde el nuevo Estado concibe la relación con el ciudadano, como un fin esencial de su actividad. En este sentido, se reordenan las responsabilidades, funciones y competencias de los diferentes niveles de la administración pública, trasladando al Municipio la responsabilidad del suministro de los servicios sociales básicos y la promoción de la participación comunitaria. Así mismo se plantea en todos los sectores sociales, un cambio de rol en la población, que a partir de allí empiezan a ser definidos como usuarios que pueden participar en el control de la calidad de todos los servicios^{8:148;149}.

La Carta Constitucional¹¹ define la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio, y a la salud como uno de sus componentes, servicio que se prestará de manera descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Para garantizar esto, se crea mediante la Ley 100/93 el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹², que estimula la intervención de la comunidad en diferentes ámbitos y a varios niveles. Así, dentro del nuevo entorno, el objetivo de la participación social es contribuir a la formación del nuevo ciudadano y a la construcción de nuevas relaciones con el Estado, logrando su participación efectiva en la planeación, ejecución,

vigilancia y control de la gestión del servicio público de la salud en el nivel local, y en la dirección, operación, vigilancia y control del SGSSS.

Para tal fin, este nuevo sistema en salud crea la política de participación en el control del sistema por medio del decreto 1757 de 1994¹⁵⁰, la que definió dos tipos de participación en salud: participación social y participación institucional en el SGSSS. La primera comprende dos tipos de participación: la *participación ciudadana* enfocada a defender los derechos de los individuos y basada en un sistema de mercado; la *participación comunitaria* o ejercicio del derecho de las organizaciones comunitarias a participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría. La participación institucional en el SGSSS, es el derecho que tienen ciudadanos y comunidades de participar en la dirección, operación, vigilancia y control del SGSSS.

Para concluir, en esta breve revisión histórica de la participación social en salud en Colombia y otros países de la región, entendemos como la participación social se construye, como es relativa al tiempo y la sociedad que se quiere cimentar según modelos de desarrollo y de valores sociales que enmarcan las distintas épocas. Por esto es necesario entre otras, hacer una mirada histórico-crítica, que nos permita observar la participación en salud más allá de unas pautas de comportamiento social estables y universales. Además de delimitar las características de la participación, sus propósitos actores, etc., debemos ante todo, volcar nuestro interés en comprender la participación en los diferentes tiempos en que estas sociedades latinoamericanas la han interpretado y la han incorporado a procesos de desarrollo social.

4. La política de participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

A continuación se presenta los antecedentes, una descripción breve del SGSSS y elementos que constituyen la participación social en salud, dentro del sistema.

4.1. Antecedentes del SGSSS

A lo largo del siglo pasado, Colombia como los demás países latinoamericanos venían consolidándose como Estado-Nación, y al interior de esto se configuraban diferentes

formas de organizar el sistema de salud. Hacia los años 60's, Colombia contaba con 4 formas diferentes de atención en salud: a) servicios para los ricos ofrecidos de forma privada por médicos en consultorios y clínicas privadas; b) seguro obligatorio que atendía a trabajadores asalariados tanto del sector público como del privado; c) servicios para los más pobres por medio de dos estrategias basadas en la caridad: la “asistencia pública” ofrecida por lo público, y la “beneficencia”, basada en la caridad privada; d) la atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo denominado “salud pública”, la que estaba a cargo del Estado¹⁵¹.

A inicios de los 60's, los países de América firmaron pactos de desarrollo socioeconómico dentro del marco de la Alianza para el Progreso impulsada por la OEA, en la Reunión en Punta del Este, Uruguay en 1961¹¹⁴. En estos pactos se estableció que la salud sería asumida como una inversión pública y debería estar articulada desde el Estado, bien fuera desde garantizando un aseguramiento universal, o como un servicio único de salud administrado y prestado principalmente por el Estado¹⁵¹. En Colombia al expedirse la Ley 12 del 1963 que ordenaba desarrollar un sistema único de salud, sobre la base de la asistencia pública, se generó una serie de desacuerdos entre subsectores, o actores sociopolíticos del sector salud, quienes entraron a terciar por lo suyo¹⁵²: los empleados públicos y trabajadores sindicalizados defendían los servicios de salud por los cuales cotizaban argumentando que estos son mejores de lo que podría ofrecer la asistencia pública; la iglesia y las juntas de beneficencia— que habían adquirido mucho poder en las regiones— no estaban dispuestos a entregar sus bienes a una administración central; los empresarios desconfiaban de una administración pública; los médicos se dividieron entre quienes respaldaban su vinculación a instituciones públicas de un seguro social, y los que defendían la prestación privada de los servicios de salud.

En este escenario, a inicios de los años 1970, un grupo de salubristas presenta ante el Congreso de la República una propuesta de un Servicio Único de Salud, tomado del modelo del presidente chileno Salvador Allende, donde además la salud pública era entendida como una tarea del Estado que debía encargarse de la salud de toda la población y no circunscribirse solamente a la atención y prevención de epidemias. Es propuesta fue rechazada por “comunista”, por un Congreso conservador y excluyente¹⁵³. En este contexto se propone un sistema de salud, tratando de recoger y articular en él,

las viejas formas de prestación de los servicios. Se crea en 1974, el Sistema Nacional de Salud (SNS), con tres subsistemas: a) el subsistema público conformado por una red de hospitales y centros de salud públicos que debía atender a las personas menos favorecidas y a los desempleados. Este se financiaba por los recursos que directamente el Estado le entregaba a las instituciones prestadoras del servicio; b) subsistema de aseguramiento, compuesto por una red de hospitales para atender a los trabajadores, el que se financiaba por los aportes de los trabajadores y empleadores; c) el subsistema privado, conformado por clínicas privadas que atendía directamente a la población que tenía capacidad de pago, o por medio de seguros prepagados¹⁵⁴. Señalan varios autores^{151:153}, que de todas formas este SNS tampoco funcionó como un sistema único; por el contrario, cada subsector conservó su autonomía y profundizó la desigualdad. Cada subsector como por ejemplo los trabajadores y los empleadores fortalecían al Instituto del Seguro Social que se distanciaba del SNS, o creaban otras cajas para asegurar empleados públicos; el sector privado fue creciendo por los esquemas de salud prepagada; y por último quedó nominándose como SNS a la red pública de hospitales y no al conjunto de prestadores¹⁵¹.

4.2. El nuevo sistema de salud: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Desde fines de los años setenta e inicios de los ochenta, los movimientos sociales no sólo en Colombia sino en toda América Latina, venían demandando una apertura democrática y una descentralización del Estado para acercar la interacción con él. En 1986 en Colombia se da la descentralización administrativa del Estado, como resultado de fuerzas políticas y sociales que lo venían exigiendo; pero también siguiendo recomendaciones a programas de ajuste estructural del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, que promovían la descentralización como una política pública apropiada para mejorar la eficiencia y la efectividad del Estado, a fin de ampliar la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios públicos^{70:155}. En salud, la descentralización se inicia en 1990 con la Ley 10 de 1990¹⁴⁷ donde se transfieren responsabilidades de la prestación de servicios de salud a los gobiernos municipales y departamentales, fortaleciendo el sistema público de salud, dándole más competencias en atención primaria a los gobiernos municipales, y en segundo y tercer nivel a los departamentos.

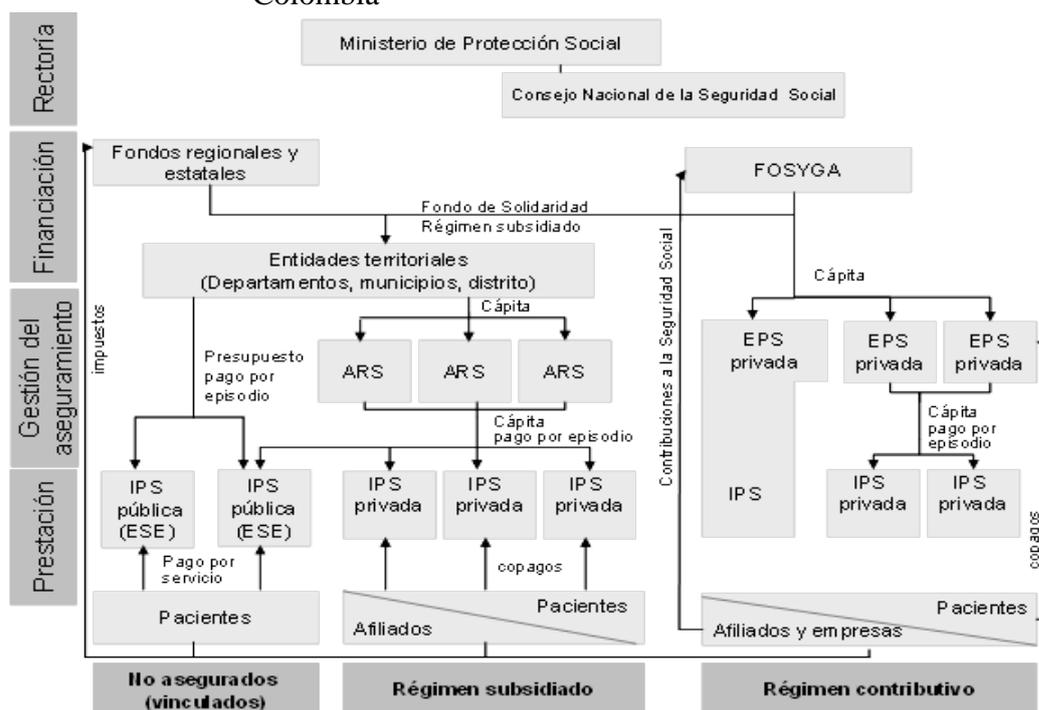
Se crea la nueva Constitución de 1991 ¹¹, producto de una Asamblea Nacional Constituyente, convocada por múltiples fuerzas vivas del país, incluidos algunos grupos guerrilleros desmovilizados. En esta nueva Constitución se pasó de una democracia representativa a una democracia participativa, se concibió la participación como un derecho fundamental de los ciudadanos y se abrió paso una visión neoliberal aplicada a varios sectores del país.

Esta nueva Constitución sirvió de marco político para que el Congreso de la República mediante la Ley 100 de 1993, creara al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), llevando a Colombia a ser el primer país de ingresos medios que adopta un modelo de competencia gestionada “managed competition” en salud^{13;156}.

El SGSSS tiene básicamente dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población con menos capacidad económica. La población que no logra ser afiliadas en ninguno de los dos regímenes se denomina “vinculada”, y su atención es provista por instituciones públicas.

El SGSSS considera que las funciones del sistema estén separadas y sean ejercidas por actores independientes: El Estado tiene la responsabilidad de rectoría y financiación; la función de gestión del aseguramiento, le corresponde a las Empresas Promotoras (aseguradoras) de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S) para el régimen subsidiado; y la provisión es desarrollada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En este sistema de salud, el paquete de beneficios o Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-S), para los que no poseen capacidad de pago (los de estratos socioeconómicos y niveles de estudio bajos) es muy inferior, casi el 70%, al POS del régimen contributivo de los usuarios con capacidad de pago (los de estratos socioeconómicos y niveles escolares altos)¹⁵⁷. Aunque recientemente se ha igualado para los menores de 18 años y mayores de 65, no se ha igualado su financiación (Fig. 2)

Figura 2. Modelo de competencia gestionada en el sistema de salud de Colombia



FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía; EPS: Empresa Promotora de Salud; ARS: Administradora del Régimen Subsidiado; IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; ESE: Empresa Social del Estado. Fuente: Vargas¹⁵⁸.

Este modelo que concibió la atención en salud desde una visión de mercado, contempla la competencia, por una parte, entre las aseguradoras por la afiliación de la población que teóricamente escoge la entidad con la que quiere asegurarse, y por otra parte, entre los proveedores por el establecimiento de contratos con las aseguradoras¹⁵⁹. Tanto en el ámbito del aseguramiento como en el de la provisión, se permitió y estimuló la entrada de instituciones privadas, con y sin ánimo de lucro¹⁶⁰.

El SGSSS, recogió de la Constitución de 1991, varios de sus principios fundamentales:

Universalidad, concebida como la cobertura de todos los colombianos en el aseguramiento para un plan único de beneficios (equidad).

Integralidad, entendida como la protección completa y suficiente de las necesidades individuales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y de interés colectivo en salud.

Participación social, en el sentido de involucramiento activo de los usuarios y comunidades en la planeación, gestión, evaluación, y control de las funciones de las instituciones del sistema.

Descentralización, dados por una mayor responsabilidad de los niveles local y territorial sobre la dirección y financiación de los servicios de salud.

Concertación, entendida como la necesidad de alcanzar un equilibrio sostenible entre los distintos actores (aseguradores, prestadores, usuarios y reguladores).

Obligatoriedad, en el sentido de que ningún colombiano puede renunciar a participar en el sistema de aseguramiento y solidaridad.

Solidaridad, entendida como el subsidio desde las poblaciones con mayor capacidad de pago y más sanas, hacia aquellas más pobres y vulnerables.

Libre escogencia por parte de los ciudadanos, tanto para entidades aseguradoras como prestadoras de servicios de salud.

Gradualidad, en reconocimiento a la imposibilidad de poner en pleno funcionamiento y de manera inmediata todos los mecanismos del nuevo sistema.

Eficiencia y Calidad, esperados como resultado final de una dinámica de competencia regulada.

La prestación del servicio de salud en Colombia tiene el carácter de servicio público esencial a cargo del Estado, según el artículo 49 de la Constitución Política ¹¹. Si bien la responsabilidad última sobre la prestación de este servicio radica en el Estado, el actual SGSSS contempla que la prestación de este servicio este a cargo de instituciones públicas, privadas o mixtas. Este hecho, no exime al Estado de su responsabilidad, lo cual trae consecuencias en el régimen de control al que debe estar sometido este servicio. Hay varios tipos de control consagrados en el ordenamiento jurídico que se ejercen sobre el SGSSS:

Control del orden jurídico
Controles sobre el patrimonio público
Control político
Autocontroles de la administración
Control social
Control del Ministerio Público (Procuraduría)
Controles técnico-administrativos especiales del SGSSS.

En este sentido la Constitución de 1991 ¹¹, constituyó (en los primeros artículos) a la participación como un deber y como un derecho fundamental que debe ser ejercido por ciudadanos y organizaciones comunitarias, en el control (vigilar, evaluar la gestión pública y sus resultados) de la prestación de servicios públicos, suministrados por el Estado o por los particulares. Se establecieron posteriormente, varios mecanismos de participación en la planeación, gestión, control y evaluación de los servicios públicos, aplicables también, al servicio público esencial de salud. En este sentido y con relación al sector salud, la Constitución de 1991 estableció en su artículo 49, que los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. En 1994 se formula la política de participación social en salud, como una estrategia de regulación y control social, estableciendo la participación en la gestión, la planeación y la evaluación en varios niveles: desde la información hasta la toma de decisiones.

4.3. La política de participación social en Salud en el SGSSS

La política de participación social en salud contemplada dentro del actual sistema de salud, se fue estructurando a partir de una serie de normas que con el tiempo le dieron un sustento legal. Esta política dentro del SGSSS, contiene además una serie de elementos que la estructuran como la definición que de participación contiene la política, los principios rectores de ésta, los ámbitos, los actores, los objetivos, las formas y mecanismos de participación contemplado en ella.

Marco legal de la participación en salud en Colombia

Este marco está compuesto por una serie de leyes y decretos que incluyen la participación social en salud dentro de los procesos de gestión del Estado, con el ánimo institucionalizarla, ordenarla y promoverla legalmente. Sin pretender abarcarlas todas, se presentan algunas, siguiendo un orden cronológico (Tabla 2).

La formulación de las primeras normas, tenían por objetivo, la inclusión de componentes de participación en la agenda del ministerio; creando una oficina que promoviera la participación en salud desde el ámbito comunitario y en el institucional¹⁶¹. Estas normas también tenían por objetivo, crear espacios de participación desde una perspectiva territorial¹³⁴. Posteriormente, al darse la reforma que descentralizó la administración del país, se crean espacios de concertación entre los diferentes actores sociales y el municipio (comités de participación comunitaria en salud COPACOS) por medio del decreto 1216 del 1989¹⁶²; y un año más tarde con el Decreto 1416 de 1990, se incorporan a los COPACOS, al jefe de la dirección de salud municipal o departamental y al sector educativo. Además este mismo decreto crea las Asociaciones de Usuarios¹⁶³.

Tabla 2. Marco legal de la participación en salud en Colombia.

Norma	Año	Expedida por	Contenido
Decreto 621	1974	Ministerio de Salud	Por el que se ordena crear la Dirección de Participación de la Comunidad, con el fin de promover la participación salud, desde el ámbito comunitario y en el institucional
Decreto 056	1975	Ministerio de Salud	Ordena que en las juntas asesoras del nivel seccional y regional haya representantes de la comunidad
Decreto 350	1975	Ministerio de Salud	Por el que se ordena la creación de los Comités de Saluden las unidades regionales y locales se comienza a impulsar el proceso de participación comunitaria en todos los niveles
Decreto 1216	1989	Ministerio de Salud	Por el que se ordena crear los Comités de Participación Comunitaria en Salud como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado
Decreto 1416	1990	Ministerio de Salud	Ordena incorporar en la conformación de los COPACOS al jefe de la dirección de salud municipal o departamental y al sector educativo. Ordena crear las Asociaciones de Usuarios, que estarán constituidas por ciudadanos que utilicen servicios de salud. Podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, para los efectos de participar en los COPACOS.
Artículo 19 de la Ley 10	1990	Congreso de la República	Ordena crear una estructura de juntas directivas de las instituciones de salud públicas, donde los usuarios tendrán <i>representación</i> junto con los demás actores sociales.
Artículo 2 de la Constitución Política de Colombia	1991	Congreso de la República	Son fines esenciales del Estado, facilitar la <i>participación</i> de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.
Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia	1991	Congreso de la República	El ejercicio de la <i>participación</i> de los ciudadanos y sus organizaciones, se establece como un derecho y un deber, y en tal virtud puede ejercerlo en los aspectos políticos y de administración del Estado.
Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia	1991	Congreso de la República	Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con <i>participación</i> de la comunidad.
Artículo 153 de la Ley 100	1993	Congreso de la República	El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades y de usuarios en las Juntas Directivas de las entidades de carácter público.
Artículo 159 de la Ley 100	1993	Congreso de la República	Debe haber participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, aseguradoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1757	1994	Ministerio de Salud	Por el cual se organizan y establecen nuevas modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. Recoge y amplía lo dispuesto en normas anteriores.
Artículo 100 de la Ley 134	1994	Congreso de la República	Por el que señala la creación de veedurías ciudadanas o juntas de vigilancia a nivel nacional y en todos los niveles territoriales, con el fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma y la prestación de los servicios públicos; donde en forma total o mayoritaria se empleen los recursos públicos.
Construcción propia			

En 1990, Ley 10 que tuvo como objetivo reorganizar el Sistema Nacional de Salud, en el Artículo 19, ordena crear juntas directivas de las instituciones de salud públicas, donde los usuarios tengan representación junto con los demás actores sociales¹⁴⁷.

Con la nueva Constitución Política de 1991¹¹, donde se pasó de una democracia representativa a una participativa, se crearon una serie de normas que así lo formalizaban. En el artículo 2 de la Constitución, se reconoce la participación como uno de sus principios fundamentales; en el artículo 48 se establece la participación de los ciudadanos como derecho y como deber para ejercerlos en aspectos políticos y administrativos del Estado; en el artículo 49, se establece la organización de los servicios de salud con la participación de la comunidad.

En 1993 se crea la Ley 100, que establece el nuevo sistema de salud (SGSSS), considerando la participación social en salud como un control de dicho sistema. Esto lo contempló inicialmente la Ley 100 en su artículo 153, donde establece que todas las instituciones del SGSSS, deberán estimular la participación social, así como la obligatoriedad de la participación de representantes de las comunidades en las juntas directivas de las IPS públicas. En el artículo 159 de la misma Ley 100, se establece la participación de los usuarios en todas las instancias del sistema. Un año más tarde se crearon normas como el Decreto 1757 de 1994, con el fin de organizar y establecer nuevas modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. Además recoge y amplía lo dispuesto en normas anteriores¹⁵⁰.

Unos meses más tarde, se crea la Ley 134 de 1994, que en su artículo 100, plantea que las organizaciones sociales podrán crear veedurías ciudadanas o juntas de vigilancia a nivel nacional y en todos los niveles territoriales, donde en forma total o mayoritaria se empleen los recursos públicos.

Definición de participación social en salud en el SGSSS

dentro del marco conceptual de la política de participación social en salud, creado por el Ministerio de Salud¹⁴², se definió la participación en salud como “*el ejercicio de los deberes y derechos del individuo y comunidades 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”.

Principios de la participación social en el SGSSS

La política^{142;164} también define algunos principios característicos que debe tener el proceso de participación social en el SGSSS:

La democracia. Por definición, consiste en el poder de gobernar en cabeza del pueblo. Así, la posibilidad de elegir y ser elegido es un derecho de todos como ciudadanos. La convocatoria para la elección de delegados para participar en cualquiera de las etapas de la gestión del servicio público de la salud y en el SGSSS, debe ser amplia y suficiente. En consecuencia, la Asamblea Comunitaria es la única instancia que puede revocar o renovar esta delegación.

Horizontalidad. Todos los sujetos participantes en los diferentes espacios son igualmente importantes. Esto es, que no hay tratamiento diferencial de acuerdo a designaciones como presidente, vicepresidente, vocal, coordinador permanente, ni voceros. Los delegados de la comunidad son iguales y ninguno es autoridad sobre otro o sobre la comunidad. Se trata de evitar la burocratización mal entendida, que lo que hace es entorpecer la gestión en lugar de facilitarla.

La corresponsabilidad. En la interlocución entre los actores orientada a procesos de concertación, se deben asumir responsabilidades. El Actor Comunitario debe ante todo servir como canal de comunicación con su comunidad representando sus intereses y retroalimentándola con la información y capacitación recibida. El Actor Institucional es igualmente responsable de abrir y dar a conocer los espacios y canales de comunicación con los ciudadanos, tanto en el cumplimiento de su quehacer como servidores públicos, como en su calidad de prestador de servicios.

Trabajo positivo- propositivo. La participación en salud debe promover en la comunidad, una forma de participación positiva, constructiva, de interés conjunto, donde lo importante es que las cosas se hagan y se hagan bien en beneficio de todos. No se trata solamente de mecanismos de denuncia o de participación de carácter contestatario frente al Estado. Por

tal razón, la capacitación debe conducir a que los ciudadanos adquieran la capacidad de realizar propuestas de alternativas para el mejoramiento de la gestión municipal de la salud y la prestación de los servicios.

El bienestar común. El promover la participación, es propender por el bien común, buscando que las comunidades formen parte de la gestión del servicio público de salud mediante la acción de decidir, actuar, vigilar y controlar entre todos lo que es de todos: la administración, sus recursos y el buen actuar de sus agentes.

Procesos de concertación. La participación social debe conducir a la concertación entre los diferentes actores, con intereses y objetivos muchas veces diferentes y en algunos casos conflictivos entre sí.

La participación social efectiva: es resultado de un proceso de aprendizaje donde la participación se construye incentivando los factores que la constituyen y asegurando las condiciones que hacen posible su desarrollo: “a participar se aprende participando” significa que el ejercicio ciudadano se incentiva en la medida en que a través de él, se logran resultados exitosos en la gestión pública.

La Participación Social no debe ser entendida como un fin en sí misma: la participación debe ser entendida como un ejercicio ciudadano que conduce al cumplimiento de objetivos concretos y de beneficio común, razón de ser de la participación.

El ejercicio participativo es temporal: se da frente a acciones específicas, razón por la que su proyección está dada por la acción en la que se promueva. No es posible esperar entonces la participación permanente de la comunidad sino es alrededor de aquellos aspectos que la afectan directamente.

Ámbitos de la participación social contemplados en la política

La gestión del servicio público de la salud abre ámbitos a la participación social en todas sus etapas¹⁴²:

La participación social en la planeación: La administración municipal tiene bajo su responsabilidad la elaboración del Plan Local de Salud, como componente del Plan de Desarrollo Municipal, y para ello está en la obligación de convocar a la comunidad para que participe en todas las etapas del proceso de planeación. En este espacio la comunidad debe identificar sus necesidades, elevar sus propuestas y concertar con los actores institucionales las acciones y distribución de recursos y vigilar cumplimiento del Plan.

La participación social en la ejecución: Formulado el Plan Local de Salud, la comunidad puede participar en su ejecución desarrollando acciones propias del mismo especialmente en lo relacionado con las acciones y programas del PAB.

La participación social en la vigilancia y control: En este aspecto, la comunidad puede participar en las comisiones de seguimiento al Plan, o a través de comités de veeduría ciudadana de carácter local en torno a la focalización y aseguramiento e inversión en infraestructura y dotación.

Actores y sus responsabilidades en la política de participación.

En la política¹⁵⁰ se identificaron dos actores sociales que intervienen en el proceso de participación social:

El actor institucional: son aquellas personas y organizaciones que cumplen funciones o actividades en la gestión del servicio público de la salud o en la operación del SGSSS. Se incluyen las autoridades locales, los servidores públicos del sector, los representantes de las EPS, IPS y los miembros del sector privado o solidario que ejecuten actividades de salud, delegados o contratados por el Estado.

Las responsabilidades de los actores institucionales en la implementación y desarrollo de las políticas de participación social en salud, se darán de la siguiente forma⁶⁹:

La dirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial, a través de la Subdirección de Participación Social se encargará de diseñar los manuales técnicos y los difundirá; prestará asistencia técnica a las direcciones departamentales de salud para la

promoción e implementación del proceso de participación social; y desarrollará los instrumentos y la metodología de capacitación a los actores comunitarios e institucionales; revisará y ajustará la normatividad existente con el fin de adecuarla a los objetivos de la política.

Las Direcciones Departamentales de Salud, a través de las dependencias encargadas del área de participación social en salud difundirán la política y los espacios de participación en su territorio, impulsarán la implementación y brindarán la asistencia técnica a los municipios, EPS, IPS y empresas sociales del Estado (ESE). Diseñarán y realizarán programas de capacitación a los actores comunitarios e institucionales; coordinarán la convocatoria y capacitación a los actores comunitarios miembros de los consejos territoriales de seguridad social en salud, de las asociaciones de usuarios y de los comités de veeduría; y harán monitoreo y seguimiento al desarrollo del ejercicio de la participación en los municipios, en las EPS, las IPS y la ESE.

Los municipios apoyándose en los equipos extra-murales, promotoras de salud, empresas solidarias de salud y demás agentes veredales, se encargarán de realizar la divulgación de los espacios de participación en la planeación, ejecución, vigilancia y control de gestión pública de la salud y operación del sistema. Deben fomentar y garantizar la participación social en los espacios de la gestión municipal de la salud mediante convocatorias amplias a la comunidad; capacitar a los actores institucionales y comunitarios del área urbana y rural. Deben concertar con la comunidad su participación en la formulación, ejecución, vigilancia y control del plan local de salud. Conformar y capacitar en las localidades, corregimientos o barrios, los comités de veeduría ciudadana y apoyar la conformación de las asociaciones de usuarios de las IPS o EPS en su jurisdicción.

Las EPS e IPS deben convocar, capacitar e impulsar la conformación de las Asociaciones de Usuarios entre sus afiliados.

El actor comunitario: son los ciudadanos, los delegados comunitarios, las organizaciones sociales, las asociaciones, los gremios y en general todos los espacios de organización colectiva, que tienen presencia en un municipio, departamento o en el país y asumen su derecho y deber de involucrarse de manera activa en las decisiones de

planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud del servicio público de la salud y en el SGSSS.

Son responsabilidades del actor comunitario en la implementación de la política:

Informarse para que los usuarios decidan sobre su responsabilidad en la construcción individual y colectiva de estados saludables.

Aquellos grupos de población interesados en recibir información especializada e intensiva, deben asistir a las sesiones de formación y a los programas de capacitación. No todas las personas informadas están dispuestas a involucrarse en procesos de capacitación que les demanda tiempo y en ocasiones, recursos para desplazamiento.

Las personas que se cualifiquen en la participación para lograr procesos exitosos, que generen resultados; deben ser multiplicadores de esos aprendizajes, para una mayor movilización y gestión de acciones en salud.

Construir organizaciones alrededor del objetivo común de lograr mejor salud para todos, trabajando colectivamente para realizar el control social en salud.

La consolidación de redes de organizaciones, como la vía para la construcción de mayor integración social. La noción de red niega las modalidades organizacionales jerárquicas, excluyentes y habla de horizontalidad y solidaridad, por lo que se constituyen en medios efectivos y de sostenibilidad de los procesos de participación social.

Los objetivos de la política de participación

El objetivo principal de la participación social en salud es “contribuir a la formación del nuevo ciudadano y a la construcción de sus nuevas relaciones con el Estado, logrando su participación efectiva en la planeación, ejecución, vigilancia y control de la gestión del servicio público de la salud en el nivel local; y en la dirección, operación, vigilancia y control del SGSSS”¹⁴².

Para alcanzar este objetivo El Ministerio de Salud ⁶⁹ planteó las siguientes objetivos específicos:

Fortalecer el desarrollo de una cultura de la participación, a través de la divulgación a los ciudadanos de los espacios de participación existentes; la capacitación a los actores comunitarios e institucionales en el ejercicio de la participación; el desarrollo de la capacidad propositiva en los ciudadanos mediante la formulación del plan local de salud; la promoción de planes intersectoriales en los que se fomente y eduque a la comunidad para su ejercicio y transformar a los servidores públicos o actores institucionales en agentes facilitadores de la participación social.

Ampliar la concepción institucionalizada y sectorializada de la participación social, conjugando lo sectorial con lo territorial, mediante la implementación o integración de diferentes formas de organización sin exigir la creación de una organización expresa para participar en salud; plantear espacios más que organizaciones para participar en la gestión del servicio público de salud y la operación del sistema; y desarrollar procesos de interlocución directos con la comunidad.

Fomentar la democratización en la elección de delegados comunitarios, con el objetivo de garantizar la legitimidad del representante en la gestión del servicio público de la salud y que la comunidad participe en el seguimiento y acompañamiento de las actividades que realiza el delegado.

Fortalecer el control social en la gestión del servicio público y la operación del sistema de salud, para impulsar la vigilancia ciudadana y el fomento de las asociaciones de usuarios como espacios de interlocución entre los afiliados y vinculados al sistema, usuarios de las EPS y las IPS.

Metas, acciones y financiamiento de la política.

La política estableció como metas específicas: el posicionamiento de delegados de la comunidad en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud; la realización de eventos de capacitación para actores comunitarios e institucionales y sobre planes locales de salud; participación en la concertación de los planes locales de salud, a través de sus representantes elegidos democráticamente; eventos de retroalimentación a la comunidad liderados por los delegados en las localidades; establecimiento de canales de comunicación entre las EPS y las IPS y sus afiliados a través de las Asociaciones de

Usuarios; Veeduría Ciudadana de carácter local; eventos de capacitación a las Asociaciones de Usuarios sobre la operación del sistema, los contenidos del POS y los deberes y derechos dentro del sistema⁶⁹.

Por otra parte, se determinó que los recursos financieros necesarios para el desarrollo de la implantación de la política, serían incluidos en los presupuestos de los diversos niveles territoriales y del conjunto de instituciones del sistema, según corresponda, de manera que se garantice el ejercicio constitucional de participar en la gestión del servicio público de la salud.

Formas y mecanismos de participación en la política de participación

En el SGSSS por medio del decreto 1757 de 1994¹⁵⁰ se definió que las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud. Se establecieron dos formas de participación en salud: a) participación social y b) participación en las instituciones del SGSSS, con numerosos mecanismos de participación (Tabla 3).

a) ***La participación social***, esta forma de participación es 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 de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y la participación comunitaria:

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. Esta modalidad de participación, para defender los derechos de los individuos, se basa más en una lógica de mercado. Contempla un sistema de información y atención a los usuarios (SIAU) de los servicios de salud, para recibir quejas, sugerencias y darle orientación al usuario. Es en este sentido que se han denominado como mecanismos de mercado.

El *SIAU* debe contar con:

Una línea telefónica permanente, por 24 horas.

Un buzón de sugerencias que debe ser abierto diariamente para sistematizar las quejas y sugerencias y dar respuesta oportuna a los usuarios.

Una oficina de atención al usuario (OAU), con personal capacitado para poder canalizar quejas, sugerencias e inquietudes de los usuarios a las instancias pertinentes.

También dentro de la participación ciudadana se dan *veedurías ciudadanas*, las que tienen como objetivo la vigilancia de la gestión pública, de la prestación de los servicios y de la actividad financiera de las instituciones que hacen parte del SGSSS. Estas veedurías se pueden hacer a nivel ciudadano por medio de las oficinas de servicio de atención a la comunidad de las Dirección Local de Salud en los municipios, en los departamentos o en los distritos; a nivel comunitario, a través de los COPACOS; a nivel institucional a través de las AU, comités de ética hospitalaria y de las juntas directivas de la IPS, EPS y EPS-S públicas o mixtas.

La participación comunitaria, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud. El SGSSS reorganiza los Comités de Participación Comunitaria en Salud -COPACOS- que habían sido creados en la década anterior en el marco de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y de los decreto 1216 de 1989 y del 1416 de 1990^{146;163}; y establece que el COPACOS es el espacio de encuentro entre los diversos actores sociales y el Estado a nivel municipal.

El COPACOS de acuerdo con sus objetivos, funciones y su estructura, debe jugar un papel muy importante en los procesos de planeación local, de gestión territorial de salud y de control social sobre planes, programas, proyectos y recursos de salud de la localidad. De manera general, tiene entre sus objetivos y funciones:

Posibilitar el encuentro de autoridades locales, instituciones y organizaciones comunitarias en torno a la identificación, priorización y establecimiento de soluciones integrales a la problemática local de salud.

Facilitar a las diferentes organizaciones sociales que trabajan por la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la localidad su participación en el proceso de Planeación Local, en una forma organizada y sostenida.

Promover a nivel local el reconocimiento, fortalecimiento e integración de diferentes organizaciones comunitarias que trabajan por la salud y la calidad de vida en territorios y ámbitos de vida cotidiana.

Lograr a través de los integrantes del COPACOS permear las organizaciones sociales en él representadas con temas y acciones tendientes a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Facilitar la respuesta social, integral y organizada a las problemáticas priorizadas en la localidad.

Ejercer control social sobre planes, programas, proyectos y recursos de salud de la localidad.

Están conformadas principalmente por: El alcalde o delegado quien lo preside, el secretario de Salud Municipal, el director de la IPS pública más representativa del lugar, una persona representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias como las Juntas administradoras locales, por representantes de las Asociaciones de Usuarios.

b) La participación en las instituciones del SGSSS: esta segunda forma de participación, es 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. Para esto se establecieron diversos mecanismos de participación como:

Las asociaciones de usuarios (AU), o agrupaciones de usuarios de las EPS tanto del régimen contributivo o subsidiado, y de las IPS públicas y privadas. Tienen varias funciones entre ellas: atender las quejas y defender al asociado, asesorarlo en la escogencia de EPS e IPS, asesorar a los asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios, mantener canales de comunicación con las personas afiliadas que permitan conocer sus inquietudes y demandas, vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos, velar por la calidad del servicio. Estas asociaciones deben tener un representante en las juntas directivas de las Instituciones Prestadoras del Servicio (IPS), en las Empresas Promotoras (administradoras) de Salud (EPS), y en las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) del sector público o mixto (capital privado y del Estado). Estos mecanismos fueron creados mediante el decreto 1416 de 1990¹⁶³, y fueron retomados por el decreto 1757 de 1994.

Los comités de ética hospitalaria de las IPS públicas o mixtas. Tienen como funciones: promover programas de promoción y prevención, en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental; divulgar entre funcionarios y la comunidad usuaria de servicios, los derechos y deberes en salud, velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna; proponer medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preservando su menor costo y vigilar su cumplimiento; atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud. Están conformados por el director de la IPS o prestadora del servicio, un representante del equipo médico, otro de enfermería, dos de las AU y dos de las asociaciones comunitarias que formen parte de los COPACOS.

Representante en las Juntas directivas de las EPS e IPS públicas. Algunas de sus funciones son definir los servicios, tarifas, cuotas, regular el funcionamiento del Fondo Especial de Medicamentos, aprobar planes y programas con participación de la comunidad. Están conformadas por alcalde o gobernador, director local de salud, miembros designados por la comunidad (AU y COPACOS), personal médico y científico y del sector administrativo. Estos mecanismos fueron creados mediante la Ley 10 de 1990¹⁶⁵ pero fueron retomados en el Decreto 1757 de 1994 (Tabla 3).

Tabla 3. Mecanismos de participación en salud: ciudadanos, comunitarios e Institucional

<i>Tipos de Mecanismos</i>	<i>Mecanismos y normas</i>	<i>Conformación</i>	<i>Alguna Funciones</i>	<i>Ámbitos de participación</i>
Participación Social				
<i>Mecanismos de mercado (Participación ciudadana)</i>	Oficina de atención al usuario (OAU) (Artículo 5, decreto 1757/94)	Funcionario que atiende personalmente a usuarios.	-Atención personalizada a usuarios y canalización adecuada de sus peticiones a instancias competentes	Deben operar en todas las EPS, ARS e IPS públicas o privadas.
	Buzón (Artículo 5, decreto 1757 /94)	Caja de sugerencias instalada en lugar visible y revisada por funcionario de la OAU.	-Atención a usuarios y canalización adecuada de sus peticiones a las instancias competentes.	Deben operar en todas las EPS, ARS e IPS públicas o privadas.
	Línea telefónica (Artículo 5, decreto 1757 /94)	Sistema de información telefónica habilitada las 24 horas.	-Atención personalizada a usuarios y canalización adecuada de sus peticiones a instancias competentes.	Deben operar en todas las EPS, ARS e IPS públicas o privadas.
	Veedurías (Artículo 20 del decreto 1757 de 1994).	-Ciudadanos individualmente a través de las oficinas de servicio de atención a la comunidad. -Organizaciones comunitarias a través de los COPACOS. -Institucional: a través de las AU, Comités de ética y juntas directivas de las EPS e IPS públicas.	Control social a la salud a nivel ciudadano, comunitario e institucional, a fin de vigilar: - la gestión pública y sus resultados, -la prestación de sus servicios -la gestión financiera de las entidades o instituciones que hacen parte del SGSSS.	Consejos territoriales de seguridad social. Consejos territoriales de planeación. Comités Local de Salud. COPACOS Juntas directivas de las IPS e EPS públicas.
<i>Participación comunitaria</i>	COPACOS (Decreto 1216 de 1989 y Decreto 1416 de 1990, 1757 de 1994)	-Alcalde o su delegado. -Director local de salud. -Director de la IPS pública más representativa de la zona de influencia. -Representantes de cada una de las organizaciones sociales de salud.	-Planeación, asignación de recursos, gestión y presentación de proyectos de salud. -Promoción y fomento de la salud. -Vigilar que recursos de salud se asignen correctamente.	-Consejos de planeación territorial: municipal y departamental. -Comités de ética hospitalaria -Juntas directivas de las IPS y EPS públicas.

Tabla 3 continuación

Participación institucional	Asociación de Usuarios3. (Decreto 1416 de 1990, decreto 1757 de 1994)	Agrupación de usuarios de las IPS, EPS y ARS, de orden público o privado.	-Vigilar y controlar la calidad de los servicios -Asesorar a usuarios en elección de IPS y EPS y paquetes de servicios. -Mantener comunicación con usuarios. -Informar a las instancias que corresponda y a EPS y a las IPS, sobre calidad percibida por afiliados.	- Juntas directivas de las IPS y EPS públicas. -COPACOS -El Consejo Territorial de Seguridad Social. -Comité de Ética Hospitalaria de las respectivas IPS
	Comité de ética Hospitalaria. (Artículo 15 del decreto 1757 de 1994)	-Director de la IPS pública o privada. -Un representante del equipo medico -Un representante del personal de enfermería, -Dos representantes de las AU. -Dos representantes de las organizaciones comunitarias que formen parte de los COPACOS del área de influencia.	-Velar por cumplimiento de deberes y derechos en salud. -Proponer medidas para mejorar la oportunidad y calidad técnica y humana en los servicios -Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud. -Atender y canalizar inquietudes y demandas de usuarios sobre prestación de servicios.	En todas las IPS, públicas o privadas.
	Juntas directivas de IPS y EPS públicas. (Artículo 19, Ley 10 de 1990, decreto 1757 de 1994)	-Alcalde o gobernador o sus delegados. -Director local de salud. -Miembros designados por la comunidad.(AU y COPACOS) -Personal médico y científico -Sector administrativo.	-Definir servicios, tarifas, cuotas -Regular el funcionamiento del Fondo Especial Medicamentos. -Aprobar planes y programas con participación de la comunidad.	-Consejos de planeación territorial -COPACOS -El Consejo Territorial de Seguridad Social.

OAU: Oficina de atención al usuario. EPS: Empresa promotora (aseguradora) de Salud. ARS: Aseguradora del régimen subsidiado. IPS: Institución prestadora del servicio. AU: Asociación de usuarios. COPACOS: Comités de participación comunitaria en salud. Construcción propia.

5. Evaluación de las políticas de participación en sistemas de salud

En las reformas al sector salud llevadas a cabo por el Estado en muchos países no solo de América Latina, se ha planteado que para garantizar la eficiencia y eficacia en la aplicación de los recursos, transparencia en la gestión pública y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, la comunidad y los usuarios debe tener la misión de ejercer un control social sobre ese proceso. Así se han establecido políticas de participación de los usuarios en salud, mismas que se han venido evaluando para conocer su efectividad en lograr un equilibrio en los distintos actores de los sistemas de salud, en lograr un verdadero control social sobre éstos.

5.2. Evaluación de políticas de participación en salud en otros contextos

Las pocas evaluaciones realizadas a la política de participación en los sistemas de salud en algunos países, han considerado entre otros, factores sociales y psicosociales que podrían afectar su implantación y efectividad. Algunos de estos factores son las actitudes y opiniones de usuarios y de actores institucionales, motivaciones, capacidad de logro o autoeficacia percibida por usuarios, conocimiento e información de los usuarios, utilización de los mecanismos de participación, representatividad y capacidad de influencia de las comunidades en los foros de participación colectiva, entre otros. De todas formas, estos estudios se han desarrollado desde diferentes marcos conceptuales, utilizando diversas metodologías y desde la visión de unos o de otros actores implicados; con el fin de conocer la efectividad de las políticas de participación en el control de los sistemas de salud.

Actitudes, opiniones, capacidad de logro y motivaciones

Algunos estudios con usuarios en Brasil^{106;166} cuyos objetivos era conocer las percepciones que tenían los usuarios acerca de su participación en salud, hallaron que los usuarios mostraban temor a participar por miedo de perder los servicios, así como apatía y otras actitudes negativas, sustentadas en la poca credibilidad en las instituciones y en los mecanismos de participación institucionales, y por el poco reconocimiento que las instituciones le dan a las propias organizaciones comunitarias. También observaron, que usuarios y comunidades se perciben con capacidad de lograr cambios, sólo si

participan desde sus propias organizaciones sociales, y si acceden a la información y conocimiento¹⁶⁶. Opiniones y actitudes similares en los usuarios se observaron en otros estudios en Brasil^{26;167}, que tenían por objetivo conocer las opiniones de los diferentes actores de la política; no obstante se observó en los usuarios, una actitud positiva y de confianza de lograr cambios en salud, desde un trabajo colectivo. Además observaron que muchos actores institucionales (personal de salud y gestores) no tenían opiniones y actitudes favorables hacia la participación de los usuarios. En este mismo sentido, dos estudios en Brasil^{107;168} que buscaban conocer las relaciones de poder que se dan en las prácticas de un espacio de participación colectiva como es el Consejo Municipal de Salud (donde se convocan diversos actores), hallaron –analizando documentos y discurso de sesiones de trabajo- que hay prácticas excluyentes en esos espacios de participación por parte del personal institucional hacia la comunidad, reflejado en el saber/poder de sus discursos técnicos que no permitían diálogos simétricos, ni dando tiempo a los demás para hablar; lo que disminuye la capacidad de decisión de los usuarios en esas instancias.

Por otra parte, un estudio¹⁶⁹ utilizando grupos focales y entrevistas a usuarios y público en general, se planteó el objetivo de conocer las preferencias y el grado de participación deseadas por la gente, en medio de la gran oferta de espacios participativos en la reforma al Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS por su sigla en inglés), y de la poca investigación al respecto. Los resultados mostraron una opinión favorable y un firme deseo de todos los grupos y personas entrevistadas a participar en espacios colectivos (como grupos de interés con capacidad de hacer contrapeso a los otros actores), y menos disposición a participar a nivel individual (como individuo interesado en su propia salud o la de su familia). Señalaban su deseo de participar a nivel de consulta, sin la responsabilidad de tomar decisiones, donde se les garantice que su contribución sea oída, y las decisiones tomadas después de la consulta, les sean comunicadas.

Conocimiento y utilización de mecanismos de participación

Con relación al conocimiento y utilización de los mecanismos de participación, un trabajo en Brasil²³ observó mediante una encuesta a usuarios, que más del 60% de los usuarios entrevistados conocía los mecanismos de mercado (de uso individual), pero los

utilizaban menos del 8%; y el conocimiento de los mecanismos de participación institucionales (participación dentro de las instituciones) era menos del 5% y su utilización casi inexistente. En ese mismo sentido, un trabajo llevado a cabo en Canadá⁵⁹, a partir de una amplia revisión de documentos oficiales y de investigaciones, señala que la participación de los ciudadanos hasta ahora ha sido decepcionante por lo escasa. Señalan además que hay poca evidencia para sugerir que los ciudadanos estén dispuestos y preparados para participar en la toma de decisiones que en las reformas a la salud se les ha asignado, debido al enorme desequilibrio entre la información y conocimiento entre usuarios, administradores y proveedores; donde proveedores y administradores monopolizan la información. Así mismo, señala la poca evidencia que hay sobre la efectividad de los actuales mecanismos para incrementar la participación de los usuarios y la rendición de cuentas de las instituciones de salud.

En Inglaterra¹⁷⁰ un estudio analizó la política de participación de los pacientes y ciudadanos en el NHS en los ocho años de gobierno del Nuevo Laborismo Inglés, observando que si bien, el involucramiento de la gente a participar en el sistema, depende del conocimiento y la motivación para hacerlo, las estrategias para informarlos y empoderarlos por medio de tecnologías de la información -sin un adecuado examen sobre las actitudes, conocimientos y acceso de la gente a esas tecnologías-, puede ser más un inconveniente, que una ayuda. Además indican, que una de las deficiencias de la política de involucramiento del paciente y del público (PPI por su nombre en inglés) es poner más énfasis en la participación a nivel del individuo y menos a nivel colectivo. Con esto, señalan, difícilmente la participación colectiva llegará a ser un contrapeso ante los proveedores, los laboratorios, fabricantes de productos médicos y ante las autoridades de salud. Además, el hacer más énfasis en promocionar la “elección” - lo que es atractivo para una sociedad consumista-, finalmente socaba el espíritu de asociación y solidaridad y crea desventajas para los pobres y la gente más vieja, que no pueden hacer fácilmente esas elecciones. Esto más bien aumenta las desigualdades en la calidad y en el acceso a los servicios, en lugar de reducirlas: la elección permite a los más ricos agruparse alrededor de las mejores instituciones y a los pobres y desventajados con la de menor calidad.

Representatividad de las comunidades y su capacidad de influencia

En un estudio¹⁷¹ que comparó la representatividad de la comunidad y su la capacidad de influencia en los mecanismos o instancias colegiadas para participar en los sistemas de salud italiano, inglés y brasilero, hallaron que en los Comités Consultivos Mixtos de Italia, no hay mucha participación de las comunidades, donde los usuarios o representantes de las comunidades que participan allí, perciben que sus decisiones no son tenidas en cuenta en el sistema y de allí gran parte de la desmotivación a participar. Si bien en Brasil había más espacios para la toma de decisión es colectiva, y una amplia representación de la comunidad, estas no aportaban casi nada por el enorme desequilibrio de información y conocimiento entre los actores; donde los institucionales lo concentran casi todo.

En el sistema inglés, los espacios de participación colectiva como el Consejo Comunitario de Salud (CHC por su sigla en inglés), conformados sólo por usuarios, no todos los grupos tienen representatividad, como es el caso de los jóvenes, las etnias minoritarias y los inmigrantes; y con relación a la incidencia de estos colectivos frente al sistema, señalan que es muy limitada.

Resultados similares se obtuvieron en una investigación¹⁷² que comparó la participación en salud en Brasil e Inglaterra, donde señalan que es muy escasa la evidencia de que la participación sea una realidad en los sistemas de salud en ambos países. En Brasil son menos los mecanismos o foros de participación, pero hay más espacios para la toma de decisiones, mismos que quedan en la formalidad por la poca evidencia de una participación efectiva de las comunidades allí. Si bien el panorama inglés es más diverso y dinámico, hay poca evidencia que la participación vaya más allá de la consulta. Esto también lo señala un estudio comparativo reciente¹⁷³, donde señalan que la mayoría de los mecanismos de Inglaterra son más de consulta al individuo. Estos que alguna vez fueron vistos simplemente como pacientes, han llegado a ser vistos como clientes o usuarios “activos y expertos”, que eligen, que tienen capacidad de ejercer sus preferencias y buscar mejores servicios de calidad, ya sea a través de estrategias de salida o voz. Plantean además, que el Sistema Único de Salud de Brasil tiene una fortaleza para la participación, como es el tener un marco jurídico que estableció como un derecho y una obligación la participación en Salud. Resaltan

que los ciudadanos Brasileños que participan activamente en la formulación de las políticas, son considerados “responsables y formuladores”, y pueden tener un papel importante en la gobernanza de los servicios de salud; pero igualmente indican algunas debilidades como la politización de los espacios abiertos para deliberar, y algunas barreras para participar como la apatía, arrogancia del personal de salud y funcionarios del Estado, quienes tienen temor de dar demasiado poder a los usuarios.

5.3. Evaluación de políticas de participación en Colombia

En Colombia se han realizado algunos estudios con el fin de evaluar la política de participación social en salud, considerando aspectos como las opiniones, actitudes, capacidad o autoeficacia percibida por usuarios, significados de la participación construido por usuarios y actores institucionales. También se han evaluado las barreras y oportunidades percibidas por usuarios para participar, como el conocimiento e información de usuarios acerca de los mecanismos de participación y su utilización, entre otros.

Opiniones, actitudes y capacidad de logro

Un estudio²¹ que indagó -por medio de una encuesta y entrevistas - sobre las opiniones acerca de la participación en salud, con usuarios, líderes y actores institucionales, encontró que muchos de los distintos actores no tenían una opinión favorable hacia la participación en salud. Las opiniones de usuarios se sustentaban en poca credibilidad hacia las instituciones, señalando que los mecanismos estaban muy politizados, además de pocas respuestas institucionales dadas de forma oportuna y clara; los actores institucionales presentaron una opinión negativa sustentada en la poca credibilidad hacia los mecanismos y poca confianza en las capacidades de la comunidad para participar. Resultados similares se observaron en otro estudio^{22:174} llevado a cabo en la misma zona de Colombia. Las opiniones de usuarios y líderes, aunque fueron positivas, también presentaron cargas negativas al resaltar falta de credibilidad hacia las instituciones; los líderes señalaron escasa voluntad política de las instituciones en apoyar las organizaciones sociales, y falta de interacciones constructivas de los actores institucionales con ellos. Los actores institucionales en su mayoría presentaron actitudes y opiniones negativas hacia la participación de los usuarios, basadas en creencias como

la falta de capacidad y conocimiento de los usuarios; excepto en los gestores de instituciones públicas, donde se observaron opiniones mucho más favorable hacia la participación de los usuarios, que en el sector privado. También se midieron las actitudes de usuarios hacia la participación en salud, a través de una escala de actitud tipo Likert¹⁷⁴, aplicada en una encuesta, donde se observó una actitud relativamente favorable, siendo un poco mayor en mujeres, en jubilados y en personas de estudios básicos. También se ha observado^{21;175}, que usuarios y comunidades se perciben con capacidad de lograr cambios, pero sólo si logran participar desde sus propias organizaciones sociales, y accediendo a la información y al conocimiento para ello.

Significado de la participación

Con relación al significado de participación, un estudio halló¹⁷⁶ que para los usuarios significa un valor como la solidaridad, un medio para expresar ideas y opiniones, y utilización de los servicios de salud. Para el personal de salud, la participación es el uso de los servicios y la vinculación al sistema de salud, así como algunas actividades de las instituciones con la comunidad. Los formuladores de políticas, construyen su noción de participación partir del discurso oficial, y significa evaluación y control de los servicios de salud por parte de la comunidad.

Conocimiento y utilización de los mecanismos

Son limitados los estudios que exploran el conocimiento y la utilización de los mecanismos de participación en salud. Un estudio realizado en Colombia en el año 2000, por medio de una encuesta a usuarios²¹ halló que más del 60% de los usuarios entrevistados conocía los mecanismos de mercado (de opinión al individuo o usuarios), pero los utilizaban menos del 14.5%. El conocimiento de los mecanismos de participación institucionales (participación en toma de decisiones en las instituciones) era menos del 9.5% y su utilización era prácticamente inexistente. Otro trabajo²² llegó a resultados similares, midiendo el nivel de conocimiento y utilización de los mecanismos de participación, en una encuesta a usuarios del sistema. Se observó que los mecanismos de participación de mercado, eran conocidos por más del 60% de los entrevistados, utilizándolos menos del 12%; los mecanismos institucionales fueron conocidos por el 8% y utilizados por menos del 3%. En un trabajo realizado en 2007¹⁷⁷

con cuatro comunidades de la Guajira, por medio de técnicas participativas, observaron que era poco o nulo el conocimiento que los usuarios tenían sobre la estructura y funcionamiento del sistema de salud colombiano.

Con el objetivo de hacer un diagnóstico de la participación como control social en el régimen subsidiado, se llevó a cabo un trabajo ¹ en 100 municipios de Colombia de diversas categorías de desarrollo. Se aplicaron diversos instrumentos para determinar las acciones que adelantan las autoridades municipales, las instituciones de salud y las organizaciones sociales, la promoción de la participación comunitaria y en el control social de la comunidad. Se observó que hay avances en la promoción de la participación -sobre todo en los municipios más desarrollados- pero no en control social; es decir hay una respuesta favorable en los municipios a promover las formas organizativas de la comunidad en salud, pero casi no se observaron que estas tuvieran objetivos y acciones para el control social. Por otra parte, la convocatoria de las instituciones del sistema a las organizaciones comunitarias es considerablemente baja, existe dispersión y atomización del control social, y se manifiesta una debilidad de la participación como política institucional. Hay falta de comunicación entre las diferentes instancias comprometidas en la promoción de la participación y en el control social, situación que se refleja en la presencia de relaciones de naturaleza bilateral, es decir sólo se conoce al interlocutor más directo.

Barreras a la participación

Con relación a las barreras para participar, estudios llevados a cabo con los actores implicados en la política^{21;25}, hallaron que usuarios y líderes identificaban como obstáculos a participar: su falta de conocimiento, apatía y temor a represalias; también, a factores institucionales como la falta de claridad, falta de credibilidad hacia los mecanismos de participación, limitada apertura y respuesta institucional en los procesos participativos; opinión que también se halló en los formuladores de políticas. La mayoría del personal de salud atribuía las barreras a la escasez de conocimientos y actitudes apáticas de los usuarios, falta de liderazgos. Sólo algunos mencionaban barreras institucionales, como el comportamiento excluyente de los actores institucionales, los limitados recursos institucionales para impulsar el trabajo comunitario. Las oportunidades para participar eran descritas como escenarios deseados

y posibles. La alta capacidad percibida por los usuarios para conseguir cambios a través de su participación, surgió como importante oportunidad para participar en el control del sistema de salud.

Se podría concluir, que la evaluación de cualquier política pública por su carácter de generadora y orientadora de acciones del Estado, de los gobiernos y los ciudadanos; debe ser un ejercicio cotidiano, que dé cuenta de la efectividad de los resultados de dichas acciones para mejorarlas o cambiar su rumbo. Por lo observado en la revisión bibliográfica con respecto a procesos de evaluación de políticas de participación, en Colombia y en otros contextos, se observa que son muy pocas las evaluaciones a éstas políticas de participación en salud. Esta es la primera vez que se hace una evaluación a la política mediante dos estudios transversales, que permitiría establecer una línea de base, para conocer sus avances y retrocesos en la implantación de la política.

JUSTIFICACIÓN

En América Latina a inicios de los años noventa, se impulsaron reformas neoliberales al sector salud promovidas por organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM)¹⁷⁸. Dichas reformas se caracterizaron por una descentralización de la salud, reducción del gasto público en la salud, introducción de mecanismos de mercado en los sistemas de salud y privatización de los servicios de salud; creando así sistemas de salud basados en estructuras de mercado. Colombia también introdujo reformas al sector salud, creando en 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹². Este sistema tuvo como marco legal a la nueva Constitución Política de 1991¹¹, donde la atención a la salud no es considerada un derecho fundamental, sino, un servicio público esencial de obligatorio cumplimiento que deberá ofrecerse bajo la dirección, coordinación y control del Estado. El SGSSS establece además, como principios fundamentales: universalidad, solidaridad, integralidad, equidad, libertad de escogencia de asegurador y de proveedor del servicio, calidad de los servicios y participación social.

Colombia fue uno de los primeros países de ingresos medios en tener un sistema de salud basado en un modelo de competencia gestionada^{179;180}. El SGSSS es un complejo sistema con dos esquemas de aseguramiento: El Régimen Contributivo para empleados del sector formal de la economía y personas con capacidad de pago, financiado por las contribuciones obligatorias; el Régimen Subsidiado, para la personas sin capacidad de pago, financiado con recursos del esquema contributivo y con impuestos nacionales. Se introdujeron para la gestión del aseguramiento en el régimen contributivo, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), igual para el régimen subsidiado Empresas Promotoras de Salud - Subsidiadas (EPS-S) que compiten por la afiliación de la población, y deben garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen, a cambio de un pago per cápita. La reforma también introdujo la competencia entre los proveedores públicos y privados (Instituciones Prestadoras de Salud IPS), por el establecimiento de contratos con las aseguradoras. Como una estrategia para el control social del sistema, en 1994 se formula una amplia política de participación en salud¹⁵⁰, en la que se establece la participación de usuarios y comunidades en la gestión, planeación y en la evaluación, para lograr, entre otras, transparencia y calidad en los servicios de salud. La ley

establece que la participación se debe dar a varios niveles: desde la información hasta la toma de decisiones, a través de diferentes tipos de participación social: la participación social que comprende: a) *la participación ciudadana* (a través de mecanismos de mercado basados en un sistema de quejas y sugerencias como oficina de atención al usuario, buzón de sugerencias, una línea telefónica y las veedurías ciudadanas) y b) *la participación comunitaria* a partir de los comités de participación comunitaria en salud (COPACOS) en cada municipio; y la *participación institucional* centrada en la gestión y evaluación de las instituciones del SGSSS mediante mecanismos de toma de decisiones como las AU, los comités de ética hospitalaria y las juntas directivas de las instituciones públicas.

Los sistemas de salud basados en la competencia gestionada, como el SGSSS de Colombia, requieren que los usuarios tengan suficiente conocimiento e información para poder interactuar adecuadamente con el sistema¹⁸¹. En este sentido, diversos autores^{54;55}, señalan que en las reformas a los sistemas de salud se deben empoderar a los usuarios mediante el conocimiento del sistema, que los lleve a desarrollar competencias para una eficaz interacción con éste, como: hacer un adecuado uso de los servicios, una libre elección de las instituciones de salud y tomar decisiones informadas en salud. Pero además, el conocimiento del sistema de salud influye en el acceso a los servicios⁵⁶ y es condición para ejercer los derechos en salud^{57;58}.

Este trabajo, para orientar el análisis de la política, tomó el modelo conceptual de Walt y Gilson³⁶, centrándose en dos aspectos: sus actores principales, en este caso los usuarios, y el proceso, en relación a la evolución temporal de la implantación de la política. Además se consideró la propuesta conceptual de Montero⁹ y Zemmerman^{47;89} donde se señala que es condición para lograr la implantación de una política pública, entre otras, aspectos cognitivos, comportamentales e interactivos. Esto es: a) tener un conocimiento aceptable de la política, b) actuar o participar en ella, c) disposición y acciones favorables de todos los actores, sobre todo de aquellos actores institucionales que tienen contacto directo con las poblaciones a quienes van dirigidas⁴³. Por esto se consideraron aspectos cognitivos, como los conocimientos del SGSSS, de los mecanismos y aspectos comportamentales como las acciones o utilización de los mecanismos. También se analizaron algunas acciones institucionales, percibidas por los usuarios

A pesar de la importancia que tiene para el control de los sistemas de salud de mercado, las políticas de participación social, son escasos los trabajos en este sentido; tanto en países desarrollados⁵⁹, como en América Latina. Casi todos los estudios sobre participación social en salud, se suelen limitar a experiencias puntuales como las de promoción y prevención. Los pocos estudios realizados en Colombia y Brasil²¹⁻²³ que han evaluado la implantación de las políticas de participación en salud, mediante análisis del conocimiento de los mecanismos de participación y su utilización, señalan que el conocimiento de los mecanismos institucionales o de toma de decisiones es muy precario y sus utilización casi inexistente; por el contrario son los mecanismos de mercado los más conocidos y utilizados. Con relación al conocimiento del SGSSS, un estudio realizado en Colombia hace más de diez años, indica que las personas de nivel socioeconómico y de educación superior son los que mejor conocen el sistema²⁷; y también son los que mejor conocen los derechos en los servicios de salud²⁹. Para evaluar si la política de participación social en salud se ha implementado efectivamente, no sólo hay que hacer estudios transversales que den cuenta del hecho en un momento dado, sino que también es necesario hacer mediciones en el tiempo que permitan hacer comparaciones y den cuenta de su evolución; estrategia que aún no se ha realizado.

La presente investigación pretende contribuir a aumentar el conocimiento con relación a la evolución de la implantación de la política de participación social en salud, comparando los niveles de conocimientos de los usuarios acerca del SGSSS, de los derechos en salud, el conocimiento de los mecanismos de participación y su utilización en el año 2000 y el 2010; explorando además, si después de diez años los conocimientos y la utilización de los mecanismos se siguen asociando de misma manera a factores como el área, el sexo, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad.

En este sentido, la pregunta general que se intenta responder es la siguiente: *¿Han evolucionado los conocimientos de los usuarios acerca del SGSSS, de los derechos en salud, de los mecanismos de participación en salud y su utilización, así como los factores asociados, en dos municipios de Colombia entre el 2000 y el 2010?*

HIPOTESIS

Después de 17 años de implementada la política de participación en salud, el nivel de conocimiento de los usuarios acerca del SGSSS, el conocimiento de los mecanismos de participación y el conocimiento de los derechos en salud es más alto en el 2010 que el nivel observado en el 2000.

Después de 17 años de implementada la política de participación en salud, el nivel de utilización de los mecanismos de participación de los usuarios en el 2010 es más alto que el observado en el 2000.

Existe en el 2010 una probabilidad significativamente mayor que los usuarios de la zona urbana, hombres y de nivel económico y estudios altos, conozcan más el SGSSS, los mecanismos de participación y los derechos en los servicios, de lo observado en el 2000.

Existe en el 2010 una probabilidad significativamente mayor que los usuarios de la zona urbana, hombres y de nivel económico y estudios altos, utilicen más los mecanismos de participación, con relación a lo observado en el 2000.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

Analizar la evolución del conocimiento del SGSSS, de los derechos en salud así como el conocimiento y utilización de los mecanismos de participación de los usuarios de los servicios de salud en dos municipios de Colombia, entre 2000 y el 2010.

Objetivos específicos

- Analizar comparativamente el nivel de conocimiento del SGSSS de sus usuarios en los municipios de Palmira y Tuluá en el 2000 y en el 2010 y factores asociados.
- Analizar comparativamente el nivel conocimiento acerca de los derechos en salud de los usuarios del SGSSS de los municipios de Palmira y Tuluá en el 2000 y en el 2010 y factores asociados
- Analizar comparativamente el nivel de conocimiento y utilización de los mecanismos de participación establecidos por la política de los usuarios del SGSSS de los municipios de Palmira y Tuluá en el 2000 y en el 2010 y los factores asociados.
- Analizar comparativamente las acciones institucionales.

METODOS

Diseño del estudio

Estudio descriptivo donde se comparan los resultados de dos estudios transversales basados en dos encuestas a usuarios del sistema de salud¹⁸², que hubieran utilizado los servicios en los tres meses previos a la encuesta. La primera encuesta se llevó a cabo en el 2000 y la segunda en el 2010.

Área de estudio

El estudio se desarrolló en dos municipios del Departamento del Valle del Cauca ubicado en el suroccidente de Colombia (Fig. 3). Tuluá donde se tomó la zona urbana del municipio y Palmira el área rural (Fig. 4).

Los municipios se seleccionaron aplicando los criterios: haber implementado la reforma del sector salud; poseer población de todos los estratos socioeconómicos; contar con porcentajes altos de afiliación al SGSSS; disponer de infraestructura en todos los niveles de atención, una zona rural y otra urbana.

Tuluá

Tuluá es un municipio con 194.446 habitantes¹⁸³. Su pirámide poblacional presenta una población mayoritariamente joven, con un 27% de menores de 15 años, y un 66% de personas entre los 15 y los 59 años. Del total de la población carecen de estudios el 8%, tienen educación básica el 37.7, educación secundaria 37.7%, y estudios superiores el 8.9%. El índice de pobreza es del 15.6%. La tasa de desempleo es del 12.6%, y la del departamento 14.8%; el subempleo es del 39.9%, algo superior a nivel departamental 37.4%; el empleo informal de la población ocupada 65% y de la región el 61.3%. A nivel nacional el desempleo 12.8%, empleo informal 58.5%, y el 32% es población subempleada¹⁸⁴.

Figura 3. Mapa de Colombia



Figura 4. Mapa del Valle del Cauca



En el municipio hay 3 hospitales públicos que prestan servicios de baja, media y algunos de alta complejidad, 8 clínicas privadas que prestan servicios de mediana complejidad, 7 puestos de salud (de atención básica) en área urbana y 2 en área rural. Tuluá tiene 6 EPS del régimen contributivo y 5 del subsidiado. Tiene el 62% de su población afiliada al régimen contributivo, siendo la tasa de la región del 62.9%; afiliados al régimen subsidiado son 35.3% y el de la región de 36.9% ¹⁸⁵.

Palmira

Palmira tiene 294.800 habitantes en total, 233.500 en la cabecera municipal y 61.300 en el área rural ¹⁸³. En su pirámide poblacional un 25% de la población son niños menores de 15 años y un 68% tienen entre 15 y 59 años. El 6.3% del total de la población no tiene estudios, el 35% tiene educación básica, el 35% educación secundaria, y el 8.2% educación superior.

El índice de pobreza es del 15%; el desempleo del 11.7%, el subempleo del 38% y el empleo informal de la población ocupada es del 60% ¹⁸⁴. A nivel nacional el desempleo 12.8%, empleo informal 58.5%, y el 32% es población subempleada ¹⁸⁴.

En el municipio hay 3 IPS públicas que prestan servicios de baja, media y algunos de alta complejidad. Hay 10 IPS privadas que prestan servicios de baja y media complejidad todos ubicados en la zona urbana; 6 puestos de salud en zona urbana y 3 en zona rural. En el municipio operan 4 EPS del régimen subsidiado y 5 del contributivo. Tiene el 63% afiliado al régimen contributivo, siendo la media del departamento un 62%. De su población hay un 36.8% afiliados al régimen subsidiado, y en el departamento un 36% ^{185;186}.

Muestra

Se calculó el tamaño de la muestra considerando el tamaño de la población de cada área de estudio, la tasa esperada de utilización de los mecanismos de participación en salud (estimada en 25% en 2000 de acuerdo a los resultados de un estudio piloto, y el 24 % para el 2010 de acuerdo a los resultados de la primera encuesta), una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%. La muestra final en el año 2000 fue de 1495 usuarios y

en el año 2010 de 1405. Se realizó en ambas encuestas (y en ambas zonas) un muestreo probabilístico en dos etapas.

Encuesta del año 2000

En la primera etapa, en la *zona urbana* se eligieron al azar 52 barrios de los 122 de diferentes estratos socioeconómicos de Tuluá. En la *zona rural* se eligieron al azar ocho corregimientos (aldeas) de los 31 del municipio de Palmira, pero por problemas de orden público (violencia) sólo se realizó la encuesta en seis.

En la segunda etapa, se hizo una selección sistemática de los individuos. La unidad primaria de muestreo fue el domicilio y con el fin de corregir el efecto de muestras asociadas ¹⁸⁷, se eligió un entrevistado por domicilio. A partir de la cantidad de domicilios en cada barrio o en los poblados más pequeños, se calculó el intervalo de la muestra seleccionando el domicilio inicial por sorteo

Encuesta del año 2010

En la primera etapa en la *zona urbana*, se tomaron los mismos barrios que se habían encuestado en el año 2000. En la *zona rural* se tomaron los seis corregimientos del estudio del 2000.

En la segunda etapa se hizo una selección sistemática de los entrevistados. A partir de la cantidad de domicilios en cada barrio o poblado, se calculó el intervalo de la muestra, seleccionando el domicilio inicial por sorteo. Igual que el año 2000, se tomó como unidad primaria de muestreo el domicilio, donde se entrevistó una persona para de corregir el efecto de muestras asociadas.

Cuestionarios

El cuestionario estructurado fue adaptado de uno elaborado en un estudio previo sobre participación social en salud en Colombia ²¹, al que le hicieron algunos ajustes y se sometió a discusión con tres expertos. Antes de lograr su versión final (Anexo 1), se

probó en dos estudios piloto: uno en Palmira otro en Cali, que generaron algunos cambios.

En la encuesta del 2000, el cuestionario elaborado constaba de 115 preguntas cerradas y abiertas, en 5 apartados referentes a: a) calidad percibida de los servicios; b) conocimiento del sistema de salud, de la política de participación y derechos en salud; c) conocimiento de los mecanismos de participación; d) utilización y experiencia con los mismos; e) una escala de cinco puntos tipo Likert para medir las actitudes hacia la participación.

En la segunda encuesta se utilizó el mismo cuestionario del año 2000, pero se eliminaron las preguntas del primer apartado sobre calidad percibida. Se probó en dos estudios piloto: uno en Buga y otro en Palmira, antes de tener el cuestionario final (Anexo 2).

Procedimiento de recogida de la información

En ambas encuestas, los encuestadores fueron estudiantes de psicología de la Universidad del Valle (Cali) sedes de Palmira, quienes fueron entrenados previamente en el manejo del cuestionario. Para realizar el trabajo de campo, en cada zona se conformó un equipo operativo que funcionaba con encuestadores y supervisores. Los supervisores tenían comunicación directa con los encuestadores para: revisarles los cuestionarios, observar que mantuvieran los espacios geográficos establecidos y se dirigieran a otro cuando acabaran la zona establecida, vigilar que se estuvieran haciendo las entrevistas según los criterios acordados, así como repetir algunas entrevistas para evaluar la consistencia de los datos. Con el objeto de encontrar en sus casas personas adultas (hombres y mujeres), el trabajo de campo en ambas encuestas se realizó en fines de semana, tanto en Tuluá como en la zona rural de Palmira.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de resultado (dependientes)

- *Conocimiento del SGSSS:* Se consideró que una persona conocía el SGSSS, si además de contestar afirmativamente a la pregunta *¿Conoce el Sistema General de Seguridad social en Salud?* mencionaba al menos tres (una tercera parte) de las diez características que tiene el SGSSS (Tabla 4). Aunque el conocimiento de las EPS e IPS son parte del conocimiento del SGSSS, se preguntaron separadamente ya que son instituciones con las que los usuarios se relacionan cotidianamente en búsqueda de servicios de salud. Se consideró que una persona los conocía, si además de contestar afirmativamente a las preguntas *¿Qué son las Empresas Promotoras de Salud o EPS?* y *¿Qué son las Instituciones Prestadoras del Servicio o IPS?*, ante la pregunta *¿Para qué sirven?* menciona al menos dos (una tercera parte) de las seis principales funciones de las aseguradoras (EPS) y dos (una tercera parte) funciones de las seis principales que tienen las instituciones prestadoras del servicio (IPS). Se consideró que alguien conocía la existencia de una norma de participación en el SGSSS, si contestaba afirmativamente a la pregunta *¿Sabe Ud. si existe, alguna, ley, norma o disposición legal relacionada con la participación ciudadana en las instituciones de salud?*; pero además si ante la pregunta *¿Cuál?*, mencionaba o bien la norma de participación en salud (el decreto 1757) o si mencionaba que existía una norma en el SGSSS o en la Ley 100 (Tabla 4).
- *Conocimiento de los derechos a los servicios de salud:* mediante una pregunta abierta se dejó que las personas que afirmaban conocerlos, contestaran libremente que consideran como sus derechos en los servicios de salud (Tabla 4).
- *El conocimiento de los mecanismos de participación:* se consideró que una persona conocía un mecanismo de participación, si contestaba afirmativamente (si/no) (Tabla 4).
- *La utilización o participación en los mecanismos:* si luego de contestar que lo conocía, refería que lo había utilizado (si/no).

Tabla 4. Variables de resultado y preguntas para obtener información

VARIABLES DE RESULTADO	PREGUNTAS
<i>Conocimiento del SGSSS</i>	¿Conoce Ud. el actual sistema de Seguridad Social en Salud? ¿Qué conoce?
<i>Conocimiento de las EPS</i>	¿Que son las Entidades Promotoras de Salud o EPS? Podría decirme, ¿Para qué sirven las Entidades Promotoras de Salud o EPS?
<i>Conocimiento de las IPS</i>	¿Que son las Instituciones prestadoras del servicio o IPS? Podría decirme, ¿Para qué sirven las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud IPS, (centros de salud, clínicas u hospitales)?
<i>Conocimiento de la norma</i>	¿Sabe Ud. si existe, alguna, ley, norma o disposición legal relacionada con la participación ciudadana en las instituciones de salud? ¿Cuál?
<i>Conocimiento de los derechos</i>	¿Cuales considera Ud. son sus derechos en los servicios de salud?
<i>Conocimiento y utilización de los mecanismos institucionales</i>	¿Conoce Ud. de la existencia de alguna asociación de usuarios en su EPS? ¿Conoce Ud. de la existencia de alguna asociación de usuarios en su IPS? ¿Conoce los comités de ética hospitalaria? ¿Los ha utilizado? ¿Conoce Usted de la existencia de las juntas directivas en los hospitales? ¿Ud. alguna vez ha utilizado el mecanismo de las juntas directivas para manifestar un problema o una sugerencia?
<i>Conocimiento y utilización de los mecanismos de mercado</i>	¿La Entidad Promotora de Salud donde Ud. está afiliado, tiene una oficina de atención al usuario o algún sitio especial, para tramitar sus quejas o sugerencias? ¿Ha utilizado alguna vez esa oficina para exponer sus quejas o sugerencias? ¿La Institución Prestadora de Servicios de Salud donde Ud. acude para la atención de su salud, tiene una oficina o algún sitio especial, para tramitar sus quejas o sugerencias? ¿Ha utilizado alguna vez esa oficina para exponer sus quejas o sugerencias? ¿Conoce el buzón de quejas/sugerencias? ¿Lo ha utilizado? ¿Conoce la línea telefónica para atención al público? ¿La ha utilizado? ¿Conoce el comité de veeduría ciudadana? ¿Lo ha utilizado?
<i>Respuestas dadas por las instituciones</i>	¿Cuál fue el resultado?
<i>Actuación institucional</i>	¿Ha sido invitado alguna vez por parte de autoridades municipales a participar en reuniones de salud? ¿Ha sido recibido alguna vez por parte de autoridades municipales información sobre salud? ¿Ha sido invitado alguna vez a participar en reuniones de la AU de la EPS? ¿Ha recibido alguna vez información de las reuniones o gestiones de la AU de su EPS? ¿Ha sido invitado alguna vez a participar en reuniones de la AU de la IPS? ¿Ha recibido alguna vez información de las reuniones o gestiones de la AU de su IPS? ¿Ha recibido alguna vez comunicación de las Juntas directivas?

- *Respuestas dadas por las instituciones a las acciones de los usuarios:* a los que habían utilizado algún mecanismo, se les preguntó por el tipo de respuesta: positiva, negativa (si/no) o estaba en espera. Se tomaron sólo las positivas.
- *Actuación institucional percibida por los usuarios:* si había recibido información sobre actuaciones institucionales como convocatorias, entrega de informes, por parte de las instituciones de salud (si/no).

Variables explicativas (independientes)

Área: Área rural: la población fuera del perímetro urbano del municipio de Palmira, es decir, entre el límite del perímetro urbano (cabecera municipal) y el límite municipal.

Área urbana: la cabecera municipal de Tuluá, con sus nueve comunas o sub-áreas administrativas y los 52 barrios

Sexo: hombres y mujeres.

Edad: Se consideraron 4 rangos de edad: 13-30, 31-40, 41-65 y mayores de 65 años.

Nivel educativo: se definió como el número de años de educación formal, completados, referidos por el encuestado en el momento de la entrevista. Se dividieron en tres categorías: Sin estudios/estudios primarios, estudios intermedios y estudios superiores.

Nivel socioeconómico: se definió según lo declarado por el entrevistado, basado en la clasificación de las Oficinas de Planeación Municipal. Las Oficinas de Planeación Municipal clasifican en seis estratos o niveles socioeconómicos a la población, siendo el estrato 1 el más bajo y el 6 el más alto. Los seis estratos socioeconómicos se agruparon en tres: bajo (niveles socioeconómicos 1 y 2), medio (niveles socioeconómicos 3 y 4) y el alto (niveles socioeconómicos 5-6).

Procesamiento de los datos

Calidad de los datos

En ambas encuestas se revisaron el 100% de los cuestionarios antes de ser aceptados y se re-entrevistó el 15% al azar en la primera y el 20% en la segunda. En la captura de los datos, se estableció el método de doble entrada y revisión automática de inconsistencias. La información obtenida se capturó y analizó en una base de datos creada en SPSS v17.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis univariado, tanto para el conocimiento del SGSSS y derechos en los servicios de salud, para el conocimiento y utilización de los mecanismos de participación y para el análisis de la actuación institucional y respuestas institucionales. Se estimaron frecuencias estratificando por año.

Para el análisis del conocimiento del SGSSS y de los derechos en los servicios de salud, se desarrollaron tres modelos de regresión logística: uno para comparar los cambios en los niveles de conocimiento (tomando los dos años juntos con el 2000 como referencia) ajustado por todas las demás variables explicativas; y uno por cada año, para determinar los factores asociados con los niveles de conocimiento del SGSSS, de las EPS, de las IPS, de la norma y de los derechos en los servicios de salud, siendo un valor $p < 0.05$ y un intervalo de confianza (CI) del 95%.

En el análisis del conocimiento de los mecanismos de participación se desarrollaron tres modelos de regresión logística: uno para comparar los cambios en los niveles de conocimiento (tomando los dos años juntos con el 2000 como referencia) ajustado por todas las demás variables explicativas; y uno por cada año, para determinar los factores asociados con los niveles de conocimiento de los mecanismos de participación, tanto de mercado como los institucionales. Igualmente, para el análisis de la utilización de los mecanismos de participación se desarrollaron tres modelos de regresión logística: uno para comparar los cambios en los niveles de utilización de los mecanismos (tomando los dos años juntos con el 2000 como referencia) ajustado por todas las demás variables

explicativas; y uno por cada año, para determinar los factores asociados con los niveles de utilización de los distintos mecanismos de participación social.

Aspectos éticos

Cumpliendo con las normas éticas y por tratarse de un estudio de riesgo mínimo, se solicitó a cada persona encuestada consentimiento verbal para la entrevista, y se le garantizó la confidencialidad de la información, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud ¹⁸⁸.

RESULTADOS

Se presenta en este capítulo la descripción de los resultados mediante un análisis comparativo entre las encuestas del año 2000 y del 2010. Primero se presentan las características sociodemográficas de las muestras en cada año. En segundo lugar, se hace un análisis de resultados con relación a los cambios generales en el conocimiento de los usuarios acerca del SGSSS, los derechos de salud y la norma de participación, y los factores asociados. En tercer lugar, se analizan los cambios en los conocimientos y en la utilización de los mecanismos de participación y los factores asociados. Por último se hará una descripción de la actuación institucional percibida por los usuarios en ambos años; así como de las respuestas positivas o soluciones dadas a los usuarios, en los dos años.

1. Características socio-demográficas de las muestras

La muestra del año 2000, estuvo compuesta por proporciones similares entre usuarios del área urbana y rural; la mayoría eran mujeres (63.7%), proporciones similares en usuarios de nivel socioeconómico bajo y medio y sólo por un 15% del alto; una minoría con estudios superiores (9%) y con edades comprendidas entre los 13 y los 74 años siendo la minoría los mayores de 65 años. En el 2010, similar a la primera encuesta, las proporciones de usuarios de ambas áreas fueron similares; proporciones similares entre hombres y mujeres; la mayoría del nivel socioeconómico bajo (71%); una minoría con estudios superiores (4%); con edades entre los 13 y los 79 años siendo la minoría usuarios mayores de 65 años(Tabla 5).

Tabla 5. Características socio-demográficas de las muestras

	Encuesta del 2000		Encuesta del 2010	
	N 1495		N 1405	
	N	%	n	%
Área				
Rural	727	(48.6)	689	(49)
Urbana	768	(51.4)	716	(51)
Sexo				
Hombres	543	(36.3)	618	(44)
Mujeres	952	(63.7)	787	(56)
Nivel socioeconómico				
Bajo	635	(42.7)	992	(71)
Medio	626	(41.8)	282	(20)
Alto	235	(15.6)	131	(9)
Nivel educativo				
Sin escolaridad- primarios	702	(47.8)	918	(65.4)
Intermedios	628	(42.8)	426	(30.3)
Superiores	138	(9.4)	61	(4.3)
Edad				
13-30	311	(27.0)	272	(24.7)
31-40	337	(22.8)	345	(24.6)
41-65	589	(39.4)	564	(40.6)
> 65	161	(10.8)	145	(10.1)

2. Cambios en el nivel de conocimiento del SGSSS, de los derechos y de la política de participación

Se observó en los resultados de ambas encuestas un bajo nivel de conocimiento acerca del SGSSS, de las EPSs, de las IPSs y de las normas de participación en salud. En el 2000, aproximadamente el 12% de los entrevistados mostraron conocer el sistema (referían al menos tres características) mientras en el 2010 solamente el 8% (Tabla 6). Además, las respuestas dadas tendieron a ser muy limitadas, describiendo algunas características muy generales del SGSSS como: “ofrecer servicios para todo el mundo”, “darle servicios a los pobres”, “uno tiene que tener un carnet de afiliación” (Figura 5). La libertad de escogencia de las instituciones de salud o el derecho a participar en el sistema de salud fue escasamente mencionada. En el 2010, el conocimiento acerca de las instituciones de salud se incrementó un poco –EPS 14.6% y IPS 15.4% versus EPS 11.3% y IPS 11.7% en 2000 (Tabla 6).

Con relación al nivel de conocimiento de las normas o políticas de participación en el 2000 el 9.4% de los entrevistados las conocían y en el 2010 el 6.1%. Finalmente, ante la

pregunta: *¿Cuáles considera usted son sus derechos en salud?*, aproximadamente el 90% de las personas entrevistadas en ambas encuestas mencionaron varios derechos siendo la respuesta más común la que tiene que ver con el derecho a la atención en salud- “*recibir atención*” y “*ser atendido*”-; el 61% de las personas entrevistadas en el año 2000 y el 68.3% en el 2010. La participación en salud fue raramente mencionada como un derecho en los servicios de salud (Figura 5).

En el modelo de regresión logística, las diferencias en los niveles de conocimiento entre ambos años fueron estadísticamente significativas luego de ajustar por las variables explicativas (área, sexo, nivel educativo y socioeconómico) exceptuando el conocimiento de los derechos en los servicios de salud (Tabla 6).

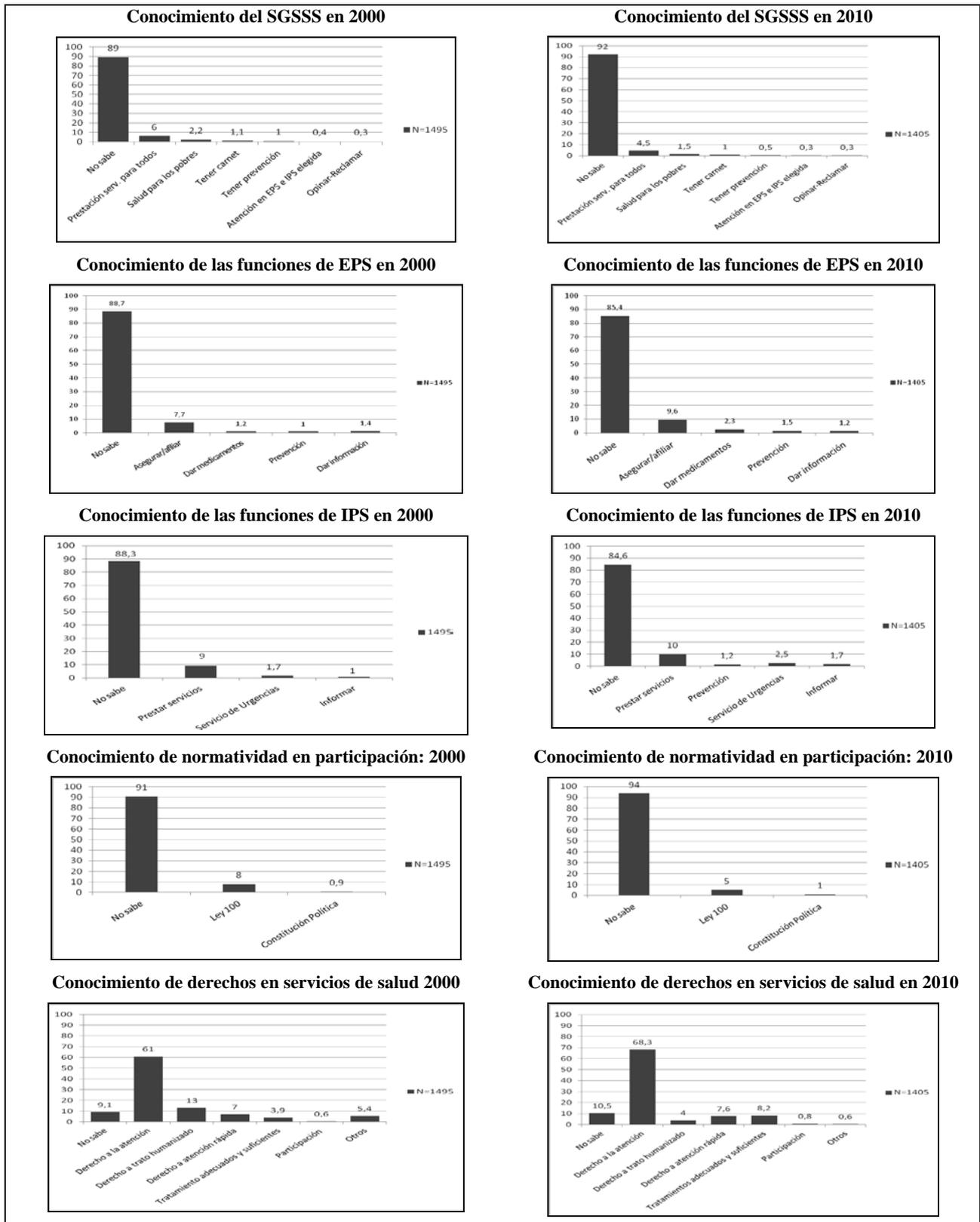


Figura 5. Conocimientos de usuarios acerca del SGSSS, de la norma participación y de los derechos en salud 2000 y 2010.

Tabla 6. Cambios en el nivel de conocimiento del SGSSS, la norma participativa y los derechos en salud: bivariado y asociación multivariada entre conocimiento y año.

	Encuesta 2000 (N = 1495)		Encuesta 2010 (N = 1405)		OR	IC 95%
	%	IC 95%	%	IC 95%		
Conocimiento del SGSSS	12	10 – 14	8	5 – 11.4	0.90	0.88-0.98
Conocimiento de las EPSs	11.3	8.9 – 13.9	14.6	10.5 – 18.7	1.71	1.12-2.23
Conocimiento de las IPSs	11.7	9.1 – 14.1	15.4	11.2 – 19.4	1.20	1.05-1.69
Conocimiento de las normas de participación	9.4	7.2 – 11.6	6.1	3.3 – 8.9	0.65	0.47-0.89
Conocimiento en los derechos en Salud	91.5	89.2 – 93.5	89.5	87.7 – 91.2	0.98	0.95-1.02

Nivel de referencia año 2000; OR: ajustado por área, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo y edad; SGSSS: Sistema General de Seguridad social en Salud; EPS: Empresas promotoras de salud; IPS: Instituciones prestadoras del servicio

Factores asociados al conocimiento del SGSSS

En el año 2000, el sexo, el nivel socioeconómico y educativo estuvieron relacionados con el conocimiento del SGSSS. Los hombres (OR= 2.11; 95% CI[1.58-2.83]) tuvieron mayor probabilidad de conocer el SGSSS que las mujeres, los usuarios con nivel socioeconómico alto (OR= 2.06; 95% CI [1.26-2.12]) tuvieron una mayor probabilidad de conocer el SGSSS que los usuarios de niveles socioeconómicos más bajos, y los usuarios de nivel educativo superior (OR =10.00; 95% CI[7.27-18.98]) tuvieron una mayor probabilidad de conocer el SGSSS que los usuarios de niveles educativos inferiores (Tabla 7).

Tabla 7. Factores asociados con el conocimiento del SGSSS en el 2000 y 2010

	Encuesta 2000		Encuesta 2010		
	N: 1495		N: 1405		
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	
Conocimiento del SGSSS	Área				
	Rural	1		1	
	Urbano	1.10	0.59 – 1.21	1.47	1.18 – 1.96
	Sexo				
	Mujeres	1		1	
	Hombres	2.11	1.58 – 2.83	1.04	0.74 – 1.48
	Nivel socioeconómico				
	Bajo	1		1	
	Medio	1.36	0.89 – 1.58	1.23	1.04 – 1.56
	Alto	2.06	1.26 – 2.12	2.85	1.44 – 8.65
	Nivel educativo				
	Sin escolaridad-primarios	1		1	
	Intermedios	2.72	1.92 -3.85	2.02	1.27 – 3.20
	Superiores	10.00	7.27-18.98	9.09	5.67 – 15.35
	Edad				
	13-30	1		1	
	31-40	1.36	0.70 – 2.02	1.30	0.58 – 2.65
	41-65	1.58	0.68 – 2.67	1.89	1.05 – 3.64
> 65	0.89	0.24 – 4.78	0.71	0.31 – 3.02	
Conocimiento de las EPS	Área				
	Rural	1		1	
	Urbano	1.11	0.62 – 1.24	1.03	0.81 – 1.13
	Sexo				
	Mujeres	1		1	
	Hombres	1.09	0.88 – 1.62	0.91	0.53 – 1.55
	Nivel socioeconómico				
	Bajo	1		1	
	Medio	0.90	0.83 – 1.64	1.28	1.07 – 1.45
	Alto	1.12	0.89 – 2.06	2.14	1.10 – 7.25
	Nivel educativo				
	Sin escolaridad-primarios	1		1	
	Intermedios	1.57	1.13 – 2.17	3.02	1.12 – 6.18
	Superiores	3-21	1.15 – 4.18	11.03	2.84 – 18.04
	Edad				
	13-30	1		1	
	31-40	1.94	1.04 – 2.87	2.31	0.79 – 5.43
	41-65	2.34	1.24 – 3.45	2.89	1.12 – 4.14
> 65	1.47	0.65 – 4.62	1.54	0.57 – 3.05	

Continuación de la Tabla 7

Conocimiento de las IPS	Área				
	Rural	1		1	
	Urbano	1.13	0.68 - 1.46	1.12	0.81 – 1.41
	Sexo				
	Mujeres	1		1	
	Hombres	1.12	0.95 - 1.55	0.94	0.83 – 2.00
	Nivel socioeconómico				
	Bajo	1		1	
	Medio	0.80	0.61 - 1.05	1.33	1.08 – 1.68
	Alto	1.36	1.02 - 1.42	1.80	1.42 – 6.55
	Nivel educativo				
	Sin escolaridad-primarios	1		1	
	Intermedios	1.94	1.26 - 2.13	3.22	1.39 – 4.66
	Superiores	4.78	1.71 - 6.02	4.28	2.56 – 9.22
	Edad				
	13-30	1		1	
	31-40	1.56	0.38 - 2.34	1.79	0.59 – 3.17
	41-65	2.98	1.30 – 4.66	3.15	1.32 – 6.76
	> 65	2.12	0.23 – 4.30	2.45	0.34 – 4.04
	Conocimiento de la norma participativa	Área			
Rural		1		1	
Urbano		0.58	0.39 – 0.87	0.90	0.79 – 1.24
Sexo					
Mujeres		1		1	
Hombres		1.77	1.22 – 2.57	1.08	0.54 – 1.52
Nivel socioeconómico					
Bajo		1		1	
Medio		1.38	1.08 – 1.72	1.50	1.06 – 2.83
Alto		2.04	1.79 – 2.34	3.83	1.48 – 9.90
Nivel educativo					
Sin escolaridad-primarios		1		1	
Intermedios		2.01	1.28 – 3.14	3.55	1.58 – 7.98
Superiores		5.49	3.05 – 9.88	6.04	1.95 – 14.68
Edad		1			
13-30		1.31	0.41 – 2.25	1	
31-40		3.24	1.65 – 5.98	1.23	0.53 – 2.46
41-65		1.98	0.43 – 2.67	1.64	0.34 – 3.21
> 65		1.26	0.12 – 3.98	1.15	0.27 – 3.65

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud; EPS: Empresas promotoras de Salud; IPS: Instituciones prestadoras del servicio OR: Ajustada por área, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo y edad.

En el año 2010, el área, el nivel socioeconómico, el educativo y la edad estuvieron asociados con el conocimiento del SGSSS. Los usuarios del área urbana (OR= 1.47; 95%CI[1.18-1.96]) tuvieron una mayor probabilidad de conocer el SGSSS que los del área rural, usuarios de nivel socioeconómico medio (OR= 1.23; 95% CI[1.04-1.56]) y

de nivel socioeconómico alto (OR= 2.85; 95% CI[1.44-8.65]) tuvieron una mayor probabilidad de conocer el SGSSS que los usuarios de nivel socioeconómico bajo, los usuarios de nivel educativo intermedio (OR= 2.02; 95% CI[1.27-3.20]) y superior (OR= 9.09; 95% CI[5.67-15.35]) tuvieron una probabilidad más alta de conocer el SGSSS que los usuarios con bajos niveles educativo, los usuarios de edades entre 41-65 años (OR= 1.89; 95% CI[1.05-3.64]) tuvieron un más alta probabilidad de conocer el SGSSS que los demás (Tabla 7).

Factores asociados con el conocimiento de las empresas aseguradoras (EPSs)

En el año 2000, el nivel educativo y la edad se asociaron al conocimiento de las EPSs. Los usuarios de estudios intermedios (OR= 1.57; 95% CI[1.13-2.17]) y con estudios superiores (OR= 3.21; 95% CI[1.15-4.18]) tuvieron una mayor probabilidad de conocer las EPSs, que las personas sin estudios o con estudios primarios. Los usuarios con edades de 31-40 años (OR=1.94; 95% CI[1.04-2.87]) y de 41-65 (OR=2.34 ; 95% CI[1.24-3.45]) tuvieron mayor probabilidad de conocer las EPS (Tabla 7).

En el año 2010, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad se asociaron significativamente con el conocimiento de las EPSs. Los usuarios de nivel socioeconómico medio (OR= 1.28; 95% CI[1.07-1.45]) y alto (OR= 2.14; 95% CI[1.10-7.25]) presentaron una mayor probabilidad de conocer las EPS que los usuarios del nivel socioeconómico bajo, usuarios con estudios intermedios (OR= 3.02;95% CI[1.12-6.18]) y superiores (OR= 11.03;95% CI[2.84-18.04]) presentaron una probabilidad más alta de conocer las EPSs que las personas de un nivel educativo inferior, las personas con edades entre 41-65 años (OR= 2.89; 95% CI[1.12-4.14]) presentaron una probabilidad mayor de conocer las EPS que los más jóvenes o los mayores de 65 (Tabla 7).

Factores asociados con el conocimiento de las instituciones proveedoras (IPSs)

En el año 2000, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad se relacionaron significativamente con el conocimiento de las IPSs. Los usuarios del nivel socioeconómico alto (OR= 1.36;95% CI[1.02-1.42]) tuvieron una probabilidad mayor de conocer las IPS que los de niveles socioeconómicos medio y bajo, los usuarios del

nivel educativo intermedio (OR= 1.94; 95% CI[1.26-2.13]) y superior (OR= 4.78; 95% CI[1.71-6.02]) presentaron una mayor probabilidad de conocer las IPSs, que los sin estudio-nivel primaria, los usuarios de 41-65 (OR= 2.98 ; 95% CI[1.30-4.66]) tuvieron una más alta probabilidad de conocer las IPSs que los demás (Tabla 7).

En el año 2010 se mantiene la asociación, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad se asociaron significativamente al conocimiento de las IPSs. Los usuarios de nivel socioeconómico medio (OR= 1.33; 95% CI[1.08–1.68]) y alto (OR= 1.80; 95% CI[1.42–6.55]) presentaron una mayor probabilidad de conocer las IPSs que los de nivel bajo, los usuarios de nivel educativo intermedio (OR= 3.22; 95% CI[1.39- 4.66]) y los superiores (OR= 4.28; 95% CI[2.56-9.22]) presentaron una mayor probabilidad de conocer las IPSs que los usuarios sin estudio o con estudios primarios, los usuarios de 41-65 (OR= 3.15; 95% CI[1.32-6.76]) tuvieron una más alta probabilidad de conocer las IPSs que los demás (Tabla 7).

Factores asociados con el conocimiento de la norma de participación social

En el año 2000, el área, el sexo, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad se asociaron con el conocimiento de la norma para participar. Los usuarios del área rural tuvieron la probabilidad de conocer más la norma que los del área urbana (OR= 0.58; 95% CI[0.39-0.87]), los hombres (OR=1.77; 95% CI[1.22-2.57]) presentaron una mayor probabilidad de conocer más la norma que las mujeres, usuarios de nivel socioeconómico medio (OR=1.38; 95% CI[1.09-1.72]) y del alto (OR= 2.04; 95% CI[1.79-2.34]) tuvieron mayor probabilidad de conocer la norma que los del nivel bajo, usuarios con estudios intermedios (OR= 2.01; 95% CI[1.28-3.14]) y superiores (OR 5.49; 95% CI[3.05-9.88]) presentaron una mayor probabilidad de conocer la norma para participar que los sin estudios o con estudios primarios, los usuarios de 31-40 años (OR= 3.24; 95% CI[1.65-5.98]) tuvieron una probabilidad más alta de conocer la norma de participación que los usuarios de otras edades (Tabla 7).

En el año 2010, solamente el nivel socioeconómico y el nivel educativo se asociaron al conocimiento de la norma. Los usuarios del nivel socioeconómico medio (OR=1.50; 95% CI[1.06-2.83]) y los del alto (OR=3.83; 95% CI[1.48-9.90]) presentaron una probabilidad mayor de conocer la norma para participar que los del nivel bajo, los

usuarios con estudios intermedios (OR=3.55; 95% CI[1.58-7.98]) y superiores (OR=6.04; 95% CI[1.95-14.68]) presentaron una mayor probabilidad de tener un conocimiento acerca de la norma para participar que los de nivel educativo bajo (Tabla 7).

Factores asociados con el conocimiento de derechos en los servicios de salud

En el año 2000, el área, el nivel educativo y la edad, fueron factores que se asociaron significativamente con los derechos de salud. Los usuarios del área urbana (OR= 1.39; 95% CI[1.14-1.65]) conocían más los derechos en salud que los del área rural, personas con nivel educativo superior (OR= 1.34;95% CI[1.12-4.28]) presentaron una mayor probabilidad de conocer los derechos en los servicios de salud, los usuarios con edades de 31 a 40 años (OR= 2.03;95% CI[1.32-3.09]) presentaron una probabilidad más alta de conocer los derechos que los usuarios de otras edades (Tabla 8).

En el año 2010 ninguno de los factores se asoció significativamente al conocimiento de los derechos en salud (Tabla 8).

Tabla 8. Factores asociados con los niveles de conocimiento de los derechos a los servicios de salud en 2000 y 2010

		Encuesta 2000 N: 1495		Encuesta 2010 N: 1405	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Conocimientos de los derechos a los servicios de salud	Área				
	Rural	1		1	
	Urbana	1.39	1.14 – 1.65	1.09	0.43 – 1.20
	Sex				
	Mujeres	1		1	
	Hombres	1.20	0.79 - 1.81	0.98	0.66 – 1.46
	Nivel socioeconómico				
	Bajo	1		1	
	Medio	0.67	0.45 - 1.01	1.09	0.64 – 3.02
	Alto	1.13	0.58 - 2.20	1.22	0.32 – 10.6
	Nivel educativo				
	Sin escolaridad- primario	1		1	
	Intermedios	1.07	0.87 – 2.57	1.03	0.59 – 1.70
	Superiores	1.34	1.12 - 4.28	1.50	0.39 – 13.86
	Edad				
	13-30	1		1	
	31-40	2.03	1.32-3.09	2.00	0.85-3.17
41-65	1.69	0.82-4.45	1.62	0.60-2.65	
> 65	1.45	0.59-3.50	1.39	0.21-3.58	

3. Cambios en el nivel del conocimiento de los mecanismos de participación

En ambos años predominó el conocimiento de los mecanismos de mercado, es decir la oficina de atención al usuario, el buzón, línea telefónica y las veedurías por encima del 60%; mientras, que los institucionales como las AU, los comités de ética hospitalaria y juntas directivas apenas alcanzaron un 8.3% en el 2000, disminuyendo al 5.2% en el año 2010 (Tabla 9). En términos generales, en la encuesta del 2000 se observa un mayor nivel de conocimiento en casi todos los mecanismos de participación, con relación a la encuesta del 2010. En el modelo de regresión logística, las diferencias de conocimiento de los mecanismos en ambos años fueron estadísticamente significativas, luego de ajustar por las variables explicativas (área, sexo, nivel socioeconómico nivel educativo y edad) (Tabla 10).

Factores asociados al conocimiento de los mecanismos de mercado

En el año 2000, el sexo, el nivel socioeconómico y el nivel educativo se asociaron significativamente al conocimiento de los mecanismos de participación de mercado. Los usuarios hombres (OR= 1.30; 95% CI[1.03-1.64]), tuvieron mayor probabilidad de conocer los mecanismos de participación de mercado que las mujeres; los usuarios del nivel socioeconómico alto (OR= 1.54; 95% CI[1.08-2.84]) tuvieron mayor probabilidad de conocer los mecanismos de mercado que los del bajo; y usuarios con estudios intermedios (OR= 2.95; 95% CI[1.95-4.48]) y superiores (OR=4.58; 95% CI[2.51- 8.35]) tuvieron una probabilidad más alta de conocer los mecanismos de mercado que los usuarios sin estudio o con estudios primarios (Tabla 11).

En el año 2010, el área, la escolaridad y la edad se asociaron con el conocimiento de los mecanismos de mercado. Los usuarios del área rural presentaron una probabilidad mayor que los del área urbana (OR= 0.61; 95% CI[0.43-0.88]) de conocer los mecanismos de mercado; las personas de estudios superiores (OR= 10.34; 95% CI[3.47-20.80]) presentaron una probabilidad mucho mayor de conocer los mecanismos de mercado, que los de estudios primarios o sin estudios; los usuarios de edades comprendidas entre los 20-30 (OR= 1.74; 95% CI[1.04-4.08]) presentaron una mayor probabilidad de conocer los mecanismos de mercado que los demás usuarios (Tabla 11)

Tabla 9. Cambios en el nivel de conocimiento de los mecanismos de participación de mercado e institucionales en 2000 y 2010.

Mecanismos	Encuesta 2000 N:1495		Encuesta 2010 N:1405	
	n (%)	IC	n (%)	IC
Mercado				
OAU de EPS	870 (57.8)	55.3 - 60.3	629 (44.8)	42.2 - 47.4
OAU de IPS	717 (48)	45.8 - 50.2	519 (37)	34.5 - 39.5
Buzón	941 (63)	60.8 - 65.6	1025 (73)	70.7 - 75.7
Línea telefónica	713 (47.7)	45.2 - 50.2	458 (32.6)	30.1 - 35.2
Veeduría	113 (7.6)	6.3 - 8.9	90 (6.4)	5.1 - 7.7
Institucionales				
AU de EPS	47 (3.2)	2.3 - 4.2	36 (2.6)	1.8 - 3.5
AU de IPS	73 (4.9)	3.8 - 6.0	59 (4.2)	3.2 - 5.2
Comité ética Hospitalaria	95 (6.4)	4.3 - 6.5	80 (5.7)	4.4 - 6.8
Juntas directivas	330 (22.1)	20 - 24.6	122 (8.7)	7.2 - 10.2

OAU: Oficina de Atención al Usuario; AU: Asociación de Usuarios; EPS: Empresa promotora de salud; IPS: Institución Prestadora del Servicio.

Tabla 10. Cambios en el nivel de conocimiento y de utilización de los mecanismos de mercado e institucionales: bivariado y asociación multivariada entre el año 2000 y 2010.

	Encuesta 2000 (N = 1495)		Encuesta 2010 (N = 1405)		OR	IC 95%
	n %	IC 95%	n %	IC 95%		
Conocimiento de mecanismos de mercado	1120 (68)	65.2 - 70.1	814 (57)	54.4 - 59.6	0.69	0.55-0.85
Conocimiento de mecanismos institucionales	86 (5.9)	4.6-7.0	56 (3.6)	2.8 - 4.8	0.28	0.11- 0.69
Utilización de mecanismos de mercado	141 (9.4)	7.9 -10.9	140 (10.3)	8.7 - 11-9	1.10	0.28 – 7.92
Utilización de mecanismos institucionales	32 (2.2)	1.4-3.0	11 (1)	0.5 - 1.5	0.36	0.18 – 0.73

Nivel de referencia año 2000; OR: ajustado por área, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo y edad.

Factores asociados al conocimiento de mecanismos institucionales

En el año 2000, el sexo, el nivel socioeconómico y el nivel educativo estuvieron asociados con el conocimiento de los mecanismos institucionales. Los hombres conocieron más del doble (OR=2.56; 95% CI[1.26-5.19]) que las mujeres; los usuarios de nivel socioeconómico alto (OR=2.23; 95% CI[1.44-4.42]) presentaron la probabilidad de conocer más los mecanismos institucionales que las personas de nivel medio y bajo; las personas con estudios superiores tuvieron una probabilidad mucho mayor (OR=6.44; 95% CI[1.33-21.13]) de conocer los mecanismos institucionales que las demás personas (Tabla 11).

En el año 2010, el área, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad estuvieron asociados con el conocimiento de los mecanismos institucionales. Los del área urbana tuvieron una probabilidad menor (OR=0.47; 95% CI[0.21-0.56]) de conocer los mecanismos institucionales que los del área urbana. Los usuarios del nivel alto (OR= 3.15; 95% CI[1.57-6.33]) presentaron una probabilidad tres veces mayor de conocer los mecanismos institucionales que los demás usuarios, los usuarios con estudios superiores tuvieron una probabilidad mucho más alta de conocer los mecanismos institucionales (OR= 11.28; 95% CI[2.98-22.4]) que usuarios de niveles inferiores, los usuarios entre los 41 – 65 (OR=2.13; 95% CI[1.05-4.77]) tienen una probabilidad mayor de conocer los mecanismos institucionales que los usuarios más jóvenes o que los mayores (Tabla 11).

Tabla 11. Factores asociados al conocimiento de los mecanismos en 2000 y 2010

	Encuesta 2000		Encuesta 2010	
	N: 1495		N: 1405	
	Odd Ratio	IC95%	Odd Ratio	IC 95%
Mecanismos de mercado				
Área				
Rural	1		1	
Urbano	1.07	0.85-1.35	0.61	0.43- 0.88
Sexo				
Mujeres	1		1	
Hombres	1.30	1.03-1.64	0.91	0.70-1.19
Nivel socioeconómico				
Bajo	1		1	
Medio	0.92	0.71-1.20	1.70	1.17-2.49
Alto	1.54	1.08-2.84	0.92	0.39-1.35
Nivel educativo				
Sin estudio- primarios	1		1	
Estudios intermedios	2.95	1.95-4.48	1.72	0.76-3.88
Estudios superiores	4.58	2.51-8.35	10.34	3.47-20.80
Edad				
13 -30	1		1	
31-40	1.08	0,61-1.72	1.32	0.77-3.46
41-65	1.35	0.69-1.84	0.96	0.44-2.09
>65	0.87	0.49-1.53	0.47	0.23-4.11
Mecanismos institucionales				
Area				
Rural	1		1	
Urbana	0.65	0.31-1.34	0.47	0.21-0.56
Sexo				
Mujeres	1		1	
Hombres	2.56	1.26-5.19	1.14	0.82-1.59
Nivel socioeconómico				
Bajo	1		1	
Medio	0.66	0.30-1.42	1.64	0.98-2.76
Alto	2.23	1.44-4.42	3.15	1.57-6.33
Nivel educativo				
Sin estudio-primarios	1		1	
Estudios intermedios	2,39	0,59-9-57	3.21	1.06-7.13
Estudios superiores	6,44	1.33-21.13	11.28	2.98-22.4
Edad				
13 -30	1		1	
31-40	2,45	0.52-11.46	1.70	0.74-3.93
41-65	1.22	0.26-5.70	2.13	1.05-4.77
>65	0.69	0.08-5.41	0.87	0.31-2.43

4. Cambios en la utilización de los mecanismos

En las dos encuestas se les preguntó a los usuarios que conocían los mecanismos si los habían utilizado, lo cual arrojó en el año 2000 una tasa del 24% de utilización de los mecanismos, dándose la mayor utilización en los mecanismos de mercado y en los mecanismos institucionales ninguno superó el 3%. En el 2010 la tasa utilización de los mecanismos mostró un descenso generalizado con relación al año 2000, observándose un incremento sólo en el buzón. La tasa de utilización de los mecanismos apenas superó el 12%, donde los mecanismos de mercado fueron los más utilizados, mientras que en los institucionales ninguno llegó al 1%. (Tabla 12). En el modelo de regresión logística, las diferencias en los niveles de utilización de los mecanismos en ambos años fueron estadísticamente significativas sólo para los mecanismos institucionales, luego de ajustar por las variables explicativas (área, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo y edad) (Tabla 10).

Tabla 12. Cambios en el nivel de utilización de los mecanismos en 2000 y 2010

Mecanismos	Encuesta 2000 N:1495		Encuesta 2010 N:1405	
	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%
Mercado				
OAU de EPS	174 (11.3)	10.1 – 13.3	150 (10.7)	9.1- 12.3
OAU de IPS	102 (7)	5.7 – 8.3	88 (7)	4.0 - 8.0
Buzón	104 (7.1)	5.8 - 8.4	182 (13)	10.2 - 15.8
Línea telefónica	305 (20.3)	18.3 - 22.3	55 (4)	3.0 - 5.0
Veeduría	10 (0.7)	0.3 - 1.1	14 (1.1)	0.6 - 1.6
Institucionales				
AU de EPS	6 (0.4)	0.1 - 0.7	3 (0.2)	0.0 -0.4
AU de IPS	12 (0.8)	0.3 – 1.3	4 (0.3)	0.4 - 0.6
Comité ética hospitalaria	12 (0.8)	0.3 - 1.3	11 (0.8)	0.3 - 1.3
Juntas directivas	27 (1.8)	0.7-2.9	12 (0.9)	0.4 - 1.4

OAU: Oficina de Atención al Usuario; AU: Asociación de Usuarios; EPS: Empresa promotora de salud; IPS: Institución Prestadora del Servicio.

Factores asociados a la utilización de los mecanismos de mercado.

En el año 2000, el nivel educativo y la edad se asociaron con la utilización de los mecanismos de mercado. Las personas con estudios intermedios (OR=5.25; 95% CI[1.10-15.06]) y superiores (OR=8.17; 95% CI[1.41-27.21]) presentaron una probabilidad mucho más alta de utilizar los mecanismos de mercado que los usuarios sin estudios/estudios primarios; los usuarios con edades entre los 31-40 (OR= 3.03; 95% CI[1.04-5.82]) y de 41-65 años (OR=2.61; 95% CI[1.10-6.49]) presentaron una probabilidad más alta de utilizar los mecanismos de mercado que los demás usuarios (Tabla 13).

En el 2010, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad se asociaron a la utilización de los mecanismos de mercado. Los usuarios de nivel socioeconómico medio (OR= 1.56; 95% CI[1.04-2.34]) y los del alto (OR=3.61; 95% CI[2.07-6.28])

presentaron una probabilidad mucho más alta de utilizar los mecanismos de mercado que los del bajo; las personas de edades comprendidas entre los 13-30 (OR= 2.64; 95% CI[1.21-5.78]) y los de 31-40 (OR= 2.26; 95% CI[1.04-4.91]) presentaron una probabilidad mayor de utilizar los mecanismos de mercado que los demás usuarios (Tabla 13).

Factores asociados a la utilización de los mecanismos institucionales

En el año 2000, el área, el sexo y el nivel educativo estuvieron asociados a la utilización de los mecanismos institucionales. Los usuarios del área urbana presentaron una probabilidad menor (OR=0.16; 95% CI[0.01-0.68]) que los usuarios del área rural de utilizar los mecanismos institucionales; los hombres (OR=2.00; 95% CI[1.06-4.25]) tuvieron una probabilidad del doble con relación a las mujeres de utilizar los mecanismos institucionales; las personas con nivel educativo intermedio (OR=2.39; 95% CI[1.06-7.65]) y superior (OR=6.44; 95% CI[1.96-16.89]) tuvieron una probabilidad mucho mayor que los usuarios con estudios primarios o sin estudios de utilizar los mecanismos institucionales (Tabla 13).

En el 2010, el área, el nivel educativo y la edad se asociaron a la utilización de los mecanismos institucionales. Los usuarios del área urbana presentaron una probabilidad menor (OR= 0.31; 95% CI[0.02-0.86]) de utilizar los mecanismos institucionales que los del área rural; las personas con estudios superiores (OR= 11.28; 95% CI[3.45 -18.6]) y con estudios intermedios (OR= 2.51; 95% CI[1.09-4.99]) tuvieron una probabilidad mucho mayor que los usuarios con estudios primarios o sin estudios de utilizar los mecanismos institucionales; así mismo, los usuarios con edades comprendidas entre los 41-65 años (OR= 1.86; 95% CI[1.23-3.45]) tuvieron una probabilidad mayor de utilizar los mecanismos institucionales que usuarios de otras edades (Tabla 13).

Tabla 13. Factores asociados a la utilización de los mecanismos en 2000 y 2010

	Encuesta 2000 N: 1495		Encuesta 2010 N: 1405		
	Odd Ratio	IC95%	Odd Ratio	IC 95%	
Mecanismos de mercado	Área				
	Rural	1		1	
	Urbano	0.86	0.33-1.89	0.75	0.51-1.11
	Sexo				
	Mujeres	1		1	
	Hombres	1.30	0.76-2.52	0.91	0.37-2.24
	Nivel socioeconómico				
	Bajo	1		1	
	Medio	1.03	0.68-1.57	1.56	1.04-2.34
	Medio Alto	1.36	0.46-2.45	3.61	2.07-6.28
	Nivel educativo				
	Sin estudio-primarios	1		1	
	Estudios intermedios	5.25	1.10-15.06	2.93	1.07-4.82
	Estudios superiores	8.17	1.41-27.21	4.38	1.78-9.25
	Edad				
	(13 - 30)	1		1	
	(31-40)	3.03	1.04-5.82	2.26	1.04-4.91
	(41-65)	2.61	1.10-6.49	1.68	0.78-3.60
	(>65)	1.16	0.58-6.57	1.47	0.60-3.57
	Mecanismos institucionales	Área			
Rural		1		1	
Urbana		0.16	0.01-0.68	0.31	0.02-0.86
Sexo					
Mujeres		1		1	
Hombres		2.00	1.06-4.25	0.65	0.11-1.80
Nivel socioeconómico					
Bajo		1		1	
Medio		0.92	0.15-7.41	1.64	0.03-5.78
Medio Alto		1.72	0.09-17.43	3.154	0.09-19.9
Nivel educativo					
Sin estudio-primarios		1		1	
Estudios intermedios		2.39	1.06-7.65	2.51	1.09-4.99
Estudios superiores		6.44	1.96-16.89	11.28	3.45-18.6
Edad					
(13 -30)		1		1	
(31-40)		2.71	0.23-21.2	1.08	0.45-5.87
(41-65)		0.91	0.53-15.9	1.86	1.23-3.45
(>65)		1,69	0.24-34.82	1.08	0.61-4.87

5. Actuación institucional referida por los usuarios

Al preguntarles a los usuarios si habían recibido alguna invitación para participar en reuniones de salud o si habían recibido información de resultados de las reuniones por parte de instancias municipales, así como si habían recibido invitación para participar en las asociaciones de usuarios (AU) de las EPS o de las IPS, comunicación o invitación para elegir el representante de la comunidad a la junta directiva de la IPS públicas; se observó en el año 2000 que menos del 5% refirió haber sido invitado o notificado. A pesar de ser muy baja la proporción de usuarios, se observa en los resultados, que las convocatorias para participar en las asociaciones de usuarios de las EPS, en la elección del representante a las juntas directivas de las IPS públicas y en las asociaciones de usuarios de las IPS, fueron las más mencionadas por los usuarios. En el año 2010 estas proporciones disminuyeron más, y solamente el 1.5% de los usuarios entrevistados dice haber sido invitado a participar en las asociaciones de usuarios de las IPS, el 1.3% a participar en la elección del representante de los usuarios a la junta directiva de las IPS (Tabla 14).

Tabla 14. Actuación institucional percibida por usuarios en 2000 y 2010

	Encuesta 2000 N:1495		Encuesta 2010 N:1405	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Fue invitado alguna vez por parte de autoridades municipales, a participar en reuniones de salud.	22 (1.5)	0.5- 2.5	7 (0.5)	-0.1- 1.1
Recibió alguna vez por parte de autoridades municipales, información sobre salud.	18 (1.2)	0.3-2.1	4 (0.3)	-0.2- 0.8
Fue invitado alguna vez a participar en reuniones de la AU de la EPS.	66 (4.4)	2.7- 6.1	18 (1.3)	0.3-2.3
Recibió alguna vez información de las reuniones o gestiones de la AU de su EPS.	33 (2.2)	1.0-3.4	8 (0.6)	0.0-1.2
Fue invitado alguna vez a participar en reuniones de la AU de la IPS.	42 (2.8)	1.4-4.2	21 (1.5)	0.5-2.5
Recibió alguna vez información de las reuniones o gestiones de la AU de su IPS.	27 (1.8)	0.7-2.9	11 (0.8)	0.1-1.5
Recibió alguna vez comunicación de las Juntas directivas.	46 (3.1)	1.6-4.6	18 (1.3)	0.3-2.3

AU: Asociación de usuarios; EPS: Empresa promotora de salud; IPS: Institución prestadora del servicio

6. Respuestas institucionales a las demandas por medio de los mecanismos

En el año 2000, los pocos usuarios que habían utilizado los mecanismos de participación refirieron que lograron resolver sus inquietudes, reclamaciones o propuestas ante las instituciones de salud mediante los mecanismos en más del 50% de los casos, sobre todo en los mecanismos de mercado como la oficina de atención al usuario, la línea telefónica y el buzón de sugerencias y en algunos de los mecanismos institucionales.

En el 2010, se observó en varios casos una disminución importante en la proporción de resolución a las inquietudes y reclamaciones de los usuarios por parte de las instituciones mediante los mecanismos de participación; sobre todo con las oficinas de atención al usuario de las EPS, con la línea telefónica, en los comités de ética hospitalaria y en las juntas directivas (Tabla 15).

Tabla 15. Tasa de utilización de los mecanismos de participación por usuarios, y respuestas positivas dadas por las Instituciones en 2000 y 2010.

Mecanismos de participación	Encuesta 2000 N: 1495				Encuesta 2010 N: 1405			
	Utilización del mecanismo		Respuesta de la institución		Utilización del mecanismo		Respuesta de la institución	
	n ¹ (%)	IC	n ² (%)	IC	n ¹ (%)	IC	n ² (%)	IC
Mercado								
O.A.U EPS	175 (11.7)	9.0-14.4	108 (61.7)	57.6-65.8	150 (10.7)	8.1-13.3	78 (52)	47.8-56.2
O.A.U IPS	102 (7.0)	4.7-8.9	57 (55.8)	51.6-60.0	88 (6.0)	4.3-8.3	54 (61.3)	57.2-65.4
Buzón	104 (7.0)	4.8-9.0	31 (29.7)	25.9-33.5	158 (13.0)	9.6-17.0	41 (25.9)	22.2-29.6
Línea telefónica	306 (20.3)	17.0-23.8	251 (82)	78.8-85.2	55 (3.9)	2.3-5.5	23 (41.8)	37.7-45.9
Veedurías	10 (0.7)	0.0-1.4	6 (60)	55.9-64.1	12 (0.8)	0.1-1.5	8 (66.6)	62.6-70.6
Institucionales								
Comités ética hospitalaria	12 (0.8)	0.1-1.5	8 (66.6)	62.6-70.6	11 (0.8)	0.1-1.5	5 (45.4)	41.2-49.6
Juntas directivas	27 (1.8)	0.7-2.9	15 (55.5)	51.3-59.7	13 (0.9)	0.1-1.7	6 (46.1)	41.9-50.3

OAU: Oficina de atención al usuario; EPS: Empresa promotora de salud; IPS: Institución prestadora del servicio. n¹: Personas que utilizaron el mecanismo. n²: Personas que recibieron respuesta positiva de la institución.

DISCUSIÓN

Varios autores señalan^{9:30;47} que la implantación de una política pública depende, en gran medida, del conocimiento de la política por parte de los actores, de la disposición de los actores a actuar y que actúen efectivamente en dirección a los objetivos de la política. En los sistemas de salud basados en mecanismos de mercado, que promueven la participación social como uno de sus ejes, los usuarios deben conocer y tener información acerca del sistema, para poder participar y tomar decisiones informadas en salud, para acceder a los servicios y para exigir sus derechos. Este trabajo que analizó la evolución del conocimiento de los usuarios acerca del sistema de salud, sus derechos, el conocimiento de los mecanismos de participación y su utilización, así como la actuación y respuestas institucionales en la última década, nos permite señalar que la política de participación en Colombia no ha logrado materializarse. Por el contrario, los conocimientos han disminuido, sobre todo en las personas más desfavorecidas. Esto reflejaría una importante debilidad en la política de participación ya que sin conocimiento no se puede participar en el sistema; así entonces, tampoco se cumple con uno de los principios fundamentales del SGSSS como es la participación efectiva de los usuarios en su planeación, gestión y vigilancia.

Fortalezas y debilidades del estudio

Fortalezas

Esta es la primera vez que se analiza la implantación de la política participación social en salud en Colombia mediante una comparación de dos estudios transversales, en un intervalo de 10 años. Se analizó el grado de implantación de la política siguiendo el modelo propuesto por Walt & Gilson³⁶, donde se tomaron los usuarios como uno de los principales actores de la política, analizando aspectos cognitivos como el nivel de conocimientos y aspectos comportamentales como el nivel de utilización. También se tomaron aspectos interactivos como la actuación de las instituciones de salud y las respuestas a los usuarios.

Este estudio da seguimiento al del 2000, que como una primera evaluación de la política, sirve de línea de base para poder conocer si han evolucionado u ocurrido cambios en los niveles de conocimientos del SGSSS y en los derechos a los servicios de salud, en los niveles de conocimiento de los mecanismos de participación contemplados en la política y en la utilización de éstos.

Además, se analizaron los factores sociodemográficos asociados a la evolución del conocimiento y de los comportamientos participativos de los usuarios del sistema.

Limitaciones

Como punto débil de la investigación, se resalta el hecho de no haber podido contar con estudios similares en Colombia u otros países orientados a evaluar la política de participación -considerando los usuarios y sus niveles de conocimiento-, en un intervalo de tiempo; para poder contrastar avances o retrocesos en la implantación de la política y enriquecer la discusión.

Si bien los métodos cuantitativos nos permiten medir aspectos objetivos de la realidad social, como es la extensión de los fenómenos, hacer comparaciones apoyadas en pruebas estadísticas que den cuenta de la y magnitud en los cambios de comportamientos observados, no nos permite conocer los “*por qué*” ni los “*cómo*” de dichos cambios. Esta limitación es ahora una oportunidad para empezar a generar nuevas investigaciones que indaguen, con otros métodos, por aspectos intersubjetivos que originan, mantienen o cambian comportamientos participativos en los usuarios del sistema de salud de Colombia

La implantación de la política de participación social en Colombia parece ser una experiencia poco exitosa.

Los resultados de este trabajo, en términos generales, evidencian que la implantación de la política de participación de los usuarios en el SGSSS ha sido poco exitosa. Las hipótesis de trabajo de esta investigación fueron rechazadas. Después de 16 años de formulada la política de participación en 1994 y luego de 10 años desde la primera evaluación llevada a cabo en el 2000, se observa que el conocimiento del SGSSS y de

los derechos en salud, de los mecanismos de participación y su utilización, en casi todos los casos, en lugar de incrementarse tienden a disminuir.

Muy pocos usuarios conocen el sistema de salud: barrera importante para la participación

Los resultados evidencian, que si bien la gran mayoría de las personas encuestadas en el 2000 poseían un conocimiento muy limitado del sistema de salud, hecho también observado en otro estudio en el 2002²⁷, diez años más tarde decrece esta proporción de población con conocimientos sobre el sistema. Sólo se observa un pequeño incremento en el conocimiento de las entidades aseguradoras (EPS) y de las prestadoras del servicio (IPS), pero este incremento fue mucho menos de lo que se hubiera esperado, puesto que son instituciones con las que los usuarios tienen una interacción cotidiana en la búsqueda de la atención en salud. El conocimiento del sistema de salud y su funcionamiento es un determinante para acceder a los servicios de salud y, por el contrario, un limitado conocimiento es una barrera significativa para acceder⁵⁶ y para ejercer el derecho a la atención en salud (el nivel más bajo de participación). Este conocimiento es más importante aun en un sistema tan complejo como el de Colombia, donde la utilización de los servicios se haya mediada por numerosos y complejos procedimientos burocráticos^{158;159}.

Decrece el conocimiento y la utilización de los mecanismos de participación

En los sistemas de salud basados en la aplicación de mecanismos de mercado como el de Colombia se considera necesaria la participación social. Para ello, los usuarios deben conocer las normas y los mecanismos de participación para poder participar en su control, lograr transparencia en su gestión y calidad en los servicios. Los resultados nos muestran que, en el año 2000 los mecanismos institucionales o de toma de decisiones en el sistema eran conocidos por muy pocos usuarios y en cambio los de mercado eran conocidos aproximadamente por la mitad de los entrevistados; pero diez años después, el nivel de conocimientos de los mecanismos decreció. Igual tendencia se observó con la utilización de los mecanismos. En el año 2000 mientras los mecanismos de mercado como las oficinas de atención al usuario, el buzón y la línea telefónica, fueron utilizados aproximadamente por una cuarta parte de los entrevistados, los mecanismos

institucionales para tomar decisiones en el sistema como las asociaciones de usuarios, los comités de ética hospitalaria y las juntas directivas de IPS públicas, fueron utilizadas por muy pocos usuarios. En el 2010 se observó que aproximadamente el 10% de las personas entrevistadas había utilizado los mecanismos de mercado, y era casi inexistente el uso de los mecanismos institucionales. El poco conocimiento y uso de los mecanismos establecido en la política de participación estaría reflejando una escasa aceptación por parte de la población. En Colombia y en otros países de la región, mecanismos y políticas de participación fueron implantadas en las reformas al sector salud si considerar aspectos culturales¹⁰³ como los conocimientos y prácticas de participación y organización comunitaria ancladas en la cultura Latinoamericana, de las que dan cuenta la historia de la participación en América Latina. Esto ha llevado a una falta de confianza hacia esos mecanismos como lo han señalado algunos estudios en Colombia y Brasil^{21;106}. Los aspectos culturales deben ser considerados si se quiere fomentar la participación en los sistemas de salud^{2;103;189} para lograr entre otros, el mejoramiento de los servicios de salud. Precisamente en este trabajo se observa que, las personas que menos conocen y utilizan los mecanismos de participación -como son las de bajos niveles socioeconómicos y de estudios-, son las que sufren más servicios de mala calidad, según estudios recientes en Colombia^{4;159;190}.

Sólo la conciencia de los usuarios de ser portadores de derechos a los servicios de salud se mantiene después de una década

A partir de las experiencias, pero sobre todo, a partir de la comprensión de conceptos como la *naturaleza humana* e *individuo*, se ha construido socialmente en diferentes momentos históricos, lo que entendemos por *derechos fundamentales*¹⁹¹, como el respeto que merecen todas las personas o individuos por su naturaleza humana^{192;193}. Pero la vigencia de los derechos fundamentales en una sociedad determinada sólo estará dada por un amplio consenso originado en la fuerza de una conciencia colectiva acerca de la existencia de esos derechos. A partir de este consenso, la sociedad debe fortalecer su capacidad de crear un *deber ser* y lograr que se reconozcan sus derechos en el orden jurídico y, por último, la capacidad de los grupos sociales de hacerlos cumplir y ejercerlos en la vida cotidiana¹⁹¹.

En los resultados se observa que existe una conciencia colectiva fortalecida con relación al auto-reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos. Alrededor del 90% en ambas encuestas, los usuarios se percibieron como portadores de derechos en salud; sobre todo del derecho a recibir la atención, coincidiendo con los resultados de otro estudio recientemente realizado en Colombia²⁹. Podríamos decir que esta conciencia colectiva ha permanecido en los últimos diez años. En el 2000 las personas del área urbana y con estudios superiores tenían mayor probabilidad de conocer o de ser más conscientes de sus derechos en los servicios de salud. Aunque se dio un pequeño descenso en el 2010, el conocimiento de los derechos en ese año continuó teniendo unos niveles muy altos, semejantes para todos los grupos de usuarios del estudio.

Ese reconocimiento de la mayoría de tener derechos en la atención a la salud estaría en la base de una fuerte conciencia colectiva. Este hecho, ayudaría a entender –en parte– como se construyó ese *deber ser*, que tuvo como consecuencia, que estos derechos se reconocieran en un orden jurídico. Una sentencia de la Corte Constitucional en el 2008, reconoció la atención a la salud, como un derecho fundamental de los colombianos¹⁹⁴.

Ahora falta que los usuarios y comunidades fortalezcan su capacidad para hacerlos cumplir y ejercerlos, desde un mejor conocimiento del sistema y sus políticas; que además, incentive y fortalezca una mayor conciencia crítica para hacer lecturas acertadas e informadas de la realidad sanitaria del país. Esto permitiría un diálogo más equilibrado con las instituciones de salud, entre otras, para exigirles mejores servicios.

Algunos factores institucionales que podrían estar afectando la implantación de la política

Los resultados son llamativos: en contra de lo esperado, tras diez años de la primera evaluación, cada vez son menos los usuarios que conocen el sistema de salud y los mecanismos de participación y son menos los que los utilizan. Esto parece indicar un limitado trabajo institucional con muy poca transferencia de información, insuficientes respuestas de las instituciones a los usuarios y una escasa confianza de los usuarios en los mecanismos. Además un conocimiento y uso mayoritario en los mecanismos de mercado. Estos resultados indican que, una visión de mercado dominante en el sistema

salud estaría reforzando la participación de los usuarios como consumidores de servicios y no como un control social de un servicio público básico, como es la salud.

Un escaso trabajo institucional en la promoción de la participación social

La participación en salud tiene un alto sentido político, lo que implica compartir el poder con los usuarios^{195;196}. Un paso mínimo en este sentido consiste en compartir conocimientos e información con los usuarios, para que conozcan el sistema y sus funciones¹⁹⁷, así, como los mecanismos de participación en salud. Los resultados evidencian un precario conocimiento de los usuarios acerca del SGSSS, de la política de participación, de los mecanismos de participación y su utilización. Además los resultados muestran como la convocatoria de las instituciones de salud (tanto autoridades como de instituciones aseguradoras y prestadores de servicios), a los usuarios para participar e informarlos, fue muy escasa en el 2000 y casi inexistente diez años después.

Desde la Ley 10 de 1990 (política que ordenó la descentralización en salud)¹⁴⁷, se estableció que el papel de las instituciones locales de salud y de los entes gubernamentales territoriales (municipios y departamentos) era convocar, informar y promover la participación de usuarios y comunidades en los servicios de salud. Esto fue reafirmado en la Ley 100 en 1993¹². El objetivo de la descentralización era -entre otros- acercar los ciudadanos y comunidades a los tomadores de decisiones a nivel municipal, para permitir diálogos e informaciones fluidas y cercanas. Según los resultados, este objetivo no se ha cumplido en salud, como lo han señalado anteriormente varias investigaciones^{155;178}.

Más puntualmente, en los lineamientos para implementar la política de participación -contempladas en documentos elaborados y divulgados por el Ministerio de Salud en 1997 y en el 2002^{69;198}-, se les otorgó a los actores institucionales (autoridades locales, administradores públicos del sector, gestores y representantes de las EPS e IPS), la función de ser agentes responsables y facilitadores de la ejecución de la política. Esto implica ejecutar tareas como informar, transmitir y generar conocimientos con todos los usuarios del sistema de salud, así como también, capacitar a otros actores institucionales y comunitarios como los líderes.

Autores como Guevara en 2009¹⁹⁹; Velásquez y González en el 2004⁵, han planteado que existe un obstáculo con las políticas de participación social en Colombia, relacionado con la dependencia de éstas políticas con el Estado en términos de recursos y de gestión. Se presentaría así de dos formas: la poca disponibilidad de recursos físicos y económicos para promoverla; y la escasa voluntad, disposición y trabajo de los actores estatales de impulsarla y promoverla.

El precario conocimiento del sistema de salud, de la política y sus mecanismos para participar parecen confirmar esas afirmaciones. Ese *primer obstáculo* para participar podría ayudar a entender en parte los resultados de esta investigación. En este sentido, varios estudios en Colombia han encontrado la existencia de una constante denuncia por parte de todos los actores involucrados, con relación a la escasez de recursos económicos para poder impulsar la política de participación^{1;21;22;25}.

Con relación al *segundo obstáculo* para la participación social, es posible que detrás de ese gran desconocimiento de los usuarios acerca del sistema y de la política de participación hallados en esta investigación, exista poca voluntad y limitado trabajo de las instituciones de salud para fomentar la participación entre los usuarios, que se reflejaría en una escasa actuación institucional también observada en esta investigación. Varios investigadores^{28;29;177;200} han señalado que son tareas pendientes de las instituciones de salud, así como también de la Superintendencia de Salud, que es la encargada de vigilar e inspeccionar -entre otras funciones- que las instituciones de salud lleven a cabo sus tareas en la promoción de la participación^{178;200}. Relacionado con lo anterior, autores en diferentes contextos, han señalado que tanto las instituciones estatales^{5;199}, como en las empresas que administran y proveen los servicios de salud⁵⁹, restringen el acceso a la información, para monopolizar el conocimiento; motivados por un temor a perder parte del poder, al compartirlo con los usuarios.

Escasas respuestas institucionales como posible causa del bajo uso de los mecanismos

La exigua utilización de los mecanismos institucionales (asociaciones de usuarios, comités de ética hospitalaria o las juntas directivas) o de los mecanismos de mercado como las veedurías, hallada en este estudio, parece estar articulada a la escasa respuesta

y/o resolución por parte de las instituciones de salud, frente a las demandas, problemas, sugerencias y propuestas de los usuarios. En este trabajo, por ejemplo, en el 2000 las instituciones les resolvieron las inquietudes a problemas de salud, a un poco más de la mitad de los escasos usuarios que utilizaron los mecanismos establecidos y, en el 2010, estas soluciones no llegaron a la mitad. En este sentido, la Superintendencia de Salud de Colombia ²⁰¹ en un reciente estudio acerca de la capacidad y calidad de respuestas a líderes y usuarios del sistema, a través del mecanismo de Consultas Ciudadanas²⁰², (mecanismo creado recientemente para escuchar y dar respuesta a los usuarios mediante foros que se realizan por todo el país), halló que la Superintendencia de Salud, no logra dar respuestas oportunas y claras a la mayoría de los usuarios. Además, de reconocer que no han logrado sistematizar información con relación a las quejas, sugerencias y propuestas de mejoramiento hechas por los usuarios, señalan que las respuestas a las demandas de los ciudadanos “se hacen para cumplir con esa tarea de responder; pero sin lograr resolver los problemas e inquietudes de los usuarios”. También reconocen que ha sido difícil la articulación de sus funciones de seguimiento y acompañamiento a los usuarios, para que se les garantice a los usuarios tener respuestas claras y soluciones oportunas, por parte de las instituciones de salud. Esto hace que, los usuarios del sistema de salud tengan que recurrir a la *Tutela* (mecanismo jurídico que ampara derechos fundamentales) para ser atendidos en sus demandas, quejas y sugerencias, ya que las instituciones no les resuelven casi nada, como evidencian estudios de la Defensoría del Pueblo^{190;203}.

Énfasis centrado en los usuarios como clientes o consumidores

Se observa en los resultados, que los mecanismos más conocidos y utilizados son los de mercado, es decir, la oficina de atención al usuario, el buzón de sugerencias o la línea telefónica, tanto en el año 2000 como en el 2010. Dentro de la visión de atención en salud como producción y mercado -que orienta el SGSSS de Colombia y el contenido de sus políticas-, los usuarios quedaron constituidos como clientes o consumidores²⁰⁴. Este discurso mercantil parecen haber funcionado: se creó y fortaleció al consumidor. Los mecanismos de mercado son más conocidos y utilizados, quizás porque son mecanismos que fácilmente se encuentran en establecimientos cotidianos como las tiendas o supermercados.

En este sentido, parece ser que la política no ha podido contribuir a crear una verdadera cultura participativa en salud; donde se fortalezcan los tejidos sociales alrededor de un mejoramiento de los servicios de salud de todos y se ejerza un control de las instituciones de salud. García-Canclini⁷ ha planteado que a partir de la reducción de las funciones del Estado, con el traspaso de éstas a corporaciones privadas, se ha venido fomentando la cultura participativa organizada alrededor del consumo, y no del ejercicio ciudadano y colectivo. Este énfasis neoliberal enfocado en la participación del individuo, el ciudadano como cliente y consumidor, implicaría por una parte, que éste busque su propia satisfacción personal^{2;199}, sin necesidad de recurrir al colectivo; prescindiendo así, de principios básicos de una cultura participativa como son la solidaridad, la igualdad, la ayuda mutua y el pluralismo. Pero por otra parte, ese usuario que sólo tiene que pensar por sí y para sí mismo se vuelve más vulnerable e incrementará su indefensión ante las instituciones de salud, debiendo recurrir a la *Tutela* para poder acceder a servicios básicos, como lo han evidenciado muchos estudios^{159;178} y recientemente la misma Defensoría del Pueblo¹⁹⁰.

Factores asociados al conocimiento del SGSSS, de los mecanismos de participación y su utilización, y al conocimiento de los derechos en salud

Los resultados de este estudio señalan características de los usuarios como el área de residencia, el sexo, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad están asociados a los conocimientos del SGSSS, de los mecanismos de participación y de su utilización.

Residir en el área rural influye en el conocimiento del SGSSS, en el conocimiento de los mecanismos de participación y su utilización

Como era de esperar, la población urbana -por estar más cerca de las instituciones de salud y de las educativas y más acceso a los medios- tiene una mayor probabilidad de conocer el SGSSS, sus instituciones, los mecanismos de participación y sus derechos en los servicios de salud. No obstante, es importante observar que, la población rural en las dos encuestas es la que más conoce la política o norma de participación y los mecanismos de participación institucionales o de toma de decisiones, como las asociaciones de usuarios y juntas directivas de hospitales públicos. Esto podría ser

reflejo de la cultura participativa de los sectores campesinos, que no sólo en Colombia sino en América Latina, les ha permitido vivir y responder de forma organizada y solidaria ante el abandono de los gobiernos centrales⁸. También, por la experiencia que han tenido con formas de organización que en distintos momentos de la modernización del agro colombiano, les han impuesto y ante las cuales han resistido⁸. Por otra parte, los resultados de esta investigación estarían en concordancia con los de un estudio amplio sobre la participación social en diferentes sectores y en distintas partes de Colombia, el que señala que vivir en poblados pequeños facilita la participación, porque es allí donde se tienen relaciones sociales más cercanas y fluidas y donde la relación de los líderes y las bases son más inmediatas, donde la población es menos apática, conoce más y los resultados positivos de la participación se hacen más tangibles.

Las mujeres parecen mejorar su conocimiento del SGSSS, el conocimiento de los derechos en salud y el conocimiento de los mecanismos de participación y su utilización

Si bien los hombres en el año 2000 presentaron una mayor posibilidad de conocer más que las mujeres el SGSSS, de conocer y utilizar más los mecanismos de participación; en el año 2010, fueron quienes más disminuyeron su conocimiento y utilización de todos los mecanismos. Las mujeres, por el contrario, en el 2010 mantuvieron igual su conocimiento o lo incrementaron, así como la utilización de todos los mecanismos de participación. En una investigación sobre participación en general realizada en varios contextos del país, igualmente se observó que las mujeres empiezan a participar más y a ocupar espacios de liderazgo en varias instancias de participación sectorial⁵. Parece haber un interés creciente en las mujeres por conocer y participar temas públicos que además afectan las condiciones de vida de sus familias como la salud, dejando de marginarse de los espacios de toma de decisiones^{104;123}. Por su rol de género, como cuidadora de la salud de la familia²⁰⁵ y por su condición de madre, las mujeres deben acudir más a los servicios de salud y por tanto los experimentan de una forma cercana, lo que parece estar motivando un interés por conocer más acerca de la participación en salud.

El nivel educativo y socioeconómico condiciona el conocimiento del SGSSS, de los derechos en salud, de los mecanismos y su utilización

Estudios sobre la democracia participativa en Colombia, llevados a cabo por diversos autores^{5;199;206}, han observado que el acceso a los espacios de participación creados sobre todo desde la Constitución de 1991, se dificulta por la complejidad del lenguaje técnico utilizado por algunos actores institucionales en esos espacios participativos. Esto genera exclusión en quienes no conocen el lenguaje, ni tienen las habilidades para una interlocución con las instituciones. Señalan, que quienes tienen un mejor y mayor acceso para involucrarse y participar en esos espacios son quienes más los conocen, son quienes tienen una interlocución directa con las instituciones estatales y comparten los mismos códigos en los que se expresa el Estado, como serían los actores empresariales contratantes con el Estado, o aquellos sectores de la población que tienen niveles educativos altos y pertenecen a estratos socioeconómicos privilegiados⁵.

En este sentido, los resultados de este estudio estarían confirmando esos hallazgos, ya que son los usuarios de estratos socioeconómicos y niveles educativos altos, quienes tienen mayor probabilidad de conocer el sistema de salud, la política de participación, los mecanismos y de haberlos utilizado. Además, comparando las dos encuestas se observa en casi todos los usuarios una tendencia significativa en el 2010 a disminuir el ya precario conocimiento que tenían en el año 2000, sobre el sistema de salud, sobre los mecanismos de participación y su utilización; excepto en los usuarios de niveles educativos y socioeconómicos altos, que por el contrario incrementaron sus conocimientos. Todo esto parece indicar que el escaso conocimiento sobre el SGSSS y la posibilidades de participación en su control para mejorar, entre otros, la calidad de los servicios de salud, no avanza y menos en los sectores más desfavorecidos. Este hecho es especialmente relevante, teniendo en cuenta que precisamente estos grupos poblacionales son los que tienen más barreras para acceder a los servicios^{158;159;178;207} y los que más padecen servicios de salud de mala calidad^{4;159;178;208}. Sistemas de salud basados en mecanismos de mercado, como el de Colombia, son generadores de exclusiones; puesto que los grupos menos favorecidos van quedando en desventajas frente a los demás. Al mismo tiempo con expectativas lejanas de ser incluidos, ya que su día a día lo llevan buscando el sustento diario para sí y para sus familias, sin que

puedan lograr participar activamente en el mejoramiento de sus condiciones de vida, acrecentando el círculo de la pobreza.

Las personas en edad económicamente productiva son las que tienen mejor conocimiento del SGSSS, de la norma de participación, de los mecanismos y su uso

Las personas con edades comprendidas entre los 31 y 65 años, es decir las personas en edad de producción económica conocen más el SGSSS, la norma para participar y los mecanismos para participar que las personas mayores de 65 o que los más jóvenes. Por otra parte se observa una tendencia en ambos años a que la utilización de los mecanismos de mercado sea mayoritariamente en los usuarios con edades de 31 a 40 años, mientras los institucionales en usuarios de 41 a 65 años. Esto confirmaría lo hallado por un estudio previo en Colombia sobre participación social, donde señalan que personas entre los 50 años y 65 años, vienen participando más activamente en ámbitos de interés público como la salud⁵. El conocimiento del sistema de salud y la utilización de los mecanismos se hace más necesario en un sistema de salud tan complejo y excluyente como el de Colombia, donde estudios de la defensoría del pueblo^{190:203} y otros investigadores²⁰⁹, señalan que las aseguradoras vienen imponiendo límites al acceso a la atención a personas con patologías no rentables, como a los ancianos. Algo similar ocurre en otros países latinoamericanos como Brasil y Argentina²¹⁰⁻²¹². Precisamente son las personas mayores de 65 años, los ancianos, los que menos conocen y utilizan los mecanismos de participación, y paradójicamente son unos de los que más los necesitan.

CONCLUSIONES

Para que una política pública se implante es necesario -entre otros- el fortalecimiento de las comunidades y ciudadanos a los que va dirigida; esto requiere al menos, de ciertos elementos psicosociales como una disposición a actuar, el conocimiento e información necesarios para hacerlo, y finalmente el desarrollo de interacciones de los individuos y comunidades con contextos institucionales que las favorezcan. El análisis de la implantación de la política de participación social en salud, por tanto, debe tener como uno de sus principales focos la visión de aquellos a quienes va orientada la política: los usuarios del sistema.

Los resultados muestran unos limitados conocimientos –y con tendencia a disminuir- de los usuarios acerca del SGSSS y de la política de participación, limitado uso de mecanismos de participación (comportamientos) y una exigua actuación institucional que indican que la política de participación formulada en el marco del SGSSS para lograr mayor participación social en la planeación, la gestión y en la consecución de servicios de calidad, no ha logrado implantarse. Esto no sólo debilita a los ciudadanos que buscan acceder a la atención, sino que también los debilita políticamente como actores importantes del sistema para poder contribuir a la construcción colectiva de sistemas de salud más dignos y acorde a sus necesidades.

La política de participación social en el SGSSS no es una experiencia exitosa

A pesar de que la participación social en el sistema de salud en Colombia se comenzó a promover desde 1990 con la Ley 10 sobre descentralización del sistema de salud, se reforzó con la nueva Constitución de 1991 y con la formulación de una política de participación en el SGSSS con un amplio y complejo abanico de mecanismos de participación en 1994, los resultados de este estudio evidencian que la promoción de la participación en el sistema de salud no es una experiencia exitosa. Al menos no lo ha sido en lo que se esperaba: lograr que usuarios y comunidades fortalecidos en su conocimiento, participaran en la toma de decisiones en planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

A pesar de que este objetivo se señala en la política de manera explícita, el sistema de salud de Colombia, por el contrario, ha tendido a configurar a los usuarios como clientes, reforzando la participación principalmente como consumidores de servicios. Esto se evidencia en un mayor conocimiento y utilización de mecanismos de mercado y, al mismo tiempo, un precario conocimiento del SGSSS y de los mecanismos institucionales para la tomar decisiones y ejercer un cierto control en el sistema. Esta situación se profundiza en el tiempo. Después de diez años, en lugar de incrementarse el nivel del conocimiento y la utilización de los mecanismos para tomar decisiones, tiende a decrecer más.

Factores institucionales que afectan la implantación de la política

El limitado conocimiento de los usuarios acerca del SGSSS, de la norma para participar, de los mecanismos y de su utilización, parecen señalar un escaso trabajo y quizás, poca disposición de las autoridades e instituciones de salud por comprometerse con la promoción de la participación, llevando a cabo acciones básicas, como su divulgación, promoción y capacitación de usuarios y comunidades como actores clave del sistema. En este sentido señalan también, la percepción de los usuarios percibieron de un escaso trabajo de convocatoria e información por parte de las instituciones de salud y de las autoridades locales. Junto a una limitada respuesta institucional recibida por los pocos usuarios que utilizaron los mecanismos de participación, que en aproximadamente la mitad de los casos percibieron que se les hubiera resuelto sus problemas.

Características sociodemográficas de los usuarios que afectan la implantación de la política.

Los resultados del estudio señalan que además de ser limitado y tender a disminuir, hay una desigualdad significativa con relación al conocimiento y utilización de los mecanismos entre los distintos grupos de usuarios según sus características sociodemográficas.

Los usuarios de las áreas urbanas presentaron mayor conocimiento del SGSSS y de sus derechos en los servicios de salud, pero fueron los que más disminuyeron en los últimos diez años. Los usuarios del aérea rural, conocieron y utilizaron más los mecanismos de

participación institucionales y en los últimos diez años lo incrementaron o lo mantuvieron igual. Esto resultados podrían señalar un mejor acceso al sistema e información en el área urbana, pero con un comportamiento participativo mayormente anclado en la cultura campesina de Colombia.

Ser mujer influyó en el conocimiento del SGSSS, en el conocimiento y uso de los mecanismos sobre todo en los institucionales o de toma de decisiones. Aunque en el año 2000 los hombres presentaron una probabilidad significativamente mayor de conocer el sistema de salud, los mecanismos de participación y de utilizarlos con relación a las mujeres, diez años después fueron quienes más disminuyeron. Por el contrario, las mujeres incrementaron el conocimiento y utilización de los mecanismos. Esto podría indicar, una cierta concientización de las mujeres sobre la importancia de participar y asumir responsabilidades públicas en temas fundamentales para ellas y sus familias, como es la toma de decisiones con relación a la salud.

Los usuarios más privilegiados (con mayores niveles de educación y socioeconómico) conocen más el SGSSS y la política de participación y tienden a aumentar su conocimiento con el tiempo, que los usuarios más desfavorecidos. Por tanto, los primeros aprovecharán más las oportunidades y los espacios que genera el sistema de salud y sus políticas, para relacionarse mejor con el sistema y satisfacer sus necesidades, en primer lugar con el nivel mínimo de participación que es el uso de los servicios de salud. Esto se agrava aún más si consideramos la tendencia a aumentar dicha desigualdad en la última década; contrariando de esta manera uno de los principios fundamentales del sistema de salud como es la *Participación Social* de los usuarios y comunidades en la planeación, gestión, evaluación, y control de las funciones de las instituciones del sistema.

Reflexión final

La construcción democrática de la salud como un bien público no se puede lograr mientras no haya un compromiso real de las instituciones y autoridades de salud en capacitar y compartir conocimientos e información relevante con los usuarios, en desarrollar y promover una verdadera cultura participativa, así como en compartir las decisiones sobre el sistema, y, en último el poder; mientras se tenga un sistema de salud

basado en el mercado que se centra en fortalecer al usuario como consumidor, como “cliente”; mientras se tenga un sistema de salud extremadamente complejo y excluyente que favorezca mayormente a los sectores más privilegiados de la población. No obstante, los resultados del estudio también señalan un elemento que contribuirá a fortalecer y ayudará a la construcción democrática de la salud como un bien público: es el hecho de percibirse los usuarios como portadores de derechos a unos servicios de salud adecuados a sus necesidades.

RECOMENDACIONES

Toda investigación científica debe tener como objetivo generar conocimientos nuevos y desarrollar tecnologías; pero su propósito último debería ser el de servir a la sociedad en la solución de sus problemas. Por esto, investigaciones que se orientan a evaluar políticas públicas, como en este caso, las de participación social en salud deben aportar elementos que contribuyan a identificar caminos para la mejora, en este caso, del sistema de salud–; deben ayudar a identificar las necesidades de profundizar sobre la pertinencia de la política, para, si fuera el caso, su replanteamiento; deben esclarecer puntos que lleven al fortalecimiento de una cultura participativa. Con este ánimo, se formulan las siguientes recomendaciones.

Fortalecer la participación alrededor de un mecanismo amplio y efectivo a nivel local

El sistema de salud colombiano se caracteriza por ser muy complejo, compuesto por distintos regímenes de aseguramiento para distintos grupos de población, basado en un modelo de competencia gestionada, donde numerosas aseguradoras compiten por afiliados y numerosas instituciones prestadoras de servicios de salud por contratos con las aseguradoras, con una lógica economicista, territorial y descentralizada, poco operativa. Por su parte, la política de participación contiene un amplio y complejo entramado de normas y mecanismos de participación, con duplicación de espacios, funciones y actores en las numerosas instituciones de salud. Esto no sólo implica que sea difícil y dispendioso conocer el sistema para su utilización, sino aun más los mecanismos de participación, y que sea también altamente desgastante poder actuar a través de ellos.

Sería necesario, si no se entra a discutir la adecuación del sistema de salud para la población de Colombia, si revisar la pertinencia de la política de participación de usuarios y comunidades en un sistema de salud como el colombiano. Este por ser tan complejo y basado en mecanismos de mercado requiere necesariamente de usuarios muy “empoderados” y con recursos sociales para poder exigir sus derechos a una atención de calidad y mucho más aun, para participar de manera efectiva en la planeación, gestión y vigilancia de un sistema constituido por actores con grandes

intereses económicos y políticos. Estos recursos sociales son ante todo una conciencia crítica y adecuados niveles de conocimiento del sistema y de sus mecanismos de participación, que de acuerdo a los resultados del estudio se encuentran ausentes en los usuarios del sistema de salud de los municipios analizados de Colombia.

Para hacer posible la participación social en el sistema de salud sería necesario reducir el número de mecanismos de participación, dejando aquellos que tengan impacto en el sistema; fortalecer las funciones de vigilancia y control de la Superintendencia de Salud sobre las instituciones de salud y en el acompañamiento a los usuarios. Pero sobre todo, es necesario fortalecer estrategias y espacios de participación de carácter local, donde se puedan articular diversos actores e iniciativas a nivel municipal, alrededor de la planeación, la gestión y vigilancia. Estos espacios son los comités de participación comunitaria en salud (COPACOS); sólo sería cuestión de voluntad política de las autoridades municipales de impulsarlos y desarrollarlos. Estos mecanismos por su estructura, actores, funciones y forma de operar serían espacios con un verdadero peso y alcance para una efectiva participación social en salud. Los usuarios son más independientes, toman decisiones junto con el mandatario local, la autoridad local en salud, con gestores, en relación a lo económico y programático. Desafortunadamente estos mecanismos sólo funcionan en unos pocos municipios del país, donde se han logrado resultados importantes en la salud de la población, cambios en el sistema y fortalecimiento de una conciencia participativa en los habitantes^{5:144}.

Evaluar la pertinencia de la política de participación

Mientras se logra una reestructuración del sistema de salud, lo que parece no ocurrirá muy pronto, las autoridades de salud encargadas de cumplir con funciones de vigilancia y control sobre las instituciones de salud, deben liderar una revisión amplia y profunda acerca de la pertinencia de la política en contribuir al control social del sistema de salud, y en primer lugar, a la mejora de la calidad de los servicios de salud. Ese estudio que debería contar con el acompañamiento de sectores académicos, debería partir de preguntas básicas como serían ¿por qué después de 16 años de implementada la política de participación en salud, los usuarios aun tienen un escaso conocimiento y utilización de los mecanismos? ¿Por qué los conocimientos acerca del sistema de salud y de los mecanismos de participación institucional, en lugar de incrementarse con el tiempo,

decrecen?. Este estudio debe evaluar la pertinencia de la política empezando por analizar los objetivos y funciones de los mecanismos y acciones que deben desarrollar actores como los usuarios, en un sistema de salud de mercado y en un país con grandes desigualdades sociales como Colombia; evaluar los compromisos y responsabilidades de las distintas instituciones que tienen que ver con la política de participación en salud; evaluar el impacto de la política en el sistema, a nivel local, regional y nacional; conocer en un estudio geográficamente más amplio, los niveles de conocimiento y experiencia de los usuarios acerca del SGSSS y de la política de participación.

Desarrollar y mantener una cultura participativa en salud

Desarrollar y mantener una cultura participativa en salud es necesario para la planeación, ejecución y vigilancia del sistema de salud y para lograrlo, entre otros aspectos, los actores institucionales deberían mantener una firme disposición a hacerlo, promoviendo la participación y creando las condiciones para su ejercicio. La disposición se debe reflejar primero en la provisión de información, la capacitación de usuarios y comunidades, compartir conocimientos e información, es decir, empezar por compartir poder. La disposición institucional para fomentar la participación, también se debe reflejar en acciones institucionales como contestar a peticiones y propuestas de los usuarios de forma clara y oportuna, donde estos perciban que su comportamiento participativo tiene efectos; además, confiar en las capacidades de las comunidades y sus líderes. Por otra parte, los actores institucionales deben gestionar y responder ágilmente con los recursos económicos contemplados en la norma, con el fin de cubrir las necesidades y demandas que requieren las diversas actividades de las organizaciones comunitarias en la gestión de la participación en salud.

Por su parte los usuarios, deberían exigir sus derechos en salud de los que son conscientes, entre ellos su derecho a participar en el sistema. Deben mejorar su conocimiento acerca del sistema de salud y de los mecanismos de participación, puesto que esto los fortalece para interactuar asertivamente con el sistema y sacarle mejor provecho. Deben generar una conciencia crítica que les ayude a cambiar la idea que la participación en salud es sólo la utilización de los servicios de salud, o que la participación es expresar quejas desde los mecanismos de mercado. Construir un tejido social amplio alrededor de la construcción de la salud como un bien de todos, donde

varios actores y propuestas compartan y tengan cabida; donde a partir de disensos se construyan consensos.

Propuesta de investigación

Evaluar la efectividad y pertinencia de las políticas públicas, y entre estas las de participación en los sistemas de salud, debe ser un ejercicio cotidiano y un imperativo ético. Las políticas se deben evaluar con regularidad para extraer enseñanzas que permitan mejorar su aplicación y así contribuir a la efectividad de los esfuerzos institucionales en mejorar la gestión pública en el sector salud. Además, debe ser un imperativo ético para actores de la sociedad civil con capacidad de hacerlo como las universidades, para que, como actores externos al gobierno, ayuden también a ejercer control social sobre las políticas públicas, evaluándolas y dando a conocer los resultados públicamente.

En este sentido sería necesario desarrollar investigaciones en el tema de la participación social en salud que, desde una perspectiva cualitativa se profundice en aspectos intersubjetivos que pueden afectar la implantación de la política. Indagar desde los discursos y prácticas de los distintos actores, que tan *efectivos* y *democráticos* son los mecanismos de participación institucional. Efectivos en términos de si los usuarios y líderes perciben que sus acciones no sólo tienen respuesta, sino que sus acciones son vinculantes, si tienen consecuencias en el sistema de salud. Conocer cuáles son las formas alternas o mecanismos “emergentes” que los usuarios o líderes implementan para lograr respuestas o cambios del sistema; indagar con los actores institucionales sus opiniones acerca de la importancia y pertinencia de la participación de los usuarios para producir cambios en el sistema de salud. Indagar sobre el carácter democrático que deben tener esos espacios de participación institucional, es develar aspectos de relaciones de poder-saber que se dan y circulan en los discursos y acciones de los distintos actores que conforman estos espacios participativos; esto conlleva a posiciones dominantes y pasivas, que no favorecen la construcción democrática de la salud.

REFERENCIAS

1. Arévalo DA. Participación Comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev de Salud pública*. 2004;6:107-39.
2. Iriart C, Elías E, Waitzkin H. Manged care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med*. 2001;52:1243-53.
3. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanitaria* 2002;16(1):30-8. *Gac Sanitaria*. 2002;16:30-8.
4. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reform have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71:83-96.
5. Velásquez F, González E. ¿Qué ha pasado con la participación Ciudadana en Colombia? Bogotá: Fundación Corona; 2004.
6. Briceño R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad de Saúde Pública*. 1998;14:141-7.
7. García-Canclini N. Consumidores y ciudadanos. México D.F: Grijalbo; 1995.
8. Vargas A. Participación social. Bogotá D.C: Almudena Editores; 2000.
9. Montero M. Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2005.
10. Touraine A. ¿Podremos vivir juntos? Bogotá D.C: FCE; 2000.
11. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá D.C: Gaceta Constitucional; 1991.
12. República de Colombia. Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá D.C: Ecoe Ediciones; 1993.
13. Medici A, Londoño J, Coelho O, et al. Managed care and managed competition in Latin America. From: Innovations in health care financing. Washington, D.C: An International Conference Sponsored by the World Bank; 1997.
14. Decreto 1757. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación en la prestación de servicios de Salud. [computer program]. Bogotá D.C: 1994.
15. Ávila Montes G, Martínez M, Celedón C, et al. Evaluación de un módulo escolar sobre dengue y *Aedes aegypti* dirigido a escolares en Honduras. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2004;6:84-94.

16. Castro R. Opinión de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Salud Pública de México*. 1998;35:376-401.
17. Orozco E, González C, Kageyama LM, et al. The experience of the Mexican maternal health care program "Arranque parejo en la vida". *Salud Pública de México*. 2009;51:104-12.
18. Pezzani B, Minvielle M, Ciarmela M, et al. Participación comunitaria en el control de las parasitosis intestinales en una localidad rural de Argentina. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2009;26:471-7.
19. Sánchez L, Pérez D, Cruz G, et al. Participación comunitaria en el control del *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un municipio de la Habana, Cuba. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2004;15:19-25.
20. Toledo-Romaní M. Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Salud pública Méx*. 2006;48:39-44.
21. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, et al. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health policy and planning*. 2001;16:52-60.
22. Delgado ME, Vázquez ML. Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia. *Rev de Salud Pública*. 2006;8:150-67.
23. Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10:141-55.
24. Méndez C, Vanegas J. La participación social en salud: El desafío de Chile. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2010;27:144-8.
25. Delgado ME, Vázquez ML. Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de actores principales. *Rev de Salud pública*. 2006;8:128-40.
26. Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2003;19:579-91.
27. Varela A, Carrasquilla G, Tono T, et al. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. *Colombia Médica*. 2002;33:95-101.
28. Albis N, Albis L, Orozco J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a los servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio Colombiano, 2005. *Rev de Salud pública*. 2008;10:386-94.

29. Vélez AL. El derecho a la salud: Políticas públicas y percepción de actores y grupos de población. Del papel a la realidad. Manizales 2008. Hacia la promoción de la Salud. 2009;14:68-92.
30. Muller P. Las políticas públicas. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2006.
31. Díaz C. El ciclo de las políticas públicas locales. Notas para su abordaje y reconstrucción. En: Venesia C, editor. Políticas Públicas y desarrollo local. Rosario: FLACSO; 1998.
32. Roth-Deubel A. Discurso sin compromiso. Bogotá D.C: Ediciones Aurora; 2006.
33. Knoepfel P, Larrue C, Varone F, et al. Hacia un modelo de políticas públicas operativo. Ciencia política. 2007;6-29.
34. Meny I, Thoenig J. Las políticas públicas. Barcelona: Editorial Ariel; 1992.
35. Guerrero O. Políticas públicas: Interrogantes. Revista de Administración Pública. 1993.
36. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning. 1994;9:353-70.
37. Walt G, Shiffman J, Schneider H, et al. Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health policy and planning. 2008;23:308-17.
38. Vargas A. El Estado y las políticas públicas. Bogotá D.C: Almudena Editores; 1999.
39. Touraine A. Actores sociales y sistemas políticos en América Latina. Santiago de Chile: OIT-PREALC; 1987.
40. Castell M. Globalización, Identidad y Estado en América Latina. México D.F: FCE; 1999.
41. Bañon R. La Evaluación de la acción y de las políticas públicas. Madrid: Diaz de Santos; 2002.
42. Tamayo M. El análisis de las políticas públicas. En: Bañon R, Carrillo E, editors. La Nueva Administración Pública . Madrid: Alianza; 1997.
43. Parsons W. Políticas públicas. México D.F: FLACSO; 2007.
44. Molina G, Roth A, Muñoz I, et al. Marco para el análisis de políticas públicas en salud. En: Molina G, Cabrera G, editors. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
45. Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud: Aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.

46. Van Meter D, Van Horn C, Rein M, et al. La implementación de las políticas. México D.F: Editorial Porrúa; 1993.
47. Zimmerman M, Israel BA, Schultz A, et al. Further explorations in empowerment theory. An empirical analysis of psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*. 1992;20:707-27.
48. Hogwood B, Gunn L. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press; 1984.
49. Berguer P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968.
50. OPS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La participación social. Estudios de casos. Washington D.C: OPS- OMS; 1990.
51. PAHO-WHO. Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Washington D. C: PAHO-WHO; 1984.
52. PAHO-WHO. Declaration of the International Conference on Health Promotion. Ottawa: 1986.
53. OMS. Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Alma Ata 1978. Ginebra: OMS; 1980.
54. Gaboot M, Hogg G. Uninformed choice. *Journal Health Care Mark*. 1994;14:28-33.
55. Segal L. The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*. 1998;44:31-44.
56. Aday L, Adersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974;9:208-20.
57. Thiede M. Information and access to health care: is there a role for trust? *Social Science and Medicine*. 2005;61:1452-62.
58. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health services access: influencing the demand side. *Health policy and planning*. 2008;19:69-79.
59. Church J, Saunders D, Wanke M, et al. Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. *Jornal of public health policy*. 2002;23:12-32.
60. Vander Zanden JW. *Social Psychology*. New York: Random House; 1987.
61. Hollander E. *Principios y métodos de la psicología social*. B/Aires: Amorrortu; 1986.
62. Fazio R, Zanna M. Direct experience and attitude-behavior consistency. En: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academy Press; 1981.

63. Newcomb TM. Social psychology. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1960.
64. Palli C, Martínez L. Naturaleza y organización de las actitudes. En: Ibañez T, editor. Introducción a la Psicología Social. Barcelona: Editorial UOC; 2009.
65. Roqueach M. Beliefs, attitudes and values. San Fco: Jossey - Bass; 1968.
66. Suárez E. Problemas ambientales y soluciones conductuales. En: Aragonés J, Américo M, editors. Psicología Ambiental. Madrid: Pirámide; 1998.
67. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York, N Y: W.H Freeman; 1997.
68. Cataño O. Hector Abad Gómez: Promotor de la Salud y la vida. En: Juten P, editor. Una vida por la vida. Bogotá: Cinep; 1989.
69. Ministerio de Salud de Colombia. Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
70. Escobar A. La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo. Bogotá D.C: Editorial Norma; 1996.
71. Sánchez ME, Almeida E. La cultura India: desde abajo desde adentro. En: ILADES, editor. Cultura y evangelización en América Latina. Santiago de Chile: Ediciones Paulinas; 1988.
72. Ugalde A. Ideological dimensions of community participation in Latin America health programmes. Soc Sci Med. 1985;21:41-53.
73. Sánchez ME, Almeida E. Las veredas de la incertidumbre. Relaciones interculturales y supervivencia digna. México: Lupus Magister; 2005.
74. Ritzer G. Teoría sociológica clásica. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993.
75. Corvalan J, Fernández G. Apuntes para el análisis de la participación en intervenciones educativas y sociales. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. 2000;30:9-50.
76. Freire P. La Educación como práctica de la libertad. México: Siglo XXI; 1984.
77. Fals Borda O. Conocimiento y poder popular. Bogotá: Siglo XXI y Punta de Lanza; 1985.
78. Freire P. Pedagogía del Oprimido. México D.F: Siglo XXI; 1970.
79. Fals Borda O. Por la praxis: El problema de cómo investigar la realidad para transformarla. Bogotá.: Punta de Lanza.; 1978.
80. Carranza M, Almeida E. La Psicología Comunitaria en México. Psicología Social Comunitaria. 1995;1:13-130.

81. Mardones J, Ursua N. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica. México D.F: 1998.
82. Tocqueville A. La democracia en América. México D.F: FCE; 1978.
83. Fals Borda O. La Ciencia y el Pueblo. Investigación Acción Participativa y Praxis Rural: Nuevos Conceptos en Educación y Desarrollo Comunal. Lima.: La Mosca.; 1980.
84. Díaz Bordenave J. Participación y sociedad. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda; 1985.
85. PNUD. Participación ciudadana y servicios públicos. Bogotá D-C: PNUD; 2009.
86. OMS. La Participación de la Comunidad en el Desarrollo de su salud: Un desafío para los Servicios de Salud. Ginebra: OMS; 1991.
87. Sánchez A. Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Barcelona: PPU; 1991.
88. Rappaport J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. American Journal of Community Psychology. 1981;9:1-26.
89. Zimmerman M. Empowerment theory. En: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of community psychology. 2000.
90. Sánchez M. Metodología y práctica de la participación. Madrid: Editorial Popular; 1986.
91. Martín-Baró I. Sistema, grupo y poder. San Salvador: UCA; 1989.
92. Oakley P. Intervención de la Comunidad en el Desarrollo Sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 1990.
93. Oakley P. Projects with people. The practice of participation in rural development. Geneva: ILO; 1991.
94. Max Neef M. Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. Montevideo: Icaria Editorial; 1988.
95. Hirschman A. Salida, voz y lealtad. México D.F: FCE; 1986.
96. Natal A. Participación ciudadana y administración del desarrollo. Documentos de discusión sobre el tercer mundo. 2002;4-46.
97. De Schutter A. Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos. Michoacán, México: CREFAL; 1986.
98. Ander-Egg E. Metodología práctica del desarrollo de la comunidad. México D.F: Editorial el Ateneo; 1986.
99. González E. Manual sobre la participación y organización para la gestión local. Cali. Colombia: Ediciones Foro Nacional por Colombia; 1996.

100. Arnstein S. A ladder of citizen participation. AIP journal. 1969;216-24.
101. Rifkin S. Participación de la comunidad en los programas de salud de la madre y el niño y de planificación familiar. Análisis basados en estudios de casos. Ginebra: OMS; 1990.
102. Rapaport J, Swift C. Studies in Empowerment. Binghamton N.Y: Haworth; 1984.
103. Atkinson S. Political cultures, health systems and health policy. Soc Sci Med. 2002;55:113-24.
104. Delgado ME. Bajo los Pirules. Surgimiento de un sujeto colectivo: Una mirada desde el comportamiento participativo de 25 años, de una organización social, en una zona urbano- marginal de México D.F. México D.F: Deca. Equipo Pueblo A.C.; 1994.
105. Kliksberg B. Participación Comunitaria. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, editor. 2000.
106. Bosi ML, Affonso K. Cidadania, participação e saúde: com a palavra, o usuário da rede pública de serviços. Cad de Saúde Pública. 1998;14:355-65.
107. Wendhausen A. Relaciones de poder y democracia en los consejos de Salud en Brasil: estudio de un caso. Rev Española de Salud Pública. 2006;80:697-704.
108. Sánchez E. Participación comunitaria para la solución de problemas ambientales. Boletín de la AVEPSO. 1996;2:26.
109. Chavis D, Wandersman A. Sense of community in the urban environment: a catalyst for participation and community development. American Journal of Community Psychology. 1990;18:55-81.
110. Pérez J. Luchas campesinas y reforma agraria. Bogotá D.C: 2010.
111. Escobar A. El "postdesarrollo" como concepto y práctica social. En: Mato D, editor. Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización. Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela.; 2005. p. 17-31.
112. Banco Interamericano de Desarrollo. Desarrollo de la comunidad teoría y práctica. México: BID; 1966.
113. Naciones Unidas. Desarrollo de la comunidad y servicios relacionados. New York: 1956.
114. PAHO. Plan Decenal de Salud. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/ops98-02_ch03.pdf
115. Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2004;30.

116. Juten P. Una vida por la vida. Bogotá D.C: CINEP; ECOE; 1989.
117. Werner D. Donde no hay doctor: una guía para campesinos que viven lejos de los centros médicos. Berkeley: Hesperian; 2010.
118. Bruckmann M, Dos Santos T. Los movimientos sociales en América Latina: un balance histórico. Disponible en: Clacso
119. Franco C. Imágenes de Villa el Salvador. En: Kliksberg B, editor. ¿Como enfrentar la pobreza?. Aportes para la acción. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1992.
120. Zapata G. Villa el Salvador. Una estrategia de desarrollo alternativo basada en la participación social y la organización comunitaria. En: Kliksberg B, editor. ¿Como enfrentar la pobreza?. Aportes para la acción. Buenos Aires.: Grupo Editor Latinoamericano; 1992.
121. Carranza M. Participación Popular y Salud Comunitaria en la Zona Sur Oriente de Iztapalapa, México D.F. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998.
122. Carranza M, Delgado L. Intervención Psicosocial y Participación Popular en Salud. Guadalajara Jal: Instituto de Estudios Superiores de Occidente; 2000.
123. Sáez M. La disputa por lo público. México D.F: Deca Equipo Pueblo. A. C; 1999.
124. Delgado ME. Un modelo psicosocial como propuesta de análisis de las organizaciones populares. México D.F.: Instituto Mexicano de Investigación Familiar y Población/Asociación Mexicana de Psicología Social/ International Association for Analytical Psychology; 1997.
125. Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina (CREFAL). Proyecto Especial de Desarrollo Rural Integrado. Pátzcuaro Michoacán: CREFAL; 1981.
126. Serra J, Ramírez G. La experiencia del programa de salud en la comunidad: Hospital sin paredes. Ciencias sociales. 1988;40:102-20.
127. Lalonde M. New Perspective on the health of canadians: 28 years later. Rev Panamericana de Salud Pública. 2002;12:149-52.
128. OPS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington D.C: OPS; 1988.
129. Vázquez M. Social justice or individual responsibility?: the political economy of health promotion [tesis doctoral] London School of Hygiene and Tropical Medicine and London School of Economics and Political Science; 1998.
130. Draibe S. Neoliberalismo y políticas sociales: Reflexiones a partir de las experiencias Latinoamericanas. Desarrollo Económico. 1994;34.

131. Laurell A. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. En: Bronfman M, Castro R, editors. Salud, cambio social y política. México: EDAMEX; 1999.
132. Sobrino J, Garrocho C. Pobreza, política social y participación ciudadana. Zinacantepec.: Colegio Mexiquense.; 1995.
133. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: World Bank; 1993.
134. Ministerio de Salud de Colombia. La participación en Salud. 1992. Bogotá D.E, Ministerio de Salud.
135. Abad Gómez H. Problemas Colombianos. Curso de Poliatria. Medellín: Universidad de Antioquia; 1973.
136. Abad Gómez H. Teoría y práctica de salud pública. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1987.
137. Medina J, Rincón LE, Rodríguez E, et al. Salud Comunitaria. Una experiencia de diez años en áreas urbanas marginales. Bogotá D.C.: Fundación Santa Fe de Bogotá.; 1992.
138. Ministerio de Salud de Colombia. Apuntes sobre participación de la comunidad en salud. Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1979.
139. Ministerio de Salud de Colombia. Taller Nacional de Atención Primaria en Salud. 1980. Bogotá. D.C.
140. Ramírez P. Entrevista. Exdirectora Oficina Subdirección de participación social. Min Salud. 2010.
141. Ministerio de Salud de Colombia. Plan Nacional de Participación de la Comunidad. Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1982.
142. Ministerio de Salud de Colombia. Políticas de participación social en salud. Bogotá D.C: 1997.
143. Fundación Santa fe de Bogotá. Tercer foro nacional de salud comunitaria. Bogotá D.C: Función Santa Fe de Bogotá. Fundación Corona; 1997.
144. Restrepo H. Experiencia del Municipio de Versalles, Departamento del Valle: una mirada desde la promoción de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2002;20:135-44.
145. República de Colombia. Ley 11 de 1986. Bogotá D.C: 1986.
146. Ministerio de Salud de Colombia. Decreto 1216. Por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria en Salud COPACOS. Bogotá, Colombia.: 1989.

147. República de Colombia. Ley 10 de 1990: Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ecoe Ediciones; 1990.
148. Crawshaw R. Grass roots participation in health care reform. *Annals of Internal Medicine*. 1999;120:677-81.
149. Zacus D. Resource dependency and community participation in primary health care. *Soc Sci Med*. 1998;46:475-98.
150. Decreto 1757. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación en la prestación de servicios de Salud. [computer program]. Bogotá D.C: 1994.
151. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad de Saúde Pública*. 2002;18:991-1001.
152. Henández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de seguridad social*. 1998;5:21-43.
153. Quevedo E, Hernández M, Miranda N, et al. La salud en Colombia. Análisis sociohistórico. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación - Ministerio de Salud; 1990.
154. Ministerio de Salud de Colombia. Diagnóstico de la salud en Colombia. Crisis y perspectivas de la salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1991.
155. Molina G, Spurgeon P. La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública*. 2007;16:171-202.
156. Isaza P. La reforma del sector salud. *Educ Med Salud*. 1995;29:270-85.
157. Flores C, Soto V, Acosta O, et al. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá D.C: Fundación Corona; 2007.
158. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS, et al. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:297.
159. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to asses managed-care health care systems. *Soc Sci Med*. 2009;68:1153-60.
160. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16:48-53.
161. Ministerio de Salud de Colombia. Decreto 621. Por el cual se crea la Dirección de Participación de la Comunidad. Bogotá D. C: 1974.

162. Ministerio de Salud de Colombia. Decreto 1216. Ministerio de Salud de Colombia. Bogotá, Colombia: 1989.
163. Ministerio de Salud de Colombia. Decreto 1416. Por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud. Bogotá. Colombia: 1990.
164. Ministerio de Salud de Colombia. Implementación de la participación social en la etapas de la gestión del servicio público de salud y la operación del SGSSS. Bogotá D C: Ministerio de Salud de Colombia; 1997.
165. Ministerio de Salud de Colombia. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/Acomsap; 1990.
166. Abrantes-Pêgo A. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Salud Pública de México*. 1999;41:466-74.
167. Vázquez ML, Ferreira M.R., Siqueira E, et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el Nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Rev Española de Salud Pública*. 2002;76:585-94.
168. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6): 1621-1628. *Cad de Saúde Pública*. 2002;18:1621-8.
169. Litva A, Coast J, Donovan J, et al. 'The public is too subjective': public involvement at different levels of health-care decision making. *Social Science and Medicine*. 2002;54:1825-37.
170. Foster R, Gabe J. Voice or choice?. Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour. *Int Journal of Health Service*. 2008;38:333-56.
171. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Italia, Inglaterra e Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2006;22:2411-21.
172. Barnes M, Schattan V. Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. *Health Expectations*. 2009;12:226-36.
173. Cornwall A, Shankland A. Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Social Science and Medicine*. 2008;66:2173-84.
174. Delgado ME. Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia. *Rev Universitas Psychologica*. 2007;6:345-58.
175. Delgado ME, Vázquez ML. Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos en Colombia y Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2009;25:169-78.

176. Delgado ME, Vázquez ML, Zapata Y, et al. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Española de Salud Pública*. 2005;79:697-707.
177. Puerta C, Dover R. Desarrollo de un Modelo de Interlocución para el Sistema de Salud basado en el Caso de la Guajira Colombiana. *Rev de Salud pública*. 2007;9:353-68.
178. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2005;17:210-20.
179. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health policy and planning*. 1994;9:237-51.
180. Londoño J, Frenk J. Structured pluralism: towards and innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997;47:1-36.
181. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: la puesta en marcha de la ley 100. Bogotá D.C: Tercer Mundo Editores; 1997.
182. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México D.F: Mc Graw Hill; 2003.
183. DANE. Libro Censo General 2005. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2006.
184. Guzmán A. Informe de desarrollo humano para el Valle del Cauca. Cali: Universidad del Valle. PNUD; 2008.
185. DANE. Encuesta de Calidad de Vida 2010. Bogotá D.C: DANE; 2011.
186. Maldonado H. Información del DANE para Cali y su difusión. Cali: DANE; 2010.
187. Kerlinger F, Lee H. Foundations of behavioral research. New York: Harcourt; 2000.
188. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, éticas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: 1993.
189. Ensor T, Weinzierl S. Regulating health care in low and middle-income countries: Broadening the policy response in resource constrained environments. *Social Science and Medicine*. 2007;65:355-66.
190. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. Veinte años del uso efectivo de la tutela 1992- 2011. Bogotá D.C: Defensoría del Pueblo; 2012.
191. Camino L, Mendoza R. La construcción de los derechos humanos y la necesidad de la psicología política. *Psicología Política*. 2004;85-103.

192. Gosepath S. Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos humanos sociales. En: Alonso M, Giraldo J, editors. Ciudadanía y derechos humanos sociales. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2001.
193. Sen A. La idea de la justicia. Bogotá D.C: Taurus; 2009.
194. Sentencia T-760 de 2008. Por la cual se eleva el derecho a la salud como un Derecho Fundamental.
195. Aronson J. Giving consumers a say in policy development: Influencing policy or just being heard? *Canadian Public Policy*. 1993;19:367-78.
196. Rifkin S. Lesson from community participation in health programmes: a review of the post Ama-Ata. *International Health*. 2009;1:31-6.
197. Charles C, DeMaio S. Lay participation in health care decision making: A conceptual framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1993;18:881-904.
198. Ministerio de Salud de Colombia. Manual para realizar el fortalecimiento de la participación y el control social. 2002.
199. Guevara J. La democracia participativa como instrumento de dominación de la esfera pública. Una mirada crítica a la realidad política colombiana a partir de la constitución de 1991. Bogotá D.C: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; 2009.
200. Molina G, Spurgeon P. The Decentralization of the health sector in Colombia from a multi level perspective. *Gestión y Política Pública*. 2007;16:171-202.
201. Corrales J. Respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las demandas en las Consultas Ciudadanas Colombia 2011 - 2012 [tesis doctoral]. Cali, Colombia: Universidad del Valle. Escuela de Salud Pública; 2013.
202. Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones Generales y Remisión de Información para la Inspección, Vigilancia y Control. Creación de Consultas Ciudadanas; Circular Externa No.047 del 30 de Noviembre de 2007. Bogotá D.C: Superintendencia Nacional de Salud; 2007.
203. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el derecho a la salud: periodo 2003-2005. Bogotá D.C: Defensoría del Pueblo; 2007.
204. Vega R. Evaluación de políticas de salud con relacion a justicia social. *Rev de Salud Pública*. 2001;3:97-126.
205. Huici C. Grupo social y comportamiento salud-enfermdad. En: Morales J, editor. *Psicología social aplicada*. Bilbao: Declée de Brower; 1995.
206. Uribe M. Las promesas incumplidas de la democracia participativa. El debate a la Constitución. Bogotá D.C: ILSA y UNAL; 2002. p. 191-208.

207. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: Limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27:121-30.
208. De Groote T, De Paepe P, Unger J.P. The consequences of neoliberalism. Colombia: In vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int Journal of Health Service*. 2005;35:125-41.
209. Vélez AL, Realpe C, Gonzaga J, et al. Acción de tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizalez, Colombia. *Rev de Salud Pública*. 2007;9:297-307.
210. Findling L, Arruñada M, Klimovsky E. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cad de Saúde Pública*. 2002;18:1077-86.
211. Prado M, Lebrao M, Oliveira Y, et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de Sao Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:733-40.
212. Rodrigues MA, Facchini L, Piccini Rea. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:604-12.

ANEXOS

Anexo I **Cuestionario de la encuesta del año 2000**

ENCUESTA

La Universidad del Valle en convenio con la Escuela Andaluza de Salud Pública – Granada – España, el Institute for Health System Development del Reino Unido, la Universidad Federal de Pernambuco – Recife – Brasil y las Alcaldías de los Municipios de Palmira y Tuluá, con la cooperación técnica y financiera de la Comunidad Económica Europea, esta realizando el proyecto: “Barreras y Oportunidades de los Usuarios para participar en el Control de la Calidad de los Servicios de Salud”, que tiene como objetivo la evaluación de la efectividad de las políticas de participación comunitaria y ciudadana en el sistema de salud.

La información que Uds. nos suministren, es de mucha importancia, porque con ella los directivos y gerentes de las instituciones podrán tomar medidas correctivas de mejoramiento de los servicios de salud. De la misma forma, los resultados del estudio contribuirán a que las organizaciones comunitarias y ciudadanos particulares puedan ejercer un mayor control sobre los servicios de salud que le son prestados. Le agradecemos su colaboración y garantizamos completa confidencialidad en el uso de la información que nos den.

Atención

La entrevista se debe realizar sólo a personas que han utilizado los servicios de salud en los últimos cuatro (4) meses.

Para diligenciar al final de la entrevista

[Fecha	--	--	--
	D	M	A
Inicio de la entrevista	--		--
	H		Min.
Final de la Entrevista	--		--
	H		Min.
1. Duración de la Entrevista en Minutos			----
2. ¿Cómo fue la colaboración del entrevistado?			
Buena <u>1</u>	Regular <u>2</u>		Mala <u>3</u>
Nombre del Entrevistador	_____		
Dirección del Entrevistador	_____		
Teléfono:	_____		
Nombre del Supervisor	_____		

I. Experiencia con el uso de los servicios

Considerar sólo la información relacionada con la última atención

1.1. ¿En esta casa algún miembro de la familia ha utilizado los Servicios de Salud en los últimos cuatro (4) meses?

Si 1 () No 2 ()

Esa persona es: Adulto 1() Menor 2() Discapacitado 3()

1.2. Edad ___

1.3. Relación con el entrevistado _____ **Cod.** ___

En caso de ser menor o discapacitado para responder, debe entrevistarse a la persona responsable

2. ¿Nos podría dar la fecha aproximada? ___ ___ ___ No sabe 99 ()

D M A

3. ¿En qué institución fue atendido?

Nombre: _____ No sabe 99 () No contesta 77 ()

3.1 Codificar si la Institución es:

Pública 1 () Privada 2 () Mixta 3 ()

(Para llenar después de la encuesta)

4. ¿Qué tipo de servicio le prestaron?

Consulta médica 1 () Hospitalización 2 ()

Programas de control 3 () Vacunación 4 ()

Urgencias 5 () Cirugía 6 ()

Otro 7 () ¿Cuál? _____ **Cod.** ___

En caso de vacunación, curación o urgencias pase a la pregunta 6.

Nos gustaría conocer su experiencia con el uso de servicios. ¿Podría por favor, indicarnos cómo le pareció la atención prestada?

5. Para obtener este servicio fue:

Difícil 1 () Mas o menos fácil 2 () Fácil 3 ()

No aplica 88 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

¿Cuánto tiempo tardó para conseguir la cita?

___ ___ ___ ___ ___
Minutos Horas Días Semanas Meses Total

Minutos _____ Total Días _____

No sabe 98 () No contesta 99 () No aplica 88 ()

¿Cuánto tiempo tardó entre la cita y la atención?

— — — — —
Minutos Horas Días Semanas Meses Total
Días _____
No sabe 98 () No contesta 99 () No aplica 88 ()

Usted encuentra que este tiempo fue:

Mucho 1 () Mas o menos () Poco ()
No sabe 98 () No contesta 99 () No aplica 88 ()

¿Le dieron la cita con hora definida?

Si 1 () No 2 () No aplica 88 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

6. Cuando llegó al servicio, ¿cuánto tiempo espero para ser atendido?

— — — — —
Minutos Horas Total en Minutos _____ No sabe 98 () No contesta 99 ()

7. Las salas de espera son:

Agradables y cómodas 1 () Medianamente agradables y cómodas 2 ()
Incómodas y desagradables 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

8. Los consultorios son:

Agradables y cómodos 1 () Medianamente agradables y cómodos 2 ()
Incómodos y desagradables 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

9. El trato del personal administrativo fue:

Bueno 1 () Regular 2 () Malo 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

9.1 ¿Por qué? _____ Cod. ___

10. El trato del personal de salud que le prestó el servicio fue:

Bueno 1 () Regular 2 () Malo 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

10.1 ¿Por qué? _____ Cod. ___

11. ¿La persona que le brindó la atención lo entendió cuando Ud. manifestó su problema?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

11.1 ¿Por qué? _____ Cod. _____

12. ¿Usted recibió explicaciones sobre su problema de salud/vacunación?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

13. ¿Entendió la información que le dieron sobre su problema de salud?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

14. ¿Usted fue informado sobre su diagnostico?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

15. ¿Usted recibió explicaciones sobre su tratamiento?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

16. El tratamiento que le brindaron fue:

Acertado 1 () Mas o menos acertado 2 ()

Nada acertado 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

16.1 ¿Por qué? _____ Cod. _____

17. ¿Le dieron todos los medicamentos recetados?

Si 1 () Parcialmente 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

18. ¿Los equipos que tiene el servicio de salud al que asistió le parecen adecuados?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 99 () No contesta 99 ()

18.1 ¿Por qué? _____ Cod. _____

19. ¿Cuánto tiempo duró aproximadamente la atención que le prestaron?

Minutos __ __ 1 () Horas __ __ 2 () No aplica 88 () No sabe 98 ()

No contesta 99 ()

20. Este tiempo que le dedicaron en la atención fue:

Suficiente 1 () Regular 2 ()

Insuficiente 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

21. ¿Volvería nuevamente a solicitar atención de salud en esta institución?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

21.1 ¿Por qué? _____ Cod. _____

22. En general, podría decirnos cómo le pareció el servicio:

Muy Bueno 1 () Bueno 2 () Regular 3 () Malo 4 () Pésimo 5 ()

No sabe 98 () No contesta 99 ()

22.1 ¿Por qué? _____ Cod. _____

_____ Cod. _____

Si contestó regular, malo o pésimo contestar el numeral 22.2

22.2 ¿Hizo algo para resolver esta situación?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si contestó NO, pasar a la pregunta 23. Si contestó SI, continuar.

22.3 ¿Qué hizo? _____

_____ Cod. _____

22.4 ¿Cuál fue el resultado? _____

Cod. _____

II. Opinión general del usuario acerca de la calidad del servicio de salud

23. ¿Cuáles son los aspectos que muestran una mala calidad en los servicios de salud?

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

24. ¿Cuáles son los aspectos que muestran una mala calidad en los servicios de salud?

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

III. Conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

25. ¿Conoce Ud. el actual sistema de Seguridad Social en Salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 99 () No contesta 77 ()

¿Qué conoce? _____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

26. ¿Ud. siente que ha habido un cambio en el sistema de Seguridad Social en Salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 99 () No contesta 77 ()

26.1 Podría decirme, ¿cuál o cuáles son para Ud., estos cambios?

_____ Cod. _____

27. ¿Podría decirme, ¿Para qué sirven las Entidades Promotoras de Salud o EPS (Institución a la cual usted está afiliado para obtener servicios de salud)?

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

28. ¿Podría decirme, ¿Para qué sirven las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud o IPS, (centros de salud, clínicas u hospitales)?

_____ Cod. ____
_____ Cod. ____
_____ Cod. ____
_____ Cod. ____
_____ Cod. ____

30. ¿Le encuentra Ud. desventajas al actual sistema de salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 99 () No contesta 77 ()

30.1 ¿Cuál o cuáles?

_____ Cod. ____
_____ Cod. ____

31. ¿Usted está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

31.1 ¿En qué régimen?

Contributivo 1 () Subsidiado 2 () Vinculado 3 () No sabe 99 ()

No contesta 99 ()

31.1.1 Otro, ¿Cuál? _____ Cod. ____

Si está en el régimen contributivo:

31.2 Es: Cotizante 1 () Beneficiario 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

32. ¿A qué aseguradora (EPS o ARS) está afiliado?

Nombre: _____ Cod. ____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

32.1 ¿Ud. utiliza esta entidad?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

32.2 ¿Por qué? _____ Cod. ____

_____ Cod. ____

33. ¿Cuál es la IPS que utiliza con mayor frecuencia?

_____ Cod. ____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

33.1 ¿Por qué? _____ Cod. ____

_____ Cod. ____

IV. Conocimiento y experiencia con los mecanismos de participación en salud

34. ¿Conoce Ud. alguna forma/s de participación para contribuir a mejorar la atención en los servicios de salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

34.1 ¿Cuál, cuáles? _____ Cod. ____

_____ Cod. ____

_____ Cod. _____

35. ¿Cuáles considera Ud. que son sus derechos como ciudadano en los servicios de salud?

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

36. ¿Sabe Ud. si existe, alguna, ley, norma o disposición legal relacionada con la participación ciudadana en las instituciones de salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

36.1 ¿Cuál? _____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

37. ¿Conoce Ud. en su barrio o Comuna alguna persona o grupo que lo represente en las instituciones de Salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

37.1 ¿Cuál? _____ Cod. _____

_____ Cod. _____

38. ¿Pertenece algún comité de salud?

Si () No () No sabe 98 () No contesta 99 ()

38.1 ¿Cuál? _____ Cod. _____

39. ¿Conoce Ud. de la existencia de alguna Liga o Asociación de Usuarios en las EPS o en las IPS?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

39.1 ¿Cuál? _____ Cod. _____

39.2 ¿Para qué sirve? _____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

40. ¿Ud. forma parte de alguna liga o asociación de usuarios?,

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

40.1 ¿Cuál? _____ Cod. _____

41. ¿Ha participado alguna vez en asambleas o reuniones para escoger el representante a las ligas o asociaciones de usuarios?

Si 1 () No 2 () No sabe 99 () No contesta 99 ()

42. ¿Ha sido citado alguna vez a asambleas o reuniones para escoger los representantes a las Ligas o Asociaciones de Usuarios?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si responde NO, pasar a la 43.

42.1 ¿Asistió Usted? Si () No () Si responde NO,

42.2 ¿Por qué? _____ Cod. _____

43. ¿Conoce Ud. las actividades de algún miembro de la liga o asociación de usuarios?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si responde NO, pasar a la 44.

43.1 ¿Cuáles? _____ Cod. _____

44. ¿Ha sido citado alguna vez a una reunión de la liga de usuarios establecida en la E.P.S. que Ud. es afiliado?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si responde NO, pasar a la 45.

44.1 ¿Asistió Ud.?

Si 1 () No 2 ()

44.2 ¿Por qué _____ Cod. _____

45. ¿Ha sido citado alguna vez a una reunión de la liga de usuarios establecida en la I.P.S. que Ud. utiliza?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si responde NO, pasar a la 46.

45.1 ¿Asistió Ud.?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

¿Por qué _____ Cod. _____

46. ¿Ha recibido alguna vez, información sobre los resultados de las reuniones o gestiones de la liga o asociación de usuarios?

Si 1 () No 2 ()

Si responde NO, pasar a la 47.

46.1 ¿Cómo? _____ Cod. _____

47. ¿La Entidad Promotora de Salud donde Ud. está afiliado, tiene una oficina ò algún sitio especial, para tramitar sus quejas o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si contesta NO, pasar a la pregunta 48.

47.1 ¿Ha utilizado alguna vez esa oficina para exponer sus quejas o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

47.2 ¿Cuál fue el resultado? _____ Cod. _____

47.3 ¿Usted quedó satisfecho con el resultado de su gestión?

Si 1 () Mas o menos 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

47.4 ¿Por qué? _____ Cod. _____

_____ Cod. _____

48. Si no existe esta oficina o sitio, ¿a qué lugar acude Ud. para manifestar su malestar, queja o sugerencia sobre la atención recibida?

_____ Cod. _____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

49. ¿La Institución Prestadora de Servicios de Salud donde Ud. acude para la atención de su salud, tiene una oficina ò algún sitio especial, para tramitar sus quejas, reclamos o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si contesta NO, pasar a la pregunta 50

49.1 ¿Ha utilizado alguna vez esa oficina para exponer sus quejas o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

49.2 ¿Cuál fue el resultado? _____ Cod. ____

49.3 ¿Usted quedó satisfecho con el resultado de su gestión?

Si 1 () Parcialmente 2 () No 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

¿Por qué? _____ Cod. ____

50. Si no existe esta oficina o sitio, ¿a qué lugar acude Ud. para manifestar su malestar, queja o sugerencia sobre la atención recibida? _____ Cod. ____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

51. Ahora le preguntaré sobre su conocimiento y experiencia con los mecanismos de participación en salud

Mecanismos de Participación	Los conoce?	Los ha utilizado?	¿Cuál fue el resultado?
Buzón de quejas/sugerencias/reclamos	SI 1 () NO 2 ()	SI 1 () NO 2 ()	Cod. ____
Línea telefónica para Atención al Público	SI 1 () NO 2 ()	SI 1 () NO 2 ()	Cod. ____
Comités de Veeduría ciudadana	SI 1 () NO 2 ()	SI 1 () NO 2 ()	Cod. ____
Comités de ética hospitalaria	SI 1 () NO 2 ()	SI 1 () NO 2 ()	Cod. ____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

52. ¿Conoce Usted de la existencia de las Juntas Directivas en los Hospitales?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

52.1 ¿Para qué sirve? _____ Cod. ____

52.2 ¿Ha participado en la elección de los representantes comunitarios para las juntas?

Si 1 () No 2 ()

52.3 ¿Conoce su representante?

Si 1 () NO 2 ()

53. ¿Ha recibido alguna vez comunicación de estas juntas?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

¿Cómo? _____ Cod. ____

54. ¿Ud. alguna vez ha utilizado el mecanismo de las juntas directivas para manifestar un problema o una sugerencia?

Si 1 () No () No sabe 98 () No contesta 99 ()

V. Valoración de actitudes relacionadas con la participación del usuario en el servicio de salud

En esta parte de la entrevista haremos algunas afirmaciones y Ud. dirá si: Está completamente de acuerdo o en parte, está completamente en desacuerdo o en parte o si está indeciso para responder.

55. La participación de los usuarios/pacientes realmente contribuye a mejorar los servicios de Salud

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

56. Las instituciones de salud (hospitales, Centros de salud, EPS), siempre tienen las puertas abiertas a los usuarios/pacientes para recibir las quejas, ideas y propuestas que mejoren los servicios de salud".

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

57. En las instituciones de salud (EPS, ARS, clínicas, centros de salud y hospitales), a los usuarios/pacientes nos dan la oportunidad de intervenir y de opinar para mejorar los servicios de salud.

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

58. En los servicios de salud de Colombia, el paciente/usuario es muy importante.

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

59. Las formas de participación como Asociación de usuarios, comités de veeduría, buzón de sugerencias etc., son efectivos (sirven) para mejorar los servicios de salud.

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

60. Tomar parte en un grupo de participación ciudadana en salud es importante.

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

61. En Colombia los usuarios/pacientes están capacitados (o preparados), para participar en la mejora de los servicios de salud.

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

62. Como usuario/paciente, puedo influir en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
Completamente en desacuerdo 1 ()

VI. Datos de Identificación

64. Nombre y Apellido _____

65. Sexo F () M 2 ()

66. Dirección Residencia: _____

Barrio: _____ Comuna _____ Corregimiento ___ Estrato ___

66.1 Urbano 1 () Rural 2 ()

67. Edad: _____ (años cumplidos)

68. ¿Qué actividades realiza actualmente?

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

69. ¿Cuál es su profesión? _____ Cod. _____

70. Nivel de Escolaridad: _____ (período finalizado)

- | | |
|----------------------|------------|
| Ninguno | 1() |
| Sabe leer y escribir | 2() |
| Primaria | 3() |
| Secundaria | 4() |
| Técnico | 5() |
| Universitario | 6() |
| Postgrado | 7() |
| Otros. | 8() _____ |

No sabe 99 ()

OBSERVACIONES _____

Firma del Entrevistador: _____

Anexo II
Cuestionario de la encuesta del año 2010

ENCUESTA

La Universidad del Valle está haciendo un trabajo para saber si los usuarios conocen y utilizan los mecanismos de participación social en salud.

La información que Uds. nos suministren, es de mucha importancia, porque con ella los directivos y gerentes de las instituciones podrán tomar medidas correctivas de mejoramiento de los servicios de salud. De la misma forma, los resultados del estudio contribuirán a que las organizaciones comunitarias y ciudadanos particulares puedan ejercer un mayor control sobre los servicios de salud que le son prestados. Le agradecemos su colaboración y garantizamos completa confidencialidad en el uso de la información que nos den.

Atención

La entrevista se debe realizar sólo a personas que han utilizado los servicios de salud en los últimos 4 meses

Para diligenciar al final de la entrevista

Fecha	--	--	--
	D	M	A
Inicio de la entrevista	-		--
	H		Min.
Final de la Entrevista	-		--
	H		Min.
1. Duración de la Entrevista en Minutos			----
2. ¿Cómo fue la colaboración del entrevistado?			
Buena <u>1</u>	Regular <u>2</u>	Mala <u>3</u>	
Nombre del Entrevistador	_____		
Dirección del Entrevistador	_____		
Teléfono:	_____		
Nombre del Supervisor	_____		

Conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1. ¿Conoce Ud. el actual Sistema de Seguridad Social en Salud?

Si 1 () No 2 () Un poco 3 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

1.1 ¿Podría decirme, qué conoce?

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

_____ Cod. _____

2. Podría decirme, ¿Para qué sirven las Entidades Promotoras de Salud o EPS?

- _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
3. **¿Podría decirme, ¿Para qué sirven las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud IPS.**
 _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
4. **¿Usted está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud?**
 Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
 ➤ Si contesta No o No sabe, pasar a la 6
- 4.1 **¿En qué régimen?**
 Contributivo 1 () Subsidiado 2 () No sabe 99 () No contesta 99 ()
- 4.1.1 **Otro, ¿Cuál?** _____ Cod. ____
Si está en el régimen contributivo:
- 4.2 **Es:** Cotizante 1 () Beneficiario 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
5. **¿A qué aseguradora (EPS o ARS) está afiliado?**
 Nombre: _____ Cod. ____
 No sabe 98 () No contesta 99 ()
- 5.1 **¿Ud. utiliza esta entidad?**
 Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
- 5.2 **¿Por qué?**
 _____ Cod. ____
- 6 **¿Cuál es la IPS –hospital, clínica o centro de salud- que utiliza con mayor frecuencia?**
 _____ Cd. ____

 No sabe 98 () No contesta 99 ()
- 6.1 **¿Por qué la utiliza más?**
 _____ Cod. ____

Conocimiento y experiencia con los mecanismos de participación en salud

- 7 **¿Cuáles considera Ud. que son sus derechos como ciudadano en los servicios de salud?**
 _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
 No sabe 98 () No contesta 99 ()
- 8 **¿Conoce Ud. alguna forma de participación para contribuir a mejorar la atención en los servicios de salud?**
 Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
- 8.1 **¿Cuál?** _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
9. **¿Sabe Ud. si existe, alguna ley o norma relacionada con la participación ciudadana en las instituciones de salud?**
 Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
- 9.1 **¿Cuál?** _____ Cod. ____
 _____ Cod. ____
- 10 **¿Conoce Ud. en su barrio o Comuna alguna persona o grupo que lo represente en las instituciones de Salud?**
 Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
¿Qué hace? _____
 _____ Cod. ____

_____ Cod. _____
11. ¿Pertenece Ud a algún comité o asociación de salud?
Si () No () No sabe 98 () No contesta 99 ()

11.1 ¿Qué tipo de comité o asociación?
_____ Cod. _____

12. ¿Conoce Ud. de la existencia de alguna Liga o Asociación de Usuarios de su Entidad Promotora de Salud o EPS?
Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
➤ Si responde NO, pasar a la 13.

12.1 ¿Para qué sirve? _____
_____ Cod. _____

12.2 ¿Ud forma parte de esa Liga o Asociación de Usuarios?,
Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

12.3 ¿Ha participado alguna vez en asambleas o reuniones para escoger representantes a las Ligas o Asociaciones de Usuarios?
Si 1 () No 2 () No sabe 99 () No contesta 99 ()

12.4 ¿Conoce Ud. las actividades de la Liga o Asociación de Usuarios?
Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

12.5 ¿Cuáles? _____
_____ Cod. _____

12.6 ¿Ha sido invitado a participar en alguna reunión de la Asociación de Usuarios de su E.P.S.?
Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

12.7 ¿Asistió Ud.?
Si 1 () No 2 ()

12.8 ¿Ha recibido alguna vez, información sobre los resultados de las reuniones o gestiones de la liga o Asociación de Usuarios de su EPS?
Si 1 () No 2 ()

12.9 ¿Cómo? _____
_____ Cod. _____

13 ¿La Entidad Promotora de Salud o EPS donde Ud. está afiliado, tiene una alguna oficina o alguna persona, para tramitar sus quejas, reclamos o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()
➤ Si contesta NO, o No sabe, pasar a la pregunta 14.

13.1 ¿Ha utilizado alguna vez esa oficina para exponer sus quejas o sugerencias Si 1 ()
No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

13.2 Cual el motivo? _____
_____ Cod. _____

13.3 ¿Cuál fue e el resultado? _____ Cod. _____

13.4 Si no existe esta oficina o persona, ¿a qué lugar acude Ud. para manifestar su malestar, queja o sugerencia sobre la atención recibida?

_____ Cod. _____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

14. ¿Conoce Ud. de la existencia de alguna Liga o Asociación de Usuarios de su Institución Prestadora del Servicio o clínica, hospital o centro médico donde Ud acude al servicio de salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Si responde NO o No sabe, pasar a la 15

14.1 ¿Para qué sirve? _____ Cod. __

_____ Cod. _____

14.2 ¿Ud. forma parte de esa Liga o Asociación de Usuarios?,

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

14.3 ¿Ha participado alguna vez en asambleas o reuniones para escoger representantes a las Ligas o Asociaciones de Usuarios?

Si 1 () No 2 () No sabe 99 () No contesta 99 ()

14.4 ¿Conoce Ud. las actividades de algún miembro de la Liga o Asociación de Usuarios?

5.3.1. Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

14.5 ¿Cuáles? _____
_____ Cod. _____

14.6 ¿Ha sido invitado a alguna reunión de la liga de usuarios de su Institución Prestadora del Servicio?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

14.7 ¿Asistió Ud.?

Si 1 () No 2 ()

14.8 ¿Ha recibido alguna vez, información sobre los resultados de las reuniones o gestiones de la liga o asociación de usuarios de su Institución Prestadora del Servicio?

Si 1 () No 2 ()

14.9 ¿Cómo? _____

La Institución Prestadora de Servicios de salud, o clínica, hospital o centro de salud, donde Ud acude para la atención, tiene alguna oficina o alguna persona, para tramitar sus quejas, reclamos o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si contesta NO, o No sabe, pasar a la pregunta 15.4.

15.1 ¿Ha utilizado alguna vez esa oficina para exponer sus quejas o sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si contesta NO, o No sabe, pasar a la pregunta 15.4.

15.2 Cual fue el motivo?

Cod_____

15.3 ¿Cuál fue el resultado?

Cod. _____

15.4 Si no existe esta oficina o persona, ¿a qué lugar acude Ud. para manifestar su malestar, queja o sugerencia sobre la atención recibida?

_____Cod. _____

No sabe 98 () No contesta 99 ()

16 Ud conoce que es un buzón de sugerencias?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si responde NO, pasar a la 17

16.1 Los ha utilizado en los servicios de salud?

Si 1 () No 2 ()

16.2 Cual fue el motivo?

Cod_____

16.3 ¿Cuál fue el resultado?

Cod_____

17. Ud conoce si hay una línea telefónica para atender quejas y reclamos del usuario en los servicios de salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si responde NO, pasar a la 18

17.1 La ha utilizado en los servicios de salud?

Si 1 () No 2 ()

17.2 Cual fue el motivo?

Cod_____

17.3 ¿Cuál fue el resultado?

Cod_____

18. Conoce Ud los Comités de Veeduría ciudadana

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si responde NO, pasar a la 19

➤

18.1 Los ha utilizado con relación a los servicios de salud?

Si 1 () No 2 ()

18.2 Cual fue el motivo? _____ Cod _____

18.3 ¿Cuál fue el resultado? _____ Cod _____

19. Conoce Ud los Comités de ética hospitalaria en las instituciones de Salud?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si responde NO, pasar a la 20

19.1 Los ha utilizado?

Si 1 () No 2 ()

19.2 Cual fue el motivo? _____ Cod _____

19.3 ¿Cuál fue el resultado? _____ Cod _____

20. ¿Sabe Usted si en las Juntas Directivas en los Hospitales hay algún representante de la comunidad?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

➤ Si responde NO, pasar a la 22.

20.1 ¿Sabe que hace ese representante? -----
----- Cod. _____

20.2 ¿Ha participado en la elección de los representantes comunitarios para las juntas directivas?

Si 1 () No 2 ()

20.3 ¿Conoce su representante?

Si 1 () NO 2 ()

20.4. ¿Ha recibido alguna vez comunicación de estas juntas?

Si 1 () No 2 () No sabe 98 () No contesta 99 ()

20.5 ¿Cómo? _____ Cod. _____

20.6 ¿Ud. alguna vez ha utilizado el mecanismo de las juntas directivas para manifestar un problema o una sugerencia?

Si 1 () No () No sabe 98 () No contesta 99 ()

Valoración de actitudes relacionadas con la participación del usuario en el servicio de salud

- 21. La participación de los usuarios/pacientes realmente contribuye a mejorar los servicios de Salud**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 22. Las instituciones de salud (hospitales, Centros de salud, EPS), siempre están dispuestos a recibir las quejas, sugerencias y propuestas de los usuarios.**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 23. En las instituciones de salud (EPS, ARS, clínicas, centros de salud y hospitales), a los usuarios/pacientes nos dan la oportunidad de intervenir y de opinar para mejorar los servicios de salud.**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 24. En los servicios de salud de Colombia, el paciente/usuario es muy importante**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 25. Las formas de participación como Asociación de usuarios, comités de veeduría, buzón de sugerencias etc., son efectivos (sirven) para mejorar los servicios de salud.**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 26. Tomar parte en un grupo de participación ciudadana en salud es importante.**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 27. En Colombia los usuarios/pacientes están capacitados (o preparados), para participar en la mejora de los servicios de salud.**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()
- 28. Como usuario/paciente, puedo influir en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.**
 Completamente de acuerdo 5 () De acuerdo 4 ()
 Indeciso 3 () En desacuerdo 2 ()
 Completamente en desacuerdo 1 ()

Quisiera decir algo mas con relación a esto de la participación en salud?

Datos del entrevistado

Sexo F () M 2 ()

Dirección Residencia: _____

Barrio: _____ Comuna ____ Corregimiento __ Estrato __

Urbano 1 () Rural 2 (). **Edad:** ____ (años cumplidos)

¿En qué trabaja actualmente? _____ Cod. _____
_____ Cod. _____

¿Cuál es su oficio o profesión? _____ Cod. _____

Nivel de Escolaridad: (período finalizado)

Ninguno	1()
Sabe leer y escribir	2()
Primaria	3()
Secundaria	4()
Técnico	5()
Universitario	6()
Postgrado	7()
Otros.	8() _____
No sabe	99 ()

OBSERVACIONES _____

Firma del Entrevistador: _____

Cédula de Ciudadanía

Anexo III.

Artículos de la doctoranda relacionados con la investigación

Original article

Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population

María Eugenia Delgado Gallego^{a,b,*}, María Luisa Vázquez-Navarrete^c

^a Institute of Psychology, Universidad del Valle, Cali, Valle, Colombia

^b Program in Public Health and Methodology of Biomedical Research, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain

^c Health Policy and Health Services Research Group, Health Policy Research Unit, Consortium for Healthcare and Social Services of Catalonia, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 1 July 2012
Accepted 23 November 2012
Available online xxx

Keywords:
Healthcare systems
Healthcare rights
Health policy
Social determinants
Users' survey
Awareness
Colombia
Latin America

Palabras clave:
Sistemas de salud
Derecho a los servicios de salud
Política de salud
Determinantes sociales
Conocimiento
Colombia
América Latina

ABSTRACT

Objectives: To analyze changes in users' awareness of the healthcare system and of their rights to healthcare in Colombia in the last 10 years, as well as the factors that influence users' awareness.

Methods: We carried out a descriptive study to compare the results of two cross-sectional studies based on two surveys of users of the Colombian healthcare system. The first survey was performed in 2000 and the second in 2010. The municipalities of Tuluá (urban area) and Palmira (rural area) were surveyed. In both surveys, a stratified, multistage probability sample was selected. There were 1497 users in the first sample and 1405 in the second. Changes in awareness of the healthcare system and associated factors in each year were assessed through multivariate logistic regressions.

Results: Users' awareness of the healthcare system was limited in 2000 and was significantly lower in 2010, except for that relating to health insurers and providers. In contrast, more than 90% of users in both surveys perceived themselves as having healthcare rights. The factors consistently associated with greater awareness were belonging to a high socioeconomic stratum and having higher education.

Conclusions: The most underprivileged users were less likely to be aware of the healthcare system, hampering their ability to make informed decisions and to exercise their health rights. To correct this situation, health institutions and the government should act decisively to reduce social inequalities.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Conocimiento del sistema general de seguridad social en salud y de los derechos a los servicios de salud de la población de Colombia

RESUMEN

Objetivos: Analizar cambios en el conocimiento y en los factores que influyen en este conocimiento de los usuarios del sistema de salud (SGSSS) y de sus derechos a la atención en salud en Colombia en los últimos 10 años.

Métodos: Estudio descriptivo que compara resultados de dos estudios transversales basados en dos encuestas realizadas a usuarios del sistema de salud de Colombia, una en 2000 y otra en 2010. El área de estudio fueron los municipios de Tuluá (zona urbana) y Palmira (zona rural). En ambas encuestas se realizó un muestreo probabilístico estratificado multietápico, conformándose en la primera una muestra de 1497 usuarios y en la segunda de 1405. Se analizó el cambio en el conocimiento y los factores asociados en cada año mediante regresión logística multivariada.

Resultados: El conocimiento del sistema de salud en 2000 era limitado y en 2010 disminuyó significativamente, excepto en relación con las aseguradoras y los proveedores. En contraste, los resultados muestran que más del 90% de los usuarios en ambas encuestas se perciben poseedores del derecho a la atención en salud. Pertenecer a estratos socioeconómicos altos y estudios superiores se asocia consistentemente a un mayor grado de conocimiento.

Conclusiones: Los usuarios más desfavorecidos tienen menor posibilidad de conocer el SGSSS, lo cual es una barrera para tomar decisiones informadas y para hacer cumplir y ejercer sus derechos a la salud. Para revertir esta situación es necesaria una intervención decidida de las instituciones de salud, así como del gobierno en general, para reducir las inequidades sociales.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Corresponding author.

E-mail address: maria.delgado@correounivalle.edu.co (M.E. Delgado Gallego).

of Social Security in Health (*Sistema General de Seguridad Social en Salud*, SGSSS) was created,² frameworked in the Political Constitution of 1991,³ that did not grant healthcare the status of a fundamental human right but regarded it merely as an essential public service of obligatory compliance to be provided under state direction, coordination, and control. Stated principles of the SGSSS are²: universality, solidarity, comprehensiveness, equity, freedom of choice of health insurer and of healthcare provider, quality of service, and social participation.

With this reform, Colombia became one of the first middle-income countries to adopt a model of managed competition.⁴ It created an extraordinarily complex healthcare system, made up of two insurance schemes: the contributory regime, for formal-sector employees and individuals with ability to pay, financed by mandatory contributions; and subsidized regime, for people unable to pay, funded by resources from the contributory scheme and other sources of financing, such as taxes. Health insurers were introduced to manage the contributory regime (*empresas promotoras de salud*, EPS) and the subsidized regime (*empresas promotoras de salud - subsidiadas*, EPS-S). Private insurers compete to enrol the population and public and private healthcare providers (*instituciones prestadoras del servicio*, IPS) for contracts with insurers. In 1994, a comprehensive policy for social participation in health was also formulated, which established participation in management, planning, and evaluation at various levels: from information to decision making⁵ and through different types of health participation: citizen participation (based on a market approach), community participation and participation within healthcare institutions. In neoliberal models, participation is central: private enterprises are called upon to participate in managing and providing services, and citizens to participate, among others, in quality control: the latter is the focus of this article.

Users' awareness of the healthcare system, and of their rights to healthcare, empowers them for effective interaction with health services: for participating in various aspects of the healthcare system⁶; for making informed health decisions^{7,8}; as well as for accessing services⁹ and hence, it is one of the fundamental conditions for users to exercise their right to healthcare,¹⁰ among others.

Therefore, user awareness of the healthcare system and policies, and of their rights are relevant social determinants of healthcare use, which are closely related to other social determinants, such as socioeconomic level, education levels, gender, and living in rural or urban areas, among others, and can lead to inequities in health.^{11,12} Nevertheless, analysis of user awareness has been limitedly conducted, in general.⁶ This also applies to Latin America with few researches available on user awareness of healthcare systems, their functioning, or their healthcare rights. Studies conducted in Colombia indicate that individuals of higher socioeconomic and education levels are those that best know the SGSSS,¹³ and their right to healthcare.¹⁴ Moreover, according to a recent analysis,¹⁵ user's awareness of mechanisms for social participation in health in Colombia did not improve, but rather, tended to diminish during the last decade. This article seeks to analyze changes in factors that influence the users' awareness of the SGSSS and their rights to health care in Colombia in the last ten years.

Methods

Design

This descriptive study analyses trends¹⁶ based on two cross-sectional studies carried out by means of two surveys among healthcare users who had used services within three months prior to the survey in 2000 and 2010.

Table 1
Socio-demographic characteristics of the samples: 2000 and 2010.

Area	Survey 2000 N = 1495		Survey 2010 N = 1405	
	n	(%)	n	(%)
Area				
Rural	727	(48.6)	689	(49)
Urban	768	(51.4)	716	(51)
Sex				
Male	543	(36.3)	618	(44)
Female	952	(63.7)	787	(56)
Socio-economic level				
Low	635	(42.7)	992	(71)
Medium	626	(41.8)	282	(20)
High	235	(15.6)	131	(9)
Education level				
No schooling-primary	702	(47.8)	918	(65.4)
Intermediate	628	(42.8)	426	(30.3)
University	138	(9.4)	61	(4.3)
Age (years)				
13-19	92	(6.2)	79	(5.3)
20-30	311	(20.9)	272	(19.4)
31-40	337	(22.6)	345	(24.6)
41-65	587	(39.4)	564	(40.6)
>65				

Area of the study

The study area comprised two municipalities in the Department of Valle del Cauca in Colombia's Southwest: Tuluá, with 194,446 inhabitants and Palmira with 294,800 inhabitants.¹⁷ Selection criteria were: having implemented the reform of the healthcare sector; including populations from all socioeconomic levels; high percentages of enrolment to the SGSSS; provision of all care levels; and, rural and urban areas.

Sampling

Sample size was calculated based on population size and expected rate of use of health participation mechanisms (estimated at 24% in year 2000, according to the pilot study, and at 25% in year 2010, according to results from the year 2000 study) and yielded a 95% confidence interval (95%CI) with 3% precision. The final sample was 1495 users in 2000; and 1405 users in 2010. The final sample comprised male and female users from different ages, socioeconomic and educational levels, and occupations (Table 1).

In both surveys, a stratified multistage probability sampling was conducted. In the first stage, neighborhoods –in the urban area–, and *corregimientos* (villages) in rural areas from different socioeconomic levels were randomly selected, without replacement. In the second stage, users were systematically selected. The sample range was calculated according to sample size and number of homes in each neighborhood; the initial home was randomly selected. The home was considered the primary sampling unit to avoid the effect of associated samples¹⁸ in individuals belonging to a family. Efforts were made to interview the same number of men and women.

Questionnaire

For the 2000 survey, the questionnaire was adapted from a previous study¹⁹ which was discussed with experts, and prior to its final version, it was submitted to a pretest and two pilot studies. It was a five-section structured questionnaire referring to: a) perceived quality of the services; b) awareness of the Healthcare System, participation policy, and healthcare rights; c) awareness of participation mechanisms; d) utilization and experience with such;

e) a participation attitudes scale. For the second survey, questions on perceived healthcare quality were eliminated. In this article, we analyze responses from part *b* of the questionnaire.

Data collection

Data were collected through face-to-face interviews conducted over weekends to increase the probability of finding adults at home for the interview. Previously trained psychology students carried out the interviews. Because this was a minimum-risk study, and pursuant to Resolution 8430 of 1993, each person was required an oral informed consent for the interview, and protection and confidentiality of data was guaranteed by treating and analyzing them anonymously.

Variables

The outcome (dependent) variables were: awareness level of the SGSSS –regarding basic characteristics of the SGSSS, characteristics and functions of health insurers (EPS), healthcare providers (IPS) and participation policy– and awareness of healthcare rights. It was defined that an individual was aware of the SGSSS when, besides responding affirmatively to the question “Do you know the SGSSS?”, in the question “Can you tell me what you know?”, these individuals described at least three basic characteristics (a third) of the SGSSS. Likewise, a person was defined with awareness when able to describe at least two (a third) main functions for questions “What are health insurers for (EPS)?” and “What are healthcare providers for (IPS)?”. Although awareness of EPS and IPS is part of being aware of the SGSSS, these questions are treated separately in the analysis because they are the institutions with which users interact on a regular basis in healthcare services. It was defined that an individual was aware of the participation policy when, besides responding affirmatively to the question “Do you know any policy for social participation in the healthcare system?”, these individuals mentioned at least one of the existing norms (the policy for social participation, Act 100, the Political Constitution). Also, they were asked “What do you consider are your healthcare rights?”, giving them free options to answer. Explanatory (independent) variables were: area (rural, urban), sex (male, female), socio-economic level of the home (low, middle, high) declared by the informant (based on the classification of the Municipal Planning office) and level of education (no schooling- primary, intermediate, university).

Data analysis

Through a univariate analysis, frequencies and percentages were estimated for each year. Further, we estimated three logistic regression models: one to compare changes in levels of knowledge for both years together (2000 as reference and adjusted by all other explanatory variables); and one for each year to determine factors associated with the level of awareness of the SGSSS and of health rights, setting $p < 0.05$ and a 95%CI as significance criteria. Data were analyzed with SPSS v 17.

Data quality

All questionnaires were individually reviewed in both surveys and 15% were randomly re-interviewed in the first, and 20% in the second, to analyze response consistency. Inconsistencies were not detected. During data entry, inconsistencies were controlled through the double-entry method, enabling automatic revision of inconsistencies.

Results

In the 2000 survey, 51.4% of respondents resided in urban areas; 63.7% were female; 42.7% reported to belong to the lower socioeconomic strata; and 47.8% had no schooling or primary education. In the 2010 survey, 51% resided in urban areas; 56% were female; 71% reported to belong to the lower socioeconomic strata and 65.4% had no schooling or primary education (Table 1).

Changes in level of awareness of the SGSSS and of healthcare rights

A low level of awareness of the SGSSS, of EPSs, of IPSs, and of the participation norm is noted in the results of both surveys. In 2000, approximately 12% of participants were aware of some system's characteristics (they mentioned at least three), while in 2010 only 8% (Fig. 1). Moreover, responses provided tended to be quite limited, describing very general characteristics of the SGSSS like “to offer healthcare services for everyone”, “to provide healthcare for the poor”, or “you must have your membership card”. Freedom of choice of healthcare institutions or the right to participate in health was only rarely mentioned; in 2010, awareness of healthcare institutions had slightly increased –EPS 14.6% and IPS 15.4% versus EPS 11.3% and IPS 11.7% in 2000– (Table 2). The level of awareness of social participation in health norms was 9.4% in 2000, and 6.1% in 2010. Also, for the question “What do you consider are your healthcare rights?”, more than 90% in both surveys mentioned some rights, and the most common response continued being, the right to health care: “to receive healthcare” and “to be attended to”, 61% in 2000 and 68.3% in 2010; relating the rest to some aspects of health care. Participation was rarely mentioned as a healthcare right (Fig. 1). In the logistical regression model, differences in levels of knowledge between both years were statistically significant, once adjusted by the other explanatory variables (area, sex, level of education and socioeconomic strata) except in the knowledge of healthcare rights (Table 2).

Factors associated with awareness of the SGSSS

In 2000, being female, having a low socioeconomic and educational level was significantly associated with lower odds of knowing the SGSSS (Table 3). In 2010, being from rural areas, having a low socioeconomic and educational level, was associated with lower odds of knowing the SGSSS (Tables 3 and 4).

Factors associated with awareness of health insurers (EPSs)

In the year 2000, having no schooling or primary education was significantly associated with a lower odds of knowing EPSs than users of higher education levels (Table 3). In 2010, users of lower educational and socioeconomic levels had lower odds of knowing EPSs (Table 3).

Factors associated with awareness of health providers (IPSs)

In 2000, being a user with low and medium socioeconomic and educational levels was associated with lower odds of knowing them (Table 3). In 2010, users of lower educational and socioeconomic levels had lower odds of knowing IPSs.

Factors associated with awareness of the social participation norm

In 2000, being from urban areas, being a woman, belonging to low socioeconomic and educational levels, was associated with lower odds of knowing the standard (Table 3). In 2010 only belonging to middle and low socioeconomic strata and having

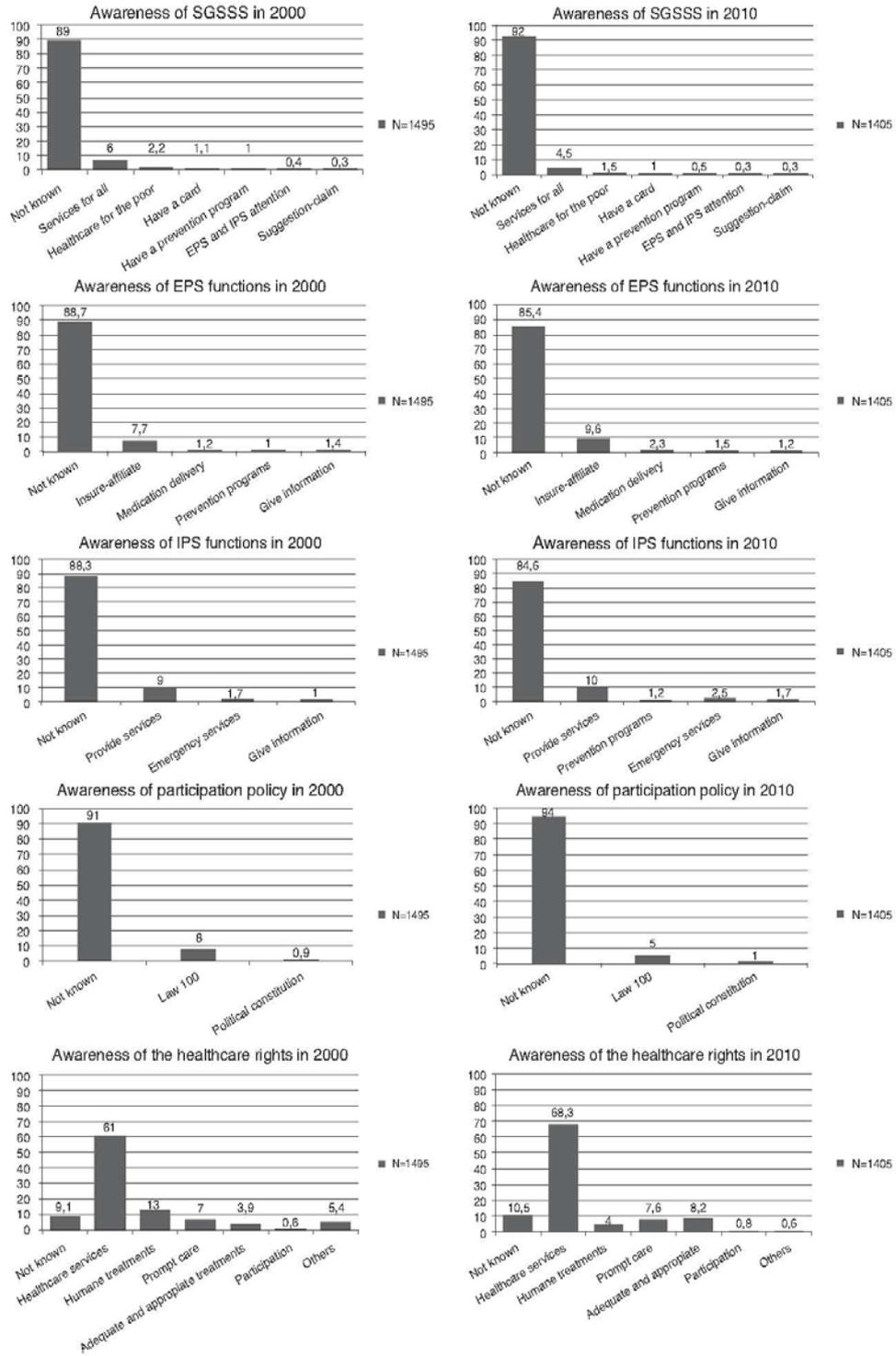


Figure 1. User's awareness of SGSSS, participation policy and rights to healthcare in 2000 and 2010.

Please cite this article in press as: Delgado Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML. Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population. Gac Sanit. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.012>

Table 2
Change in the level of awareness: bivariate (prevalence and confidence interval of awareness) and multivariate association between awareness and year.

	Survey 2000 N = 1495		Survey 2010 N = 1405		aOR	(95%CI)
	%	(95%CI)	%	(95%CI)		
Awareness of the SGSSS	12	(10-14)	8	(5-11.4)	0.90	(0.88-0.98)
Awareness of EPSs	11.3	(8.9-13.9)	14.6	(10.5-18.7)	1.71	(1.12-2.23)
Awareness of IPSs	11.7	(9.1-14.1)	15.4	(11.2-19.4)	1.20	(1.05-1.69)
Awareness of the participation norm	9.4	(7.2-11.6)	6.1	(3.3-8.9)	0.65	(0.47-0.89)
Awareness of rights to health	91.5	(89.2-93.5)	89.5	(87.7-91.2)	0.98	(0.95-1.02)

Reference level year 2000.

aOR: odds ratios adjusted for area, sex, socioeconomic and educational level; 95%CI: confidence interval of 95%; SGSSS: general system of social security in health; EPS: health insurers; IPS: healthcare providers.

no schooling/primary or secondary education was associated with lower odds of knowing the social participation norm.

Factors associated with awareness of rights to health services

In 2000, belonging to rural areas and not having an education or having a basic education, was significantly associated with lower odds of knowing their rights to health services (Table 4). In 2010, all users presented a high level of awareness of rights in health services, without observing any factor significantly associated with this fact (Table 4).

The logistic analysis of both samples together show a trend of factors associated with awareness, similar to that which was noted in the models for each year (Table 5).

Discussion

Reforms to healthcare systems that are based on the application of market mechanisms to improve service quality include, as an inherent element, good awareness and information of users about the healthcare system to participate in its control and to make informed decisions, **in addition to accessing the services** and to demand their rights. The results of this study show that in the last ten years, and 17 years after the implementation of the SGSSS in Colombia, the level of awareness of the healthcare system is limited and shows a tendency to decrease; only a small improvement was observed in the awareness of health insurers and providers, which was expected as they are the institutions with which users relate to on a daily basis in pursuit of healthcare. The most underprivileged –in general terms– are those with lower odds to be aware of the SGSSS and its institutions. This result indicates a major weakness of the system, which contradicts its fundamental principles. Previous studies^{19,20} about awareness of participation in health, conducted in Colombia, had observed very limited “users’ awareness” of the healthcare system. The results of this study also show that few users –with a tendency to decrease in the second survey– are aware of the existence of a norm that establishes the right to participate in the control of the system, in accordance to previous studies^{19,21}; these users were men in the high and medium socioeconomic level, and higher and intermediate education. These indicate that awareness of the SGSSS and of the opportunities for participation in its control in order to influence, among others, the quality of healthcare services, is far from improving, and even less in low-income groups. This is especially relevant, considering that these population groups are precisely the ones which suffer most from healthcare services of poor quality, as demonstrated by several studies.^{1,22-24}

Awareness of the healthcare system and its functioning is also a determinant of access to services, with limited awareness being a significant barrier to care.⁹ The results of this study show that the most disadvantaged groups (those of low socioeconomic and educational levels) are the ones who are the least likely of being aware of the SGSSS, in both surveys. The most disadvantaged population

groups are also those who face the greatest barriers to accessing healthcare services.^{22,24-26} Thus, these results seem to indicate a tendency to increase inequities in access to healthcare, as users of higher strata and educational levels, besides having a better understanding of the SGSSS, tend to improve it, meaning probably a better relationship with it. This probably relates to the perception of users of upper strata of no barriers to access, found in another study.²⁷

The limited awareness of the SGSSS that is broadly observed in this study also indicates, that health authorities and institutions responsible for promoting awareness and keeping users informed, as established by the Ministry of Health,²⁸ still do not comply with this function, and that State agencies responsible for monitoring that these tasks are carried out, do not comply either.^{1,24,29} These results are in concordance with some studies of recent years that suggest little call for users to know the system, its functions, norms, and participation mechanisms, among others, both on the part of the SGSSS’s institutions as well as on the local authorities.^{14,29-31}

Fundamental rights have been socially and progressively built based on perceptions, life experiences, and above all, on the concept of human nature that individuals and social groups have developed.³² Thus, from the individual consciousness built in modernism, fundamental rights are currently presented as universal, that is, extensive to all members of society and supported by the moral principle of equal respect that all people deserve due to their human nature.³³ But the validity of fundamental rights in a particular society³² will be given by three circumstances: by the strength of the collective consciousness of its existence; by the ability of society to create a *must be* or a recognition of rights in the legal order; and, by the ability of social groups to enforce them and exercise them in everyday’s life. In our results, in contrast with the limited awareness of the SGSSS, the vast majority of users, about 90% in both surveys, reveal an awareness of some healthcare rights, but above all, of their right to receive healthcare (more than 60%); which clearly coincides with a recent study in Colombia.¹⁴ The understanding of the inter-subjective elements and processes, based on which users of the SGSSS, without knowing it well symbolically build their health rights, those which often are denied to them, requires further research.

In conclusion, after 17 years of the SGSSS implementation, users, and above all the most underprivileged, still do not know it, similarly to what had happened in other low income countries.³⁴ This limited awareness not only weakens users individually for accessing services, but also weakens them politically as key players of the system when it comes to participating in its control. In contrast, an element that favors the possibility of exercising the right to healthcare in Colombia is awareness of it among a vast users’ majority; which has been recently strengthened also in the legal field, with recognition of healthcare as a fundamental right.³⁵ The empowerment of the user begins with their awareness, and in order to redress the inequality of awareness of the healthcare system –which affects access and the quality of health services for people who are the most underprivileged–, it is urgent that health

Table 3
Factors associated with awareness of SGSSS in 2000 and 2010.

	Survey 2000 N = 1495		Survey 2010 N = 1405	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
Awareness of SGSSS				
<i>Area</i>				
Rural	1		1	
Urban	1.10	(0.59-1.21)	1.47	(1.18-1.96)
<i>Sex</i>				
Female	1		1	
Male	2.11	(1.58-2.83)	1.04	(0.74-1.48)
<i>Socioeconomic level</i>				
Low	1		1	
Medium	1.36	(0.89-1.58)	1.23	(1.04-1.56)
High	2.06	(1.26-2.12)	2.85	(1.44-8.65)
<i>Educational level</i>				
No schooling-primary	1		1	
Intermediate	2.72	(1.92-3.85)	2.02	(1.27-3.20)
University	10.00	(7.27-18.98)	9.09	(5.67-15.35)
Awareness of EPS				
<i>Area</i>				
Rural	1		1	
Urban	1.11	(0.62-1.24)	1.03	(0.81-1.13)
<i>Sex</i>				
Female	1		1	
Male	1.09	(0.88-1.62)	0.91	(0.53-1.55)
<i>Socioeconomic level</i>				
Low	1		1	
Medium	0.90	(0.83-1.64)	1.28	(1.07-1.45)
High	1.12	(0.89-2.06)	2.14	(1.10-7.25)
<i>Educational level</i>				
No schooling-primary	1		1	
Intermediate	1.57	(1.13-2.17)	3.02	(1.12-6.18)
University	3.21	(1.15-4.18)	11.03	(2.84-18.04)
Awareness of IPS				
<i>Area</i>				
Rural	1		1	
Urban	1.13	(0.68-1.46)	1.12	(0.81-1.41)
<i>Sex</i>				
Female	1		1	
Male	1.12	(0.95-1.55)	0.94	(0.83-2.00)
<i>Socioeconomic level</i>				
Low	1		1	
Medium	0.80	(0.61-1.05)	1.33	(1.08-1.68)
High	1.36	(1.02-1.42)	1.80	(1.42-6.55)
<i>Educational level</i>				
No schooling-primary	1		1	
Intermediate	1.94	(1.26-2.13)	3.22	(1.39-4.66)
University	4.78	(1.71-6.02)	4.28	(2.56-9.22)
Awareness of norm				
<i>Area</i>				
Rural	1		1	
Urban	0.58	(0.39-0.87)	0.90	(0.79-1.24)
<i>Sex</i>				
Female	1		1	
Male	1.77	(1.22-2.57)	1.08	(0.54-1.52)
<i>Socioeconomic level</i>				
Low	1		1	
Medium	1.38	(1.08-1.72)	1.50	(1.06-2.83)
High	2.04	(1.79-2.34)	3.83	(1.48-9.90)
<i>Educational level</i>				
No schooling-primary	1		1	
Intermediate	2.01	(1.28-3.14)	3.55	(1.58-7.98)
University	5.49	(3.05-9.88)	6.04	(1.95-14.68)

OR: odds ratio; 95%CI: confidence interval of 95%; SGSSS: general system of social security in health; EPS: health insurers; IPS: healthcare providers.

institutions comply with their constitutional obligation of informing users. Moreover, governments of low and middle income countries, such as Colombia, should begin to introduce effective measures outside the health sector¹²; to fight the unequal distribution of power, to improve opportunities to access education and worthy and better paid employment for men and women in order to achieve better health for all.

Table 4
Factors associated with levels of awareness of healthcare rights in 2000 and 2010.

	Survey 2000 N = 1495		Survey 2010 N = 1405	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
Awareness of healthcare rights				
<i>Area</i>				
Rural	1		1	
Urban	1.39	(1.14-1.65)	1.09	(0.43-1.20)
<i>Sex</i>				
Female	1		1	
Male	1.20	(0.79-1.81)	0.98	(0.66-1.46)
<i>Socioeconomic level</i>				
Low	1		1	
Medium	0.67	(0.45-1.01)	1.09	(0.64-3.02)
High	1.13	(0.58-2.20)	1.22	(0.32-10.6)
<i>Educational level</i>				
No schooling-primary	1		1	
Intermediate	1.07	(0.87-2.57)	1.03	(0.59-1.70)
University	1.34	(1.12-4.28)	1.50	(0.39-13.86)

OR: odds ratio; 95%CI: confidence interval of 95%.

What is known about this topic?

In any healthcare system, but particularly in those based on market mechanisms –managed competition, as is the case of Colombia–, the awareness of users about the system, the policies, and their rights to healthcare, are essential for making informed decisions about their health and the choice of insurer and service provider, in order to access services and, ultimately, to exercise their right to healthcare. However, studies conducted on the awareness of users of the healthcare system are very limited and specific in nature. Few studies in Colombia indicate that users from higher socioeconomic strata, and with higher education levels, are the ones who know the most about the SGSSS and their rights to healthcare.

What does this study add to the literature?

This study presents the first analysis of the evolution of factors that influence awareness of the General System of Social Security in Health in Colombia, based on managed competition. The results show, those 17 years after the reform, users' awareness necessary to influence it and use it is still low and even less in the most underprivileged. These results also question the model's ability to improve inequalities in access to healthcare and point to the need to deepen into the factors that are limiting the process, and developing policies and strategies for redressing it.

Author's contributions

M.E. Delgado Gallego has contributed to the study conception, design, implementation and interpretation of data analysis and the writing of the paper, she was also responsible for the supervision of the fieldwork. M.L. Vázquez-Navarrete has contributed to the study conception, design and implementation, the supervision of all phases of the research and the writing of the article.

Funding

This research was partially financed by Universidad del Valle and the DG XII European Commission (IC18-CT98-0340).

Please cite this article in press as: Delgado Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML. Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population. Gac Sanit. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.012>

Table 5
Factors associated with the level of awareness in the analysis of both samples together.

	OR	(IC 95%)
Awareness of SGSSS		
<i>Area</i>		
Rural	1	
Urban	1.26	(1.06-1.52)
<i>Sex</i>		
Female	1	
Male	1.59	(1.27-1.99)
<i>Socioeconomic level</i>		
Low	1	
Medium	1.63	(1.26-2.03)
High	3.24	(2.48-4.35)
<i>Educational level</i>		
No schooling-primary	1	
Intermediate	2.2	(1.36-3.56)
University	5.28	(2.84-12.09)
<i>Year</i>		
2000	1	
2010	0.9	(0.88-0.98)
Awareness of EPS		
<i>Area</i>		
Rural	1	
Urban	1.12	(0.87-1.42)
<i>Sex</i>		
Female	1	
Male	1.05	(0.81-1.36)
<i>Socioeconomic level</i>		
Low	1	
Medium	1.28	(1.02-1.74)
High	1.98	(1.41-2.79)
<i>Educational level</i>		
No schooling-primary	1	
Intermediate	2.75	(1.52-4.94)
University	4.18	(2.08-8.39)
<i>Year</i>		
2000	1	
2010	1.51	(1.12-2.23)
Awareness of IPS		
<i>Area</i>		
Rural	1	
Urban	1.02	(0.38-1.62)
<i>Sex</i>		
Female	1	
Male	1.15	(0.93-1.42)
<i>Socioeconomic level</i>		
Low	1	
Medium	1.05	(0.58-1.02)
High	1.56	(1.10-2.23)
<i>Education level</i>		
No schooling-primary	1	
Intermediate	1.57	(1.31-2.95)
University	3.46	(2.05-5.83)
<i>Year</i>		
2000	1	
2010	1.2	(1.05-1.69)
Awareness of norm		
<i>Area</i>		
Rural	1	
Urban	0.7	(0.32-0.94)
<i>Sex</i>		
Female	1	
Male	1.39	(1.03-1.87)
<i>Socioeconomic level</i>		
Low	1	
Medium	1.11	(0.75-1.64)
High	1.8	(1.11-2.93)
<i>Educational level</i>		
No schooling-primary	1	
Intermediate	3.42	(1.58-7.42)
University	8.51	(3.62-20.00)
<i>Year</i>		
2000	1	
2010	0.65	(0.47-0.89)

Table 5 (Continued)

	OR	(IC 95%)
Awareness of healthcare rights		
<i>Area</i>		
Rural	1	
Urban	1.13	(1.02-0.24)
<i>Sex</i>		
Female	1	
Male	1.1	(0.83-1.46)
<i>Socioeconomic level</i>		
Low	1	
Medium	0.89	(0.64-1.68)
High	1.12	(1.04-3.41)
<i>Educational level</i>		
No schooling-primary	1	
Intermediate	1.1	(0.94-3.25)
University	1.25	(1.02-3.67)
<i>Year</i>		
2000	1	
2010	0.98	(0.95-1.01)

SGSSS = General System of Social Security in Health; EPS = Health insurers; IPS = Healthcare providers. Source: author's.

Conflicts of interests

None.

Acknowledgments

The 2000 survey was part of the research conducted by the Institute of Psychology at Universidad del Valle (Colombia) in association with the Institute for Health Sector Development (UK), Universidad Federal de Pernambuco and Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP Brazil), Escuela Andaluza de Salud Pública (Spain) and with the collaboration from the Consorci Hospitalari de Catalunya (now Consorci de Salut i Social de Catalunya), the Health Secretaries of the municipalities of Tuluá and Palmira in Colombia, and the Secretary of Health of the Department of Valle del Cauca in Colombia. We thank Irene García for her advise on the statistical analysis and the two anonymous reviewers for their comments of the previous versions that contributed to improve the paper all people interviewed in these two municipalities who accepted to share their opinions, ideas, and experiences with the researchers.

References

- Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reform have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71:83-96.
- República de Colombia. Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá D.C: Ecoe Ediciones; 1993.
- Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá DC: Ecoe Ediciones; 1992.
- Medici A, Londoño J, Coelho O, et al. Managed care and managed competition in Latin America. From: Innovations in health care financing. Washington, DC: An International Conference Sponsored by the World Bank; 1997.
- Ministerio de Salud. Decreto 1757. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación en la prestación de servicios de salud. Bogotá D.C.: 1994.
- Church J, Saunders D, Wanke M, et al. Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. *J Public Health Policy*. 2002;23:12-32.
- Gaboot M, Hogg G. Uninformed choice. *J Health Care Mark*. 1994;14:28-33.
- Segal L. The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*. 1998;44:31-44.
- Aday L, Adersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974;9:208-20.
- Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health services access: influencing the demand side. *Health Policy Plan*. 2008;19:69-79.
- López O, Blanco J. Desigualdad social e inequidades en salud. *Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema, Nueva Época*. 2003;8:7-16.
- WHO. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.

Please cite this article in press as: Delgado Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML. Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population. *Gac Sanit*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.012>

13. Varela A, Carrasquilla G, Tono T, et al. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. *Colombia Médica*. 2002;33:95–101.
14. Vélez AL. El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población. Del papel a la realidad. Manizales 2008. *Hacia la promoción de la Salud*. 2009;14:68–92.
15. Delgado ME, Vázquez ML. Evolution of awareness and experiences with mechanisms of participation in health care services in Colombia: 2000 and 2010. *Int J Health Serv*. 2012;42:695–718.
16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill; 2003.
17. DANE. Libro Censo General 2005. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2006.
18. Kerlinger F, Lee H. *Foundations of behavioral research*. New York: Harcourt; 2000.
19. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, et al. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan*. 2001;16:52–60.
20. Puerta C, Dover R. Desarrollo de un modelo de interlocución para el sistema de salud basado en el caso de la Guajira colombiana. *Rev Salud Pública*. 2007;9:353–68.
21. Delgado ME, Vázquez ML. Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2006;8:150–67.
22. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med*. 2009;68:1153–60.
23. De Groot T, De Paep P, Unger JP. The consequences of neoliberalism, Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Health Service*. 2005;35:125–41.
24. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17:210–20.
25. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS, et al. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:297.
26. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27:121–30.
27. Álvarez L, Warren Salmon J, Swartzman D. Privatization of health care. The colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Int J Health Serv*. 2011;41:355–70.
28. Ministerio de Salud de Colombia. Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
29. Molina G, Spurgeon P. The decentralization of the health sector in Colombia from a multilevel perspective. *Gestión y Política Pública*. 2007;16:171–202.
30. Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev Salud Pública*. 2004;6:107–39.
31. Albis N, Albis L, Orozco J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a los servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. *Rev Salud Pública*. 2008;10:386–94.
32. Camino L, Mendoza R. La construcción de los derechos humanos y la necesidad de la psicología política. *Psicología Política*. 2004;85–103.
33. Gosepath S. Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos humanos sociales. In: Alonso M, Giraldo J, editors. *Ciudadanía y derechos humanos sociales*. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2001.
34. Pridmore P, Thomas I, Havemann K, et al. Social capital and healthy urbanization in globalized world. *J Urban Health*. 2007;84:130–43.
35. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Por la cual se eleva el derecho a la salud como un Derecho Fundamental. Bogotá: Corte Constitucional; 2008.

Please cite this article in press as: Delgado Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML. Awareness of the healthcare system and rights to healthcare in the Colombian population. *Gac Sanit.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.012>

*The Political Context of Health Reform:
The Case of Colombia*

**CHANGES IN AWARENESS AND UTILIZATION OF SOCIAL
PARTICIPATION MECHANISMS OF THE COLOMBIAN
HEALTH CARE SYSTEM IN THE LAST 10 YEARS**

María Eugenia Delgado-Gallego
and María Luisa Vázquez

This article seeks to analyze changes in awareness and utilization of social participation mechanisms of the Colombian health care system in the last 10 years by comparing two cross-sectional studies based on surveys among health care users in 2000 and 2010. The results show that while in 2000, the level of awareness and utilization of the mechanisms were low, in 2010 researchers identified a significant tendency toward further diminishing of awareness and utilization. In both surveys, the best-known and most-used participation mechanisms were the market mechanisms. Also in both surveys, individuals from the rural zone were aware of and used the mechanisms. In the first survey, men were more aware of the mechanisms and used them more frequently, but it was women in the second survey who presented higher rates of awareness and use; these differences, however, were not statistically significant. The results herein indicate that effective social participation in the General Social Security System in Health is far from being achieved. The policy has failed to materialize, as evidenced by the lack of balance in the participation of one of the main actors of the General Social Security System in Health: the users.

By the end of the 1980s, several countries in Latin America began neoliberal reforms in their health sectors, boosted by the International Monetary Fund and the World Bank (1). User participation in health care was promoted as a strategy for social control of health care systems (2). Antecedents of health care participation are part of the development drive begun in the 1960s by the Alliance for

International Journal of Health Services, Volume 42, Number 4, Pages 695–718, 2012
© 2012, Baywood Publishing Co., Inc.
doi: <http://dx.doi.org/10.2190/HS.42.4.g>
<http://baywood.com>

695

Progress in Latin America (3). Within this context, participation was a practice guaranteed by the State, which defended a participation model contrary to that proposed by Latin American thinkers such as Freire in Brazil (4) and Fals Borda in Colombia (5). These authors, from the experiences and ancestral knowledge of the Latin American people, highlighted the importance of autonomous bottom-up participation, based on critical knowledge and awareness, which guided social movements in Latin America during the 1960s and 1970s. The decentralization model promoted in these countries during the 1980s and backed by the World Bank, however, did not address the expectations of the social movements; on the contrary, the goal was to reduce government expenditure and facilitate privatization (3, 6). In this model, participation was key: Economic actors were called to participate in the provision of services, and citizens were called on to participate as users or clients and as such, to control the services (7).

Social Participation in Colombia's Health Care Reform

Colombia became a paradigmatic example of those reforms. Law 100 of 1993 (8) created the General Social Security System in Health (SGSSS for its name in Spanish), based on a market model that introduced managed competition, whereby health insurance companies (EPS for the name in Spanish) and health providers (IPS for the name in Spanish) compete in a regulated market. Furthermore, based on the Constitution of 1991, the policy for social participation in health care was formulated in 1994 to promote social control of that market via participation in management, planning, and evaluation at several levels: from information to decision making in health care (9).

Two forms of participation in health care were established (Table 1). The first is *social participation* comprising: (a) citizen participation, based on a market focus, where users express individual complaints and suggestions through user services (OAU for its name in Spanish), suggestion boxes, a direct phone line, and oversight committees; and (b) community participation, based on the right to participate in health care planning, management, evaluation, and supervision, through community representatives on committees for community participation in health care (COPACOS for the term in Spanish). The second form, *institutional participation*, focuses on the management and evaluation of SGSSS institutions through user associations (AU for the term in Spanish), oversight committees, hospital ethics committees, and boards of directors in public institutions.

The Social Components of Policy Implementation: A Conceptual Framework

For any social policy or program to be effectively implemented (10), it is necessary, among other criteria, to build strong communities and citizenship. This means a process in which at least three components must be present: (a) the

intrapersonal, which refers to attitudes in favor of participation and to the self-efficacy perceived to intervene in the social or political systems the individual considers important; (b) the *interactive*, which refers to the interactions of individuals with their contexts, preparing them to intervene and control social and political systems; this includes awareness of resources (legislation, policies), availability of resources (mechanisms and organizational), attitudes of institutional players that favor citizen involvement, critical conscience, and development of skills for decision making; and (c) the *behavioral*, which refers to specific actions to influence social systems, that is, participatory behavior through mechanisms and spaces for democratic participation. Strengthening communities and citizenship should be at the core of implementing social participation policies.

Evaluation of Social Participation in Health Policies

There are numerous studies in Latin America and in other contexts on user participation in the implementation of health promotion, prevention, and disease control programs (11–14) and in the implementation of health services (15–17), where participation is perceived and assessed positively by all parties, but that focus primarily on program sustainability or on the search for community support of health care actions or programs. Few studies analyze the implementation of policies promoting social participation in health care in Latin America or elsewhere, because, among other reasons, of the lack of interest of those financing research (18). In recent years in Latin America, some studies have been conducted on policies to promote social participation in health care systems, analyzing social and psychosocial components that would affect its implementation and development (19). On the one hand, it has been observed that users perceive themselves with the capacity to achieve changes in health system participation, but only through their own social organizations and if they have access to relevant information (20, 21). This perception of self-efficacy also supports favorable attitudes toward participation in health care (22) (intrapersonal component). On the other hand, many institutional actors do not have a favorable opinion on health care participation (23, 24). Content dissemination and awareness are necessary factors for a policy to be effectively implemented (25), but few studies explore the utilization of mechanisms of participation in health care by users (behavioral components) and their relationship with awareness (interactive component). Three studies in Latin America, one in Brazil (26) and two in Colombia (24, 27), found that more than 50% of the users surveyed were aware of market mechanisms (user services, complaint phone line, and suggestion box), but less than 8% in Brazil and 14.5% in Colombia used them. Awareness of institutional mechanisms of participation was very low: Less than 5% in Brazil and less than 9.5% in Colombia knew of them, and their use was practically nonexistent. This lack of awareness is perceived by most actors as a barrier to participation (24, 28, 29). Many users also perceive and critically point out (as an interactive factor)

Table 1
 Characteristics of the participation mechanisms in the Colombian health system (SGSSS), according to type of participation

Type of participation	Mechanism and defining norm	Composition	Main functions	Areas of participation
Social participation				
Citizen participation:				
	User service (OAU) (Decree 1757/94)	Entity employee	Personalized attention and channeling their demands	All EPS and IPS (public or private)
	Suggestion box (Decree 1757/94)	Visibly located box monitored by OAU	Personalized attention and channeling their demands	All EPS and IPS (public or private)
	Direct phone line (Decree 1757/94)	24-hour telephone information system	Personalized attention and channeling their demands	All EPS and IPS (public or private)
	Community service	Municipal, district, or departmental employee	Channel citizen oversight	Health care institutions
	Oversight committee (Decree 1757/94)	Elected among the enrollees	To contribute to adequate: - health care management - health care delivery - financial management of the SGSSS institutions	Territorial social security councils Territorial planning councils Local health committees
Community participation:				
	COFACOS (Decree 1216/89; Decree 1416/90)	Mayor Secretary of Health Director of the representatives Public IPS in the area of influence Representatives of all community organizations and AU	Planning, resource assignment, management, and presentation of health care projects Health promotion Supervise assignment of health resources Oversight of health services	Municipal and departmental planning councils Hospital ethics committee Board of directors of public providers and insurers (IPS, EPS)

Institutional participation

Users Association: (AU) (Decree 1416 of 1990)	Users of public and private IPS, EPS	Supervise, control, and report on services quality. Advise users on IPS and EPS selection and benefit packages Inform the appropriate institutional level, EPS, and IPS on perceived quality Oversight of health services	Board of directors of public IPS and EPS COPACOS Territorial social security council Hospital ethics committees
Hospital Ethics Committees (Decree 1757/94)	Director of the IPS 1 representative from medical team personnel 2 AU representatives 2 community organizations Representative members of the COPACOS from the area of influence	Ensure compliance of health care duties and rights Propose measures to improve oppor- tunity and technical and human quality of services Attend to and channel user questions and requirements on health care service Oversight of health services	All public or private IPS
Board of directors of public IPS and EPS (Law 10/90)	Mayor, governor, or their delegates Secretary of health Members designated by the community (AU and COPACOS) Medical and scientific personnel Administrative sector	Define services, fees, quotas Regulate operations of Special Medication Fund Approve plans and programs with community participation Oversight of health services	Territorial social security councils Territorial planning councils

Source: Authors.
OAU: User Services; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider; AU: User Association; COPACOS: Health care community participation committees.

problems of clientelism and corruption within the participation mechanisms, which discourage them from participating (24). They also acknowledge their own shortcomings, such as the lack of awareness and technical skills to participate (24, 27, 28).

Given all this, after 16 years of having formulated the policy in Colombia, the objective of the article is to analyze changes over the last 10 years regarding users' awareness and use of mechanisms of social participation in the health care system.

METHOD

Design

This descriptive study compares results or trends (30), based on two cross-sectional studies carried out by two surveys of health care users in 2000 and 2010.

Area of the Study

The study area comprised two municipalities in the Department of Valle del Cauca in Colombia's Southwest: Tuluá with 194,446 inhabitants and Palmira with 294,800 inhabitants (31). The selection criteria for the areas were: having implemented health care reforms; a population including all socioeconomic levels; high percentages of enrollment in the SGSSS; provision of all care levels; and both rural and urban areas.

Sampling

Sample size was calculated based on population size and the expected rate of use of health participation mechanisms (estimated at 24% in 2000, according to the pilot study, and 25% in 2010, according to results from the 2000 study), which yielded a 95% confidence interval with 3% precision. The final simple size was 1,495 users in 2000: 48% from the rural zone; 36% men; 12.3% without schooling, 35.5% with primary school education, 42.8% with intermediate studies, and 9.4% with higher education. In 2010, the 1,405 users were: 49% from the rural zone; 44% men; 5.2% without schooling, 60.2% with primary school education, 30.3% with intermediate studies, and 4.3% with higher education.

In both surveys, a stratified multistage probability sampling was conducted. In the first stage, neighborhoods from six socioeconomic levels were randomly selected. In the second stage, interviewees were systematically selected. The sample range was calculated according to the sample size and the number of homes in each neighborhood (67 homes in the first survey and 72 in the second);

the initial house was randomly selected. Each house was considered as the primary sampling unit to avoid the effect of associated samples (32) of individuals belonging to a family. Efforts were made to interview the same number of men and women.

Questionnaire

For the 2000 survey, we created a five-section structured questionnaire referring to: (a) perceived quality of services; (b) knowledge of the health care system, the participation policy, and health care rights; (c) awareness of participation mechanisms; (d) utilization and experience with participation mechanisms; and (e) a participation attitudes scale. The questionnaire was adapted from a previous study (24), discussed with experts, and, before being finalized, submitted to a pretest and two pilot studies. For the second survey, questions on perceived health care quality were eliminated.

Data Collection

Data were collected through face-to-face interviews conducted during weekends to increase the chances of finding adults at home. Interviews were conducted by psychology students, who had been trained. Because this was a minimum-risk study, according to Resolution 8430 of 1993 (33), oral informed consent was requested from each respondent for the interview, and protection and confidentiality of data were guaranteed by treating and analyzing data on an anonymous basis.

Analysis and Quality of the Data

The level of awareness of the mechanisms of participation and their use were considered dependent variables. The independent variables were the participants' area (rural and urban), sex, and educational level. Through a univariate analysis, simple frequencies and percentages were estimated. The bivariate analysis compared differences of the proportions of awareness of participation mechanisms and their utilization. An χ^2 test was performed, considering a $p < 0.05$ as a statistically relevant value to reject the null hypothesis, to compare results among the different groups in each year. The information obtained was gathered and analyzed in a database created in SPSS.

To ensure the quality of the data, all the questionnaires were reviewed in both surveys. To analyze response consistency, 15% of the questionnaires were randomly re-interviewed in the first survey and 20% in the second. Inconsistencies were not detected. During data input, inconsistencies were controlled through the double-entry method, enabling automatic revision of inconsistencies.

Results are presented by performing a statistical comparison of each variable for each year and describing tendencies between both studies.

RESULTS

Changes in Awareness of Participation Mechanisms

In relation to the 2000 survey, the 2010 survey shows a general tendency for diminishing awareness of almost all participation mechanisms. Awareness of market mechanisms predominated in both surveys, being known by 60% of respondents, while institutional mechanisms were known by only 8%.

Regarding the user associations (UA) and boards of directors, both surveys had complementary questions to establish the level of awareness of institutional participation mechanisms. In 2000, 0.9% of the users were aware of what the UAs were for; 1.7% had participated in assemblies to elect representatives to the UAs; 7.2% knew the user representative role in the boards of directors; and 2.8% had participated in the election of these representatives. In 2010, these figures had decreased: 0.2% knew what the UAs were for; 0.5% had participated in the election of a UA representative; 4% were aware of the representatives' activities in the boards of directors; and 1.6% had participated in the election of representatives.

Changes in Awareness of Participation Mechanisms According to Area

In 2000, more urban-zone users reported knowing about user services (OAU), while those from rural zones reported knowing more about other mechanisms; these differences were significant ($p < 0.05$) (Table 2). In 2010, there was a tendency to decrease in relation to the 2000 survey, but as in 2000, those from rural zones were more aware of almost all the mechanisms compared to those from urban zones; these differences were significant ($p < 0.05$) for the OAUs, the telephone complaint line, and the boards of directors (Table 2).

Changes in Awareness of Participation Mechanisms According to Sex

In 2000, men knew more about the mechanisms than the women, with almost all differences being significant ($p < 0.05$). In the 2010 study, there was a general tendency toward decreasing awareness of the mechanisms; women knew more than men about some mechanisms, although no significant differences were observed ($p > 0.05$) (Table 3).

Table 2
Rate of awareness of the mechanisms per zone in 2000 and 2010

Mechanisms of participation	2000 Survey				2010 Survey			
	Urban N = 768		Rural N = 727		Urban N = 716		Rural N = 689	
	n (%)	CI 95%						
Citizen participation								
OAU at EPS	471 (63.1)*	59.7-66.5	390 (54.6)*	51.0-58.2	286 (40.0)*	36.4-43.6	344 (50.0)*	46.3-53.7
OAU at IPS	386 (51.1)*	47.6-54.6	319 (44.8)*	41.2-48.4	243 (33.9)*	30.4-37.4	277 (40.3)*	36.6-44.0
Suggestion box	461 (60.3)*	56.8-63.8	481 (66.6)*	63.2-70.0	520 (72.7)	69.4-76.0	506 (73.4)	70.1-76.7
Telephone line	358 (46.9)	43.4-50.4	353 (48.5)	44.9-52.1	212 (29.6)*	26.3-32.9	245 (35.6)*	32.0-39.2
Oversight	49 (6.4)	4.7-8.1	64 (8.8)	6.7-10.9	42 (5.9)	4.2-7.6	47 (6.8)	4.9-8.7
Institutional participation								
UA at EPS	10 (1.3)*	0.5-2.1	37 (5.2)*	3.6-6.8	17 (2.4)	1.3-3.5	20 (2.8)	1.6-4.0
UA at IPS	33 (4.3)	2.9-5.7	41 (5.6)	3.9-7.3	33 (4.6)	3.1-6.1	28 (4.1)	2.6-5.6
Ethics committee	43 (5.7)	4.1-7.3	52 (7.2)	5.3-9.1	42 (5.9)	4.2-7.6	38 (5.5)	3.8-7.2
Directors' board	143 (18.8)*	16.0-21.6	186 (25.6)*	22.4-28.8	46 (6.5)*	4.7-8.3	76 (11.0)*	8.7-13.3

Source: Authors.
*Significant to $p < 0.05$; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider; OAU: Office of user services; UA: User Association.

*Changes in Awareness of Participation Mechanisms
According to Level of Schooling*

In 2000, individuals with the highest level of schooling reported greater awareness of the mechanisms, with these differences being significant ($p < 0.05$), except for UAs and the OAU at health care providers (IPS). In 2010, these differences remained, being significant for all the mechanisms ($p < 0.05$), including the UAs and the telephone complaint line. Additionally, there was a tendency toward decreasing user awareness of the mechanisms. Those with higher education, however, reported greater awareness of almost all the mechanisms (Table 4).

Changes in the Utilization of Participation Mechanisms

Both surveys asked users who knew of the mechanisms if they had used them. This revealed that in 2000, individual or market mechanisms were the most frequently used, at a rate of 24%, while in 2010, this rate was 12%. Regarding the use of institutional and decision-making mechanisms, in 2000 none exceeded 3%, and in 2010 none exceeded 1.5%.

Changes in Utilization of Mechanisms According to Area

In 2000, those surveyed in rural zones reported using mechanisms more frequently than those in urban zones, these differences being significant ($p < 0.05$). In 2010, although the rates of use decreased in both zones and those from rural areas continued using most of the mechanisms except for the suggestion box and the phone line, urban users had a higher utilization, with the difference being statistically significant ($p < 0.05$) (Table 5).

Changes in Utilization of Mechanisms According to Sex

In 2000, males reported greater utilization of mechanisms than females; these differences were significant ($p < 0.05$), especially with institutional mechanisms. Although the 2010 study reveals a marked tendency for decreased utilization of the mechanisms, this was less significant for women, although the differences were not significant ($p < 0.05$) (Table 6).

*Changes in Utilization of Participation Mechanisms
According to Educational Level*

For the 2000 survey, higher educational levels meant higher rates of utilization of all mechanisms, with almost all the differences being significant ($p < 0.05$). In the 2010 survey, there was a decrease in the rate of utilization of the mechanisms. This was less true for higher educational levels, however, which used the mechanisms more than the rest; these differences were significant ($p < 0.05$), particularly with institutional mechanisms (Table 7).

Table 4
Rate of awareness of the mechanisms by level of schooling in 2000 and 2010

Participation mechanism	2000 Survey											
	No schooling N = 181			Primary ed. N = 521			Secondary ed N = 629			Higher ed. N = 138		
	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%		
Citizen participation												
OAU at EPS	89 (49.4)*	42.1–56.7	277 (55.3)*	51.0–59.6	382 (61.8)*	57.6–66.0	97 (71.3)*	67.4–75.2				
OAU at IPS	68 (38.4)	31.3–45.5	254 (49.4)	45.1–53.7	299 (48.5)	44.2–52.8	73 (54.5)	50.2–58.8				
Suggestion box	72 (39.8)*	32.7–46.9	294 (56.4)*	52.1–60.7	451 (72.0)*	68.4–76.0	109 (79.0)*	75.5–82.5				
Telephone line	51 (28.2)*	21.6–34.8	225 (43.3)*	39.0–47.6	331 (52.8)*	48.5–57.1	89 (64.5)*	60.4–68.6				
Oversight	2 (1.1)*	-0.4–2.6	22 (4.2)*	2.5–5.9	59 (9.4)*	6.9–11.9	26 (18.8)*	15.4–22.2				
Institutional participation												
UA at EPS	4 (2.3)	0.1–4.5	17 (3.3)	1.8–4.8	20 (3.4)	1.8–5.0	6 (4.4)	2.6–6.2				
UA at IPS	6 (3.3)	0.7–5.9	27 (4.8)	3.0–6.6	33 (5.2)	3.3–7.1	8 (5.7)	3.7–7.7				
Ethics committee	0 (0.0)*	0.0–0.0	24 (4.6)*	2.8–6.4	48 (7.7)*	5.4–10.0	19 (13.9)*	10.9–16.9				
Directors' board	22 (12.2)*	7.4–17.0	82 (15.8)*	12.7–18.9	165 (26.4)*	22.6–30.2	55 (40.0)*	35.8–44.2				

Table 4 (Cont'd.)

Participation mechanism	2010 Survey											
	No schooling N = 82		Primary ed. N = 840		Secondary ed. N = 421		Higher ed. N = 62					
	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%				
Participation mechanism												
Citizen participation												
OAU at EPS	26 (36.4)*	26.0-46.8	375 (44.6)*	41.2-48.0	178 (41.4)*	38.1-44.7	49 (80.0)*	77.3-82.7				
OAU at IPS	21 (29.1)*	19.3-38.9	316 (37.6)*	34.3-40.9	142 (33.0)*	29.8-36.2	41 (66.7)*	63.5-69.9				
Suggestion box	36 (50.9)*	40.1-61.7	589 (70.1)*	67.0-73.2	340 (78.8)*	76.0-81.6	62 (100.0)*	100.0-100.0				
Telephone line	16 (21.8)	12.9-30.7	259 (30.8)	27.7-33.9	156 (36.3)	33.0-39.6	25 (44.2)	38.9-45.5				
Oversight	1 (1.8)*	-1.1-4.7	49 (5.8)*	4.2-7.4	17 (4.0)*	2.7-5.3	21 (33.3)*	30.1-36.5				
Institutional participation												
OAU at EPS	0 (0.0)	0.0-0.0	20 (2.4)	1.4-3.4	13 (3.1)	1.9-4.3	4 (6.7)	5.0-8.4				
OAU at IPS	1 (1.8)	-1.1-4.7	37 (4.4)	3.0-5.8	19 (4.4)	3.0-5.8	6 (8.9)	7.0-10.8				
Ethics committee	1 (1.8)*	-1.1-4.7	32 (3.8)*	2.5-5.1	26 (6.0)*	4.4-7.6	21 (33.3)*	30.1-36.5				
Directors' board	3 (3.6)*	-0.4-7.6	75 (8.9)*	7.0-10.8	25 (5.9)*	4.3-7.5	18 (29.0)*	25.9-32.1				

Source: Authors.

*Significant to $p < 0.05$; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider; OAU: Office of user services; UA: User Association.

Table 5
Rate of utilization of the mechanisms per zone in 2000 and 2010

Mechanisms of participation	2000 Survey			2010 Survey		
	Urban N = 768	Rural N = 727	Rural N = 689	Urban N = 716	Urban N = 716	Rural N = 689
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Citizen participation						
OAU at EPS	68 (8.9)* 37 (4.8)*	107 (14.7)*	84 (12.1)*	66 (9.2)*	7.2-11.4	9.7-14.5
OAU at IPS	46 (6.0)* 135 (17.6)*	65 (9.0)* 58 (8.0)*	44 (6.1) 63 (9.2)*	42 (6.1) 124 (17.3)*	4.3-7.9	4.6-8.2
Suggestion box	3 (0.4)	7 (1.0)	0 (0.0)*	0 (0.0)*	14.5-20.1	7.0-11.4
Telephone line					2.8-5.8	2.2-5.0
Oversight					0.0-0.0	0.7-2.7
Institutional participation						
Ethics committee	1 (0.1)*	11 (1.5)*	6 (0.9)	6 (0.9)	0.2-1.6	0.1-1.5
Directors' board	5 (0.7)*	22 (3.0)*	7 (1.1)	5 (0.7)	0.1-1.3	0.3-1.9

Source: Authors.

*Significant to $p < 0.05$; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider; OAU: Office of user services.

Table 6
Rate of utilization of the mechanisms by sex in 2000 and 2010

Mechanisms of participation	2000 Survey				2010 Survey			
	Men N = 543		Women N = 952		Men N = 618		Women N = 787	
	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%
Citizen participation								
OAU at EPS	72 (13.3)	10.4-16.2	103 (10.8)	8.8-12.8	53 (8.6)	6.4-10.8	97 (12.3)	10.0-14.6
OAU at IPS	43 (7.9)	5.6-10.2	59 (6.2)	4.7-7.7	38 (6.1)	4.2-8.0	50 (6.4)	4.7-8.1
Suggestion box	54 (9.9)*	7.4-12.4	50 (5.3)*	3.9-6.7	67 (10.8)	8.4-13.2	92 (11.7)	9.5-13.9
Telephone line	109 (20.1)	16.7-23.5	196 (20.6)	18.0-23.2	24 (3.8)	2.3-5.3	33 (4.2)	2.8-5.6
Oversight	4 (0.7)*	0.0-1.4	6 (0.6)*	0.1-1.1	3 (0.6)	0.0-1.2	8 (1.0)	0.3-1.7
Institutional participation								
Ethics committee	8 (1.5)*	0.5-2.5	4 (0.4)*	0.0-0.8	7 (1.1)	0.3-1.9	5 (0.7)	0.1-1.3
Directors' board	16 (3.0)*	1.6-4.4	11 (1.2)*	0.5-1.9	4 (0.6)	0.0-1.2	9 (1.2)	0.4-2.0

Source: Authors.
*Significant to $p < 0.05$; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider; OAU: Office of user services.

Table 7
Rate of utilization of the mechanisms by level of schooling in 2000 and 2010

Mechanism of participation	2000 Survey											
	No schooling N = 181			Primary ed. N = 521			Secondary ed N = 629			Higher ed. N = 138		
	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%		
Citizen participation												
OAU at EPS	18 (9.9)*	5.5-14.3	55 (10.6)*	8.0-13.2	77 (12.2)*	9.4-15.0	24 (17.5)*	14.2-20.8				
OAU at IPS	10 (5.6)	2.3-8.9	41 (7.9)	5.6-10.2	39 (6.2)	4.1-8.3	11 (8.0)	5.7-10.3				
Suggestion box	2 (1.1)*	-0.4-2.6	24 (4.6)*	2.8-6.4	62 (9.9)*	7.3-12.5	16 (11.6)*	8.9-14.3				
Telephone line	23 (12.7)*	7.8-17.6	96 (18.4)*	15.1-21.7	136 (21.6)*	18.1-25.1	44 (31.9)*	27.9-35.9				
Oversight	0 (0.0)*	0.0-0.0	2 (0.4)*	-0.1-0.9	6 (1.0)*	0.1-1.9	2 (1.4)*	0.4-2.4				
Institutional participation												
Ethics committee	0 (0.0)*	0.0-0.0	3 (0.6)*	-0.1-1.3	4 (0.6)*	-0.1-4.3	5 (3.6)*	2.0-5.2				
Directors' board	3 (1.7)	-0.2-3.6	6 (1.2)	0.3-2.1	12 (1.9)	0.7-3.1	6 (3.6)	2.0-5.2				

Table 7 (Cont'd.)

Mechanism of participation	2010 Survey											
	No schooling N = 82		Primary ed. N = 840		Secondary ed N = 421		Higher ed. N = 62					
	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%	n (%)	CI 95%				
Citizen participation												
OAU at EPS	3 (3.6)*	-0.4-7.6	95 (11.3)*	9.2-13.4	37 (8.7)*	6.8-10.6	13 (22.2)*	19.4-25.0				
OAU at IPS	1 (1.8)*	-1.1-4.7	56 (6.7)*	5.0-8.4	20 (4.7)*	3.3-6.1	11 (17.8)*	15.2-20.4				
Suggestion box	6 (7.3)*	1.7-12.9	76 (9.1)*	7.2-11.0	84 (19.9)*	17.2-22.6	19 (31.1)*	28.0-34.2				
Telephone line	4 (5.5)	0.6-10.4	27 (3.2)	2.0-4.4	20 (4.7)	3.3-6.1	4 (6.7)	5.0-8.4				
Oversight	0 (0.0)	0.0-0.0	11 (1.4)	0.6-2.2	0 (0.0)	0.0-0.0	0 (0.0)	0.0-0.0				
Institutional participation												
Ethics committee	0 (0.0)*	0.0-0.0	4 (0.5)*	0.0-1.0	6 (1.6)*	0.8-2.4	1 (2.2)*	1.2-3.2				
Directors' board	0 (0.0)*	0.0-0.0	7 (0.9)*	0.3-1.5	2 (0.6)*	0.1-1.1	2 (4.4)*	3.0-5.8				

Source: Authors.
 *Significant to $p < 0.05$; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider; OAU: Office of user services.

Institutional Action

When users were asked in 2000 if they had ever been invited to meetings related to health services or received information about results of meetings from municipal entities (e.g., local health care authorities or community services) or from health care institutions (e.g., insurers or providers), less than 5% reported being invited or notified. In 2010, there was a decrease, with less than 2% having been invited or notified (Table 8).

DISCUSSION

Results show that over a 10-year period, awareness levels and use of participation mechanisms, rather than increasing, tended to decrease—more markedly so with institutional participation mechanisms than with market mechanisms, evidencing a precarious implementation of social participation in health policy. This seems to indicate, on the one hand, limited institutional work with poor information

Table 8

Rate of institutional action experienced by users in 2000 and 2010

	2000 N = 1,495 n (%)	2010 N = 1,405 n (%)
• Have you ever been invited by municipal authorities to participate in health care meetings?	22 (1.5)	7 (0.5)
• Have you ever received information on health care from municipal authorities?	18 (1.2)	4 (0.3)
• Have you ever been invited to participate in meetings of the UA at the EPS?	66 (4.4)	18 (1.3)
• Have you ever received information of the meetings or management of the UA of their EPS?	33 (2.2)	8 (0.6)
• Have you ever been invited to participate in UA meetings at the IPS?	42 (2.8)	21 (1.5)
• Have you ever received information of the meetings or management of the UA of their IPS?	27 (1.8)	11 (0.8)
• Have you ever received any communication from the Boards of Directors?	46 (3.1)	18 (1.3)

Source: Authors.

UA: User Association; EPS: Health insurer; IPS: Health care provider.

transfer, and on the other hand, limited credibility of established mechanisms for health care users. Results also show a dominant market view in the health care system, which would reinforce users' participation in health care as consumers of services, not as the social control of a basic public service, such as health care.

*Limited Institutional Work to Promote
Social Participation*

Social participation in the health care system bears a high political sense, given that it implies sharing power with users (34). An initial minimal step toward this aim would consist of information transfer (35), for users to learn of existing mechanisms and their functions. Within the health care decentralization process initiated in 1990 (36), the Ministry of Health established and later reinforced (37) that health care institutions and regional and local governments were in charge of promoting user and community participation through information, training, and organization. In this regard, results suggest that institutional work in promoting participation is limited, as observed elsewhere (6, 38). In Colombia, as in other contexts, poor information provision on participation mechanisms could probably be due to the information monopoly held by the companies managing and providing health care (39). As an interactive factor, this would prevent them from implementing the policy or empowering users to control the system (40) and prevent access to quality services (41, 42).

*Limited Credibility of Established Mechanisms
for Health Care Users*

The reduced use of mechanisms, above all of institutional mechanisms, could reflect the lack of acceptance by the population. In Colombia, as in many other countries, participation mechanisms and policies were implemented without considering fundamental cultural aspects (43), such as existing knowledge and practices in social organizations. These aspects should be taken into account to foster users' participation in health systems and programs (15, 16). Some studies in Colombia and Brazil found that users do not trust the participation mechanisms implemented by participation policies because they are considered foreign (20, 44). As an intrapersonal factor, this would limit the use of mechanisms and hinder implementation of the policy.

*Reinforcing Users' Participation in Health Care
as Consumers or Clients*

The most-known and widely used mechanisms are market mechanisms; this was the case 10 years ago, as it is currently. Within the market paradigm that guides the Colombian SGSSS, users became clients or consumers. This normative device

and its mercantile discourse seem to have worked: Users' self-perceptions as consumers were strengthened. On the contrary, the settings for decision making that would bestow power to citizens within the health care system are not well-known and are scarcely used. This setback is reflected in the fact that 10 years ago, 22% of those surveyed were aware of user representation in the boards of directors of public insurers and providers compared to 8.2% in 2010, which seems associated to the best disposition of the public sector to work with the community (24, 27); considering that public sector has decreased and currently, 68.7% of SGSSS health care providers belong to the private sector (45).

Some Improvement, But Mostly in Affluent Users

It is important to highlight that the rural population, both 10 years ago and currently, is the segment that best knows and uses participation mechanisms. Although greater analysis is needed, this result could reflect the deep roots of a participation culture anchored in the rural sectors in Colombia and Latin America (46). Conversely, although males in the 2000 survey knew of and used the mechanisms more frequently, especially institutional mechanisms, during the course of these 10 years, women have begun to recognize and use participation mechanisms, particularly in decision making. Women, who have had greater participation but were marginalized in the decision settings, may be restructuring themselves as active subjects (7).

It is worth noting that, currently, individuals from higher educational and socioeconomic levels have greater awareness and make greater use of participation mechanisms, as was the case a decade ago. Although a tendency toward decreased awareness and use of mechanisms has been observed within this decade, these tended to increase in individuals from higher socioeconomic and educational levels. These data seem to indicate the emergence of new actors in participation, such as those from high economic levels, who have decided to partake in public management and defend their interests, as has been noted in other studies in Colombia (7). Thus, the SGSSS not only enhances private health care and insurance companies (2, 47) but would be empowering more affluent users; meanwhile, the vast majority of the population that is devoid of resources—who, paradoxically, should benefit the most—would continue to be excluded.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Considering that awareness, training, and the participation experience are capacitating and indispensable resources to effectively intervene in public policies and systems, the results herein show that effective user participation and intervention to control the SGSSS are far from developed. The policy has failed to materialize; lack of balance is evident on the issue of participation by one of the main SGSSS components: the users. Democratic construction of health care as a

public good will not come about while the health care system favors more affluent sectors of the population; while market-guided participation is fostered; while local organizations' knowledge and practices continue to be ignored; and, perhaps most importantly, without the commitment and will of all health care actors to adhere to social participation policy and regulations, starting with an effective provision of relevant information for users. One should not have to wait another 10 years for municipal, departmental authorities and other monitoring entities at the national level, such as the Superintendencia de Salud, to fulfill their role, not only by supporting users in exercising their rights of controlling the system, but also by providing oversight of health care entities and ensuring compliance with their regulatory obligations.

Acknowledgments — The 2000 survey was part of the research conducted by the Institute of Psychology at Universidad del Valle (Colombia) in association with the Institute for Health Sector Development (United Kingdom), Universidad Federal de Pernambuco, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP Brazil), and Escuela Andaluza de Salud Pública (Spain) and with collaboration from the Consorci Hospitalari de Catalunya (now Consorci de Salut i Social de Catalunya), the Health Secretaries of the municipalities of Tuluá and Palmira in Colombia, and the Secretary of Health of the Department of Valle del Cauca in Colombia. We thank the DG XII European Commission for the financial support. We thank the people interviewed in these two municipalities who agreed to share their opinions, ideas, and questions with the researchers.

REFERENCES

1. Broomberg, J. Managing the health care market in developing countries: Prospects and problems. *Health Policy Plan.* 9:237–251, 1994.
2. Iriart, C., Elias, E., and Waitzkin, H. Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Soc. Sci. Med.* 52:1243–1253, 2001.
3. Escobar, A. *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World.* Princeton University Press, New Jersey, 1996.
4. Freire, P. *Pedagogy of the Oppressed.* The Seabury Press, New York, 1970.
5. Fals Borda, O. *Conocimiento y poder popular. Siglo XXI y Punta de Lanza,* Bogotá, D.C., 1985.
6. Homedes, N., and Ugalde, A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev. Panam. Salud Publica.* 17:210–220, 2005.
7. Velásquez, F., and González, E. *¿Qué ha pasado con la participación Ciudadana en Colombia?* Fundación Corona, Bogotá, D.C., 2004.
8. República de Colombia, Congreso de la República. *Ley 100 de 1993.* Sistema Nacional de Seguridad Social, Bogotá, D.C., 1993.

9. Ministerio de Salud, Colombia. *Decreto 1757. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación en la prestación de servicios de Salud*. Bogotá, D.C, 1994.
10. Zimmerman, M., et al. Further explorations in empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment. *Am. J. Community Psychol.* 20:707–727, 1992.
11. Kibe, L., et al. Community-based vector control in Malindi, Kenya. *Afr. Health Sci.* 6:240–247, 2006.
12. Kironde, S., and Kahirimbanyi, M. Community participation in primary health care (PHC) programmes: Lessons from tuberculosis treatment delivery in South Africa. *Afr. Health Sci.* 12:16–23, 2002.
13. Robles, S., et al. Assessing participation of women in a cervical cancer screening program in Peru. *Rev. Panam. Salud Publica.* 25:189–195, 2009.
14. Rojas, W., Botero, S., and García, H. An integrated malaria control program with community participation on the Pacific Coast of Colombia. *Cad. Saude Publica.* 17:103–113, 2001.
15. Ensor, T., and Weinzierl, S. Regulating health care in low- and middle-income countries: Broadening the policy response in resource constrained environments. *Soc. Sci. Med.* 65:355–366, 2007.
16. Mehrotra, S., and Jarret, S. Improving basic health service delivery in low-income countries: “Voice” to the poor. *Soc. Sci. Med.* 54:1685–1690, 2002.
17. Orozco, E., et al. The experience of the Mexican maternal health care program “Arranque parejo en la vida.” *Salud Publica Mex.* 51:104–112, 2009.
18. Mills, A. From research to knowledge to action: The dual challenge of health systems research. *World Hosp. Health Serv.* 40:18–23, 2004.
19. Walt, G., and Gilson, L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy Plan.* 9:353–370, 1994.
20. Bosi, M. L., and Affonso, K. C. Cidadania, participação e saúde: Com a palavra, o usuário da rede pública de serviços. *Cad. Saude Publica.* 14:355–365, 1998.
21. Delgado, M. E., and Vázquez, M. L. Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: Un estudio de casos en Colombia y Brasil. *Cad. Saude Publica.* 25:169–178, 2009.
22. Delgado, M. E. Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia. *Rev. Univers. Psychol.* 6:345–358, 2007.
23. Wendhausen, A. Relaciones de poder y democracia en los consejos de Salud en Brasil: Estudio de un caso. *Rev. Esp. Salud Publica.* 80:697–704, 2006.
24. Mosquera, M., et al. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: A study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan.* 16:52–60, 2001.
25. Zakus, J. D., and Lisack, C. Revisiting community participation. *Health Policy Plan.* 13:1–12, 1998.
26. Vázquez, M. L., et al. Nivel de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cienc. Saude Colet.* 10:141–155, 2005.

27. Delgado, M. E., and Vázquez, M. L. Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 8:150–167, 2006.
28. Delgado, M. E., and Vázquez, M. L. Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: Percepciones de actores principales. *Rev. Salud Pública*. 8:128–140, 2006.
29. Vázquez, M. L., et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el Nordeste de Brasil: Una aproximación cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*. 76:585–594, 2002.
30. Hernández Sampieri, R., Fernández, C., and Baptista, P. *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill, México D.F., 2003.
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *Libro Censo General 2005*. Bogotá, D.C., 2006.
32. Kerlinger, F., and Lee, H. *Foundations of behavioral research*. Harcourt, New York, 2000.
33. Ministerio de Salud, Colombia. *Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, éticas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá, D.C., 1993.
34. Aronson, J. Giving consumers a say in policy development: Influencing policy or just being heard? *Can. Public Policy* 19:367–378, 1993.
35. Rifkin, S. Lesson from community participation in health programmes: A review of the post Alma-Ata experience. *Int. Health* 1:31–36, 2009.
36. Charles, C., and De Maio, S. Lay participation in health care decision making: A conceptual framework. *J. Health Polit. Policy Law* 18:881–904, 1993.
37. República de Colombia, Congreso de la República. *Ley 10 de 1990: Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Ecoe Ediciones, Bogotá, D.C., 1990.
38. Ministerio de Salud, Colombia. *Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud*. Bogotá, 1997.
39. Molina, G., and Spurgeon, P. The decentralization of the health sector in Colombia from a multi-level perspective. *Gestion Política Pública* 16:171–202, 2007.
40. Church, J., et al. Citizen participation in health decision-making: Past experience and future prospects. *J. Public Health Policy* 23:12–32, 2002.
41. Gwatkin, D., Bhuiya, A., and Victora, C. Making health system more equitable. *The Lancet* 364:1273–1280, 2004.
42. Abadía, C., and Oviedo, D. Bureaucratic itineraries in Colombia: A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc. Sci. Med.* 68:1153–1160, 2009.
43. Vargas, I., et al. Barriers of access to care in a managed competition model: Lessons from Colombia. *BMC Health Serv. Res.* 10:297–309, 2010.
44. Atkinson, S. Political cultures, health systems and health policy. *Soc. Sci. Med.* 55:113–124, 2002.
45. Mosquera, M., et al. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: A study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan.* 16:52–60, 2001.

46. República de Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. *Instituciones prestadoras de servicios de salud*. Bogotá, D.C., 2008
47. Vargas, A. *Participación social*. Almudena Editores, Bogotá, D.C., 2000.
48. Homedes, N., and Ugalde, A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 71:83–96, 2005.

Direct reprint requests to:

María Eugenia Delgado-Gallego
Calle 13 #100-00. Edificio 388. Sede Meléndez
Universidad del Valle
Cali, Valle, Colombia

maria.delgado@correounivalle.edu.co

Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil

Users' and community leaders' perceptions of their capacity to influence the quality of health care: case studies of Colombia and Brazil

María Eugenia Delgado-Gallego ¹

María Luisa Vázquez ²

¹ Grupo de Investigación en Desarrollo, Sociedad y Medio Ambiente, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

² Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.

Correspondencia

M. E. Delgado-Gallego
Grupo de Investigación en Desarrollo, Sociedad y Medio Ambiente, Instituto de Psicología, Universidad del Valle.
Calle 13#100-00, Edificio 388, Sede Meléndez, Cali, Valle, Colombia.
mariedel@coldecon.net.co
mariedelgallego@hotmail.com

Abstract

Health system reforms in Colombia and Brazil introduced policies that promote social participation in health care quality control. The objective of this paper was to analyze users' and leaders' perceptions of their capacity to achieve changes in the countries' health services. An exploratory and descriptive qualitative study was performed with individual interviews and focus groups of users and leaders in Colombia and Brazil. Most informants perceived themselves as having the capacity to induce changes to improve the quality of health services. They attributed this capacity primarily to internal factors related to their participatory behavior, plus only one external factor, the availability of institutional participatory spaces. The lack of capacity to influence change was only related to passive attitudes and fear of retaliation in Colombia. The existence of a population with high self-perceived capacity to achieve change appears as a potential factor to be strengthened, while institutional democratic space needs to improve in order to enhance the effectiveness of social participation in health policies.

Quality of Health Care; Health Services; Public Policies

Introducción

La promoción de la participación ciudadana, como estrategia para mejorar la calidad de los servicios, es un componente de muchas de las reformas de los sistemas de salud emprendidas desde los años 90. En Colombia se inició en 1993 con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integridad, unidad y participación (*Ley 100, Decreto 1757* del 1994). Se definió la participación en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría de las instituciones del sistema de salud, como un derecho y deber de individuos y organizaciones y se distinguían dos tipos de participación en salud ¹. Por una parte, la *participación social* que comprende (a) la participación ciudadana individual mediante mecanismos basados en el mercado – buzón de sugerencias, oficina de atención al usuario y línea telefónica directa– y (b) la participación comunitaria en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría a nivel municipal, por medio de representantes de organizaciones comunitarias en el Comité de Participación Comunitaria. Por otra parte, se establece la *participación en las instituciones del SGSSS* para velar por la calidad del servicio, mediante la creación de las asociaciones de usuarios y su representación en las diferentes instancias de prestadores y aseguradoras. Universalidad, equidad, integridad de las acciones de

ACTITUDES Y OPINIONES DE ACTORES IMPLICADOS EN LA POLÍTICA PARTICIPATIVA DEL CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA¹

MARÍA EUGENIA DELGADO GALLEGO*
UNIVERSIDAD DEL VALLE, COLOMBIA

Recibido: enero 28 de 2007

Revisado: abril 10 de 2007

Aceptado: mayo 24 de 2007

ATTITUDES AND OPINIONS OF ACTORS INVOLVED IN THE PARTICIPATORY POLICY OF QUALITY CONTROL OF HEALTH SERVICES IN COLOMBIA

ABSTRACT

Participation is the core of reform to the health sector; its implementation depends on many factors as the attitudes of individuals involved. The author's objective was to analyze attitudes and opinions on participation of Colombian users, health care personnel and policy makers. An exploratory and descriptive research was carried out, in 25 focal groups of 210 users, 40 leaders, and 36 individual semi-structured interviews to health care personnel, combining qualitative and quantitative methods with a survey to 1497 users. It was found that most of the actors have a positive attitude towards participation, which was more favorable among women, people with basic studies and low socio-economic level, retirees and the unemployed. It was also found that health care personnel had ambivalent attitudes favorable opinions towards participation, but unfavorable ones about the situational elements that determine it.

¹ Financiación de la COMISIÓN EUROPEA. DG XXII (Contrato: IC18-CT98-0340). Los resultados del presente estudio son parte de la investigación realizada en asociación con el Institute for Health Sector Development (Inglaterra), el GEMA-Universidad del Valle (Colombia), la Universidad Federal de Pernambuco, el Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP, Brasil) y la Escuela Andaluza de Salud Pública (España). Además, se contó con el apoyo del Consorci Hospitalari de Catalunya y las secretarías de salud de los municipios de Tuluá y Palmira, y la Secretaría de Salud del Departamento del Valle del Cauca, en Colombia. Agradezco a la Dra. María Luisa Vázquez, por sus acertadas observaciones y sugerencias, a las personas entrevistadas en los dos municipios que aceptaron compartir con los investigadores sus opiniones, ideas e inquietudes, y a la Comisión Europea DG XII por su ayuda financiera.

* Universidad del Valle. Instituto de Psicología. Edificio 388. Calle 13#100-00. Sede Meléndez. Cali, Valle. Colombia. Tel. 57-2-331 25 06. Correo-e: mariedel@coldecon.net.co

Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia

María E. Delgado-Gallego¹ y María L. Vázquez-Navarrete²

¹Psicóloga. M. Sc. en Psicología Social. Instituto de Psicología de la Universidad del Valle. GEMA. Cali, Colombia. E-mail: mariedel@andinet.com

²Médica, Ph. D. en Medicina, M. Sc. in Health Policy, Planning and Financing. Servei d'Estudis del Consorci Hospitalari de Catalunya, Av. Tibidabo 21, 08005, Barcelona, España E-mail: mlvazquez@chc.es

Recibido 23 Abril 2006/Enviado para Modificación 24 Septiembre 2006/Aceptado 26 Octubre 2006

RESUMEN

Objetivo Analizar el conocimiento y opiniones sobre las políticas de participación en salud y la experiencia con los mecanismos de participación de usuarios, líderes comunitarios y personal de salud en Colombia.

Método Entre 1999 y 2001 se realizó en los municipios Tulúa y Palmira, Colombia, una investigación exploratoria y descriptiva que combinó métodos cuantitativos, encuesta a una muestra de 1 497 usuarios, con métodos cualitativos, a través de grupos focales a 210 usuarios y 40 líderes y 36 entrevistas individuales semi-estructuradas a personal de salud. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta, mediante el SPSS, y un análisis narrativo de contenido de los datos cualitativos, mediante el Ethnograph.

Resultados La encuesta a los usuarios mostró un gran desconocimiento de la normatividad y los mecanismos de participación formal y un uso limitado de los mismos. Desconocimiento y cierto escepticismo sobre su eficacia se reflejó en el estudio cualitativo con usuarios, líderes y personal de salud. El personal del sector público mostraba un concepto más elaborado y refería una mayor implementación de mecanismos. Entre las dificultades para la implementación destacan carencia de recursos y de cultura participativa.

Conclusiones Los resultados muestran un conocimiento y uso escaso de los mecanismos de participación social en salud, con predominio de los basados en el mercado. Se requiere importante una intervención en información y formación de la población y personal de salud para promover una participación real para el control social del sistema de salud.

Palabras Clave Participación comunitaria, políticas públicas de salud, sistemas nacionales de salud, análisis cualitativo, conocimiento, Colombia, Latinoamérica (*fuentes: DeCS, BIREME*).

Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales

María E. Delgado-Gallego¹ y Luisa Vázquez-Navarrete²

¹ Psicóloga, M. Sc. Psicología Social. Instituto de Psicología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. E-mail: maricdel@andinet.com

² Médica, Ph.D., M. Sc. Health Policy, Planning and Financing. Servei d'Estudis del Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España. E-mail: mlvazquez@chc.es

Recibido 31 Enero 2006/Enviado para Modificación 29 Mayo 2006/Aprobado 25 Junio 2006

RESUMEN

Objetivo Analizar los obstáculos y oportunidades para la participación percibidos por los actores implicados en la política de participación social en salud en Colombia.

Métodos Estudio cualitativo exploratorio, en los municipios de Tuluá y Palmira, entre 2000 y 2001, a través de grupos focales a usuarios y líderes (260); entrevistas individuales semi-estructuradas a personal de salud (36) y formuladores de políticas (3). Se realizó un análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación de los datos por informantes y temas.

Resultados Usuarios y líderes identificaron como obstáculos a participar: su falta de conocimiento, apatía y temor a represalias; también, factores institucionales como la falta de claridad, limitada apertura y respuesta institucional en los procesos participativos; opinión que compartían los formuladores de políticas. La mayoría del personal de salud atribula las barreras a los conocimientos y actitudes de los usuarios; sólo algunos mencionaban barreras institucionales, como el comportamiento del personal, la limitada capacidad o recursos institucionales para impulsar el trabajo comunitario. Las oportunidades para participar eran descritas como escenarios deseados y posibles. La alta capacidad percibida por los usuarios para conseguir cambios a través de su participación surge como importante oportunidad.

Conclusiones Las percepciones de usuarios y líderes sobre las barreras y oportunidades parecen indicar que son actores críticos de su realidad y se constituyen en importante potencial para configurarse en interlocutores clave con las instituciones y el Estado. Una actitud semejante por parte de instituciones sería necesaria para construir una auténtica y duradera cultura participativa.

ORIGINAL

**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD: CONCEPTOS DE USUARIOS,
LÍDERES COMUNITARIOS, GESTORES Y FORMULADORES DE POLÍTICAS
EN COLOMBIA. UNA MIRADA CUALITATIVA (*)**

María Eugenia Delgado Gallego (1), María Luisa Vázquez Navarrete (2), Yolanda Zapata Bermúdez (3) y Mariano Hernán García (4)

- (1) GEMA- Universidad del Valle, Colombia.
 (2) Consorci Hospitalari de Catalunya.
 (3) Universidad del Valle, Colombia.
 (4) Escuela Andaluza de Salud Pública.

RESUMEN

Fundamento: Las reformas del sector salud llevadas a cabo en Colombia durante la década de los noventa incluyen políticas que promuevan la participación social en el sistema de salud, considerada esencial para el buen funcionamiento. El objetivo de este artículo es analizar el sentido y significado de la participación en salud para los diferentes actores sociales involucrados en la implantación de la política en Colombia.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, a través de grupos focales (GF) y entrevistas individuales semi-estructuradas (E) a diferentes actores sociales: 210 usuarios (GF), 40 líderes comunitarios (GF), 3 formuladores de políticas (E) y 36 entre el personal de salud (E). Se hizo un análisis narrativo de contenido. El área de estudio la constituyeron los municipios Tulúa y Palmira en Colombia.

Resultados: El concepto de participación presentó diferentes sentidos según el actor analizado: usuarios y líderes articulaban el concepto alrededor de aportar ideas, estar en espacios sociales, la solidaridad y con frecuencia, la utilización de los servicios de salud. El personal de salud otorgaba sentido de participación social a las actividades de las instituciones con la comunidad, así como al uso de los servicios y la vinculación al sistema de salud. Los formuladores de políticas lo dotaban de un sentido de evaluación y control de los servicios de salud por parte de la comunidad, para mejorar su calidad.

Conclusiones: Los distintos conceptos de participación muestran diferencias entre el sentido de la política y lo que entienden y asumen los diversos agentes sociales en su interacción con los servicios de salud. Estos diferentes conceptos han de ser tenidos en cuenta para conseguir la vinculación entre la sociedad y los servicios de salud.

Palabras clave: Participación en salud. Investigación cualitativa. Colombia.

Correspondencia:
 María Eugenia Delgado Gallego
 Universidad del Valle. Instituto de Psicología. Edificio 388.
 Calle 13#100-00. Sede Meléndez.
 Cali, Valle, Colombia
 Correo electrónico: mariedel@andinet.com

ABSTRACT

**Social Participation in Health: User
Community Leaders, Managers
and Policy Makers
in Colombia. A Qualitative View**

Background: Health sector reforms taking place in Colombia during the Nineties included policies to promote social participation in the health system, which is considered essential to its functioning. The aim of this article is to analyse the meaning and the significance of participation in health for the different social actors involved in implementing policies in Colombia.

Methods: A qualitative, descriptive, exploratory study was carried out using focal groups (FG) and semi-structured individual interviews (I) of the different social actors: 210 users (FG), 40 community leaders (FG), 3 policy makers (E) and 36 healthcare professionals (E). A carried out analysis was content up of the contents. The study area corresponded to the municipalities of Tulua and Palmira in Colombia.

Results: The concept of participation was interpreted differently depending on the actor studied: for users and leaders the concept referred to contributing ideas, presence in social spaces, solidarity and frequently, and use of the health services. Healthcare professionals considered the activities carried out by institutions together with the community as social participation, the use of services and affiliation to the health system. Policy makers considered participation to concern evaluation and control of the health services by the community, to improve its quality.

Conclusions: The different concepts of participation reveal differences between the content of the policy and how it is understood and interpreted by the different social actors in their interaction with the health services. These different perspectives must be taken into account to develop a link between society and the health services.

(*) Financiación de la Comisión Europea. DG XXII (Contrato: IC18-CT98-0340)

Anexo IV

Trabajos de la doctoranda presentados en reuniones científicas

Barreras y oportunidades de los usuarios para participar en el control de la calidad de la atención en salud, desde la visión de diferentes actores. ME Delgado, ML Vázquez. II Simposio Internacional sobre Participación Social en Salud. Superintendencia Nacional de Salud, Medellín, 8-9 Noviembre 2012.

¿Hacia una cultura participativa en salud?: una mirada crítica. ME Delgado. I Reunión Regional sobre la participación social en salud. Escuela de Salud Pública de Universidad del Valle. Cali, Diciembre 6 del 2012

La participación social en el SGSSS de Colombia: Dos evaluaciones en 2000 y 2010. ME Delgado, ML Vázquez. I Simposio Internacional sobre Participación Social en Salud.. Superintendencia Nacional de Salud, Universidad Javeriana, Cali, Diciembre 2-3, 2011.

Conceptos de participación social en salud y barreras percibidas para participar: Visión de los diferentes agentes sociales de Colombia y Brasil. Delgado ME y Vázquez ML. VII Congreso colombiano de psicología de la salud. ALAPSA. Colombia. Universidad Sur Colombiana, Neiva, Abril 27-29 del 2007.

¿Posee la población el poder de influenciar los servicios de salud? Opiniones de usuarios y líderes de Brasil y Colombia. ML Vázquez, ME. Delgado, MRF da Silva, E. Siqueira, AP. Pereira, I. Leite, Y. Zapata, M Hernán, JM Jiménez. II Congreso iberoamericano de investigación cualitativa en salud. 2005. Ministerio de Salud y Consumo de España. Madrid Junio -22-25.

Representaciones Sociales y Política de Participación en Salud en Colombia. M.E Delgado. VII Conferencia internacional de representaciones sociales 2004. Universidad de Guadalajara y Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara México Sep. 10-14, 2004.

Concepto de participación social en salud de diferentes actores sociales en Colombia. M.E. Delgado G. II Encuentro nacional de investigación en salud pública. Cali Colombia. Universidad del Valle. Facultad de Salud, CIDER, CEDETES. Cali, 30 de Septiembre y 1 de Octubre del 2004.

Conocimiento y Actitudes de Hombres y Mujeres con relación a la participación en salud en Colombia y Brasil. M.E. Delgado G, ML Vázquez. II Encuentro nacional de investigación en salud pública. Universidad del Valle. Facultad de Salud, CIDER, CEDETES. Santiago de Cali, 30 de Septiembre y 1 de octubre del 2004.

Conceptos de participación ciudadana en salud de los diferentes agentes sociales de Brasil y Colombia. M.L Vázquez, M.E Delgado, MR Ferreira, AP Pereira, I Leite, Y Zapata, M Hernán, JM Jiménez, I Kruze, JL Gutiérrez. *Brazilian Journal of Epidemiology. Número especial (versão eletrônica), Junho de 2004.*

Diferencias en niveles de información y actitudes de hombres y mujeres en relación a la participación en salud en Brasil y Colombia. ML Vázquez, M^a E. Delgado, MR. Ferreira, E. Siqueira; A. Diniz, Y. Zapata, M. Hernán, JM Jiménez. *VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 19-23 de junho de 2004, Recife (Brasil).*

Conceptos de participación ciudadana en salud de los diferentes agentes Sociales de Brasil y Colombia. ML Vázquez, ME. Delgado, MR. Ferreira, AP. Pereira, I. Leite, Y. Zapata, M Hernán, JM Jiménez I. Kruze, JLGutiérrez X Congreso de la sociedad española de salud publica y administración sanitaria. *Gaceta Sanitaria.* 2003;7 (sup 1): 21.

Diferencias en niveles de información y actitudes de hombres y mujeres en relación a la participación en salud en Brasil y Colombia. ML Vázquez, M^aE. Delgado, MR. Ferreira, E. Siqueira; A. Diniz, Y. Zapata, M. Hernán, JM Jiménez. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17(supl.1):25.