

Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana*

Gustavo Arango T.**

Maria Victoria López L.***

Sara Yaneth Fernández M.****

Maria Patricia Arbeláez M.*****

Gloria E. Gómez T.*****

RESUMEN

Durante los últimos veinte años la participación social en América Latina, y particularmente en Colombia, ha estado orientada por la descentralización política y administrativa. Con la aplicación de esta estrategia en el campo de la salud, tanto el Estado como las comunidades han asumido nuevos espacios y formas de relación con impacto en lo social, lo organizativo y lo jurídico. Éste es el marco en el que se inscribe este trabajo, que analiza en la región colombiana del Suroeste antioqueño algunos efectos de la descentralización en salud, teniendo en cuenta las características históricas del proceso de participación de la población en el país; algunos aspectos centrales del contexto legal de las reformas del Sistema de Seguridad Social en Salud en las dos últimas décadas, las percepciones de los actores locales relacionadas con la implementación del proceso descentralizador en salud y las acciones desplegadas por los agentes locales del Estado y por los pobladores en procesos de participación comunitaria para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud.

Palabras clave: *Descentralización de la salud, participación comunitaria en salud, participación social en salud, políticas de salud, comités de participación comunitaria en salud*

*Recibido: 19 de junio de 2003
Aceptado: 21 de agosto de 2003*

Presentación

La respuesta social se entiende como el conjunto de acciones lideradas por el Estado o por la comunidad para mejorar las condiciones de vida de la población. En este sentido, la participación del Estado se justifica desde el criterio constitucional de la equidad, mediante el cual se reconocen los derechos fundamentales de la población. Además, en muchos casos obedece a la presión permanente de las comunidades por mejorar sus condiciones de existencia y por el reconocimiento efectivo de sus derechos. Este eje de la respuesta social se ubica en el espacio de lo público.

* *Artículo derivado de la investigación “Mortalidad evitable y la respuesta social en el Suroeste antioqueño 1980-2000”, López y cols. 2001.*

** *Sociólogo. Magíster en Sociología. FLACSO México. Profesor en la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. garango@tone.udea.edu.co*

*** *Socióloga. Maestra en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana México. Docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia*

**** *Trabajadora Social. Magíster en Demografía. Colegio de la Frontera Norte México. Docente en Trabajo Social, Universidad de Antioquia*

***** *Médica, PhD en Epidemiología. Universidad Johns Hopkins U. S. A. Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Universidad de Antioquia*

***** *Enfermera. Especialista en investigación y administración en salud CEAS Ecuador. Docente en la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.*

Arango G., López M V., Fernández S Y., Arbeláez M P., Gómez G E. Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana. *Invest. Educ. Enferm.* 2004; 22 (1): 24-39

Health decentralization policy and social answer. The Colombian region case

La participación desde las comunidades se interpreta como participación directa y autónoma de las colectividades o mecanismo de vinculación a los programas diseñados por el Estado, como un aporte a los requerimientos de las comunidades para mejorar la formulación y ejecución de las propuestas; el espacio de las comunidades en la respuesta social es más cercano a las necesidades, y por este motivo, la interlocución de los actores entre sí proporciona conocimiento de las soluciones requeridas. Este eje de la respuesta social se ubica en el espacio de lo privado aunque establece intersecciones con lo público, no sólo porque las fronteras entre los dos ámbitos son difusas, sino porque en determinadas ocasiones la participación es promovida también desde el Estado.

La participación de la comunidad como parte de la respuesta social no es un fenómeno reciente, ni es producto de la modernidad. Ante las múltiples contingencias que afectan la salud, la población siempre ha buscado estrategias para mantener un nivel de bienestar que le permita el desempeño de las actividades cotidianas; es así como la preocupación por enfrentar los problemas de salud que se presentan en el proceso vital ha llevado a la población, en todos los tiempos, a la búsqueda de soluciones utilizando diferentes estrategias.

En Colombia, la participación de las comunidades en la planeación y la gestión pública se ha caracterizado por ser una intervención centrada en la interpretación oficial que hace el Estado de las demandas de la población, relacionada con cuestiones micro locales y con una lógica sectorial, por ejemplo en la construcción de los acueductos, de viviendas, la educación, la salud. En un primer momento, hasta 1950, los proyectos fueron impulsados mediante estrategias de cooperación como mingas, mano vuelta y brazo prestado en las áreas rurales y sociedades de mejoras públicas, centros cívicos y sociedades artesanales en áreas urbanas. A partir de la década del cincuenta y hasta los años setenta, con el advenimiento del concepto de desarrollo comunitario impulsado desde la misión Lebreth y la Alianza para el Progreso, fueron actividades desarrolladas fundamentalmente por las Juntas de Acción Comunal —JAC— e institucionalizadas mediante la creación de la Dirección

Gustavo Arango T.**
Maria Victoria López L.***
Sara Yaneth Fernández M.****
Maria Patricia Arbeláez M.*****
Gloria E. Gómez T.*****

SUMMARY

During the last twenty years, social participation in Latin America, especially in Colombia has been oriented by a policy of administrative and political decentralization, with consequences in the field of health where both the state and the communities have assumed new spaces and types of relation that impact social organization and justice. Through this framework the project analyses in the Colombian region of the antioqueño southwest, some of the effects health decentralization has had taking into consideration the historic characteristics of the participation process of the population, some central aspects of the legal context of the health and social security system reforms during the last two decades, the perceptions of local actors as regards the process of the implementation of decentralized health, and the actions undertaken by the local state agents and the people in comunitary participation processes for the improvement of life and health conditions.

Key Words: *Health decentralization, community participation in health, social health participation, health policies, community health committees.*

General de Integración y Desarrollo de la Comunidad (1968) y el Fondo de Desarrollo Comunal (1970). En la década de los ochenta predominaron, aún con una lógica sectorial e intersectorial, organizaciones como el Programa Desarrollo Rural Integrado y el Plan Nacional de Rehabilitación. La participación de la población en estos tres momentos y su incidencia en las decisiones, en la planeación y en el seguimiento a las políticas públicas fue más bien marginal y

esporádica; en dicha participación predominó la labor informativa acerca de los problemas y las necesidades.¹

A partir de la Constitución política de 1991 se proponen cambios en la participación social. Dicha participación se refiere a la práctica social desarrollada mediante el encuentro entre las instituciones representativas, los partidos políticos, la administración y los movimientos y organizaciones sociales independientes, y los cambios se dan como efecto de un nuevo marco filosófico que, mediante la estrategia de descentralización, reconoce el cambio de un modelo de democracia representativa a un modelo participativo —Artículo 103, Constitución Política—.² Lo anterior trae consigo la consecuente vinculación de la población en las decisiones que la afectan, propendiendo por la participación tanto en los programas como en los espacios de decisión. Es así como en lo local se establecen estrategias para la participación en los procesos de planificación, ejecución y control de la gestión estatal³, llegándose incluso a proponer la revocatoria del mandato de los elegidos para la administración pública ante el incumplimiento de los planes de gobierno. En lo sectorial, y concretamente en salud, a partir de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, se fortalecen los comités de participación creados desde 1975 y se reorganizan como Comités de Participación Comunitaria en Salud —COPACOS— los cuales habían sido creados en la década anterior en el marco de los Sistemas Locales de Salud —SILOS—.

En este trabajo se analiza la respuesta social al proceso salud-enfermedad-muerte como estrategia de vinculación de la población a las políticas de descentralización en salud, dinamizadas estas últimas desde el ámbito nacional a partir de los años ochenta. También se exploran, en la región del Suroeste antioqueño, las iniciativas estatales y comunitarias que, enmarcadas en las políticas sociales, buscaron mejorar las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

Consideraciones metodológicas

En este trabajo se analiza la respuesta social al proceso salud-enfermedad-muerte como estrategia de vinculación de la población a las políticas de descentralización en salud, dinamizadas estas últimas desde el ámbito nacional a partir de los años ochenta. También se exploran, en la región del Suroeste antioqueño, las iniciativas estatales y comunitarias que, enmarcadas en las políticas sociales, buscaron mejorar las condiciones de vida y salud de las poblaciones. Dadas las características de la información obtenida en la región, en este artículo se privilegia la respuesta social dinamizada desde el SGSSS, tratando de identificar los efectos de la adhesión de la población a las políticas estatales y el análisis de la respuesta desde las comunidades, como un referente de la participación comunitaria en salud.

En relación con la participación comunitaria se determinaron los eventos reconocidos por los grupos como espacios de su quehacer y la relación de dichas acciones con los programas estatales. Para establecer el carácter participativo de la población del Suroeste en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud, se retomó la propuesta de Idáñez⁴ que sugiere su análisis desde los siguientes niveles: 1. *Oferta/invitación*, como nivel inferior de participación (pseudo-participación); con éste se pretende que las personas tomen parte de decisiones ya tomadas desde arriba manteniendo intactas las relaciones de dependencia de unos respecto a otros; 2. *Consulta*, mediante la cual los responsables de diseñar y ejecutar programas, preguntan a la gente sus puntos de vista sobre lo que se va a hacer; 3. *Delegación*, en este nivel se ofrecen facultades de decisión o responsabilidades a personas involucradas dentro de los programas que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente. Este nivel se instrumenta cuando se tiene la posibilidad de

integrar un órgano de decisión, mediante la elección o nombramiento de sus representantes; 4. *Influencia/recomendación*, posibilidad y capacidad de incidir mediante propuestas sobre lo que conviene hacer, o presionando sobre los que en última instancia tienen poder de decisión; 5. *Co-gestión*, se establecen mecanismos de codecisión y colegialidad por lo cual la participación se transforma en algo institucional; 6. *Autogestión*, es éste el nivel máximo de la participación: cada uno interviene directamente en la toma de decisiones conforme a los criterios generales establecidos conjuntamente por las personas involucradas (sea en un programa o en una organización), “gestionar por uno mismo” y “gestionar según las propias normas”.

El análisis que se presenta retoma diferentes estrategias metodológicas que se complementan para recuperar tanto lo cuantitativo como lo subjetivo que está presente en la implementación de las políticas de descentralización y respuesta social en la región. Dichas estrategias integraron técnicas de revisión documental —bibliografía y diagnósticos, política de descentralización, planes de gobierno, de desarrollo municipal y de salud, desarrollados en el período de estudio—; de igual manera se recurrió a información primaria obtenida mediante técnicas de observación semiestructurada, entrevistas y diarios de campo. Para el análisis se integra la interpretación de los autores, de las evidencias obtenidas en el trabajo de campo a la luz de aspectos teóricos y de las políticas de descentralización en el país. Este tipo de metodología permitió relacionar la respuesta social y la participación comunitaria en los programas oficiales y propuestas autónomas desde los espacios locales.

Referentes para el análisis de la respuesta social en salud

Tradicionalmente la preocupación por participar en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de individuos y colectivos se ha centrado en el hogar, donde las familias asumen funciones relacionadas con la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad. En este contexto la mujer ha tenido un papel significativo con grandes aportes tanto económicos como en tiempo e iniciativas de intervención que generalmente no han sido socialmente valorados, lo que se da también en las organizaciones de salud las cuales tampoco tienen en cuenta este aporte económico que la mujer hace a la conservación de la salud.

De igual manera, la respuesta social orientada a la conservación de la salud ha llevado a la participación de diferentes instituciones, con un traspaso gradual de las responsabilidades de las familias a otras organizaciones; en el caso colombiano estas organizaciones han sido las iglesias, las mutuales, los sindicatos, las profesiones y el Estado, lo cual no significa que esta función desaparezca de las tareas del núcleo familiar, pues éste sigue cumpliendo la función en forma simultánea y compartida con las instituciones.

La respuesta individual a los problemas de salud se diferencia de la respuesta social en salud; mientras la primera depende de criterios y expectativas particulares, y por lo tanto puede ser dispersa e inestable, la última tiene como premisa que las condiciones de salud sean definidas como necesidades y su carácter orgánico abre posibilidades participativas y de construcción consensual. Si bien, como lo propone Echeverry⁵, históricamente la salud no ha motivado la movilización colectiva, a partir de los años 90 cobra importancia como asunto de

interés público, pero aún no se observan actores o propuestas con suficiente fuerza para construir proyectos políticos y democráticos en salud. En este sentido se hace factible, teniendo en cuenta los factores mediadores de la equidad, la calidad y la tecnología, calcular los servicios requeridos para satisfacer las necesidades en salud de la población⁶ y potenciar la dimensión sociopolítica de la salud en la agenda nacional.

En el marco de la modernización del Estado, las directrices internacionales de políticas recomiendan comprometer la participación política y ciudadana en los procesos de reforma del sistema de salud. La respuesta social, dinamizada por el Estado, encuentra un espacio principal en los sistemas de salud, por lo cual la investigación y la acción en torno a estos forman actualmente parte integral de la salud pública. El análisis de la respuesta social en los sistemas de salud parte de reconocer que “ni los prestadores de servicios, ni los miembros de la población actúan de manera aislada, sino que pertenecen a diversas organizaciones que dan forma a su interacción. Las organizaciones de prestadores incluyen tanto sus lugares de trabajo, como las organizaciones que representan sus intereses [...] el hogar, la comunidad y los muchos lugares y motivos por los que la gente se reúne, tales como las empresas, los sindicatos, los partidos políticos, los grupos de interés”.⁷

La relación entre los prestadores de servicios y la población es mediada por un actor colectivo. En el caso colombiano, el Estado se acompaña de diferentes instituciones sociales, entre ellas las iglesias, la escuela y los servicios de salud. En el reciente SGSSS, el Estado sigue siendo actor colectivo mediador, éste y los particulares prestan el servicio haciendo que la competencia entre las

instituciones prestadoras —oficiales y privadas— conviertan la salud en una mercancía regulada por la oferta y la demanda.

En la respuesta social participan diversos grupos. En el plano local, concretamente para la prestación de los servicios de salud, se reconocen como instancias de participación comunitaria los consejos de salud, los comités interinstitucionales, los comités de participación comunitaria, los agentes de salud comunitarios, los grupos de autoayuda, las organizaciones voluntarias que trabajan en promoción de la salud de la comunidad y la comunidad en general.

Los Comités de Participación Comunitaria en Salud —COPACOS—, están conformados por representantes de la administración local, el sector salud, los gremios de producción y de servicios, organizaciones comunitarias, la iglesia y las juntas administradoras locales. Entre las funciones de los COPACOS están: la coordinación intra e intersectorial en salud, la solicitud de consulta popular para decisiones de interés técnico y financiero, la gestión de la incorporación del plan de salud al plan de desarrollo local, el apoyo a la realización y difusión del diagnóstico en salud, la definición de prioridades, servicios y presupuestos, los trámites y resolución de quejas de usuarios, el control a la provisión de cargos, la veeduría y control e información a la población sobre decisiones de comité y la consecución de recursos adicionales⁸

Una de las limitaciones que se ha reconocido para una efectiva participación en salud, es que los comités sectoriales interinstitucionales y los comités de participación no pueden dedicar el tiempo necesario a las tareas de la salud; los líderes formales e informales tienen tantas ocupaciones con el sector que representan que, en muchas ocasiones, se ven obligados a abandonar o no asumir la actividad para la cual se organizan. En el ámbito de la salud es más destacada la acción de los promotores de salud (institucionales o voluntarios) con sus tareas en campañas específicas de vacunación, promoción de la salud, aseo, organización de eventos deportivos, ecológicos, culturales, como respuesta social promovida desde el Estado por su dedicación e incidencia en el cumplimiento de logros.

En el ámbito nacional e internacional se reconoce la importancia de analizar la descentralización administrativa de los servicios de salud en los marcos de la participación comunitaria en salud. Entre los mecanismos que posibilitan la participación están: el establecimiento de estructuras administrativas locales apropiadas, la cooperación intersectorial local y el apoyo de las organizaciones no gubernamentales. Para que cada uno de estos mecanismos de apoyo tenga éxito deben concurrir los siguientes criterios: adhesión política a la participación comunitaria; reorientación de la burocracia en apoyo de la participación comunitaria, cambios en los procedimientos y modos de actuación, lo cual implica una actitud favorable a la vinculación de la comunidad a los programas y posibilita el diálogo entre el Estado y los particulares; un incremento de la capacidad de gestión y la existencia de una estructura sanitaria básica con cobertura mínima⁹.

Lineamientos generales de la descentralización en salud

La salud como derecho se ubica en el espacio de lo público; en esa medida el Estado es su garante; es el encargado de propiciar las condiciones para que el bienestar, y concretamente la salud, sea una condición de todos los ciudadanos,

En el ámbito nacional e internacional se reconoce la importancia de analizar la descentralización administrativa de los servicios de salud en los marcos de la participación comunitaria en salud. Entre los mecanismos que posibilitan la participación están: el establecimiento de estructuras administrativas locales apropiadas, la cooperación intersectorial local y el apoyo de las organizaciones no gubernamentales.

quienes en definitiva tienen que velar para que la oferta de los servicios sea de óptima calidad.

El modelo de desarrollo neoliberal, de acuerdo con los derroteros que surgen en el plano internacional y liderados por el Banco Mundial, impone medidas de recorte al gasto público y el mercado se constituye en el principal regulador de la oferta de servicios sociales. En este contexto, el Estado se despreocupa de su responsabilidad y hace de la salud, cada vez más, un bien sujeto a las fluctuaciones de la competencia en el mercado, donde los sujetos pueden concurrir en busca de beneficio propio y de acuerdo a sus posibilidades económicas; ésto es lo que sucede actualmente con varios de los derechos consignados en el Título Segundo de la Constitución Política Colombiana de 1991 que se refiere a los derechos sociales, económicos y culturales.

En la medida en que el Estado muestra ineficiencia e ineficacia en la garantía a los derechos desde sus instituciones, en el ámbito nacional se refuerza la competencia de los particulares en dicha tarea. De esta manera, las organizaciones privadas, y en general el mercado con su propia lógica, inciden en el reconocimiento de los derechos civiles, circunstancia que cambia el carácter de derecho de ciertos servicios (entre ellos a la salud) y los usuarios pasan de beneficiarios o derechohabientes a clientes, de acuerdo con la capacidad de consumo individual y las regulaciones del mercado.

Acorde con la necesidad de integrar a las localidades y a las comunidades, y siguiendo derroteros internacionales, el país reglamentó el proceso de descentralización político administrativa a partir de la Constitución Política de 1991. En salud, este proceso se inscribe en dos momentos del quehacer jurídico político del país que determinan la lógica organizativa, financiera y ética del reconocimiento del derecho a la salud. El primer momento corresponde a las décadas de los años setenta y ochenta y se caracteriza porque en ella confluyen tanto el auge como la crisis del Sistema Nacional de Salud —SNS—; el segundo momento corresponde a la década de los años noventa y se destaca por un nuevo escenario constitucional, en el cual surgieron propuestas de ajuste económico y de libre mercado, apoyadas por organismos internacionales. Lo anterior dio pautas en el sector salud, que se concretaron en el diseño e impulso de Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—.

Formalmente constituido en 1975, el SNS se organizó en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, integrados entre sí a partir de redes regionalizadas y desarrolladas por zonas de influencia, cuyo funcionamiento siguió bajo un modelo centralista de administración de recursos institucionales para la salud, agrupados en los sectores de la seguridad social, de la asistencia pública y el privado.

Con el SGSSS se separaron las funciones de regulación, administración del financiamiento y prestación de los servicios de salud; se descentralizó el sistema público de salud en el nivel local para el desarrollo de un plan de atención básico —PAB—; se convirtieron las unidades públicas de prestación de los servicios en empresas autónomas; se fundaron las empresas promotoras de salud (EPS), para administrar los fondos de salud y vender planes de salud, se crearon las instituciones prestadoras de salud (IPS) privadas o públicas, las administradoras de riesgos profesionales (ARP), todo ello bajo la lógica de

Formalmente constituido en 1975, el SNS se organizó en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, integrados entre sí a partir de redes regionalizadas y desarrolladas por zonas de influencia, cuyo funcionamiento siguió bajo un modelo centralista de administración de recursos institucionales para la salud, agrupados en los sectores de la seguridad social, de la asistencia pública y el privado.

ampliación del aseguramiento privado en salud bajo los principios de mercado abierto y libre elección del usuario.¹⁰

El Sistema Nacional de Salud —SNS— asignó a los municipios la prestación de los servicios de salud de primer nivel de complejidad en los hospitales locales, con coordinación de las administraciones municipales, y la obligación de realizar acciones de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad, concretando de esta manera la tendencia de descentralización que venía de años anteriores. En el SGSSS, que concreta el proceso descentralizador, se determinó la asignación de recursos previo el cumplimiento de requisitos como la organización administrativa de la localidad (creación de una dirección local de salud en las administraciones municipales), la elaboración de un plan local de salud y un plan de atención básica en salud. Entre las funciones delegadas en el municipio, a partir de la expedición de las leyes de reorganización del Sistema Nacional de Salud —10/90—, de distribución de competencias y recursos —60/93— y de Seguridad Social en Salud —100/93—, se destacan la realización de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes en el primer nivel de atención; la prestación de servicios médicos a través de hospitales locales, centros de salud y puestos de salud; la realización de acciones de saneamiento ambiental y la financiación, dotación, construcción y mantenimiento de las instituciones de salud y bienestar del anciano.

El Sistema Nacional de Salud —SNS— asignó a los municipios la prestación de los servicios de salud de primer nivel de complejidad en los hospitales locales, con coordinación de las administraciones municipales, y la obligación de realizar acciones de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad, concretando de esta manera la tendencia de descentralización que venía de años anteriores.

De acuerdo con Laurell, el sistema de salud pretende modular los problemas derivados del libre juego de las fuerzas del mercado, garantizando la participación social mediante consejos colegiados (representantes de aseguradores, prestadores, usuarios y el Estado) en lo nacional y lo local, para la fijación de criterios de políticas generales; el acceso universal con dos regímenes —el contributivo y el subsidiado—; la regulación del mercado mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía, el pago por capitación, un plan mínimo y universal de beneficios —Plan Obligatorio de Salud—, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y mecanismos para evitar la “selección adversa”.¹¹

Teniendo en cuenta los efectos en la prestación de los servicios de salud y el reconocimiento del derecho a la misma para los sectores de escasos recursos, así como sus consecuencias en el derecho a la igualdad y la calidad de los servicios en el país se implementó, a partir de 1993, la estrategia de selección de beneficiarios y el establecimiento de diferentes regímenes para la atención. Con el propósito de evitar la “selección adversa” la ley 100 de 1993 recomendó el diseño e implementación de un sistema de focalización, el cual posteriormente se concretó en el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales —SISBEN—, mediante el cual se implementó un censo de población pobre en el país siguiendo una metodología que ha sido objeto de diversas críticas, por cuanto al ser un instrumento homogéneo favorece las comparaciones pero desconoce la diversidad regional en todos los aspectos; asimismo porque no ha contribuido a la transparencia en la selección de los beneficiarios, requiere de actualización periódica a altos costos y exige una burocracia preparada para su manejo.

Para la prestación de los servicios de salud los municipios deben implementar tres regímenes aplicables a los usuarios según su nivel socioeconómico detectado en el SISBEN. Los regímenes son: el contributivo para aquellos que están trabajando o tengan capacidad de pago; se vinculan voluntariamente a cualquiera de las EPS, públicas o privadas, a través de las

cuales obtienen la atención y aportan para el pago de los otros regímenes; el régimen subsidiado que, bajo responsabilidad de las administraciones municipales, debe atender a las personas clasificadas en los estratos de menos recursos socioeconómicos (1, 2 ó 3 del SISBEN). Finalmente, el régimen para las personas sin ninguna capacidad de pago es el “vinculado”, administrado por el municipio y formulado en la ley 100 como régimen transitorio, sujeto al incremento del empleo y el crecimiento económico.

Éste es el marco para que las comunidades ejerzan su papel de veedoras ante el Estado por el reconocimiento de los derechos y para que la gestión en este ámbito sea transparente. No puede dejarse de lado la función mediante la cual se ejerce la vigilancia y control acerca del cumplimiento del rol del Estado en la esfera de lo privado, función indelegable por parte de los ciudadanos. Este tipo de participación, si bien también es propiciada por el Estado, tiene todo su sentido y mayor incidencia cuando se ejerce autónomamente por parte de los individuos o los colectivos.

Suroeste antioqueño: Elementos del contexto regional

Antioquia es un departamento colombiano conformado por 125 municipios; está ubicado en el noroccidente del país, con costa sobre el océano Atlántico. Comprende el 5.6% de la extensión total, representa el 13.1% del total de la población y tiene una densidad de 68.26 habitantes/ km² (la del país es de 29.4 habitantes /km²). El Suroeste antioqueño es una de las principales regiones del departamento; comprende 24 municipios, su población se dedica, fundamentalmente, a la producción de café en pequeñas explotaciones agrícolas —minifundio—. De acuerdo al último censo nacional de población, en 1993, la región contaba con 402.830 habitantes —51% hombres y 49% mujeres—. Históricamente la región ha cambiado su vocación, de polo de atracción de población trabajadora del sector agrícola estacional a expulsora de población. Sus habitantes residen, en su mayor parte, en áreas rurales —66.7% en 1973, 63.9% en 1985, y 63.2% en 1993—, al parecer por la concentración de las actividades productivas de mayor generación de empleo e ingresos en estas áreas, caso diferente al de las poblaciones de más reciente colonización y al de aquellas donde predominan las actividades industriales y comerciales o poblaciones cercanas a Medellín, la capital del departamento.

La configuración de la región está caracterizada por la presencia de procesos de inclusión-exclusión, que son expresión del desarrollo histórico de conformación del Departamento de Antioquia en lo económico, en lo político y lo social.¹² En el contexto departamental, esta región se constituye en un referente clave del análisis del *ethos* cultural del antioqueño^a y de las políticas sociales y de salud que se impulsan desde el Estado y las comunidades. Asimismo, vale la pena resaltar que, conforme sucede en el país y sus regiones, el Suroeste se

Éste es el marco para que las comunidades ejerzan su papel de veedoras ante el Estado por el reconocimiento de los derechos y para que la gestión en este ámbito sea transparente. No puede dejarse de lado la función mediante la cual se ejerce la vigilancia y control acerca del cumplimiento del rol del Estado en la esfera de lo privado, función indelegable por parte de los ciudadanos.

a. Entendido como la manera de pensar y actuar de aquellos que reconocieron como propio el proyecto fundacional de la antioqueñidad durante su periodo de vigencia y de quienes actualmente, como residentes del Departamento de Antioquia, tienen como guía de su acción la remembranza de los valores que dicho proyecto generó. El proyecto ético cultural tuvo como ejes el respeto por el trabajo honrado como fuente de riqueza, la familia como espacio de cohesión y control social, la necesidad de ampliación de la ciudadanía con los iguales o los considerados como tales. En definitiva, los ejes mediante los cuales lo antioqueño, como proyecto, ha sobrevivido y mantenido un lugar preponderante en el contexto nacional¹³.

enmarca, a partir de la Constitución Política de 1991, en un contexto de cambio en el contrato social por medio del cual se inauguraron nuevas formas de entender y ejercer la participación ciudadana. Allí se entrecruzan nuevas y viejas formas de reconocer los derechos de la población civil.

El análisis del contexto socioeconómico regional que a continuación se presenta se basa en las percepciones de los grupos participantes en el estudio^b, en tanto reconocen que son las condiciones socioeconómicas que de manera prioritaria inciden en la aplicación de las políticas de salud en la región. Dichas condiciones son las características geográficas, el cambio del uso de la tierra y la incidencia de estos factores en la reducción del empleo y en las condiciones económicas. Con respecto a lo geográfico, el Suroeste se caracteriza por una topografía quebrada, con predominio de zonas montañosas y terreno altamente erosionado, influido por la presencia en su mayor parte, de la Falla Geológica del Romeral, que se encuentra en actividad permanente; esta situación, al agravarse por las constantes lluvias, ha ocasionado deslizamientos continuos.

El análisis del contexto socioeconómico regional que a continuación se presenta se basa en las percepciones de los grupos participantes en el estudio^b, en tanto reconocen que son las condiciones socioeconómicas que de manera prioritaria inciden en la aplicación de las políticas de salud en la región. Dichas condiciones son las características geográficas, el cambio del uso de la tierra y la incidencia de estos factores en la reducción del empleo y en las condiciones económicas.

Las características anteriores hacen que la amplia malla vial que comunica las comunidades entre sí, con los diferentes municipios de la región, con la capital del departamento y con el resto del país, se encuentre avocada a derrumbes permanentes y a constantes cierres, lo que hace más costosos los desplazamientos para la comercialización de los productos, y ocasiona marcados incrementos en los costos de producción, además del cierre de establecimientos comerciales y de otras fuentes de empleo, con incidencia significativa en las condiciones económicas.

El cambio en el uso de la tierra se concreta en la transformación de la agricultura y, específicamente, de la explotación cafetera a la ganadera y de ésta a los usos recreativos y especulativos, lo cual ocasiona una fuerte reducción en el empleo regional, pues cada uno de estos cambios implicó menor mano de obra ocupada en la explotación. Este efecto también se ha sentido, de manera importante, en la minería, como consecuencia del agotamiento de las minas y como resultado de su explotación artesanal. El sector servicios, concretamente el comercio, también ha mostrado reducción en la generación de puestos de trabajo, como se consignó en el párrafo anterior.

Las circunstancias relacionadas con la ubicación de la región en zona montañosa, en la falla geológica, y su incidencia en el estado de las vías, aleja a las comunidades entre sí y de los servicios sociales, pues demanda mayor tiempo y costo el acceso a los mismos. Con respecto a los servicios de salud, al mismo tiempo que se incrementa el costo del acceso al servicio, se afecta la oportunidad de la atención.

Asimismo, las condiciones económicas y el empleo tienen efecto significativo en el acceso a los servicios, en el sentido de que incrementan el volumen de personas que carecen de los medios económicos para financiar las intervenciones en salud, y ocasionan un mayor número de usuarios que, por sus condiciones de pobreza, deben ser atendidas por el Estado en el régimen

b. Entrevistas semiestructuradas a Alcaldes, otros funcionarios municipales, gerentes de ESE y representantes de organizaciones comunitarias.

subsidiado, o al incrementar aquellas que, por carecer de un empleo permanente o temporal y debido a su pobreza extrema, no pueden costear su atención y que son atendidos como población “vinculada” .

Otro limitante para el acceso a mejores condiciones económicas, al empleo y a los servicios sociales en la región es la problemática de la seguridad que se manifiesta en la familia y en el medio social por la presencia de drogadicción, alcoholismo, delincuencia común, accidentalidad vial, narcotráfico y grupos al margen de la ley; para este último caso los actores comprometidos con la administración municipal, con los servicios de salud y la comunidad, encuentran evidencia en el secuestro esporádico, el cierre de vías y las amenazas a finqueros; las circunstancias consignadas afectan los valores tradicionales de convivencia y complican las condiciones de salud-enfermedad-muerte en la región.

Proceso de descentralización en salud en la región

Todos los municipios de la región cuentan con una infraestructura para la prestación de los servicios de salud. Existen 23 hospitales, ahora denominados Empresas Sociales del Estado —ESE—, que prestan atención de primer nivel, y uno regional que debe atender población de los demás municipios de la región, con intervenciones de segundo nivel de complejidad. Además, los municipios cuentan con centros, puestos de salud y entidades de carácter privado para la prestación de los servicios. Esta infraestructura está en permanente adecuación y ampliación y, como consecuencia de dichas adecuaciones, las ESE tienen, en algunos casos, una infraestructura que permite prestar servicios diferentes a los que les asigna su clasificación en el primer nivel —caso de los municipio de Amagá y Santa Bárbara—; esta circunstancia evidencia la subutilización de la capacidad instalada en algunas localidades.

Teniendo en cuenta otras condiciones que viabilizan la descentralización en salud, y de acuerdo con la normatividad generada desde el nivel nacional, todos los municipios de la región han adecuado sus estructuras para acogerse a las nuevas directrices. Con dicho propósito crearon la Dirección Local de Salud, adscrita a la administración municipal, o asignaron la responsabilidad del sector a las secretarías de bienestar social existentes; cuentan con un plan local de salud que se integra en los planes de desarrollo municipal y han diseñado el PAB.

Todos los municipios de la región cuentan con una infraestructura para la prestación de los servicios de salud. Existen 23 hospitales, ahora denominados Empresas Sociales del Estado —ESE—, que prestan atención de primer nivel, y uno regional que debe atender población de los demás municipios de la región, con intervenciones de segundo nivel de complejidad.



JOAQUÍN SOROLLA. *Busto de campesina* (n.º 303). Óleo/lienzo, 0,37 x 0,50 m. 1890

Mediante las acciones anteriores los municipios están en condiciones de administrar los recursos financieros, los cuales no estaban contemplados en los procesos de descentralización anteriores a 1990; bajo el SNS, generado en 1975, los municipios tenían descentralización de funciones pero carecían de los recursos. La conversión de los hospitales en ESE dotó a estos entes de autonomía administrativa y financiera y les permitió la contratación con las administraciones municipales para la prestación de los servicios del primer nivel de atención.

La función de planificación, concretada en los planes de salud municipal, los PAB y los planes de desarrollo municipal, han integrado los recursos en su totalidad, en su mayor parte, procedentes de los ingresos corrientes de la Nación —denominados transferencias—, en algunos casos con recursos de cofinanciación y sólo en mínima parte (hasta 15% en un municipio) con recursos propios. Es de aclarar que probablemente la situación económica de las localidades impide la generación de recursos propios suficientes, por lo cual estos se destinan fundamentalmente a otros sectores no contemplados en la ley de transferencias (60/93) o incluidos en escasa proporción.

Lo anterior no implica que en las ejecuciones presupuestales ésta sea la tendencia; es necesario separar la función de planificación y la ejecución, pues en la primera se plasman, fundamentalmente, los compromisos adquiridos por los gobernantes mediante el voto programático —establecido con el Acto Legislativo N.º 1 de 1986—, el cual es de obligatorio cumplimiento y sujeto a revocatoria del mandato del Alcalde. En la ejecución para dar solución a las necesidades en salud se pueden contemplar adiciones posteriores.

Ello significó un avance en el manejo presupuestal de las administraciones municipales y las ESE, pero las transferencias son insuficientes frente a las funciones asignadas y al volumen de población para atender; esta problemática se agudiza al considerar que posteriormente al período de estudio se han recortado los ingresos procedentes del situado fiscal, es decir, de la Nación. De acuerdo con lo señalado anteriormente cabe preguntarse si las directrices nacionales acerca del proceso planificador y la asignación de los recursos económicos, traen consigo un efecto perverso para el nivel local, ¿será consecuencia de la poca capacidad de adecuación a las condiciones de cada municipio?, ¿de la falta de asesoría? ¿poca capacidad de gestión?, ¿o simplemente será consecuencia de la situación económica municipal y de la escasa capacidad para generar ingresos propios?. Un estudio similar para Brasil concluye que no es suficiente la designación de funciones mediante el proceso planificador descentralizado, mientras no existan la experiencia y la cultura política y burocrática en los niveles locales para asumir dichas funciones.¹⁴

De la percepción de las personas comprometidas con la función de planificación del sector salud se encuentra que, en la mayoría de los municipios, este proceso se realiza por un equipo intersectorial, liderado desde la administración local (o contratado), de acuerdo con el plan de gobierno y sujeto a evaluación intersectorial. Los productos de esta actividad son los planes locales de salud, el plan de desarrollo municipal con su componente en salud, y el plan de atención básica. En general, se encuentra poca participación de la comunidad en dicha planificación, aunque las localidades han conformado los comités correspondientes acorde con la normatividad; pero dichas instancias tienen poca incidencia, probablemente por inexperiencia, escasa capacitación, o por estar

De la percepción de las personas comprometidas con la función de planificación del sector salud se encuentra que, en la mayoría de los municipios, este proceso se realiza por un equipo intersectorial, liderado desde la administración local (o contratado), de acuerdo con el plan de gobierno y sujeto a evaluación intersectorial. Los productos de esta actividad son los planes locales de salud, el plan de desarrollo municipal con su componente en salud, y el plan de atención básica.

anclados en actividades de participación que poca ingerencia han tenido en la planificación y que tradicionalmente se han centrado en acciones sectoriales puntuales. La composición de los comités se hace a partir de organizaciones ya existentes, caracterizadas históricamente por su actividad en lo sectorial. Las comunidades se sienten excluidas de la toma de decisiones, son reconocidas básicamente como informantes, lo cual lleva a una pérdida de dinámica organizativa en los procesos comunitarios.

En algunos casos la coordinación entre la Dirección Local de Salud y la ESE es débil, por la apatía entre los funcionarios para emprender trabajo conjunto y aceptar la capacitación ofrecida por la ESE como entidad de mayor experiencia en el campo de la salud. En general, cualquiera sea la causa, dicha descoordinación afecta la planificación en salud y la implementación de los planes pues si bien éstos son contratados fundamentalmente con la ESE, en ocasiones sólo se incluyen en los contratos algunas actividades y otras quedan en manos de las administraciones municipales y dependiendo de sus prioridades y disposición de recursos, como ocurre en la vacunación, el control ambiental y las actividades educativas.

La Ley de SGSSS destaca entre sus principios la universalización del derecho a la salud, mediante la cual se reconoce a todas las personas, en condiciones de equidad, el derecho a una vida sana con programas de prevención, promoción y tratamiento de la salud. Para la prestación de los servicios y evitar la “selección adversa”, la ley 100 recomendó un sistema de selección de beneficiarios que finalmente clasifica, con una metodología común para todo el país, a los usuarios destinados a los diferentes regímenes: el subsidiado, el contributivo y el vinculado. ¿Será posible seleccionar con igual método a usuarios de diferentes regiones?

El régimen subsidiado tiene como objeto reconocer el derecho a la salud a las personas carentes de recursos económicos, clasificados según nivel de pobreza en el SISBEN en los niveles 1, 2 y 3. Los servicios son prestados por la Alcaldía Municipal mediante la contratación con la Empresa Social del Estado en las acciones del primer nivel de atención.

Para el régimen contributivo, implementado para aquellas personas con capacidad de pago y/o empleadas, los servicios de salud son contratados con las ESE y con EPS de carácter público o privado; en este último caso se contrata con empresas existentes a nivel departamental o nacional. Entre los “vinculados” o personas carentes de recursos, no integrados en los regímenes anteriores, se encuentran usuarios que no cuentan con recursos económicos ni para el copago —o cuota moderadora— que en su menor cuantía es el 5% de las intervenciones en el estrato 1 de pobreza; este grupo se incrementa constantemente con la población desplazada por la violencia que llega a los municipios y que, como población flotante, tiene variaciones permanentes y afecta los presupuestos de la localidad y la planificación; los servicios de salud para este grupo los presta el municipio a través de las mismas entidades estatales. Con respecto al régimen para los vinculados, es de aclarar que, desde la promulgación y los inicios de implementación de la ley 100, se consideró como un servicio transitorio, pues de acuerdo con las tendencias del crecimiento económico y del empleo, estas personas se vincularían posteriormente a los regímenes subsidiado y contributivo, pero en la práctica ni el crecimiento del empleo, ni los procesos de

La Ley de SGSSS destaca entre sus principios la universalización del derecho a la salud, mediante la cual se reconoce a todas las personas, en condiciones de equidad, el derecho a una vida sana con programas de prevención, promoción y tratamiento de la salud. Para la prestación de los servicios y evitar la “selección adversa”, la ley 100 recomendó un sistema de selección de beneficiarios que finalmente clasifica, con una metodología común para todo el país, a los usuarios destinados a los diferentes regímenes: el subsidiado, el contributivo y el vinculado. ¿Será posible seleccionar con igual método a usuarios de diferentes regiones?

desplazamiento han respondido a dichas proyecciones, por lo cual los municipios de la región atienden cada vez un volumen mayor de esa población.

De esta manera la existencia de los diferentes regímenes, el tipo de financiación de los mismos y la estrategia de focalización llevan a cuestionar la universalización del derecho a la salud, la calidad de los servicios y la igualdad en la atención.

En las acciones municipales en salud se reconoce, por parte de los actores municipales, la atención de todos los solicitantes al margen de su capacidad de pago, circunstancia que evita las tutelas^c pero afecta el presupuesto de la ESE y la competencia con las entidades privadas de salud. Estas entidades privadas sí pueden trabajar en función de la rentabilidad, porque el reconocimiento del derecho es una función del ente estatal. Esta circunstancia pone en situación desventajosa a las ESE hospitales frente al mercado; ¿hasta cuándo estas empresas podrán soportar los altos costos que significa el reconocimiento del derecho a quienes no tienen capacidad de pago, sin ser expulsadas del mercado por la competencia?.

La competencia que se establece entre las entidades de salud, si bien es reconocida como frecuente entre los sectores estatal y privado, también se presenta en el sector oficial, donde se privilegia la contratación con entidades no estatales; esto en algunas ocasiones trae como consecuencia la movilización de pacientes hacia los centros de atención en otras localidades, lo cual es cuestionable, no sólo desde el punto de vista del mercado, sino también por los riesgos que implica para la salud de los usuarios.

Se reconoce que el gran volumen de atención mediante el régimen subsidiado (estratos 1, 2 y 3), el bajo volumen de los usuarios integrados en el régimen contributivo y el alto número de vinculados, aunado a la tendencia a la reducción del situado fiscal, dificulta la atención y la calidad de la misma; como se señaló anteriormente, esta situación golpea con mayor rigor a las empresas estatales, pues la atención para los subsidiados y vinculados se contrata fundamentalmente con estas entidades.

Los recursos estatales del llamado situado fiscal destinado a la salud, ni aún complementados con recursos de las localidades han sido suficientes para una atención de calidad y económicamente rentable frente a la atención de las entidades privadas de salud.

En caso de no hacerse las adecuaciones pertinentes se pone en cuestionamiento el reconocimiento del derecho a la salud para los usuarios de escasos recursos, lo mismo que la continuidad de las entidades estatales de salud ante la competencia con los sectores privados.

La competencia que se establece entre las entidades de salud, si bien es reconocida como frecuente entre los sectores estatal y privado, también se presenta en el sector oficial, donde se privilegia la contratación con entidades no estatales; esto en algunas ocasiones trae como consecuencia la movilización de pacientes hacia los centros de atención en otras localidades, lo cual es cuestionable, no sólo desde el punto de vista del mercado, sino también por los riesgos que implica para la salud de los usuarios.

Participación comunitaria en salud en el escenario de la descentralización

Por iniciativa de las administraciones municipales, de las Empresas Sociales del Estado, o como actividad conjunta, se han conformado diferentes instancias para la participación comunitaria, como son la Asociación o ligas de usuarios de la ESE, los comités de participación comunitaria en salud —COPACOS—, o también

han aprovechado estancias participativas ya existentes como los comités sectoriales interinstitucionales, las juntas de acción comunal y las organizaciones gremiales, entre otras.

Los COPACOS y las asociaciones o ligas de usuarios se han constituido con representantes de organizaciones sectoriales, como lo recomienda la norma; en algunos casos, estas organizaciones no entran en funcionamiento y quedan como un simple cumplimiento de directrices nacionales; en los casos en los cuales son instancias activas, su quehacer está orientado más hacia la realización de acciones sectoriales como la construcción de obras o la promoción de algunos proyectos liderados por la alcaldía, la Dirección Local de Salud, o la ESE, pero no hacia la planificación y el diseño de los programas. Parece, entonces que, tanto ahora como históricamente, las organizaciones establecidas para la participación comunitaria no han tenido posibilidades reales en la toma de decisiones gubernamentales.

En esta región del suroeste antioqueño una de las organizaciones privadas más reconocidas por sus acciones participativas es el Comité Departamental de Cafeteros, el cual, desde su creación, ha realizado proyectos de infraestructura social, sanitaria y específicamente de salud, emprendiendo obras con trabajo de las comunidades beneficiarias. Recientemente esta organización, en cofinanciación con las administraciones municipales y la comunidad, realiza algunos proyectos integrados en los planes de desarrollo del nivel local. Mediante esta acción se han construido alcantarillados, se ha hecho mantenimiento a los hospitales y centros de salud y se ha ampliado la infraestructura hospitalaria con nuevos servicios.

Como se comentó anteriormente, la integración de las comunidades en la planificación del desarrollo municipal ha sido tangencial. Éstas han conformado los comités de participación comunitaria recomendados por la ley como estructuras coordinadas, ya sea desde las ESE o por la Dirección Local de Salud. Su funcionamiento ha sido parcial y no llegan a concretar la función de diagnóstico y veeduría completa.

Es de resaltar la función de los promotores de salud en todas las localidades quienes, aunque se han reducido numéricamente, están adscritos a las direcciones locales de salud, a las ESE o a ambas entidades y son responsables de la realización de programas de promoción y prevención tanto en áreas rurales como urbanas, para lo cual trabajan coordinadamente con organizaciones existentes. Sin embargo, en términos de calidad y cobertura, se confirman múltiples dificultades dado el desmantelamiento de algunos programas como los de control de enfermedades inmunoprevenibles e infectocontagiosas. Las ESE cuentan con buzones de quejas y reclamaciones para la evaluación de la oportunidad y calidad de la atención recibida por los usuarios y realizan sondeos de opinión. Esto no configura un sistema de evaluación del servicio por cuanto la información no fluye permanentemente a las instancias decisorias; además, esta información no se constituye en base de una monitorización permanente de opiniones y sugerencias sino que se aprovecha coyunturalmente.

De acuerdo con Idáñez,¹⁵ los eventos de participación identificados en la región son el de oferta/invitación —pseudoparticipación—, consulta y delegación. Las intervenciones en la infraestructura de salud, emprendidas con la participación

En esta región del suroeste antioqueño una de las organizaciones privadas más reconocidas por sus acciones participativas es el Comité Departamental de Cafeteros, el cual, desde su creación, ha realizado proyectos de infraestructura social, sanitaria y específicamente de salud, emprendiendo obras con trabajo de las comunidades beneficiarias.

del Comité de Cafeteros directamente o con estrategias de cofinanciación, pueden interpretarse como delegación del Estado en el ente gremial o como cogestión. De igual manera, la conformación de los COPACOS, con facultades de codecisión en los cuerpos colegiados, podría interpretarse como una posibilidad de llegar al nivel de cogestión como uno de los niveles superiores de participación propuestos por la autora.

Consideraciones finales

A partir de las políticas de descentralización en salud se registran cambios importantes en el marco de las políticas neoliberales del reconocimiento formal del derecho a la salud. Los sujetos se enfrentan como compradores o vendedores en un mercado de servicios que plantea nuevas propuestas para el financiamiento y ordenamiento de las instituciones; con base en las políticas estatales de ajuste fiscal los gastos para financiamiento de los servicios de salud se reducen y los costos de muchos de los servicios se trasladan a los usuarios, contexto en el cual los individuos no acceden a un derecho sino a unos servicios y se pasa del reconocimiento de los derechos sociales al de derechos contractuales regulados por el mercado del sector.

Se aprecia en la región un predominio del apego a los programas estatales y al aprovechamiento de los espacios, que desde este ámbito se abren para propiciar la participación e incidir en propuestas estatales con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia de los mismos. Parece que, por un lado, las condiciones de las comunidades no dejan espacio suficiente para la participación autónoma o por otra parte, la dependencia del Estado dificulta o invisibiliza las posibilidades de participación independiente.

Con la Constitución Política de 1991 y las leyes reglamentarias en el caso de la salud, fundamentalmente la ley 100, se trató de orientar el quehacer del Estado en los servicios sociales, enmarcados en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. En el contexto regional, a la luz de estos principios, se reorganizaron los programas inscritos en la planificación local, tratando de incidir en la discriminación ocasionada por la exclusión ancestral de los servicios a una parte de la población; sin embargo, a pesar de la validez y la importancia en el reconocimiento del derecho, estos principios encuentran limitaciones en su ejecución o quedan como letra muerta.

La planificación de las acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida y salud de las comunidades debe partir del reconocimiento de sus condiciones geográficas, sociales y económicas, como elemento fundamental en el diseño de estrategias de intervención; de esta manera la posibilidad de incidir en solucionar los problemas será mayor. Las comunidades reclaman su participación en los programas sociales en salud, los grupos organizados están presentes en el diseño de las políticas, programas y proyectos, sólo parcialmente pero las pequeñas comunidades alejadas de los centros de decisión se sienten excluidas y, en el mejor de los casos, sólo consideradas en la ejecución de los proyectos como informantes por parte de los responsables de la gestión municipal en salud. Una participación anclada sólo en la información o la consulta es insuficiente para solucionar problemas de vieja data e incidir en las exclusiones ancestrales. Cuando la comunidad participa sólo como informante o con aporte

Con la Constitución
Política de 1991 y las
leyes reglamentarias en el
caso de la salud, funda-
mentalmente la ley 100,
se trató de orientar el
quehacer del Estado en
los servicios sociales,
enmarcados en los princi-
pios de eficiencia, univer-
salidad, solidaridad,
integralidad, unidad y
participación.

de trabajo directo para cofinanciar programas u obras planificadas desde instancias superiores, su actividad se torna en una utilización de las mismas para propósitos de las administraciones centrales o locales, muchas veces ajenos a sus intereses.

Finalmente, consideramos importante enfatizar que no es suficiente una estructura administrativa que normativamente promueva la participación como estrategia de vinculación de la comunidad; se requiere de los actores involucrados una actitud consecuente que permita la apropiación de los espacios que crea la norma y el reconocimiento de la posibilidad de sugerirlos desde la base. La ingerencia en políticas y programas exige una actitud propicia a la participación de la comunidad, para que la descentralización sea efectiva; de esta manera la comunidad podrá apropiarse de los espacios de participación generados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y hacer la veeduría al reconocimiento de los derechos sociales, y específicamente del derecho a la salud y la vida, así como al funcionamiento de las entidades del Estado.

Asimismo, las estrategias de capacitación tendientes a generar una conciencia favorable a la descentralización y participación en los programas requieren una coordinación institucional e intersectorial, no sólo en los inicios de los programas sino como trabajo continuo y de seguimiento y evaluación permanente, para que tengan la capacidad de incidir en un cambio de actitud y efectos significativos en mejorar las condiciones de vida y salud de la población. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

1. Colombia Instituto Geográfico Agustín Codazzi Guía metodológica para la formulación del Plan de Ordenamiento territorial Urbano. Aplicable a ciudades. Tomo 1. Bogotá: Linotipia Bolívar; 1996. p. 220-223.
2. Colombia. La Constitución de la nueva Colombia (Alfredo Manrique comentarista). Cali: Gobernación del Valle Proyecto Col020. PNUD; 1991. p.80.
3. Colombia Instituto Geográfico Agustín Codazzi Guía metodológica para la formulación del Plan de Ordenamiento territorial Urbano. Aplicable a ciudades. Tomo 1. Bogotá: Linotipia Bolívar; 1996. p. 223
4. Idáñez M. J. La participación comunitaria en salud. Revista Prospectiva. Universidad del Valle. 1995;(3):43-79.
5. Echeverry ME. Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000;18(2):20-39.
6. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
7. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
8. Echeverri ME. La participación en los COPACOS de Bello, Antioquia: entre la esperanza y el escepticismo.[Tesis Magíster en Ciencia Política]. Medellín: Universidad de Antioquia; 1995. p. 25.
9. Idáñez M. J. La participación comunitaria en salud. Revista Prospectiva. 1995;(3):43-79.
10. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100 diciembre de 1993 Santafé de Bogotá: El Congreso; Art.165. 1993.
11. Laurell A.C. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. En: Bronfman M y Castro R. Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina. México: Edamex e Instituto Nacional de Salud Pública; 1999. p. 246.
12. Uribe M. T. La territorialidad de los conflictos y la violencia en Antioquia. En: Gobernación de Antioquia Realidad social. Tomo 1. Medellín: Edinalco; 1990.
13. Uribe M. T. La territorialidad de los conflictos y la violencia en Antioquia. En: Gobernación de Antioquia Realidad social. Tomo 1. Medellín: Edinalco; 1990.
14. Schmunis G. Pinto-Dias J. C. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Cad Saude Pública, Rio de Janeiro 2000; 16 (sup 2):117-123.
15. Idáñez M. J. La participación comunitaria en salud. Revista Prospectiva. 1995;(3):43-79.