

Descentralización y participación en servicios de salud en un contexto regional colombiano*

Gustavo Arango, María Victoria López y Sara Yaneth Fernández

Universidad de Antioquia

Resumen

Este trabajo analiza la descentralización en salud a partir de las percepciones que algunos de los actores sociales tienen respecto a los efectos de dicho proceso impulsado por el Estado y fortalecido a partir de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en 1993. De los resultados se destaca la identificación, por parte de la comunidad, de las características geográficas, sociales y económicas como determinantes que inciden en el acceso a los servicios y las condiciones de salud, la contradicción existente entre la pretensión que subyace a la formulación de la normatividad, para crear nuevos espacios de participación y el reconocimiento por parte de los actores de la persistencia de las mismas instancias tradicionales de participación social. Asimismo, se aprecia incoherencia, por un lado, entre el propósito de reconocimiento del derecho universal a la salud mediante la participación de instituciones públicas y la selección de beneficiarios para los cuales sólo el Estado puede prestar el servicio, por otro, la conversión de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado y la delegación en los privados de una parte de la atención en salud.

Palabras clave: descentralización política, descentralización administrativa, sistemas de salud, salud, participación comunitaria, Colombia.

Presentación

A finales de la década de 1950, en Colombia se incluyó la participación como una estrategia para la solución de necesidades específicas de la población en la medida en que su vinculación permitía la adecuación

Abstract

Decentralization and health services, communitarian participation in regions at Colombia

The decentralization of health services at the *antioqueño* southeast region at Colombia is analyzed in this paper, starting from some social actors perceptions regarding to the effects of such process promoted by the state and strengthened from the reform of Social Security General System of Health in 1993. It is to project the existing contradiction between the claim from the normatively formulation to create new places of actor's participation and recognition of the perseverance of the same traditional instances of social participation. Likewise, it is seen some incoherence, first, between the recognition proposal of the universal right to health through the participation of public institutions and the selection of beneficiaries which just the state can give the service, and second, the logical market conversion of the public hospitals of social state enterprise and of the devolvement to private ones a part of health attention.

Key words: political decentralization, administrative decentralization, health of services, health, communitarian participation, Colombia.

* Artículo derivado de la investigación *Mortalidad evitable y la respuesta social en el suroeste Antioqueño 1980-2000*, López et al. (2001).

de las propuestas y la racionalización de los recursos. La participación se tornó en palabra común para la población y para las ciencias sociales, incluso las universidades la integraron en los currículos de dichas profesiones. Con la Constitución nacional de 1993, el cambio de un Estado representativo a uno de carácter participativo en la declaración de principios en la carta constitucional se constituye en un avance jurídico de máxima relevancia (Manrique, 1991). En este contexto, la participación es reconocida como dinamizadora fundamental en el reconocimiento de todos los derechos sociales y en la planificación de los sectores de desarrollo. El vocablo dejó de ser propiedad de ciertas profesiones, de la academia y de algunas organizaciones, para tornarse en parte constitutiva del ordenamiento jurídico.

Reconocemos a la comunidad no sólo como habitantes que comparten un territorio, sino también a los sectores sociales tradicionalmente excluidos del ejercicio y control económico y político, como colectivos con intereses comunes y, en esa medida, cohesionados en torno a los mismos. Reconocemos que la visibilización de la diferencia posibilita la construcción de proyectos colectivos que integran sus identidades e intereses, sus sentimientos y valores compartidos, sus tradiciones y su orientación política; en definitiva, la construcción de resistencias, consensos y disensos. Con lo anterior queremos superar la interpretación etimológica tradicional del concepto de comunidad como unidad de lo común.¹

En este artículo nos referimos a la participación comunitaria como una posibilidad de vincular a las localidades en el proceso planificador, entendiendo dichas localidades como espacios de lo diverso, como expresión de la confluencia de las identidades de la población en un espacio geográfico común. Esta diversidad es considerada en la formulación de las propuestas de intervención del desarrollo municipal en la medida en que los actores locales se integran en el proceso de planificación desde la descentralización política y administrativa.

La participación no se inscribe sólo en la planificación del desarrollo municipal como un todo, sino en la planificación sectorial y específicamente en la planificación en salud, en la medida en que se considera en la elaboración de los planes de atención básica en salud y en los planes de desarrollo municipal en salud, compromiso que cobra relevancia en las veedurías ciudadanas en salud y en los comités de participación comunitaria en salud como instrumentos impulsados en el marco de la normatividad vigente del SGSSS.²

¹ Para ampliar esta apreciación ver Galeano (1989). Una propuesta sobre participación en la vida regional y local.

² Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100, diciembre de 1993, Santafé de Bogotá, y normatividad reglamentaria.

En la región, como integración de localidades, de municipios y de vecindarios, es posible identificar la participación de sus moradores con sus diferencias de intereses y de posibilidades en la formulación de planes y propuestas de desarrollo, no sólo en salud, sino en los diferentes sectores de intervención estatal y comunitaria. En este sentido, consideramos que descendiendo al nivel de las localidades es posible una lectura de la participación que reconozca las necesidades específicas y las características de las propuestas de intervención, y es allí donde cobra importancia el reconocimiento del proceso en una región específica con procesos dinamizados desde las administraciones municipales, las comunidades y el Estado en general.

El objetivo de este artículo es visibilizar la participación comunitaria en salud en la región del suroeste antioqueño, reconociendo desde los actores comprometidos con el desarrollo municipal, funcionarios responsables de la planificación y ejecución de los proyectos y las organizaciones comunitarias, la percepción acerca de las condiciones de salud en el contexto del reconocimiento del derecho a la salud como derecho fundamental conexo al derecho a la vida.

Consideraciones metodológicas

Este artículo describe e interpreta percepciones de los actores municipales del Suroeste Antioqueño acerca de su participación en relación con los servicios de salud en la región, así como los factores que posibilitan o dificultan dicha participación; teniendo como marco la descentralización en salud, dinamizada desde el ámbito nacional a partir de la década de 1980. De igual manera, se intenta una triangulación metodológica entre informantes y autores.

En relación con la participación comunitaria, se privilegiaron los eventos reconocidos por los informantes como espacio de su quehacer y la relación de dichas acciones con los programas estatales. El análisis del carácter participativo en salud, manifiesto en las percepciones, se basa en la propuesta teórica de Ibáñez (1995) que sugiere su reflexión desde los siguientes niveles:

1. Oferta/invitación, como nivel inferior de participación (pseudoparticipación); con este se pretende que las personas tomen parte de decisiones ya tomadas desde el nivel central manteniendo intactas las relaciones de dependencia de unos respecto a otros.
2. Consulta, mediante la cual los responsables de diseñar y ejecutar programas, indagan a la población acerca de sus propuestas.

3. Delegación, en este nivel, se permite a los participantes decidir autónomamente algunas actividades, como integrante de un órgano de decisión, mediante la elección o nombramiento de sus representantes.
4. Influencia/recomendación, posibilidad y capacidad de incidir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer, o presionando sobre los que en última instancia tienen poder de decisión.
5. Cogestión, se establecen mecanismos de codecisión y colegialidad, por lo cual la participación se transforma en algo institucional.
6. Autogestión, es este 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).

Se combinaron diferentes estrategias metodológicas que se complementan para recuperar tanto lo cuantitativo, como lo subjetivo que está presente en la aplicación de las políticas de descentralización y participación 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 periodo 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 clasificación de los autores de las evidencias obtenidas en el trabajo de campo a la luz de categorías previamente establecidas desde las políticas de descentralización, de la información recolectada y del contexto regional y municipal.

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 5.6 por ciento de la extensión total. Representa 13.1 por ciento 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, en pequeñas explotaciones agrícolas —minifundio— fundamentalmente a la producción de café. De acuerdo con el último Censo Nacional de Población en 1993, la región contaba con 402 830 habitantes —51 por ciento hombres, y 49,

mujeres—. Históricamente, la región ha cambiando 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 por ciento en 1993—, al parecer, por la concentración de las actividades productivas de mayor generación de empleo e ingresos en estas áreas, caso diferente a las poblaciones de más reciente colonización —Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio— y aquéllas donde predominan las actividades industriales y comerciales o poblaciones cercanas a la capital del departamento, Medellín.

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 (Uribe, 1990). En el contexto departamental, la región ha sido un referente clave del análisis del *ethos* cultural del antioqueño³ y de las políticas sociales y de salud que se impulsan desde el Estado y las comunidades.

Descentralización en salud

La descentralización en Colombia es una iniciativa político-administrativa que se instrumenta a partir de la Ley 10 de 1990 que, entre otras cosas, impulsa la creación de los Comités de Participación Comunitaria, con los cuales se pretendía una horizontalización del proceso de toma de decisiones en el ámbito local, articulado al Ministerio de Salud. Desde la Constitución Política de 1991 y leyes posteriores se propende por la descentralización en salud⁴ y busca el fortalecimiento de las regiones con la posibilidad de recibir recursos directamente del Situado Fiscal de la Nación, en la medida en que los municipios muestren capacidad para asumir competencias y para la administración financiera. La municipalización de la salud requiere, entre otras, la creación de una Dirección Local de Salud, la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del

³ Entendido como la manera de pensar y actuar de aquéllos 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 nacional (Uribe, 1990).

⁴ Con la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Estado (ESE), asumir como propias las cargas administrativas del sistema, la estandarización de los protocolos de atención, la nivelación de salarios, la inversión en salud para estimular la competencia y preparar las condiciones de apertura de la oferta de servicios, apertura que requiere el concurso de oferentes privados, mixtos y las ESE.

Algunos autores preocupados por la participación comunitaria en salud reconocen en el ámbito nacional e internacional la importancia de cuatro mecanismos que la posibilitan, éstos son: la descentralización administrativa de los servicios de salud, 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 cambiando 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; aumento de la capacidad de gestión y existencia de una estructura sanitaria básica y cobertura mínima (Frenk, 1997).

En el plano local en salud se reconocen como instrumentos 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. Los comités de participación comunitaria en salud (Copacos), están conformados por representantes del sector salud de la administración local de los gremios de producción y de servicios, organizaciones comunitarias, de la iglesia y de las juntas administradoras locales (JAL). 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 adicionales (Echeverry, 2000).

Una de las bases del modelo de descentralización es la despolitización del sector mediante la visión eficientista y gerencial de la salud, se privilegia a los gerentes y a las entidades oferentes de servicio, se desplaza al médico como

agente de gasto y se rescata bajo la visión de suficiencia a las instituciones de salud ahora como organizaciones con visión empresarial costo-efectiva. La racionalidad de la descentralización desde esta lógica, según Almeida (2001), tiene las siguientes características: para la atención médica se reduce el gasto hospitalario y se eleva la práctica no hospitalaria, se separa el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, se obtienen mercados regulados y administrados por la competencia, se incentiva y divide la relación público-privado, consecuencia de la competencia por servicios a través de las ESE.

De acuerdo con lo anterior, el Estado cambia su perfil de regulador y garante del derecho a la salud, reduciendo su ámbito de acción, minimizando la condición de la salud como derecho fundamental y convirtiéndola en un derecho contractual para garantizar entonces que las condiciones de oferta y demanda del mercado de los servicios de salud, ahora en competencia abierta, se afirme como un bien sujeto a los vaivenes del mercado (Laurell, 1999). Los particulares pueden concurrir en beneficio propio, esto 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 económicos sociales y culturales (DESC).

Suroeste antioqueño: participación y descentralización en servicios de salud

Como requisito que posibilita la descentralización en servicios de salud, los municipios de la región cuentan con una infraestructura básica para la prestación de los servicios de salud y han iniciado el proceso de reordenamiento administrativo y de certificación. Existen 23 hospitales, ahora convertidos en ESE, que prestan atención de primer nivel, y uno regional, el cual 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 pudiera prestar servicios diferentes a los que les permite su clasificación en el primer nivel —caso de dos municipios de la región—, 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 (PLS), el cual se integra en los planes de desarrollo municipal y han diseñado el Plan de Atención Básica (PAB).

Mediante las acciones anteriores, los municipios están en condiciones de administrar los recursos financieros, los cuales no estaban considerados en los procesos de descentralización anteriores a 1990. 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, ha integrado los recursos en su totalidad, la mayoría de los cuales proceden de los ingresos corrientes de la nación —denominados transferencias—, en algunos casos son producto de la cofinanciación y sólo en mínima parte (hasta 15 por ciento en un municipio) con recursos propios. No obstante, contar con la infraestructura y las adecuaciones administrativas, según la percepción de actores responsables de la planificación, las condiciones geográficas y económicas de las localidades impiden un oportuno y eficiente reconocimiento del derecho a la salud, de igual manera, estas circunstancias dificultan la generación de recursos propios suficientes; por lo tanto, los presupuestos locales destinan estos ingresos a sectores no considerados en la Ley de Transferencias (60/93), con lo cual las administraciones municipales dan cumplimiento a otros compromisos adquiridos con las comunidades o abren campos sujetos a menor control para satisfacer demandas de clientelas específicas.

En las ejecuciones presupuestales generalmente se da cumplimiento a la Ley de Transferencias, aunque la planificación sufra adecuaciones posteriores en el momento de la ejecución de los programas y proyectos, de acuerdo con la disponibilidad de los recursos. Según las comunidades consultadas, las transferencias del nivel central son insuficientes frente a las funciones asignadas y al volumen de población para atender. Esta problemática se agudiza si se toma en cuenta que posteriormente al periodo de estudio se han recortado los ingresos procedentes del situado fiscal, es decir, de la nación. Ante 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 (Schumunis y Pinto, 2000) concluye que no es suficiente la designación de funciones mediante el proceso planificador descentralizado, mientras no exista la experiencia y la cultura política y burocrática en los niveles locales para asumir dichas funciones.

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 anclados en actividades de participación que poca injerencia han tenido en la planificación y que tradicionalmente se han centrado en ejecutar 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 y de la gestión municipal; básicamente son reconocidas como generadoras de datos, 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 que sea la causa, dicha descoordinación afecta la planificación en salud y la aplicación 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, dependiendo de sus prioridades y de la disposición de recursos, como es el caso de 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 de 1993 recomendó un sistema de selección de beneficiarios, el cual 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 por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisben) en los niveles uno, dos y tres. 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, en el que quedan incluidas aquellas personas con capacidad de pago 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.

El régimen para los “vinculados” o personas carentes de recursos, no integrados en los regímenes anteriores, está previsto para usuarios que no cuentan con recursos económicos ni para el copago —o cuota moderadora—, que en su menor cuantía es equivalente a cinco por ciento de las intervenciones a persona en el estrato uno 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, lo cual 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 la aplicación 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 desplazamiento han respondido a dichas proyecciones, razón por la 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. Es de resaltar que uno de los niveles de la participación reconocidos en la región consiste en la adhesión a los programas y proyectos liderados desde las administraciones municipales, sin embargo, éste es uno de los niveles mínimos.

En las acciones municipales en salud se reconoce una contradicción fundamental entre el régimen de empresa privada, con su lógica de ganancia, y las ESE, orientadas como instancias públicas al reconocimiento del derecho. Los actores de la planificación municipal en salud reconocen la necesidad de prestar el servicio al margen de la capacidad de pago, circunstancia que evita las tutelas⁵ pero afecta el presupuesto de la ESE y la competencia con las entidades privadas de salud. Esta circunstancia pone en situación desventajosa a las ESE 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?

Se reconoce que el gran volumen de atención mediante el régimen subsidiado (estratos uno, dos y tres), el bajo volumen de los usuarios integrados en el régimen contributivo y el alto número de vinculados, sumados a la tendencia a la reducción del situado fiscal, dificultan 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 destinados a la salud, ni aun 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

⁵ Recurso jurídico mediante el cual el ciudadano exige del Estado el reconocimiento de un derecho fundamental cuando considera que hay violación de éste. En el caso de la salud, las tutelas proceden por la conexidad de ésta con el derecho fundamental a la vida (Título I de la Constitución Política).

algunas ocasiones trae como consecuencia la movilización de pacientes hacia los centros de atención en otras localidades, lo cual no sólo es cuestionable desde el punto de vista del mercado, sino también por los riesgos que implica para la salud de los usuarios.

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 en 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, 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 inversión social en infraestructura educativa, 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.

Es de resaltar la función de los promotores de salud en todas las localidades, los cuales, 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 a los mismos. 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 con base en un monitoreo permanente de opiniones y sugerencias, sino que se aprovecha coyunturalmente.

Las actividades de participación identificadas en la región, teniendo en cuenta la propuesta de Iañez, son la de oferta/invitación —pseudoparticipación—, consulta y delegación. Las intervenciones en la infraestructura de salud emprendidas con la participación del Comité de Cafeteros directamente o con estrategias de cofinanciación pueden interpretarse como delegación del Estado al 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 propuesto por la autora.

Contextos de la participación

Dada la importancia de reconocer la articulación entre el proceso salud-enfermedad-muerte y las condiciones del contexto social, económico y cultural en que se desenvuelven las comunidades, se presentan algunos ejes de análisis con descripciones expresadas por los participantes en el estudio.

Las comunidades del suroeste en general reconocen limitaciones para el acceso a los servicios de salud y a la participación, debido a las características geográficas del territorio, a la ubicación en zonas geográficas de alto riesgo ocasionadas por fallas geológicas que causan deslizamientos permanentes e incomunicación, y por su efecto en la reducción del empleo y la comercialización de los productos, circunstancias que tienen una significativa valoración, dada su incidencia en las condiciones de vida y salud de sus pobladores.

La región está atravesada por la falla geológica del Romeral, la cual se encuentra en actividad permanente, situación que, incentivada por las constantes lluvias, ha ocasionado daños constantes en las carreteras. Esto hace que la amplia malla vial que comunica a las comunidades entre sí y con los diferentes municipios de la región, con la capital del departamento y con el resto del país sea afectada frecuentemente por derrumbes y cierres que hacen más costosos los desplazamientos para efectos de la comercialización de los productos; además del cierre de establecimientos comerciales y de otras fuentes de empleo, lo cual ha incidido de manera significativamente desfavorable en las condiciones socioeconómicas de la población.

Las circunstancias relacionadas con la ubicación de la región en una zona montañosa, en la falla geológica y su incidencia en el estado de las vías, aleja a las comunidades entre sí y con respecto al acceso a los servicios sociales, lo cual ocasiona un mayor tiempo y costo para 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.

Testimonios aportados en entrevistas individuales y grupales con los actores municipales comprometidos con la realización del proceso descentralizador en el ámbito de los servicios de salud dan cuenta de esas condiciones:

Estamos situados en una posición difícil por su posición geográfica, estamos situados en la Falla del Romeral, eso ha implicado que tengamos muchas dificultades con los terrenos, aquí las vías terciarias continuamente permanecen digamos que con problemas, no digamos que bloqueados totalmente, pero sí hay continuos deslizamientos de tierra (E01-Zm).⁶

...por el mal estado de las carreteras, los habitantes del área rural se comunican con mayor agilidad con las carreteras municipales de otros municipios que con el propio. Ello retrasa los desplazamientos e incide negativamente en la utilización de los servicios de salud. Asimismo, se considera que esta situación debería motivar la movilización para exigir acciones del Estado en la adecuación de las vías (E14-Zb).

Esta descripción coincide con lo señalado en el Informe Social de Colombia DESC del año 2000 (Yepes, 2000), en el cual se enuncia, como una de las desigualdades más grandes del país, la desigualdad geográfica y regional. Las profundas asimetrías regionales y geográficas han sido base de las brechas entre el contexto rural y el urbano durante años. Especialmente con la crisis del agro, que se profundiza desde 1990 con la apertura económica, la rentabilidad se volvió negativa en todos los sectores de producción rural —a excepción de la ganadería, que ha ido en aumento— y es el único sector que mantiene acceso a créditos. La falta de equidad en el sector agrario se evidencia en la inequitativa distribución de la tierra y la ineficiencia de los programas dirigidos a este sector. El 56.9 por ciento de los predios rurales comprende sólo 2.8 por ciento de la tierra cultivable, en tanto que 0.3 por ciento de los predios, acapara 60 por ciento del área productiva. Éste es el escenario desde el cual el proceso descentralizador se lleva a cabo en el país.

⁶ Los códigos permiten mantener la confidencialidad de la información recolectada.

En igual sentido, los habitantes de la región participantes en el estudio han reconocido que los cambios en el uso de la tierra resultaron vulnerantes de las condiciones de vida y salud, por su incidencia en el incremento del desempleo y la pobreza:

La gente sufre mucho en el campo. De por sí hay mucha pobreza, mucha, no hay forma de trabajar, las personas pudientes, [...] están abandonando mucho su campo por la cuestión subversiva, se puede decir. La misma inseguridad, donde de pronto se están yendo por miedo de que los vayan a extorsionar, ellos mejor se van, entonces ahí los que sufren son los trabajadores que ellos tenían, una persona que tenía 10 o 12 trabajadores, en este momento en la finca no hay [tiene] sino dos, los otros ya están sufriendo porque el patrón se tuvo que ir, abandonar lo que tenía por miedo a lo que les comentaba ahora (esa situación de inseguridad), desgraciadamente es muy general (E06-Zm).

El deterioro del nivel de vida, comparado con una época en que yo viví en este municipio hace 17 años, está mucho más pobre. El comercio está muy deprimido, uno habla con los carniceros, por ejemplo, uno de los indicadores del nivel de vida es el sacrificio de ganado; aquí el sacrificio está reducido, ya matan novillos más livianos o matan menos; la gente compra menos víveres [...] El desempleo en la gente joven es muy grande, aquí no hay fuentes de trabajo, la expectativa de un muchacho que termina el bachillerato es colocarse de mesero y en el campo no hay trabajo, o hay muy poco, entonces la gente que tiene alguna oportunidad ahí mismo emigra. Los que tienen algún poder de emigrar se van (E13-Zm).

En la medida en que el desempleo se ha incrementado en la región y ha traído consigo mayores niveles de pobreza, han aumentado los potenciales usuarios de los subsidios a la demanda ubicados en los estratos socioeconómicos de más bajos ingresos (estratos uno, dos y tres del Sisben), así como los beneficiarios del régimen pretendidamente transitorio (vinculados), circunstancia ésta que ha golpeado los presupuestos de las administraciones municipales y de las empresas sociales del Estado, hasta llegar a cuestionar su sostenibilidad. Igualmente, la existencia de los diferentes regímenes, el tipo de financiación de los mismos y la estrategia de focalización llevan a interrogar la universalización del derecho a la salud, la calidad de los servicios y la igualdad en la atención.

Las condiciones económicas y el empleo tienen efecto significativo en el acceso a los servicios, en el sentido de incrementar el volumen de personas que carecen de los medios económicos para financiar las intervenciones en salud, ocasionando una mayor demanda de parte de la población, que por sus

condiciones de pobreza debe ser atendida por el Estado en el régimen subsidiado o incrementando aquélla que, por carecer de un empleo permanente o temporal y debido a su pobreza extrema, está impedida de costear su atención y es atendida como población “vinculada”. Sumado a la situación de deterioro en condiciones de empleo y crisis económica se señala con preocupación la pérdida de seguridad social en lo educativo:

Otro de los grandes problemas es que el joven termina su bachillerato y si no tiene los recursos y la posibilidad de continuar sus estudios, ahí se estanca, hasta ahí llegó. ¿Qué hacen los jóvenes? Se mantienen en una esquina, para arriba y para abajo, como se dice, ése es uno de los grandes problemas (E16-Za).

...la de educación a los niños para que permanezcan en la región, y se queden en las fincas produciendo, tecnificando, [...] los estamos educando para que salgan a la ciudad a hacer bulto allá, a capacitarse en cosas que ya no tienen posibilidad de trabajo. Yo estudié muy poquito, hice quinto cuando no había fútbol, donde en segundo yo sabía sumar, dividir, multiplicar, hoy le da lidia a un bachiller...hay que aceptar que si mi niño es muy enfermo o con retardo mental, en la tarde le ayudo a hacer una taraéita, pero, venga, colabóreme un ratico cogiendo unos granitos de café, desyerbando una matica de maíz, para aprender, eso es importante para que ayudando al papá aprenda (TC2-EG2).

Otra de las dificultades señalada 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 al interior de la familia, en el medio social, por la presencia de drogadicción, prostitución, alcoholismo, delincuencia común, accidentalidad vial, narcotráfico y existencia de 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 la evidencia de su presencia 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.

...en lo social, en los últimos años ha habido un cambio en cuanto a que llegaron grupos armados a hacer operaciones, digo yo, dicen de limpieza y a hacer homicidios selectivos en todas las veredas. Entonces ha habido tensión grande e inclusive no masivos, pero sí ha habido desplazamientos, gente que ha abandonado su finquita y se ha venido a arrimarse donde familiares, aquí en la cabecera, aguantando hambre obviamente... (E13-Zm).

...la situación del país es una situación que también nos tocó aquí bastante, esa es una cosa que habría que modificar, la situación socio-económica, política. ¿Por qué razón? (aquí). Hasta hace un año [aquí] no se sabía lo que eran grupos de izquierda, grupos de derecha, ni secuestros, ni boleteo. Hace aproximadamente unos siete o nueve meses que se presentó el primer señor que secuestraron [...] De ahí en adelante si que se generó otro éxodo, otra movilización, se teme por la inversión, nadie quiere invertir en el municipio, pues donde ya se corre el riesgo por la integridad física (E02-Zm).

En relación con los indicadores de salud, se enfatizan problemas ligados a las condiciones de trabajo, el ambiente y la alimentación.

...problemas de salud, básicamente aquí lo que son las infecciones respiratorias, pensamos que hay un nexo de causalidad con la fábrica de cemento, pensamos que también hay otra cosa en el municipio, que si ustedes conocieran la altimetría del municipio [...] Es un municipio ubicado sobre la ladera de una montaña [...] Estamos a 2000 y pico de metros. Cuando ustedes están bajando [...] estamos a muy poquitos metros sobre el nivel del mar, entonces el cambio de clima nos parece que está generando bastantes problemas a nivel respiratorio, porque es muy común aquí que un trabajador que vive por allá, a muy poquitos metros sobre el nivel del mar, suba en una bicicleta a una zona alta, entonces en esos cambios de clima le puede generar algunos inconvenientes... (E02-Zm).

...la desnutrición va acompañada de otras cosas; entonces, primero cantan por otro lado, por una infección respiratoria, por una bronconeumonía, y segundo, pues está la desnutrición ahí pegadita, pero cuantificarla en cifras no tendría el dato. Pero yo creo que tiene alguna importancia aquí en el municipio (E02-Zm).

Yo pienso, una por lo menos, los hábitos nutricionales: es un municipio eminentemente agrícola, pero en ninguna casa comen verduras, va a una casa y la gente es feliz dándole a uno el Tang, el Zumm, y las naranjas por ahí, uno se aterra pues de eso. Las invito a cualquier casa para que vean. La gente es feliz con el Moresco, y uno desesperado por comer naranjas. Es tal que una caja de naranjas vale 10 000 pesos, pero la gente no las recoge ¿Pero por qué razón? La caja vale 500 pesos, al trabajador hay que pagarle 1000 pesos, el flete, entonces no es rentable y eso se pierde [...]. Es importante el factor nutricional, desde los hábitos alimenticios, el otro es el nivel cultural. Pienso que [...] es muy bajito [en lo educativo], la mayoría, pienso yo, llega casi hasta quinto de primaria y muy pocos tienen acceso al nivel de secundaria, pero lo más importante es la calidad, me parece [...] el nivel es muy bajito en calidad, eso me da la impresión que repercute muchísimo... (E02-Zm).

Otro problema que hay aquí [...], a nivel de salud, como hay tanta ignorancia y tanto analfabetismo, la gente va y consulta. El médico les manda la fórmula, y como no saben leer, entonces le preguntan a cualquier otra persona y se toman la droga como les dice la gente, entonces nosotros les hemos dicho si ustedes no saben leer, díganle al médico, explíqueme cómo me tengo que tomar la fórmula. Nos pasó un caso: me dijo que como no sabía leer, la niña del asilo le había dicho que se la tenía que tomar toda junta, y yo me la tome toda junta (E05-Zm).

Consideraciones finales

La integración de las comunidades en la planificación del desarrollo municipal ha sido tangencial, si bien se reporta la conformación de los comités de participación comunitaria recomendados por la ley, su funcionamiento ha sido parcial y no llega a concretar la función de diagnóstico y veeduría completa, se ha tratado de un proceso gradual para asumir la función.

El acento sobre el funcionamiento del sistema de salud bajo el actual modelo corre el riesgo de considerar la salud como un bien de merecimiento más que de derecho, el enorme riesgo que se cierne sobre los procesos y esfuerzos colectivos de los municipios es que prevalezca la visión individualista, en la cual se accede a los servicios por razones meritocráticas, más que porque exista la misma posibilidad para todos de desarrollar las capacidades de cada persona. Las condiciones de la participación comunitaria en el proceso descentralizador por esta vía favorecen la creación de un nuevo corporativismo, en lugar del fortalecimiento del bien público de la actividad comunitaria volcada hacia el colectivo.

La recuperación del componente histórico y regional para comprender el proceso descentralizador en el suroeste es clave, si se pretende desde dicho proceso promover la equidad, ampliar coberturas y reorientar la asignación de recursos. A menudo se confunde el aumento de cobertura con la oferta de paquetes básicos, descentralización con desconcentración y privatización con nuevos modelos de gestión, por ello parte del proceso descentralizador debe ser gestado y orientado por la población misma. La participación y el control social ejercido desde la región puede, en parte, prever tres de las grandes debilidades del actual sistema: la baja legitimidad que aún prevalece a los mecanismos de acceso al servicio de salud, la precaria sostenibilidad de los programas y la creciente dependencia de financiación externa para el funcionamiento de las actividades básicas en salud.

Teniendo en cuenta el desgaste del modelo de salud, dadas las limitaciones con el SGSSS, que sigue considerando la política social como gasto, no como inversión, reconocemos, de acuerdo con Vergara (2000), que el sistema arrastra con el fantasma del aumento de las desigualdades, evidente hoy en el incremento de la pobreza y el incremento de las iniquidades, supeditada a la política económica y seguir adelante con reformas que no cuenten con base social, especialmente ciudadana, lo cual va a llevar a la vulnerabilidad de las bases de una convivencia democrática y participativa.

En el estudio se percibe 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 las propuestas estatales, con el propósito de mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos. Parece que, por un lado, las condiciones reales de las comunidades no dejan espacio suficiente para la participación autónoma, o de otra parte la dependencia del Estado, concretada en el paternalismo, dificulta u oculta las posibilidades de participación.

Con la Constitución de 1991 y las leyes reglamentarias, se trató de orientar el quehacer del Estado en los servicios sociales, enmarcados en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Con estos principios se buscó atacar los aspectos discriminantes que han ocasionado la exclusión ancestral de parte de la población del beneficio de los servicios, situación en la cual la región del suroeste ha estado inmersa desde la adhesión al proyecto ético cultural de los antioqueños en el siglo XIX y las etapas posteriores. Sin embargo, a pesar de la validez y la importancia en el reconocimiento del derecho a la igualdad, estos principios encuentran limitaciones en la ejecución de los diferentes planes y programas.

Sólo parcialmente los grupos organizados están presentes en el diseño de las políticas, programas y proyectos, pero las pequeñas comunidades alejadas de los centros de decisión nacional 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. Cuando la comunidad participa solo como informante o con aporte de trabajo directo para cofinanciar programas u obras decididos desde instancias superiores, dicha actividad se torna en utilización de las comunidades para propósitos de las administraciones centrales o locales.

No es suficiente con una estructura que normativamente propicie la participación, se requiere de una actitud consecuente con ella, en esa medida se

permitirá apropiarse los espacios que crea la norma y reconocer la posibilidad de sugerirlos desde la base. Las estrategias de capacitación tendentes a generar una conciencia favorable a la descentralización y participación en los programas requiere de una coordinación institucional e intersectorial, pero ésta es insuficiente, pues también se requiere de un trabajo continuo y de seguimiento y evaluación permanente para que tenga la capacidad de incidir en un cambio de actitud y efectos significativos en mejorar las condiciones de vida y salud de la población.

Finalmente, es importante destacar el señalamiento de los participantes en el sentido de que una efectiva participación comunitaria en salud, a través de los distintos instrumentos de participación vigentes en el contexto de la descentralización —comités sectoriales interinstitucionales y comités de participación, entre otros— se ve matizada, entre otras cosas, por las dificultades para dedicar a la salud el tiempo necesario. Los líderes formales e informales tienen tantas ocupaciones con el sector que representan que en muchas ocasiones se ven orillados a abandonar o no asumir la actividad para la cual se organizan. En el ámbito de la salud, es más destacada la participación promovida desde el Estado por la dedicación que representa y la incidencia en el cumplimiento de logros, es el caso de 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, etcétera.

Bibliografía

- ALMEIDA, C. 2001, “Reforma del Estado y reforma de los sistemas de salud”, en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 79, Rosario.
- ECHEVERRY, M. E., 2000, “Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Salud*, 18(2).
- FRENK, J., 1997, *La salud de la población hacia una nueva salud pública*, FCE, México.
- GALEANO, E., 1989, *De actores y territorios. Una propuesta sobre participación en la vida regional y local*, Universidad de Antioquia, INER.
- IDÁÑEZ, M. J., 1995, “La participación comunitaria en salud”, en *Revista Prospectiva*, Universidad del Valle.
- LAURELL, A. C., 1999, *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, en M. Bronfman y Roberto Castro (coord.), Instituto Nacional de Salud Pública, México.

MANRIQUE, Alfredo, 1991, *La Constitución de la nueva Colombia*, comentarista, Gobernación del Valle Proyecto Col020, PNUD.

SCHUMUNIS G. y J. C. Pinto Dias, 2000, “La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores”, en *Cad. Saude Pública*, Rio de Janeiro, 16, sup. 2.

URIBE, M. T., 1990, “La territorialidad de los conflictos y la violencia en Antioquia”, en *Gobernación de Antioquia. Realidad Social*, tomo 1, Edinalco, Medellín.

VERGARA, Carlos, 2000, “El contexto de las reformas del sector de la salud”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8.

YEPES, Alberto, 2000, “Informe. Colombia ante la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos”, en *Democracia y Desarrollo, Informe de Control Ciudadano, Social Watch*, núm. 4, Instituto del Tercer Mundo, Montevideo.