Artículo de investigación original

https://doi.org/10.56085/isss.566

Percepción de la pertinencia normativa para el ejercicio de la participación social en Bogotá D.C.

Perception of regulatory pertinence for the exercise of social participation in Bogotá D.C.

Percepção da relevância normativa para o exercício da participação social em Bogotá D.C.

Francy Yanira Pineda-Granados[1]
María Helena Patiño-Farieta[2]

Resumen

El derecho a la participación social en el Sistema de Salud colombiano ha sido soportado por un marco jurídico que ha evolucionado desde la Ley 100 de 1993 hasta la reciente formulación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) en el año 2017. Teniendo en cuenta que un marco legislativo es considerado como un factor facilitador para una participación efectiva, el objetivo de esta investigación fue establecer la percepción de la pertinencia, vacíos normativos y propuestas de ajustes sobre la normatividad vigente. Se realizó un estudio cualitativo en la ciudad de Bogotá D.C, en donde se incluyeron 38 usuarios pertenecientes a 13 instancias de participación, 30 funcionarios de entidades del Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud, EPS e IPS. Los resultados encontrados en esta investigación contribuyeron a proponer elementos para un modelo de una participación social más efectiva.

Palabras clave: sistema de salud, participación social, legislación, investigación cualitativa, organizaciones en salud, Colombia.

1. MSc. Infecciones y Salud en el Trópico. Bacterióloga. Especialista en epidemiología. Coinvestigadora Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Proyecto "Modelo conceptual, teórico y práctico sobre la participación social y protección al usuario en salud del SGSSS", Bogotá (Colombia).
2. Especialista en derecho administrativo. Abogada. Analista Jurídica. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Proyecto "Modelo conceptual, teórico y práctico sobre la participación social y protección al usuario en salud del SGSSS".

* Artículo de investigación producto del programa "Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado para la Inspección Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación del Servicio en SGSSS colombiano", del cual hizo parte el proyecto de investigación "Modelo conceptual, teórico y práctico sobre la participación social y protección al usuario en salud del SGSSS". Para su ejecución participaron en un esfuerzo conjunto el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), y la Fundación Horizontes Profesionales. Financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colciencias y la Unión Temporal PUJ-FES. Contrato 522 de 2012. Con fecha de inicio del 04 de octubre de 2013 y fecha de finalización del 28 de febrero de 2018.

Abstract

The right to social participation in the Colombian Health Care System has been supported by a legal framework that has evolved from Law 100 of 1993 until the recent formulation of the Social Health Care Participation Policy (PPSS for its Spanish original) in 2017. Considering that a legal framework is considered to be a facilitating factor for effective participation, the objective of this investigation was to establish the perception of pertinence, regulatory gaps, and proposals for adjustments to current regulations. A qualitative study was carried out in Bogotá D.C., including 38 users from 13 participatory bodies, 30 officials from entities of the Ministry of Health and Social Protection, the District Secretary of Health, Health Care Services Provider Companies (EPS for its Spanish original), and Health Care Services Provider Institutes (IPS for its Spanish original). The results found in this investigation contributed to proposing elements for a more effective social participation model.

Keywords: Health care system, social participation, legislation, qualitative investigation, health care organizations, Colombia.

Resumo

O direito à participação social no Sistema de Saúde colombiano foi apoiado por um marco legal que evoluiu da Lei 100 de 1993 para a recente formulação da Política de Participação Social em Saúde (PPSS) em 2017. Tendo em conta que um marco legislativo é considerado um fator facilitador para a participação efetiva, o objetivo desta pesquisa foi estabelecer a percepção de relevância, lacunas regulatórias e propostas de ajustes à regulamentação vigente. Foi realizado um estudo qualitativo na cidade de Bogotá D.C, que incluiu 38 usuários pertencentes a 13 instâncias de participação, 30 funcionários de entidades do Ministério da Saúde e Proteção Social, Secretaria Distrital de Saúde, EPS e IPS. Os resultados encontrados nesta pesquisa contribuíram para propor elementos para um modelo de participação social mais eficaz.

Palavras chave: sistema de saúde, participação social, legislação, pesquisa qualitativa, organizações de saúde, Colômbia.

Introducción

En los últimos 25 años Colombia ha avanzado en la reglamentación de normas que tienen como fin respaldar la participación de los usuarios en el sistema de salud. Contar con un marco jurídico ha sido señalado por diversas investigaciones como un requisito o factor facilitador para alcanzar una participación efectiva. Sin embargo, el exceso de reglamentación o un marco rígido o exigente también ha sido considerado como una limitante para ejercerla (1,2).

A pesar de una amplia promoción de la participación en salud como política pública, son escasos los estudios que evalúan las diferentes problemáticas y barreras para la implementación de la normatividad dispuesta sobre la participación en salud en Colombia. Por lo anterior, se planteó el objetivo de establecer la percepción de la pertinencia, vacíos normativos y propuestas de ajustes sobre la normatividad vigente en materia de participación por parte de los diferentes agentes del SGSSS (3).

Descripción del contexto normativo en la participación social en Colombia

A partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, y de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la Ley 100 de 1993, se generó una amplia legislación en participación social en salud. El artículo 2 de esta Ley dispuso como principio la participación en la prestación del servicio público esencial de la seguridad social. Esta, entendida como la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto (4). El Legislador incorporó la participación como un principio rector del servicio de la salud, bajo el entendido que el sistema facilitaría la participación de los usuarios o afiliados al régimen contributivo o subsidiado (4).

El Decreto 1757 de 1994, hoy día incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social, permitió organizar y establecer las modalidades de participación social en la prestación de servicios de salud. El citado decreto avanzó en la definición de la participación social como el proceso de interacción para intervenir en las decisiones de salud que responden a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de los procesos. Así mismo, la participación en las Instituciones del SGSSS fue entendida como la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud. Se establecieron las formas de participación social en salud: 1) la participación social que comprende: a) la participación ciudadana, b) la participación comunitaria; y 2) la participación en las instituciones del Sistema General de seguridad Social en Salud (5).

Para ejercer este derecho, en el sector salud se establecieron diversas instancias de participación, entre estos, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), pensados como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado para la planeación local en salud y en las instituciones del SGSSS; las alianzas o asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria, a quienes les corresponde velar por la calidad en la prestación de los servicios, atender las quejas de los usuarios y proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad de los servicios de salud (5).

En los años 2007, 2011 y 2015 se introdujeron reformas a la Ley 100 de 1993 que ofrecieron a la participación social nuevos escenarios. La Ley 1122 de 2007 incorporó como uno de los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, de la Superintendencia Nacional de Salud, la atención al usuario y la participación social, así como la figura del defensor del usuario (6). Más adelante, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 12, impulsó la estrategia de adopción de la atención primaria en Salud (APS), en donde se incluyó como componente esencial a la participación social, comunitaria y ciudadana (7). Y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en su artículo 12 definió la participación en las decisiones del sistema como una garantía y mecanismo de protección al derecho fundamental de la salud, la deliberación y veeduría en políticas y planes, la participación en decisiones en la inclusión y exclusión de servicios y tecnologías, la definición de prioridades en salud y la evaluación de los resultados de las políticas de salud (8).

En el 2015 se avanzó de manera importante al expedirse la Ley Estatutaria de participación 1757, la cual estableció las disposiciones en materia de promoción y protección al derecho a participar en la vida política, administrativa, económica, social y cultural (9).

Más adelante, en el 2016, por medio de la Resolución 429 se adoptó la Política de Atención Integran en Salud (PAIS). En esta se señaló que el modelo integral de atención demanda procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño. De esta forma, se determinó la necesidad de implemen-

tar planes que incorporen cambios en los procesos relacionados con la participación social y mecanismos e incentivos de financiamiento (10).

Como respuesta a la normatividad citada y a las reformas en el sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 2063 de 2017, adoptó la Política de Participación Social en Salud (PPSS), procurando responder a las problemáticas y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y a la realización del derecho fundamental de la participación (11).

Con respeto al contexto normativo de la participación social en la ciudad de Bogotá, el Acuerdo 641 de 2016, por el cual se efectúo la reorganización del Sector Salud de Bogotá D.C, modificó el Acuerdo 257 de 2006 y conformó las Juntas Asesoras Comunitarias como instancia que busca fortalecer la forma de participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social, conformándose una Junta Asesora Comunitaria por cada unidad de prestación de servicio de salud, regida por un director científico (12).

Materiales y métodos

Se realizó, en la ciudad de Bogotá D.C, un estudio cualitativo utilizando como método de investigación la teoría fundamentada (13-15), a fin de determinar la percepción con respecto a la implementación de la normatividad dispuesta en la participación social. La población participante estuvo conformada por la ciudadanía en ejercicio de su derecho a la participación organizada en diversas instancias como asociaciones de usuarios, asociaciones de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS, etc., así como los agentes del SGSSS con responsabilidades frente a la participación, como el Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud, las EPS e IPS.

Las instituciones y los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: a) instituciones que hacen parte del SGSSS (del nivel nacional y distrital, EPS e IPS, públicas y privadas) con competencias específicas asignadas en cuanto a la promoción de la participación social y protección al usuario, los funcionarios participantes de estas instituciones deberían tener mínimo un año de experiencia en el área de participación ciudadana o protección al usuario; b) los ciudadanos participantes debían aceptar participar de manera voluntaria en el estudio, ser representantes de los usuarios de los servicios de salud de alguna de las diversas formas de participación establecidas en la normatividad y contar como mínimo con un año de experiencia.

El estudio seleccionó cuidadosamente las instituciones y los informantes con las características descritas en los criterios de inclusión (16). Los diferentes agentes del SGSSS que participaron en el estudio expresaron posiciones divergentes o convergentes. Se consideró la heterogeneidad o diversidad discursiva de los participantes.

Se incluyeron un total de 38 integrantes de la comunidad pertenecientes a 13 instancias de participación: cuatro asociaciones de usuarios de ESES e IPS privadas; cinco asociaciones de usuarios de EPS-C y EPS-S; dos asociaciones de pacientes; un observatorio de control social y una mesa de control y corresponsabilidad social. Así mismo, participaron 30 funcionarios de las entidades del SGSSS; a nivel nacional se incluyó a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; a nivel Distrital, a la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; y a nivel institucional, a las Oficinas de Participación y Servicio a la Ciudadanía de cuatro ESE-IPS y a las Oficinas de Participación y Servicio a la ciudadanía de cinco EPS-C y EPS-S.

Las categorías preestablecidas se derivaron del marco conceptual, las preguntas de investigación y de los objetivos del estudio; estas categorías fueron la pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación, los vacíos normativos para el ejercicio constitucional de la participación y las propuestas de ajustes normativos para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social. Los instrumentos para la recolección de la información se diseñaron a partir de estas categorías.

La información se recolectó mediante 33 entrevistas semiestructuradas y nueve grupos focales que fueron grabados en audio. Las sesiones comenzaron con la lectura del consentimiento informado a los participantes, en el que se dio a conocer el propósito de la investigación, los posibles riesgos y beneficios, la participación voluntaria, las garantías de la confidencialidad, los procedimientos de recolección de datos, entre otros aspectos. Los instrumentos o guías de las entrevistas fueron validados y ajustados a lo largo de la recolección de datos.

Los datos recolectados a partir del trabajo de campo fueron trascritos textualmente en formato Word y, posteriormente, almacenados en una base de datos de documentos primarios para ser codificados. El proceso

analítico para codificar consistió en identificar los elementos comunes entre los datos, crear un subconjunto de datos de tal modo que los elementos de uno no pertenecieran a otros, designando lo más fielmente posible su pertenencia al código (17,18). El análisis de los datos cualitativos estuvo apoyado con la herramienta informática para análisis de datos ATLAS.Ti versión 7, que facilitó el análisis de los datos textuales.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con las categorías definidas inicialmente:

- Pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación.
- Vacíos normativos para el ejercicio constitucional de la participación.
- Propuesta de ajustes normativos para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social.

Pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación (Tabla 1)

Tabla 1. Códigos identificados sobre la pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación social desde la percepción de los usuarios y agentes del SGSSS.

Usuarios y Agentes del SGSSS.	Pertinencia normativa.
Nivel Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.	- Suficiente normatividad.
Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.	- Suficiente normatividad. - Incumplimiento normativo. - Desarticulación y atomización.
Nivel Institucional- Entidades Promotoras de Salud-EPS.	- Incumplimiento normativo. - Desarticulación y atomización. - Falta de claridad en las responsabilidades. - Inequidad en las responsabilidades de las EPS-IPS. - Restricciones para la continuidad de la participación.
Nivel Institucional- Empresas Sociales del Estado e IPS privadas.	- Incumplimiento normativo. - Desarticulación y atomización. - Restricciones para la continuidad de la participación.
Instancias de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social).	- Incumplimiento normativo. - Falta de claridad en las responsabilidades. - Inequidad en las responsabilidades de las EPS-IPS. - Desarticulación y atomización. - Restricciones para la continuidad de la participación.

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos recolectados.

Suficiente normatividad en participación

Los participantes del nivel Nacional y Distrital expresaron que existe suficiente legislación en materia de participación, siendo una prioridad su cumplimiento. Resaltaron la necesidad de hacer efectiva la implementación de la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015, que ofrece herramientas y elementos para el fortalecimiento institucional, los procesos de formación, el derecho al acceso a la información, la implementación de las tecnologías de la información y disponibilidad de recursos. "*Es aplicar lo que hay, pero para mí concepto ¿para qué más?, hay tantas normas y normas, en todo, que yo pienso que es aplicar lo que hay y con eso seguramente se pueden lograr muchas cosas*" (19).

Incumplimiento normativo

Los integrantes de las EPS, IPS e instancias de participación expresaron que se presenta falta de cumplimiento a la normatividad expedida en el tema de participación. Identificaron como las principales razones la ausencia de actuación por parte de los entes de control, la interpretación de la normatividad según los intereses de los agentes y el desconocimiento de los beneficios de la partición. "*Incumplimiento de ley, porque lo ven como una carga, no como una oportunidad*" (20). "*Lo que pasa es que este Estado tiene muchos elementos con relación a la participación y no se utilizan*" (21). "*No se cumple casi nada, eso, como digo yo, eso prácticamente son decretos que en el papel son muy bonitos, pero ante el gobierno no sirve de nada*" (22).

Desarticulación y atomización de la participación promovida por la normatividad

Tanto el nivel Distrital, EPS, IPS y usuarios identificaron una importante falta de articulación de las múltiples instancias de participación dispuestos en la normatividad. Desde su visión, la desarticulación y atomización originan consecuencias, por ejemplo, una menor capacidad de incidencia de la participación, reducción de la representación de los usuarios, dificultades para la priorización de problemáticas, incumplimiento de las responsabilidades asumidas por los usuarios y dificultad para que la EPS e IPS logren generar y fomentar espacios de participación en todas las regiones del país. Referenciaron que contar con un menor número de mecanismos de participación que representen a los usuarios, brindaría mayor efectividad, así como la necesidad de agremiación o articulación con el propósito

de lograr una mayor incidencia y la generación de un modelo territorial para agrupar a estas organizaciones. *"Entonces, puedo yo tener aquí en Bogotá doscientas organizaciones sociales y en el resto cincuenta, pero en ningún momento las de Bogotá se encuentran para tomar una decisión y decir 'bueno, nosotros como ciudadanos rechazamos lo que está pasando'... si no permito esa interlocución o esa generación de redes, pues no vamos a tener un impacto... el tema no es llenarnos de asociaciones de usuarios, el tema es tener una pero que sea eficiente y eficaz, que se articule con las EPS y la IPS" (23)*.

Falta de claridad en la definición de competencias y responsabilidades de los diferentes agentes del sistema

Tanto el nivel Institucional EPS, IPS y los integrantes de las instancias de participación identificaron que existe falta de claridad en las competencias de los diferentes agentes del sistema en la normatividad expedida en participación. También identificaron duplicidad de funciones en diversos mecanismos de participación, se presentan contradicciones que generan interpretaciones según favorezcan los intereses de cada agente. Los entrevistados afirmaron que la falta de claridad normativa frente a las responsabilidades de cada agente origina frecuentemente conflictos entre los mismos. *"Cada quien la interpreta a su manera y dependiendo de su posición, pero que realmente no es precisa frente a los alcances que tenemos los participantes que hacemos parte de ella"* (24). *"La causa es que ellos [los usuarios] quieren hacer valer la norma a su acomodo" (25). "Yo lo que he notado es que todas las EPS, no solo en esta, todas las EPS tratan de burlar la ley como sea y ellos hacen una interpretación amañada y diferente"* (26).

Inequidad en las competencias y responsabilidades de las EPS-IPS, según sean públicas o privadas

Los integrantes de las EPS y de las instancias de participación percibieron una falta de equidad en las competencias y responsabilidades que tienen que asumir las entidades, ya sean públicas o privadas. Por ejemplo, ni las EPS-C ni las IPS privadas tienen la responsabilidad de contar con un representante de los usuarios ante su junta directiva; esta es una obligación exclusiva de las ESE y de las EPS-S, lo que es percibido por los usuarios como una limitante en su ejercicio participativo. *"Que sea aplicable para todos, contributivo y subsidiado, inclusive para todas las Asociaciones de Usuarios de todos... que fuera una sola política pública de participación"* (27). *"La representación de los usuarios en las juntas directivas nacionales debería estar habilitada por el Estado mismo y no por las mimas EPS, porque las EPS amañan esa elección a su criterio"* (28).

Restricciones para la continuidad de la participación

Tanto los integrantes de las EPS, IPS e instancias de participación percibieron una restricción que limita la continuidad en la participación. En ocasiones, los tiempos de permanencia riñen con los procesos a largo plazo de la participación y capacitación. *"El tema de la norma dice que por ejemplo en los ejercicios de presidencia o representante a la junta directiva, entonces decía 'ya son dos años, no lo puede volver a postular', entonces muchas veces esa persona que ya estaba capacitada, que tenía elementos se perdía, entonces cómo volver a tener a esa persona con esos elementos para que sean multiplicadores de los otros ejercicios, a veces llegan a esos cargos sin tener conocimiento, sin cumplir el perfil" (29)*.

Vacíos normativos para el ejercicio constitucional de la participación

Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación

Todos los agentes participantes, coincidieron en que la normatividad no aporta herramientas, instrumentos o metodologías que permitan poner en práctica los mecanismos de participación; así mismo, indicaron como prioridad la reglamentación de la Ley Estatutaria de Participación y la Política de Participación que permita el desarrollo de las metodologías. *"Lo otro ahora es mirar la forma de reglamentar la forma de traer a la práctica todas esas normas y todo ese conjunto normativo que hacen que de pronto en unas ocasiones y oportunidades se vea confusión entre lo que establece una norma de carácter ordinario, una norma de carácter estatutario, frente a efectivamente el desarrollo en la metodología como tal"* (30). *"La Ley escrita es muy linda, pero no nos permiten, no nos dan las herramientas para poderla desarrollar y nuestra comunidad no está organizada para poder desarrollar una ley, y lógicamente es que es muy difusa, dice muchas cosas y no concreta el pensamiento de pronto del legislador y así difícilmente se hará entender"* (31).

Tabla 2.Códigos identificados sobre los vacíos normativos en materia de participación social desde la percepción de los usuarios y agentes del SGSSS.

Usuarios y Agentes del SGSSS.	Vacíos normativos.
Nivel Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.	- Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación.
Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.	- Falta de reconocimiento de las organizaciones espontáneas y autónomas. - Insuficiente promoción para la incidencia de la participación.
Nivel Institucional-Entidades Promotoras de Salud-EPS.	- Carencia en la definición de responsabilidades frente al financiamiento de la participación. - Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación. - Falta de claridad en el alcance de la participación.
Nivel Institucional- Empresas Sociales del Estado e IPS privadas.	- Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación. - Falta de reconocimiento de las organizaciones autónomas. - Ausencia de mecanismos para fomentar la participación en niños y adolescentes.
Instalación de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social).	- Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación. - Carencia en la definición de responsabilidades frente al financiamiento de la participación. - Falta de reconocimiento o incentivos a la participación. - Insuficiente promoción para la incidencia de la participación. - Falta de claridad en el alcance de la participación.

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos recolectados.

Falta de reconocimiento de las organizaciones espontáneas y autónomas

El nivel Distrital y las ESE señalaron que la legislación desconoce a otras organizaciones autónomas que puedan surgir espontáneamente desde los territorios. En este sentido, es percibido como una limitante el hecho de "tener" que pertenecer a una organización, asociación o mecanismo estipulado por Ley para poder ejercer este derecho. *"La debilidad es, pero es que eso no está desde hoy sino desde el 91, es el hecho de que tenga que adjudicarse a una legitimidad, a un reconocimiento institucional la organización y no necesariamente para participar tiene uno que estar en una organización o legitimado para poder participar"* (32).

Insuficiente promoción para la incidencia de la participación

El nivel Distrital y los integrantes de las instancias de participación señalaron vacíos normativos con respecto a la incidencia de la participación. Es decir, los resultados de los procesos de participación en general no son tenidos en cuenta por parte de los entes de control, de las Direcciones de Salud y de las Instituciones EPS-IPS. Se requiere respaldo normativo para que se tomen decisiones a partir de los hallazgos de quienes participan; en la actualidad esto depende de la buena voluntad y criterios de las instituciones. *"Que tenga importancia, que tenga relevancia y también parte de los análisis y evaluaciones que hagamos desde los sectores de decir 'bueno', es importante... pero eso requiere también un respaldo" (33)*.

Carencia en la definición de responsabilidades frente al financiamiento de la participación

Ante la responsabilidad que tienen las EPS de promover la participación ciudadana estas refirieron que no existe claridad en el porcentaje de la UPC destinado a este objetivo, señalando que los recursos que se invierten en participación son voluntarios y dependen de la gerencia. Perciben la falta de recursos como una importante barrera que impide el desarrollo de la participación. Por su parte, los integrantes de las instancias de participación expresaron que no cuentan con un respaldo que avale los recursos financieros, físicos y logísticos necesarios para desarrollar las diferentes actividades, expresaron mantener expectativas frente a lo dispuesto en la Ley Estatutaria de participación y Política de Participación que establece una serie de estrategias para garantizar la financiación. *"O sea, dentro de la UPC la norma no es clara en cómo, o sea, siempre dice 'promocione la participación ciudadana' pero no hay recursos para promocionar... muchas veces esa es una limitación que la norma no es clara en esa parte" (34)*.

"Me preocupa que no hay financiación para el ejercicio del control social, vuelve y se repite, es que no es ninguna modificación, es tomar la ley 100 nuevamente y decir que 'todos los actores del sistema estarán velando por que la promoción, la no sé qué cosa, tal, tal, tal de la participación social...', letra muerta, está en la Ley, es constitucional pero con qué elementos, con qué recursos y todo gira en torno a los recursos" (35).

Falta de claridad en el alcance de la participación

Especialmente los integrantes de las EPS y de las instancias de participación reconocieron que en ocasiones se trascienden los límites del ejercicio de la participación. Por ejemplo, no existe claridad con respecto a los espacios que pueden acceder dentro de los servicios de salud, en ocasiones se interfiere con el ejercicio profesional del personal de salud, se exige acceso prioritario a citas y medicamentos, perjudicando la misión de la participación y originando el rechazo por parte de las instituciones. Por lo anterior, expresaron como necesario definir los alcances de los procesos participativos, así como consecuencias para quienes utilicen la participación como un negocio propio con beneficio económico. *"Porque es que hay muchos que con la excusa de la veeduría llegan a incomodar a los médicos... a tratar mal a los médicos y a decir y hacer cosas que no deben hacer, que porque tiene un carné uno entonces tiene que atenderlo de primeras y no, eso no es así, eso no es prudente"* (36). *"Entonces me llamaban de Cali o de Ibagué y me decían '¿Cómo es que no nos dejan entrar a una UCI?', no, es que uno no debe entrar ¿yo a qué voy a entrar a una UCI?, entones la gente no es consciente que es una Unidad de Cuidados Intensivos que debe tener un nivel de asepsia especial" (37).*

Falta de reconocimiento o incentivos a la participación

Únicamente los integrantes de las instancias de participación identificaron la ausencia de incentivos para la participación. *"Para mí que estas personas como líderes que trabajan... sean como más reconocidas... Sí, que tengan como un reconocimiento más visible, que no son las que como hormiguitas trabajen y trabajen, ¿pero dónde se ven?, ¿en qué página salen?"* (38).

Ausencia de mecanismos para fomentar la participación en niños y adolescentes

Las IPS expresaron la ausencia de reglamentación para incluir la participación de los niños y adolescentes generando estrategias alternativas en la participación. *"La participación infantil es un derecho, entonces consideramos que esté dentro de las instancias de participación, o sea reglamentado para que nuestros gerentes y nuestros gobernantes pues puedan ver todo el potencial que tienen los niños y adolescentes, y todo lo que nos pueden aportar para mejorar en los diferentes espacios no solo en salud"* (39).

Propuestas de ajustes normativos para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social (Tabla 3)

Tabla 3. Códigos identificados sobre las propuestas de ajuste a la normatividad desde la percepción de los usuarios y agentes del SGSSS.

Usuarios y Agentes del SGSSS.	Propuestas de ajuste a la normatividad.
Nivel Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.	- Generar instrumentos y metodologías para implementar la participación. - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Ajustar la normatividad frente a la desarticulación y atomización de la participación - Reconocer a las organizaciones espontáneas y autónomas. - Ajustar la normatividad para la promoción de la incidencia de la participación. - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Nivel Institucional-Entidades Promotoras de Salud-EPS.	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Ajustar la normatividad frente a la desarticulación y atomización de la participación. - Clarificar las competencias y responsabilidades de los diferentes agentes del sistema. - Definir las responsabilidades de los diferentes agentes frente al financiamiento de la participación. - Generar instrumentos y metodologías para implementar la participación - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Nivel Institucional- Empresas Sociales del Estado e IPS privadas.	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Ajustar la normatividad frente a la desarticulación y atomización de la participación. - Ajustar la normatividad para limitar las restricciones para la continuidad de la participación. - Clarificar las competencias y responsabilidades de los diferentes agentes del sistema. - Reconocer a las organizaciones autónomas. - Incluir mecanismos para fomentar la participación en niños y adolescentes. - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Instancias de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social)	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Definir las responsabilidades de los diferentes agentes frente al financiamiento de la participación. - Generar instrumentos y metodologías para implementar la participación. - Brindar reconocimientos e incentivos a la participación. - Ajustar la normatividad para la promoción de la incidencia de la participación.

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos recolectados.

Las propuestas de ajuste normativo incluyeron: propiciar la articulación de los mecanismos de participación y el reconocimiento de las organizaciones autónomas; propiciar la incidencia y la toma de decisiones basadas en la participación; definir las responsabilidades frente al financiamiento; equiparar las responsabilidades frente a la participación que deben ejercer las EPS-IPS, sean públicas o privadas; establecer los instrumentos, metodologías y herramientas para implementar la participación; establecer los alcances de la participación; crear estrategias para brindar reconocimiento o incentivos a la participación. Los agentes incluidos en el estudio coincidieron en la necesidad de actualizar el Decreto 1757 de 1994, aclarando las obligaciones específicas de cada uno de los agentes del SGSSS, eliminando contradicciones e interpretaciones.

Discusión

En Colombia se ha desarrollado un conjunto importante de normas que respaldan la participación de los usuarios del Sistema de Salud, se percibe por parte de los agentes del SGSSS una discordancia entre la normatividad dispuesta y su implementación para alcanzar una participación real y efectiva. Similares resultados fueron encontrados en el año 2006 y 2009 por Delgado y Mosquera, quienes mencionaron una discordancia entre los avances en el plano legal y la práctica real de participación (40,41).

De manera similar, los resultados de esta investigación coincidieron con los encontrados por una sistematización de información, producto de la construcción de la política pública de participación en el Distrito Capital en el año 2010 que permitió identificar dificultades en los procesos de participación social en salud derivadas del conjunto de normas. Entre esas se destacaron: la proliferación de las instancias de participación ciudadana y el desconocimiento de su operatividad; la multiplicidad y fragmentación de la participación; concentración del poder en algunos líderes comunitarios; limitada capacidad de incidencia en los procesos participativos; restricciones al derecho de la libre asociación y diferente interpretación de la normatividad para garantizar intereses de índole personal por parte de algunos servidores públicos y líderes comunitarios (42). En este mismo sentido, también se señaló el incumplimiento a la normatividad existente y la ausencia de metodologías e instrumentos para la implementación de la participación mencionados reiterativamente por los agentes incluidos en este estudio, lo que concuerda con lo señalado por Salamanca en el 2014, quien observó una ineficacia en cuanto a la estructuración normativa de la participación social en el Sistema de Salud, colocando en tela de juicio su real aplicabilidad (43).
Los resultados encontrados en esta investigación contribuyen a la identificación de algunos elementos para propiciar un modelo para una participación social más efectiva.

Cumplimiento de las disposiciones normativas: generar observancia al artículo 5 de la Ley Estatutaria en Salud, con respecto a la obligación Estatal de ejercer una adecuada IVC en el tema de participación. Le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Grupo para la Gestión y el Fomento de la Participación Social en Salud, realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la PPSS y a la Supersalud la IVC de la Política.

Claridad en las competencias y funciones: la falta de claridad en las responsabilidades dificulta la observancia de las normas y faculta, a cada uno, para acatarlas según su conveniencia. Se plantea la necesidad de definir taxativamente las competencias y funciones de los agentes del sistema en participación social en un solo cuerpo normativo, de forma equilibrada y en la que se tenga en cuenta el papel de cada agente, de manera que cada uno ejecute y responda por su actuar u omisión. Para todo, esto habría que tener en cuenta que el Decreto 1757 de 1994 no fue actualizado y, aun así, fue incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social.

Reglamentación oportuna de la normatividad expedida: se propone el establecimiento de una reglamentación oportuna de la normatividad expedida. Si bien esto es un proceso gradual, no se puede dilatar en el tiempo, pues las normas al ser expedidas, en su gran mayoría, responden a necesidades existentes, por lo cual no tendría sentido expedir postulados sin proceder a su correcta regulación. En lo referente a la gradualidad para la implementación de la PPSS, se hace prioritaria su reglamentación.

Proceso permanente de revisión y adecuación de las normas de participación: es importante garantizar un proceso permanente de revisión y adecuación de las normas de participación de cara a los cambios estructurales, sociales y culturales que se presentan en el SGSSS. Esto con el objetivo de evitar una disposición

normativa inoperante a la realidad, de forma que este proceso permita una evaluación constante de los mecanismos participativos.

Generación de instrumentos, herramientas y metodologías: es fundamental para garantizar una adecuada implementación de la participación que se brinden estos elementos a las instituciones y a los usuarios que ejercen su derecho. En este aspecto, la PPSS mencionó que se requiere el desarrollo gradual de instrumentos que permitan una implementación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales, pero dejó sin resolver aún esta barrera identificada de forma reiterativa por los agentes del SGSSS.

Mecanismos normativos para garantizar la incidencia de la participación y toma de decisiones en salud: la incidencia y la toma de decisiones son la garantía de una participación real y efectiva. Se requiere una disposición normativa que obligue la incorporación de consensos participativos en las decisiones finales del nivel institucional. La PPSS únicamente menciona la necesidad en la definición de estos mecanismos sin proponer herramientas concretas para alcanzar una real incidencia de la participación.

Financiamiento de la participación social: se contempla como una de las principales barreras para el apropiado desarrollo del derecho. Se requiere hacer lo necesario para implementar lo establecido en la Ley Estatutaria 1757 de 2015 y la PPSS, con relación al financiamiento de la participación.
La Ley Estatutaria 1757 estableció diversas fuentes: a) fondo para la Participación Ciudadana y el Fortalecimiento de la Democracia; b) recursos de las entidades territoriales que desarrollen programas relacionados con el ejercicio de la participación ciudadana; c) recursos de la cooperación internacional que tengan destinación específica para el desarrollo de programas y proyectos que impulsen la intervención de la ciudadanía en la gestión pública; d) recursos del sector privado, de las Fundaciones, de las organizaciones no gubernamentales y de otras entidades, orientados a la promoción de la participación ciudadana; e) recursos de las entidades públicas del orden nacional que tengan, dentro de sus programas y planes, la función de incentivar y fortalecer la participación ciudadana. De igual forma, la Ley estableció que los Organismos de Control y las Superintendencias tendrán que incluir en su plan anual el financiamiento de actividades para fortalecer los mecanismos de control social.
La PPSS propuso para el fortalecimiento institucional la destinación y gestión de los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial. Estos deberían estar orientados a fortalecer las estructuras administrativas y recursos humanos, y al establecimiento de los mecanismos de cofinanciación y la gestión de recursos para la financiación de las iniciativas comunitarias. Frente a estos avances se hace necesaria una mayor claridad respecto a las responsabilidades financieras concretas que deberían asumir cada uno de los agentes del SGSSS.

Incentivos para la participación social: se requiere fomentar los estímulos que permitan la promoción de la participación en el sector. Por ende, se deberán realizar acciones encaminadas al establecimiento de procesos que permitan el fortalecimiento de la cultura participativa mediante el reconocimiento de los actores tanto institucionales, ciudadanos y comunitarios que se destaquen en su labor. Se sugiere tener en cuenta lo preceptuado por la Ley 1757 de 2015, en cuanto a los incentivos para la participación, con el fin de propiciar la inversión del sector privado en programas, políticas y planes para la promoción de la participación ciudadana, atribuida al Consejo Nacional de Participación Ciudadana, y los incentivos simbólicos mencionados.
Con respecto a la normatividad reciente, se espera que la implementación progresiva de la PPSS y, en el marco de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, se reglamenten los procesos de participación de una manera dinámica y constante para mejorar su desempeño en los resultados.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colciencias y Unión Temporal PUJ-FES-OISS-FUNDACIÓN HORIZONTES (Contrato 522 de 2012).

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colciencias y a la Unión Temporal PUJ-FES-OISS-FUNDACIÓN HORIZONTES (Contrato 522 de 2012) por la financiación de este trabajo, así como a cada uno de los servidores y funcionarios de la SDS, EPS, IPS y líderes sociales integrantes de las diferentes instancias de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes,

Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social) de la ciudad de Bogotá D.C., quienes hicieron posible este estudio.

Referencias

1 Delgado M, Vázquez L. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Rev. Salud Pública [Internet]. 2006 Jul;2(8):128-140. https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000200001

2 Velásquez F, González E. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Bogotá D.C: editado por la Fundación Corona; 2003. P 451.

3 Pineda FY. La Participación Social y la Protección al Usuario: Perspectivas y Realidades en la Implementación de un Modelo de Inspección, Vigilancia y Control. Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Fundación FES, Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Fundación Horizontes profesionales. Editores. En Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial. Bogotá D.C; 2018. P. 400-435.

4 Colombia. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República;1993.

5 Colombia. Decreto 780 del 06 de mayo de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.

6 Colombia. Ley 1122 del 09 de enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2007.

7 Colombia. Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2011.

8 Colombia. Ley 1751 del 15 de febrero de 2015, por medio de la cual se reglamenta el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2015.

9 Colombia. Ley 1757 del 15 de junio de 2015, por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. Bogotá: Congreso de la República; 2015.

10 Colombia. Resolución 429 del 17 de febrero de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.

11 Colombia. Resolución 2063 del 09 de junio de 2017, por la Cual se Adopta la Política de Participación Social en Salud-PPSS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.

12 Colombia. Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016, por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. Bogotá: Concejo de Bogotá; 2016.

13 Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington DC. Editado por la OPS-OMS-USAID; 2006. 275.

14 Corbin J, Strauss A. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia; 2012. 341p.

15. Sousa M. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar; 2013. 334p.

16. Sousa M, Goncalves S, Ramos E. Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de programas sociales. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar; 2005. 243p.

17. Coffey A, Atkinson P. Los conceptos y la codificación. Editorial Universidad de Antioquia. En Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín. Colombia; 2003. p. 31-63.

18. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Medellin. Colombia; 2003. 447p.

19 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social-Gestión Territorial Y Control Social. SDS. Documento primario 1. Bogotá. 2018.

20 Grupo focal Oficina de Participación Social. EPS-C. Documento primario 12. Bogotá D.C. 2018.

21 Entrevista Referente de Participación. ESE. Documento primario 34. Bogotá. 2018.

22 Grupo focal Integrantes del COPACO. Documento primario 20. Bogotá. 2018.

23 Entrevista jefe Regional de Servicio al Cliente. EPS-C. Documento primario 23. Bogotá. 2018.

24 Entrevista jefe Regional de Servicio al Cliente. EPS-C. Documento primario 23. Bogotá. 2018.

25 Entrevista funcionaria de la Oficina de Participación Social. EPS-C. Documento primario 7. Bogotá. 2018.

26 Grupo focal Integrantes de la Asociación de Usuarios. EPS-C. Documento primario 22. Bogotá. 2018.

27 Entrevista presidenta de la Asociación de Usuarios. ESE. Documento primario 29. Bogotá. 2018.

28 Entrevista presidente de la Asociación de Usuarios. IPS-Privada. Documento primario 40. Bogotá. 2018.

29 Entrevista Coordinadora Nacional de Participación Ciudadana. EPS-C. Documento primario 6. Bogotá. 2018.

30 Entrevista funcionario de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud-MSPS. Documento primario 9. Bogotá. 2018.

31 Entrevista Integrante del Comité de Ética Hospitalaria. ESE. Documento primario 18. Bogotá. 2018.

32 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad-PDSP. SDS. Documento primario 3. Bogotá. 2018.

33 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad-PDSP. SDS. Documento primario 3. Bogotá. 2018.

34 Entrevista Coordinadora Nacional de Participación Ciudadana. EPS-C. Documento primario 6. Bogotá. 2018.

35 Entrevista Integrante del Comité de Ética Hospitalaria. ESE. Documento primario 18. Bogotá. 2018.

36 Grupo focal Integrantes del COPACO. Documento primario 20. Bogotá. 2018.

37 Grupo focal Integrantes de la Asociación de Usuarios. EPS-C. Documento primario 22. Bogotá. 2018.

38 Entrevista Integrante de la Asociación de Usuarios-Comisión de Control Social-ESE. Documento primario 15. Bogotá. 2018.

39 Entrevista funcionaria de la Oficina de Participación. ESE. Documento primario 8. Bogotá. 2018.

40 Mosquera J, Gutiérrez A, Serra M. La experincia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. Colombia Médica [Internet]. 2009;40(1):1-9.

41. Delgado M, Vásquez M. Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2006;3(8):150-167. https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000300002

42 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano. Bogotá D.C; 2010.

43 Salamanca J. Reglamentación de los espacios y mecanismos de participación ciudadana en el municipio Colombiano: ¿en contra de los principios del constitucionalismo moderno y la filosofía participativa de la constitución política de 1991? [tesis de maestría]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Ciencias Políticas y Sociales; 2014.

Recibido para evaluación: 15 de abril del 2019
Aceptado para publicación: 12 de noviebre del 2019

***Correspondencia**:*
Francy Yanira Pineda-Granados
Correo electrónico: fp5327@gmail.com

Bogotá, D.C., Colombia