

Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina

M.L. Vázquez^a / E. Siqueira^b / I. Kruze^{b,c} / A. Da Silva^c / I.C. Leite^b

^aConsortio Hospitalario de Cataluña. España.

^bInstituto Materno Infantil de Pernambuco. Brasil.

^cUniversidad Federal de Pernambuco. Brasil.

Correspondencia: Dra. María Luisa Vázquez Navarrete. Investigación y Desarrollo. CHC Consultoría y Gestión. Avda. Tibidabo, 21. 08022 Barcelona. Correo electrónico: mlvazquez@chccig.com

Recibido: 8 de junio de 2000.

Aceptado: 8 de noviembre de 2000.

(The reform process and social participation in health in Latin America)

Resumen

Actualmente, muchos países en todo el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Estas reformas, si bien difieren de acuerdo con las características del país, comparten muchas de sus políticas, y una de éstas es la promoción de la participación social en salud. Con todo, esta política no es una iniciativa nueva en lo que a organización de los servicios de salud se refiere. A lo largo del último siglo la colaboración individual o colectiva de la población con los servicios de salud ha sido fomentada a partir de diversas filosofías y conceptos, y persigue objetivos diversos: desde la búsqueda de la colaboración de la población para la extensión de la cobertura de los servicios de salud al fomento de la creación de mecanismos que permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios. No obstante, para que exista algún tipo de implicación de la población con los servicios, deben confluír diversos factores, tanto relativos a los servicios como a la población. A pesar de que los marcos teóricos que han sustentado la participación social a lo largo del desarrollo de los sistemas de salud difieren considerablemente, su puesta en práctica ha compartido muchos elementos comunes en todas las épocas, desde la participación como medio para obtener unos objetivos, a ser un fin en sí misma, como proceso democrático. Esto es también aplicable a la promoción actual de las políticas de participación social en el contexto de las reformas, que se analizan fundamentalmente a partir de los ejemplos de Colombia y Brasil.

Palabras clave: Reforma del sistema de salud. Participación social. Latinoamérica.

Abstract

Currently, many countries throughout the world are reforming their health services. Even though these reforms differ according to the country's characteristics, they share many policies, one of which is the promotion of social participation in health-related matters. This policy, however, is not new in the field of health service organization. Throughout the last century, individual or collective collaboration between the population and health services has been promoted by several philosophies and concepts with different aims: from the search for collaboration with the general public to broaden public health system coverage to the promotion of the creation of mechanisms that would allow society to exercise control over these services' performance. Nevertheless, for the public to be involved with these services, several factors concerning both the services themselves and the population, need to converge. Although the theoretical frameworks that have encouraged social participation throughout the history of the development of health systems differ considerably, their practical implementation shares many common elements in all periods, from participation as a means of obtaining certain objectives to being an end in itself, as a democratic process. This can also be applied to the current promotion of social participation policies in the context of health care reforms, which are analyzed using Colombia and Brazil as examples.

Key words: Health system reforms. Social participation. Latin America.

Introducción

Las reformas que están sufriendo los sistemas de salud en Latinoamérica, aún dentro de su diversidad debido a las características específicas de cada país, comparten una serie de elementos comunes, como se ha demostrado en los otros artículos que se recogen en esta Revista. Entre ellos cabe des-

acar aquellos más relevantes en relación al contenido de este artículo: las políticas de descentralización y promoción de la participación social, y la introducción de reformas basadas en la aplicación de mecanismos de mercado y orientación al cliente.

La descentralización de los sistemas de salud ha sido promovida desde hace décadas y fue enfatizada especialmente durante la década de los ochenta como

uno de los principios de la atención primaria de salud¹. Por medio de la descentralización se buscaba aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población, que éstos fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad. En la década de los noventa, se produce un cambio fundamental en la orientación de las reformas de los sistemas de salud, que aparece dominada por preocupaciones económicas y en las que, sin embargo, la descentralización sigue siendo una política ampliamente difundida²⁻⁴.

La preocupación por la búsqueda de la eficiencia, junto a las tendencias políticas y económicas predominantes, ha influido fuertemente en aquellas reformas de los sistemas de salud que promueven estrategias de mercado para mejorar los servicios. En este contexto, se fomenta la participación del usuario como «cliente o consumidor», para que expresando su opinión contribuya a mejorar la calidad y cantidad de estos servicios, que deberían adaptarse a sus gustos y preferencias⁶.

En el desarrollo de los sistemas de salud, la participación social ha sido impulsada de una forma u otra, en momentos distintos y con filosofías diversas y, por tanto, no podemos decir que sea un concepto nuevo. Sin embargo, esta estrategia suele crear reacciones de aprobación y rechazo tanto en los formuladores de políticas, como en los ejecutores de las mismas⁶⁻⁹. A pesar de ello, la participación social se sigue promocionando en las políticas de reformas de los sistemas de salud bajo múltiples interpretaciones¹⁰. La revisión, llevada a cabo por González Block et al¹¹ sobre las reformas de 21 sistemas de salud de Latinoamérica demostró que la participación social es parte integrante de las políticas en la mayoría de los países analizados.

En la primera parte de este artículo analizaremos brevemente la evolución de la participación social en los sistemas de salud, sobre todo en Latinoamérica, para posteriormente describir la evolución del concepto, las condiciones para que pueda ser aplicado y cómo ha sido implementado en la práctica. En la segunda parte presentaremos, como ejemplos concretos, su implementación en el contexto de las reformas de los sistemas de salud en Brasil y Colombia.

Evolución de las políticas de participación social en los sistemas de salud

El interés por la participación social en salud no es nuevo. Las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ya en el siglo pasado las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad para su imple-

mentación¹². No obstante, la orientación y desarrollo de estas políticas están íntimamente ligados al contexto político y social en que se desarrollan. Esta descripción, sin pretender ser exhaustiva, intenta dar algunas pinceladas que permitan comprender la evolución de los procesos participativos en el contexto de los sistemas de salud.

En las décadas de los cincuenta y sesenta, los servicios de salud crecieron con un rápido aumento de personal e infraestructura. Esta expansión de los servicios de salud se produjo paralelamente a un proceso de urbanización e industrialización¹³. En Latinoamérica, como en el resto de los países llamados «en vías de desarrollo», se intentó reproducir los modelos del mundo occidental. En esta época se realizaron las primeras experiencias de implicar a la población en los programas de salud. En general, se trataba de experiencias circunscritas a determinadas áreas geográficas o programas, aunque algunos países, como Cuba y Panamá, incorporaron mecanismos de participación en todo el sistema de salud⁷. Panamá introdujo estas políticas en su programa nacional con el objetivo de transformar su modelo de salud —centrado en los hospitales y la atención curativa— en un modelo basado en la prevención y participación comunitaria, que permitiese extender la cobertura del sistema de salud¹⁴. Cuba, con un gobierno revolucionario, incorporó la participación en todos los niveles del sistema. Podemos decir, por tanto, que la promoción de la participación responde, por un lado, a la necesidad de introducir cambios en la orientación del sistema de salud y, por otro, pretende lograr una extensión en la cobertura de los servicios.

En la década de los setenta comenzó a generalizarse el reconocimiento de la incapacidad de los sistemas de salud, centrados en los hospitales y basados en la medicina occidental, para responder a la población más necesitada de atención. Al mismo tiempo, es una época caracterizada por un aumento de las tensiones de la guerra fría, la crisis del petróleo, las dictaduras militares y los fuertes movimientos sociales en busca de justicia social. En el ámbito sanitario todo ello generó la necesidad de cambios radicales en las políticas de salud. Al final de la década de los setenta, a partir de las experiencias desarrolladas en diversos países, como China, se conceptualiza la atención primaria de salud como alternativa a los sistemas de salud en crisis. En la filosofía de la atención primaria de salud, cuyas líneas generales fueron consignadas en el documento oficial de la conferencia internacional de Alma Ata¹, descentralización y participación comunitaria aparecen como principios fundamentales sobre los que construir un sistema de salud. Ambos elementos son comprendidos como una forma de acercamiento de los servicios de salud, dando una voz a la población atendida y, al mismo tiempo, aumentando la eficiencia del sistema, al

ser éste capaz de responder a las necesidades percibidas y de adaptarse a las condiciones locales.

Al final de la década de los ochenta y principios de los noventa se acaba la guerra fría y se producen cambios en la economía global. Esta situación, junto con la crisis de la deuda externa, impuso límites económicos severos que, con el predominio de valores neoliberales (*new right*), la disminución de la autonomía de los estados debido a la internacionalización del capital y las presiones de las agencias internacionales, llevaron a muchos países a introducir programas de ajuste estructural¹⁵.

Estos cambios produjeron un fuerte impacto en la formulación de políticas públicas y en la percepción del papel del Estado y la sociedad civil. Muchos países redujeron, y continúan reduciendo, el gasto público, disminuyendo, para ello, el papel del Estado en la provisión de los servicios públicos, incluyendo también el sector de la salud.

La financiación de los sistemas de salud de los países latinoamericanos que siempre había sido insuficiente, se deterioró aún más en la década de los ochenta. El problema se complicó con el aumento en los costes de los servicios de salud y el aumento de la demanda debido al crecimiento demográfico, los cambios epidemiológicos y los nuevos desafíos como el sida.

En este contexto se desarrollan, por un lado, las políticas de promoción de la salud centradas en la participación, que ahora toma un nuevo cariz, evolucionando hacia el concepto más amplio de acción social en salud¹⁶⁻¹⁹. Por otro lado, se introducen reformas en los sistemas de salud en las que se impulsa la reducción del papel del Estado y un modelo de mercado⁴. Desde este marco conceptual, se percibe al usuario como «cliente» de los servicios de salud y se espera que participe expresando su opinión de los servicios y que éstos, a su vez, actúen consecuentemente^{20,21}.

Además de los cambios impuestos por el orden económico y político mundial en la última década, los países latinoamericanos han realizado también amplias transformaciones políticas y administrativas. Estas transformaciones incluyen la descentralización a niveles regionales o locales como una forma de democratización de los sistemas, en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema. Además, se busca de esta manera una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de las instituciones públicas frente a la población a la que sirven.

Pero, ¿qué es participación en salud?

Los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las

políticas y sistemas de salud. Durante mucho tiempo la participación fue definida fundamentalmente a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual²².

En la década de los setenta, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, así como el estímulo de iniciativas locales²³ o la contribución voluntaria de la comunidad a un programa público, sin que ejerza ningún control sobre éste. Posteriormente, se destaca el papel de la comunidad en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud²⁴, formulación en la que no se refleja claramente la interacción con el sistema de salud y donde podría esperarse un acción independiente de la comunidad. Al final de la década de los ochenta, Oakley²⁵ analiza una serie de definiciones que surgen de la atención primaria de salud, de las cuales se pueden deducir distintas interpretaciones, pero adopta como definición operativa la propuesta por Foranoff: «participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud».

En la práctica, la participación colectiva en salud puede tener lugar de forma más o menos continua, a través de mecanismos establecidos, o de forma esporádica. Los mecanismos que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno (aunque la capacidad de influir de esta manera en las políticas de salud es realmente lejana²¹), comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales o a través de organizaciones comunitarias. En algunas ocasiones la población decide llevar a cabo acciones esporádicas para solicitar transformaciones específicas, acciones como la recogida de firmas, manifestaciones, visitas a las autoridades organizadas colectivamente, etc.

Además de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud, que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado. Esta participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un «consumidor o cliente» informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud (sugerencias y reclamaciones), el desarrollo de actividades para los servicios, como limpieza o apoyo a campañas de prevención de enfermedades o promoción de la salud (vacunación, limpiezas de los

barrios, etc.) o contribución con recursos monetarios o de otra índole.

Finalmente, algunos autores han tratado de elaborar una definición de participación que englobe todas las posibilidades de interacción con los servicios de salud. Así, Bronfman y Gleizer consideran como participación «la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud»⁶.

¿Cómo se puede llevar a la práctica la participación social en salud?

Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar.

En primer lugar, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que el ciudadano de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios. En el contexto de la reforma de los sistemas de salud, se ha procurado fortalecer las estructuras del nivel local que permitan a los ciudadanos expresar sus opiniones sobre los servicios de salud²⁶. Algunos de estos mecanismos tienen por objetivo la participación colectiva: los consejos municipales de salud (donde suelen participar los representantes de los servicios de salud, autoridades locales y la población), la introducción de representantes de la comunidad en las juntas directivas de hospitales y centros de salud o en los comités de calidad. Una limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud. Otros mecanismos que se pueden implementar, como los sistemas de quejas y sugerencias, favorecen la participación individual.

Otro elemento clave para la participación en el contexto de las reformas de salud es el acceso a la información. La población debe conocer los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema, los precios y la calidad de los servicios ofrecidos (en los sistemas que favorecen la competencia entre múltiples proveedores) y los paquetes que se ofrecen y su precio relativo (en las situaciones de competencia entre aseguradoras)²⁶. Es necesario que se facilite información suficiente al individuo y la co-

lectividad sobre la actuación de los servicios de salud y las posibles acciones para poder determinar cuándo, cómo y quién ha de actuar²⁷.

Las instituciones, además de estar abiertas a la participación, deben garantizar que exista una respuesta de los servicios a estas acciones. La participación conlleva una redistribución de poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud. Es decir, si se abren espacios para la participación social, las instituciones y el personal de salud pierden su absoluto monopolio en la toma de decisiones, que habrán de ser consensuadas entre los diversos agentes sociales²¹. Esto significa, por tanto, un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir. Los procesos reales de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población²⁷.

En un sistema pluralista y competitivo, como los que promueven con frecuencia las reformas de salud (p. ej., en Colombia y Chile), el usuario puede participar de manera individual mediante acciones que Hirschman²⁸ ha clasificado en «abandono» y «voz». «Abandono» se produce cuando el usuario cambia de servicio para expresar su descontento. Para que el usuario pueda abandonar los servicios, es decir, pueda elegir, necesita estar actuando en un sistema de múltiples proveedores que tienen que competir como incentivo para responder a las demandas. Para que el usuario pueda expresar su descontento, «voz», se necesita que existan mecanismos de quejas y reclamaciones u organismos de representación de los usuarios. Adicionalmente, deberá existir la posibilidad de una cierta elección y sistema de control de los servicios de salud, de lo contrario el usuario no siempre expresará su opinión por temor a represalias y los servicios no tendrán incentivo para mejorar.

Además de las oportunidades ofrecidas por las instituciones o el sistema, existen aspectos relativos a la población que influyen sobre las conductas participativas. La participación, tanto individual como colectiva, siempre conlleva costes psicológicos y en tiempo. El individuo sólo participará en acciones colectivas si percibe que tiene capacidad para influir en los resultados, que su participación es imprescindible y que va a lograr un cierto beneficio²¹. Por ello, es más probable que un individuo participe en salud si ya existen grupos o asociaciones que ofrecen una vía para ello. De esta manera, al presentar una demanda agregada, el coste individual es menor y el potencial impacto sobre los servicios mayor. Estas organizaciones han de tener la capacidad de recoger las opiniones y necesidades de los grupos que representan²¹. Existen experiencias que demuestran que en aquellas comunidades en las que existe una tradición organizativa, es más proba-

ble que haya una implicación colectiva en los servicios de salud^{7,29}.

En resumen, elementos políticos –creación de espacios y redistribución de poder y recursos–, organizativos –creación de mecanismos institucionales y capacidad de respuesta– o poblacionales –como la disposición u organización– deben concurrir para una efectiva participación social en salud.

Cómo se han implementado las políticas de participación en salud

Las distintas definiciones de participación en salud reflejan los valores que las sustentan y cómo deberían expresarse en la práctica de los sistemas de salud. No obstante, no siempre sucede de la manera esperada y, de hecho, a lo largo del último siglo se han implementado de formas distintas y con resultados diversos.

En general, se pueden observar dos formas de aplicación: participación como un medio para alcanzar unos objetivos y participación como un fin en sí misma, como un espacio democrático para el control social de las instituciones²⁵. En los sistemas de salud de Latinoamérica se pueden encontrar ejemplos de ambos tipos de aplicación, con un cierto predominio de la participación como medio.

Durante mucho tiempo, y aún hoy, se ha fomentado la participación en salud como medio, es decir, como una estrategia para contribuir a mejorar la utilización de los servicios, aumentar la calidad y complementar la financiación de los mismos.

Evaluaciones de la actuación de los servicios en salud han demostrado repetidamente que los servicios que se ofrecen no son utilizados o se consideran infrutilizados. En este contexto, se ha considerado participación en su mínima expresión, que es la utilización de los servicios de salud.

Se ha promulgado la descentralización de los servicios y la participación de la población, como estrategia para contribuir a la reorientación de los servicios de salud, mediante una mejor detección de necesidades y posterior adaptación³⁰. Esto sólo es posible cuando los servicios poseen la capacidad de responder a estas demandas. Como mecanismo para obtener estos objetivos se introdujeron en muchos lugares los comités de salud comunitarios, formados por miembros de las comunidades y personal de salud. En una evaluación realizada en Panamá, por ejemplo, se observó que de los numerosos comités de participación en salud creados sólo funcionaban aquellos en que los equipos de salud eran capaces de dar respuesta a las demandas de la población¹⁴. En el contexto de la reforma del sistema de salud en Nicaragua, se definieron

dos tipos de participación: social y comunitaria. La participación social se entendía como el incremento del papel de los diversos agentes sociales en la mejora de la salud de la población. Para ello, se crearon comisiones multisectoriales en las que participaban sectores relacionados con la salud (p. ej., alcaldías, Ministerio de Acción social y Ministerio de Salud) y los consejos de salud (municipal y nacional) en los que participaban empresarios, movimiento comunal, sindicatos, ONG, sociedades jurídicas, la Iglesia, personas notables del lugar, etc.³¹. En una evaluación realizada en 1996 se observó que estos consejos, allí donde estaban establecidos, se habían convertido en un espacio de lucha política de los poderes locales³². En la bibliografía, no obstante, también se recogen ejemplos en los que la existencia de los comités permitieron un acercamiento de los servicios a la comunidad⁶.

La participación de la comunidad como compensación a la crónica financiación insuficiente de los servicios de salud es la forma más común de participación que se observa en los sistemas de salud latinoamericanos. Se espera que el fomento de la participación social en salud contribuya a la movilización de recursos humanos, materiales y financieros adicionales, que permitan la extensión de la cobertura de los servicios de salud. En este caso, existe el peligro de que la participación de la comunidad supla el papel del Estado. Es decir, que en lugar de actuar como una fuente de financiación «complementaria», que permita el aumento de los fondos destinados a salud, sea una alternativa para la financiación de servicios de salud para los pobres, permitiendo la retirada progresiva del Estado^{7,15}.

En este sentido, es muy común considerar como participación en salud la existencia de promotores de salud comunitarios y parteras empíricas. En la reforma del sistema de salud de Nicaragua, la participación comunitaria se entendía como la prestación de recursos de la comunidad a los servicios de salud, en forma de trabajo voluntario (brigadistas y colaboradores voluntarios). También se consideraba participación comunitaria la colaboración de las parteras empíricas con los servicios de salud, en el sentido de participar en las capacitaciones y producir informes para los servicios sobre las acciones que realizaban, a pesar de que las parteras empíricas son un recurso privado de salud por el que la población debe pagar. Por otro lado, se esperaba que los consejos multisectoriales y de salud identificaran fuentes alternativas de financiación para la implementación de los programas. Estas fuentes podían depender, por ejemplo, de la voluntad de un «notable» del lugar para financiar parte de una campaña³². Además, también se introdujo el pago por la utilización de los servicios.

La promoción o instauración de mecanismos de participación social en las instituciones también ha sido

usada como mecanismo de manipulación política. Así, se han creado mecanismos de participación para disminuir presiones generadas sobre el sistema por su incapacidad de atender a la población que lo necesita. En ocasiones, la formación de comités de salud ha respondido a la necesidad de contrarrestar el poder de grupos organizados de la comunidad en capacidad de establecer un diálogo en condiciones de igualdad con las instituciones, cuando sus demandas no eran aceptables desde el punto de vista político dominante^{7,9,33}.

En los casos en que la participación se entiende como fin en sí misma, es decir, se basan en la aceptación de que la población tiene el derecho de participar en las decisiones que afectan a su vida cotidiana. En este sentido, va más allá del concepto de democracia representativa, en la que el ciudadano participa mediante la expresión de su voto y delega las decisiones en sus representantes, y fomenta el concepto de democracia participativa. La participación directa del ciudadano, en asuntos de su interés, debería ser un medio para aumentar el control sobre los servicios de salud³⁴. Esta filosofía, que orientaba las políticas de atención primaria de salud, también se refleja en algunas de las reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica, especialmente en aquellos países que están desarrollando procesos amplios de transformación política y administrativa. Como ejemplos, analizaremos en mayor detalle las experiencias de Brasil y Colombia en la siguiente sección.

Participación en el sistema de salud de Brasil

Las reformas de los sistemas de salud de Brasil y Colombia introdujeron políticas que reflejan diversos modelos de participación social en salud.

Después de un período de 24 años de dictadura, Brasil inició a partir de 1985 un proceso de reformas políticas y administrativas. La nueva Constitución de 1988 estableció una redistribución de poder entre los tres niveles de gobierno: federal o nacional, estatal y municipal. En el ámbito de la salud, la Constitución declara ésta como un derecho de todos los ciudadanos y como una responsabilidad del Estado y establece los principios básicos del sistema de salud, los cuales fueron complementados posteriormente con la Lei Orgánica de Saúde que creó el Sistema Único de Salud. Esto significó una reorganización del sector salud y, junto con la ley 8142 de 1990, regula la transferencia de los fondos de salud hacia el nivel municipal, promoviendo, asimismo, la participación y el control social en la gestión de los servicios de salud.

La Constitución establece que es el derecho y el deber de todo ciudadano participar en todos los niveles de gobierno: priorizando políticas y programas, con-

trolando la calidad e implementación de los servicios y fiscalizando el uso de recursos públicos.

Con este fin se han creado mecanismos de participación colectiva e individual en los tres niveles del sistema de salud: las conferencias y los consejos de salud, *Disque Saúde* y buzones de quejas y sugerencias. Las conferencias de salud tienen carácter consultivo, sirven para evaluar la situación y proponer las directrices de la política de salud a cada nivel de gobierno. Los consejos de salud tienen carácter permanente y deliberativo, deben aprobar las directrices y controlar la política de salud, incluyendo los aspectos económicos y financieros³⁵. La composición del consejo debe ser paritaria, es decir, la mitad de sus miembros son representantes de la comunidad, y el resto representantes del personal de salud, del gobierno y proveedores públicos y privados de los servicios de salud. Cada miembro debe ser representante del sector al que pertenece, pues ha de representar la opinión del sector y no la propia. Algunos municipios han creado consejos gestores de las unidades de salud, que son instancias permanentes y consultivas en las que participan representantes de los usuarios. *Disque Saúde* es una línea telefónica directa con el Ministerio de Salud, donde se pueden expresar quejas, sugerencias y también solicitar información. Además, algunos municipios han colocado buzones de quejas y sugerencias en los establecimientos de salud.

El Ministerio de Salud también contempla y promueve mecanismos de participación indirecta como las actuaciones a través del Ministerio Público (Ministerio de Justicia), PROCON (órgano de protección y defensa del consumidor) y los medios de comunicación²⁹.

Implementación de los mecanismos de participación

Las reformas llevadas a cabo en Brasil han creado una variedad de espacios para la participación social, tanto colectiva como individual, que están siendo llevados a la práctica. Sin embargo, la implementación de estas políticas se enfrenta a algunos problemas.

La redistribución de poder entre las distintas fuerzas sociales es aún limitada. Por ejemplo, en los consejos de salud las decisiones tienen que ser ratificadas por el representante del gobierno a su nivel, que puede ejercer su autoridad en diverso grado, desde dejar un amplio margen de actuación hasta el más estricto control³⁶. También se sigue manteniendo el control desde los niveles superiores de gobierno a los inferiores³⁷.

El nivel de organización de los distintos grupos, especialmente de las comunidades, es muy variable. Se han considerado como comunidades a los habitantes de las distintas divisiones de los servicios de salud, que son territoriales, y abarcan diferentes grupos, organizados o no. Si no están organizadas, carecen de re-

presentantes. En los casos en que algunas organizaciones comunitarias están presentes, no existen mecanismos para asegurar que los diferentes grupos de interés estén representados. Se encontró que cuanto mejor organizada estaba la comunidad y mayor era su acción de lucha social, más fácil era la conformación y mejor el funcionamiento de los consejos²⁹.

Los niveles de información sobre el sistema de salud son aún limitados. El conocimiento de las diversas formas de participación no está muy extendido entre el personal de salud y la población. Asimismo, sus conceptos y opiniones sobre la participación continúan reflejando en gran manera las formas tradicionales de participación, es decir, el apoyo voluntario de la población al funcionamiento de los servicios^{38,39}. En el caso de los consejos municipales, sus miembros, y especialmente los representantes de la comunidad, no siempre poseen las capacidades y la información necesarias para participar en las discusiones, y algunos de ellos no han logrado entender su papel, ni sus responsabilidades⁴⁰. Por otro lado, el grado de comunicación de los consejos con la comunidad es variable. Algunos consejos han establecido canales para que los ciudadanos puedan expresar directamente sus opiniones, otros realizan sesiones abiertas y algunos ya han implementado diversos mecanismos para informar a la población sobre sus derechos, sus deberes y la actuación de los consejos³⁵.

Participación en el sistema de salud de Colombia

En su nueva Constitución de 1991, Colombia declara la salud como derecho inalienable de todos los ciudadanos y la seguridad social en salud como un servicio público, que tiene que ser proporcionado bajo la dirección del Estado y siguiendo los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad. Ya en 1990 se había promulgado el Decreto 1416 en el que se reglamentaba la participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud. A la Constitución, siguieron la Ley 100 (1993), que crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SGSSS) e introduce la competencia entre aseguradoras (EPS) y proveedores de salud (IPS), así como la participación social en la organización y control de las funciones del sistema, y el Decreto 1757 de 1994, que establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud. Algunos años después de promulgadas las leyes, en 1997, el Ministerio de la Salud⁴¹ publicó las políticas de participación para impulsar el desarrollo de los mecanismos legales.

Estas leyes contemplan y definen formas de participación colectiva, que denominan comunitaria e institucional y formas de participación individual o ciudadana.

Como forma de participación colectiva comunitaria se crearon los comités de participación comunitaria y las asociaciones de usuarios. La representación en las juntas directivas y comités de ética hospitalaria son formas colectivas de participación institucional.

Los comités de participación comunitaria (COPACO), están conformados por los diferentes agentes sociales y el Estado, con la función de contribuir a la planificación y gestión de los servicios de salud.

Las asociaciones de usuarios reúnen a los afiliados al SGSSS, con la función de asesorar a sus miembros, velar por la calidad del servicio y la defensa del usuario, participar en las juntas directivas de las IPS y EPS, los COPACO y los consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud.

Las juntas directivas de aseguradoras (EPS) y prestadores de servicios (IPS) están conformadas por el personal de salud, representantes de usuarios y representantes de organizaciones comunitarias miembros de COPACO, que tienen la función de contribuir a la planificación y gestión de los servicios de salud.

Los comités de ética hospitalaria están conformados por el personal de salud, representantes de usuarios y representantes de organizaciones comunitarias que sean miembros de COPACO. Estos comités tienen la función de promover programas de promoción de la salud, de divulgar los derechos y deberes en salud y contribuir a la calidad de los servicios.

Como formas de participación individual o ciudadana, se crean los servicios de atención al usuario en las EPS e IPS con un sistema de información y atención al usuario en las IPS que debe contar con una línea telefónica, o equivalente de acuerdo a las condiciones del lugar, para proporcionar información y recoger quejas y sugerencias de los usuarios. La dirección municipal, distrital y departamental de la Seguridad Social debe establecer el servicio de atención a la comunidad para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.

Implantación de los mecanismos de participación

Las reformas del sector salud en Colombia hacen hincapié, por un lado, en la participación individual, introduciendo la libre elección del individuo y, por otro, en la participación colectiva.

Esto ha dado lugar al diseño de un complejo conjunto de mecanismos de participación. Desde 1997, el Ministerio de Salud ha estado publicando numerosos materiales dirigidos tanto al personal de salud como a la población, con el objetivo de contribuir y acelerar la implementación de estos mecanismos.

Los resultados preliminares de un estudio realizado recientemente⁴² demuestran algunas de las dificultades encontradas:

— La mayoría de los proveedores públicos han implementado oficinas de atención al usuario y asociaciones de usuarios. Aunque los proveedores privados tienden a organizar tan sólo oficinas de atención al usuario, éstas están mejor dotadas de recursos que las de los servicios públicos.

— La distribución de poder ha sido limitada hasta ahora. Los servicios públicos no facilitan el trabajo de las asociaciones de usuarios y los privados tienden a considerar innecesaria la participación de la población, ya que esto les supone un trabajo adicional.

— El conocimiento de la población sobre la existencia de mecanismos de participación es bastante limitado. No obstante, existe una disposición positiva hacia la participación. Una vez informados de las posibilidades de participación, muchas de las personas entrevistadas mostraban su interés en interactuar de diversas maneras con los servicios de salud.

Conclusiones

Las políticas de participación social en salud, promovidas por muchas de las reformas de los sistemas de salud, no son un elemento novedoso. La colaboración de la población con los sistemas de salud ha sido promocionada a lo largo de las últimas décadas con objetivos y resultados variables.

Así, en el contexto de la reforma de los servicios de salud, se pueden identificar los diferentes enfoques de participación adoptados anteriormente y un último enfoque introducido recientemente, en función del mercado:

— Participación comunitaria como elemento esencial de la atención primaria de salud y la promoción de la salud⁴³.

— Participación individual y colectiva aportando recursos humanos, materiales y monetarios.

— Participación social como elemento esencial para lograr la transparencia y responsabilidad de los sistemas de salud frente a la población que atiende.

— Participación individual en la libre elección de los proveedores y aseguradoras, la expresión de la satisfacción y el descontento con los sistemas de salud, en un sistema basado en la competencia.

Un aspecto novedoso es la promoción de la participación para conseguir la democratización de los servicios en un contexto de reformas políticas y administrativas que van más allá de los sistemas de salud. Para que la participación democrática en los servicios de salud sea realmente efectiva, además de la existencia de espacios y mecanismos, se necesita que una serie de requisitos de orden político, organizativo y poblacional estén presentes: recursos e información suficiente, existencia de organizaciones, voluntad de la población a participar y, sobre todo, la voluntad de los servicios de compartir las decisiones en salud y la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la población.

La formulación de políticas de participación social en Brasil y Colombia ha respondido a la voluntad política de abrir espacios democráticos. Estos países han recorrido una primera etapa reconociendo el derecho a la participación como un derecho democrático y estableciendo las bases para que la participación social en salud, tanto individual como colectiva, sea posible. La instauración de las mismas es reciente y su puesta en práctica está encontrando dificultades. Ambos países necesitan un mayor período de implementación que permita la consolidación de los diversos elementos necesarios, antes de poder evaluar la efectividad de estas políticas para lograr incidir en los servicios de salud y, sobre todo, para contribuir a hacer real el derecho democrático a participar en las decisiones que afectan a la colectividad.

Agradecimientos

Agradecemos a Sergio Meresman, Ingrid Vargas, María Antonia Lizana y Ana Paula Pereira sus muy estimulantes y útiles comentarios a versiones anteriores de este artículo.

Bibliografía

1. World Health Organisation. Primary health care. Health for all series n.º 1. Ginebra: World Health Organisation, 1978.
2. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *J Int Develop* 1995; 7: 329-348.
3. Zwi AB, Mills A. Health policy in less developed countries: past trends and future directions. *J Int Develop* 1995; 7: 299-328.
4. World Bank. World development report 1993: investing in health. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
5. Leavy R, Wilkin D, Metcalfe DHH. Consumerism and general practice. *BMJ* 1989; 298: 737-739.
6. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia, o de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10: 111-122.
7. Ugalde A. Ideological dimensions of community participation in Latin America health programs. *Soc Sci and Med* 1985; 21: 41-53.
8. Castro Pérez R, Hernández Tezoquipa I. Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Salud Pública de México* 1993; 35: 376-391.
9. Briceño León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14 (Supl. 2): 141-147.

10. World Health Organisation. European health care reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
11. González Block MA, Frenk J, Lockett LY, Macías Chapula C, De Icaza E, Martínez Valle A. Experiencias de reformas a los sistemas de salud en el mundo. En: Frenk J, editor. Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
12. Rifkin SB. Community participation in maternal and child health/family planning programmes. Ginebra: World Health Organisation, 1990.
13. Frenk J, Donabedian A. State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning* 1987; 2: 17-31.
14. La Forgia GM. Fifteen years of community organisation for health in Panama: an assessment of current progress and problems. *Soc Sci Med* 1985; 21:55-65.
15. Poland B, Coburn D, Robertson AE, y los miembros del Critical Social Science Group. Wealth, equity and health care: a critique of «a population health» perspective on the determinants of health. *Soc Sci Med* 1998; 46:785-789.
16. World Health Organisation. Ottawa charter for health promotion. An international conference on health promotion. Ottawa: WHO/Health and Welfare Canada/Canadian Public Health Association, 1986.
17. World Health Organisation. The Adelaide recommendations, healthy public policy. Copenhagen: WHO/ Europe, 1986.
18. World Health Organisation. Call for action. Promoting health in developing countries. Ginebra, WHO; 1989.
19. World Health Organisation. Supportive environments for health statement. WHO/HPR/HEP/95.3. Ginebra: WHO, 1995.
20. Thompson A. Customizing the public for health care. What's in a label? En: Kirpatrick, editor. The politics of quality in the public sector. Londres: Routledge, 1994.
21. Klein R. The politics of participation. En: Maxwell R, Weaver N, editores. Public participation in health. Londres: King Edward's Hospital Fund for London, 1984.
22. Irigoyen J. La participación comunitaria en atención primaria. *Jano* 1994; 46: 941-944.
23. Oakley P. Community involvement in health development. An examination of the critical issues. Ginebra: WHO, 1989.
24. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *Wld Dev* 1980; 8: 213-235.
25. Oakley P. Community involvement in health development. An examination of the critical issues. Ginebra: WHO, 1989.
26. Bennett S. Reforming State capacity: the demands of health sector reform in developing countries. Paper presented at forum on health sector reform. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 21-24 de abril de 1998.
27. UKHFAN Community Participation Group. Community participation for health for all. Reino Unido, marzo de 1991.
28. Hirschman A. Exit, voice and loyalty. Response to decline in firms, organisations and states. Harvard: Harvard University Press, 1970.
29. Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. En: Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
30. Collins C. Decentralisation. En: Collins C, editor. Management and organisation of developing health systems. Oxford: Oxford University Press, 1994.
31. MINSA. Reforma del sistema de salud. Managua: Ministerio de Salud de Nicaragua, 1994.
32. Jané E, Lobo F, Vázquez Navarrete ML, Solórzano AL. Fortalecimiento del sistema de salud en Nicaragua. EC Ref. n.º NIC/B/-310/96/294. Bruselas: Comisión Europea, 1996.
33. Hersch Martínez P. Participación social en salud: espacios y actores determinantes de su impulso. *Salud Pública de México* 1992; 34: 678-688.
34. López LA, Siles D. La participación comunitaria: verdades y falacias. Documento mimeografiado. Granada, 1992.
35. Néder C. Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros, visando a municipalização dos serviços de saúde. En: Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
36. Atkinson S. Going down to the local: decentralisation in practice in North Eastern Brazil. Health Policy Unit Seminar. London School of Higiene and Tropical Medicine, 13 de mayo de 1998.
37. Araújo JL Jr. Attempts to decentralise in recent Brazilian health policy: issues and problems, 1988-1994. *Int J Health Services* 1997; 27: 109-124.
38. Vázquez Navarrete ML, Siqueira González E, Diniz A, Kruze I, Leite Veras I. La participación social en salud en dos municipios del nordeste de Brasil. Póster. VIII Congresso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la asociación internacional de políticas de salud. Globalización, reformas y equidad en salud. Cuba: 3-7 de julio 2000; 122-123.
39. Siqueira E, Kruse B, Pereira AP, Leite I, Diniz A, Kruze I. Opiniones dos usuários sobre a participação no controle da qualidade dos serviços de saúde em dois municípios do nordeste do Brasil. Póster. VIII Congresso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la asociación internacional de políticas de salud. Cuba: de julio 2000; 8-9.
40. Kruse B, Kruze I. En: Vázquez ML, Mosquera M, Siqueira E, Leite IC, Kruse B, Batista Filho M. Diarrea e infecções respiratórias: um estudo de intervenção educativa no nordeste do Brasil, 1991-1994. Forschungszentrum Jülich. Scientific Series of the International Bureau, 1996; 38.
41. Ministerio de Salud. Políticas de participación social en salud. Programa de sistemas municipales de salud. Bogotá: Ministerio de Salud; Dirección general de descentralización y desarrollo territorial, 1997.
42. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Arango C. The policy interface between users and health services: a case study from Colombia. Progress report T22/181/159 to Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Ginebra: WHO, 1998.
43. Daniels J, Bryant RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Benchmarks of fairness for health care reforms: a policy tool for developing countries. *WHO Bulletin* 2000; 78(6): 740-750.