

SALUD PÚBLICA: PARTICIPACION SOCIAL AL SERVICIO
CON CALIDAD

GARCÍA M, PAEZ, PAEZ J, RODRIGUEZ M, VELASQUEZ L,
ZAMORA D. *CORTES G.

Resumen

La Política de Participación Social en salud que actualmente se rige por el Decreto 1757 de 1994, es una invitación a los ciudadanos para que hagan uso del derecho de participación que les otorga la Constitución Política Nacional, en este caso en particular a la Salud Pública. La ciudadanía al trabajar dentro de este esquema, se convierte en un actor social generador de cambio en pro del beneficio de la Comunidad que accede a los servicios de Salud Pública, haciendo énfasis en el mejoramiento de la calidad del servicio de la Red Pública Hospitalaria. En este trabajo se buscó indagar e investigar por las concepciones y significados construidos en torno a la participación social, calidad en servicio de salud, sistema de salud y ciudadanía; desde el punto de vista de algunos actores sociales y funcionarios del Hospital de Fontibón. Para obtener las diferentes perspectivas acerca de los temas mencionados al inicio de este párrafo, se realizó un análisis y comparación de discursos obtenidos por entrevistas a profundidad, realizadas a personas que han sido participes o que tienen conocimiento sobre los contenidos mencionados y que poseen una relación con el hospital de Fontibón. El enfoque metodológico adoptado fue cualitativo, que se propone comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros. De esta forma, el presente informe tiene las siguientes partes: Introducción, planteamiento del problema, sistematización del problema, objetivos, marco teórico, método, discusión, conclusiones y recomendaciones. Por su interés en el cambio organizacional, este informe apunta a nutrir el trabajo del grupo de investigación, desde el programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia, denominado Gestión y Organizaciones desde las corrientes Emergentes (GOCE).

Palabras Claves. Participación social, Calidad en servicio, Sistema de Salud, Ciudadanía.

* Asesor de tesis

SALUD PÚBLICA: PARTICIPACION SOCIAL AL SERVICIO
CON CALIDAD

GARCÍA M, PAEZ, PAEZ J, RODRIGUEZ M, VELASQUEZ L,
ZAMORA D. *CORTES G.

Abstract

The Policy for Social Participation in Health is currently governed by Decree 1757 of 1994, is an invitation to citizens to make use of the resale right to them by the National Constitution, in this particular case to Public Health. Citizenship at work within this framework, it becomes a social actor generator change for the benefit of the Commonwealth have access to public health services, placing emphasis on improving the service quality of the public hospital network. This paper sought to explore and investigate ideas and meanings constructed around social participation, quality of care, and public health system, from the viewpoint of some players and officials Hospital Fontibon. For different perspectives on the topics mentioned at the beginning of this paragraph, an analysis and comparison of languages obtained by in-depth interviews conducted with people who have been involved in or having knowledge of the contents mentioned and have a relationship Fontibon the hospital. The qualitative methodological approach was adopted, which aims to understand social phenomena from the perspective of its members. In this way, this report has the following parts: Introduction, statement of the problem, organization of the problem, objectives, theoretical framework, method, discussion, conclusions and recommendations. For your interest in organizational change, this report aims to nurture the work of the research group, from the psychology program at the University Piloto of Colombia, known as Management and Organizations from Emerging flows (GOCE).

Key words. Involvement, Quality service, Health System, Citizens. public health: social participation in the service

* Advisory of thesis

Introducción

El sistema actual de salud en Colombia se rige por la ley 100 de 1993, en la cual se establecen los parámetros generales para la prestación de los servicios de salud en el territorio Colombiano, y menciona que todos los ciudadanos tienen derecho a la prestación de los servicios de salud, con el respaldo de las entidades públicas, privadas o mixtas a través de la libre elección y en el cual se encuentran dos regímenes generales; un régimen de tipo contributivo y el régimen subsidiado, este último no siendo de libre elección.

Este Sistema de Salud, actualmente está en la mira de las ciencias interdisciplinarias, debido a la evaluación de calidad en la prestación del servicio. Esto ha conllevado a colectivos para generar mesas de trabajo en participación social.

En la red Hospitalaria se observa falencias en el presupuesto por parte del gobierno a las entidades prestadoras del servicio con el agravante que existen inconsistencias por parte de los hospitales en el reporte de balances acordes al dinero recibido para

suplir sus necesidades más urgentes. De esta forma el usuario es quien lleva la peor parte, ya que el servicio que se le presta es precario y por tanto las expectativas de los usuarios frente a la prestación de salud es mínima.

La Salud es un derecho fundamental de los colombianos, según la Constitución Política de 1991, y por la cual el gobierno ha implementado un Sistema de seguridad Social a partir de la ley 100 de 1993, para promover el bienestar de todos los colombianos, pretendiendo garantizar un servicio de prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, considerando la persona como un ser integro en sus dimensiones biológica, psicológica y social.

Según la Organización Mundial de la Salud (1948) define el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad". Con el Sistema de Seguridad en Salud, Colombia es un país que está lejos de cumplir con este concepto, debido a que enfrenta múltiples barreras tanto para los no afiliados como para las personas aseguradas en los regímenes contributivos y subsidiados. Estos problemas son ocasionados por

limitaciones en la infraestructura, organización, administración y calidad.

Por otro lado la comunidad tiene derecho a conocer y a participar activamente de lo que esta haciendo el Estado por la salud y la calidad del servicio en los hospitales, debido a que la salud es un derecho social; por esta razón a partir del decreto 1216 de 1989 se crean los comités de participación comunitaria, los cuales establecen que la comunidad debe participar en las juntas directivas de los organismos de salud.

Desde la Psicología se pretende motivar a los ciudadanos a una participación más activa de la comunidad, en lo referente a este tema, asimismo crear una conciencia general de la problemática que se esta viviendo hoy en día en nuestro país sobre la calidad en el servicio hospitalario.

La dinámica de calidad en salud hospitalaria en la ciudad de Bogotá, es evidenciar qué está sucediendo alrededor de un derecho fundamental de cada ciudadano, el derecho a la Salud y como este contexto está siendo afectado por la inclusión de conceptos como la calidad en el Servicio de la Salud.

Lo que incentiva a realizar la investigación acerca de la calidad de la gestión Administrativa en hospitales de la red pública, es la manera como el gobierno está privatizando estas entidades a las cuales la comunidad tiene derecho, un derecho vital y además gratuito en cualquier parte del mundo, conjuntamente las voces de inconformidad que están siendo evidentes y el desconcierto de los propios trabajadores del sistema, las demandas masivas que se están presentando, y la conformación de mesas de discusión de los ciudadanos.

La Universidad Piloto de Colombia desde el programa de Psicología y exactamente desde el Grupo GOCE (Gestión y Organizaciones desde Corrientes Emergentes), apoya esta investigación debido a que este tema, está trascendiendo mas allá de una problemática común, a un problema de cada rincón del territorio colombiano y de la cual tenemos la oportunidad de presentar un análisis y unos resultados, que le sirvan a la comunidad en general para darse cuenta de cuál es la realidad que enfrenta actualmente la ciudad frente a la Participación Social en Salud y cómo influye en la calidad del servicio en los hospitales de la red

publica y el estado actual en que se encuentra. Es como un renacer para la comunidad, ya que tienen derecho a ser informados y a conocer los modos de Participación ciudadana en salud para que hagan parte del mejoramiento de la calidad en Salud y conocer qué pretende nuestro gobierno con respecto a este tema.

Se parte de la importancia de conocer las necesidades del propio usuario para responder más adecuadamente a sus inconformidades y demandas, tomando como referencia los conceptos de sistema de salud, calidad en servicio y participación social que fundamentan nuestra investigación.

Con esta investigación se valora las necesidades expresadas por las personas que hacen parte de la red hospitalaria ya sean empleados o usuarios. Así mismo la percepción que tienen cada uno de estos actores en el contexto que los rodea y las repercusiones que llega a tener sobre su calidad de vida.

Así, este trabajo pretende ser el inicio de esfuerzos encaminados a proporcionar información desde los hospitales sobre la atención necesaria para que la calidad de vida de los usuarios no sufra un impacto negativo, ni en el presente ni en el futuro, y mejorar

la actividad asistencial en los centros hospitalarios. Además permite que los ciudadanos conozcan políticas de participación, para que sean actores participantes en la toma de decisiones sobre la proyección o el direccionamiento de la Salud en la red Pública al comprender la estructura del Sistema Social de Salud en Colombia.

La relevancia de este trabajo de grado radica en la importancia de la temática con respecto a la participación social en la red Hospitalaria pública, involucrando a la misma ciudadanía como la usuaria cotidiana de los servicios que presta las Entidades de Salud como participantes activos de políticas encaminadas a mejorar la calidad en este servicio.

Esta temática es importante para la Psicología porque está orientada a conservar la salud física y psicológica de la comunidad; de la misma manera pretende incentivar la Participación social de los ciudadanos y, por otro lado, puede dar origen a diferentes investigaciones para otras disciplinas; por ejemplo se podría vislumbrar qué impacto social tendría la modificación del Sistema de Salud en la Red

Pública teniendo como objetivo principal la calidad de Servicio en la Salud.

Planteamiento del problema

Hasta la mitad del siglo XX la calidad era vista como un problema que se solucionaba mediante herramientas de inspección. En los años 40 todos los productos finales se probaban 100% para intentar asegurar la ausencia de defectos. En esta época, calidad se definía como la adecuación de un producto a su uso; las teorías de los japoneses sobre calidad se estaban implantando en el conjunto de la empresa y habían asumido los planteamientos sobre la eficacia del trabajo en grupo con la implantación masiva de los Círculos de Calidad y de los Grupos de Mejora, compuestos por personal generalmente de diferentes áreas. González, H. (2007).

En los años 70, en las empresas japonesas ya estaban establecidos principios como "La Calidad es responsabilidad de todos" y "Hay que hacer las cosas bien a la primera" y era frecuente hablar de "cliente interno". Todos estos conceptos fueron adaptándose a lo largo de la década de los 80 en el resto de mundo, al observarse el excelente resultado que habían dado en

Japón. En la década de los 90, la liberalización de los mercados, las nuevas tecnologías, el incremento de la competencia y la necesidad de realizar drásticas reducciones de costes, han hecho surgir en muchas empresas programas de implantación de Sistemas de Gestión de Calidad Total, con el objetivo fundamental de aumentar la competitividad y de satisfacer las expectativas de los clientes. No obstante, el aseguramiento de la calidad sigue considerándose una cuestión que se vincula, en esencia, al departamento de producción. González, H. (2007).

El Aseguramiento de la Calidad según la norma ISO 9000, nace como una evolución natural del control de Calidad, que resultaba limitado y poco eficaz para prevenir la aparición de defectos. Para eso, se hizo necesario crear sistemas de calidad que incorporasen la prevención como forma de vida y que, en todo caso, sirvieran para anticipar los errores antes de que estos se produjeran. Un Sistema de Calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo. Un sistema de calidad

es un método sistemático de medios y acciones encaminadas a asegurar suficiente confianza en que los productos o servicios, se ajusten a las especificaciones.

Tomando la red pública hospitalaria como una organización y de acuerdo con la Norma ISO 9000, en sus procesos se debería establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad para el mejoramiento continuo de su eficacia y así prestar un servicio con calidad competitiva.

Para que las Entidades que prestan un servicio en salud tengan la capacidad de competir en un medio tan agresivo y cambiante como el Colombiano, deben recibir información sofisticada y ser asequibles para utilizar métodos de análisis, los cuales a su vez, son desarrollados por profesionales, pues ha pasado la época en que los sistemas de evaluación y control de la calidad ofrecían solo productividad, y la actual contribuye significativamente a la competitividad de las Organizaciones.

La calidad de atención en los hospitales de Bogotá despierta un interés por parte de los profesionales de las organizaciones e instituciones hospitalarias,

también por una sociedad cada vez más exigente de los servicios de salud; dada la competitividad que se presenta en la actualidad es necesario que la mejora continua en la calidad sea un fin imprescindible y por eso constituye un campo actual de estudio e investigación.

Con esta investigación se pretende realizar una descripción acerca de la participación ciudadana y la calidad en Salud de la red hospitalaria pública, a su vez identificar qué reciprocidad puede llegar a existir entre estas dos. Todo esto con el propósito de facilitar la implementación de ajustes necesarios que conduzcan a la solución de los problemas según los diagnósticos hechos en los servicios al usuario, así como proporcionar bases para nuevas investigaciones que identifiquen los factores que influyen en la calidad del servicio y en la participación social, con el fin de contribuir con la formación académica de futuros profesionales que proyecten a los empleados ser líderes de la gestión en calidad en la red hospitalaria y a los usuarios a participar activamente en las propuestas para el mejoramiento de este servicio.

De acuerdo con el diagnóstico de la situación de salud del país, en los años 70, el cual indicaba que un 36% de la población carecía de cualquier tipo de servicio de salud, el gobierno nacional planteo la necesidad de ampliar la cobertura mediante las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad en el desarrollo de programas de salud.

Se dictaron entonces el decreto 621 de 1974, por el cual se creo la oficina de participación de la comunidad a nivel del Ministerio de Salud, y el Decreto 350 de 1975 por el cual se ordenó la adopción de una estructura de participación de la comunidad a nivel de los servicios seccionales de salud, unidades regionales y unidades locales. El decreto 121 de 1976 convirtió en dirección la oficina de participación de la comunidad. Alcaldía Mayor de Bogotá, (2007). Cartilla de Participación Comunitaria un Derecho y un Deber Alcaldía.

Puede decirse, entonces, que están dadas las bases legales de esta participación; sin embargo después de muchos años no se ha llegado a un acuerdo sobre lo que se entiende por participación, aunque generalmente se acepta que la comunidad no es solo

objeto de las acciones en salud sino sujeto actuante. En qué términos se entiende este sujeto actuante, ese es el problema.

En el manual del programa de participación y organización de la comunidad de la Secretaria de Salud Publica de Medellín elaborado en 1980, se plantea, dentro del punto de la justificación, "a pesar, de que las políticas de salud buscan obtener una mayor cobertura en sus programas, esta se ve directamente afectada por las limitaciones en la asignación presupuestal, que exige mantener los costos dentro de los limites razonables. Por lo tanto se hace indispensable obtener recursos de la misma comunidad, a fin de estar al tanto de las necesidades debido a que existen limitaciones en la asignación presupuestal".

Esta colaboración a nivel económico concuerda también con la colaboración en la prestación de los servicios, lo que quiere decir: información de los requerimientos de la comunidad e información a la comunidad de los servicios que presta el sector salud y "Prestación de servicios en acciones elementales de salud". Durante la III reunión especial de Ministros de

salud de las Américas se enfatiza en este aspecto, asegurando que: "la población no deberá conformarse con aceptar los programas, sino que deberá participar decididamente en estos para multiplicar los servicios de salud creados por ellos y para ellos". También la IV reunión de Ministros de las Américas, realizada en 1977 vuelve a plantear la extensión de la cobertura a partir de la participación. Por otra parte, la cobertura es un planteamiento que se hace en términos cuantitativos. Es necesario aclarar en este punto la necesidad urgente que tiene el país de ampliar la cobertura, teniendo en cuenta que más de una tercera parte de la población esta totalmente desprotegida; sin embargo, también es importante mencionar que el problema cualitativo es central en la medida en que una parte de la cobertura no llega o no es eficaz en términos de servicios. Segunda Asamblea por el Derecho a la Salud y Calidad de Vida, (2006). Lo que nos lleva a relacionar la siguiente Resolución:

Según el Ministerio de Protección Social, (2005), con la Resolución No. 5261 de 1994 se plantea que los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de atención en salud, que están

comprendidos por los siguientes niveles, nivel I, nivel II, nivel III .

Los niveles de atención fueron diseñados para que el sistema fundamentalmente remita al enfermo según el grado de desarrollo científico y tecnológico de cada nivel y grado de enfermedad del paciente. (Secretaria de Salud de Bogotá, Atención Primaria en salud, participación social movilización por el derecho a la salud, Bogotá D,C)

Primer nivel: Lo caracteriza la atención básica prestada por puestos de centro de salud y los hospitales locales, los cuales cuentan con servicios de consulta externa bajo la atención de médicos generales y los (CAMI) Centro de Atención Medica Inmediata.

Segundo nivel: Lo caracteriza la atención inmediata dada por médicos generales y de especialidades básicas como: medicina interna, cirugía, pediatría, entre otros, los cuales son atendidos por los hospitales de este nivel y los (CAMI) Centros de Atención Medica Inmediata.

Tercer nivel: Caracterizado por la atención de alta complejidad brindada por los médicos, odontólogos generales y especialistas básicos; En este nivel de

atención se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Psiquiatría, Fisiatría, Genética, Nefrología, Cirugía General, ortopedia, Otorrinololaringología, Oftalmología, Urología, Cirugía pediátrica, Neurocirugía, Cirugía plástica, entre otras; cuidado crítico adulto, pediátrico y neonatal, atención de partos y cesáreas de alta complejidad, laboratorio e imagenología de alta complejidad, atención odontológica especializada, otros servicios y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

La tabla 1. Servicios especiales en hospitales de mayor complejidad; es un ejemplo de algunas Instituciones públicas que tratan servicios especializados.

Tabla 1 *Servicios especiales en hospitales de mayor complejidad*

Salud Pública: Participación Social al Servicio con Calidad 9

Hospital	Servicios
La Victoria	Atención integral de hipotiroidismo congénito.
Santa Clara	Cirugía de corazón exámenes y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia.
Tunal y Simón Bolívar	Urodinamia
El Tunal	Endocrinología
Simón Bolívar	Nefrología y Urología (Litotricia y procedimientos endoscópicos de urología)
Simón Bolívar, El Tunal y Santa Clara	Programa para atención de pacientes VIH positivos
Occidente de Kennedy y Santa Clara	Exámenes y procedimientos de vascular periférico, apoyo diagnóstico, invasivo y no invasivo.
Estudios y Procedimientos de Medicina Nuclear	Estudios y procedimientos de Medicina Nuclear
En todas las subredes	Servicios de Rehabilitación y atención en salud mental.
En primeros y segundos niveles	Atención en Salas ERA (enfermedad respiratoria aguda).

Se observa que el Ministerio de Protección Social, venía trabajando bajo la ley 10 de 1990, la cual era orientada principalmente a la enfermedad como fin, y los hospitales se dedicaban a prestar un servicio integro a la comunidad sin mirar el tipo de nivel socioeconómico de cada individuo. Al parecer esto

significaba una sobrecarga de usuarios en ciertas Instituciones hospitalarias, afectando la distribución y la cobertura. Después de la nueva reforma realizada a partir de la ley 100 de 1993, que se enfoca en la promoción y prevención de la salud, y la cual pretende una reorganización teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de los individuos se clasifican en tres regímenes (contributivo, subsidiado y vinculados) dependiendo del régimen al cual este afiliado el paciente, los servicios tienen más o menos alcances para prevenir y tratar enfermedades. Rodríguez; C. (2007).

A partir de lo anterior y a raíz de la expedición por el Gobierno Nacional el 31 de marzo de 2003 del Documento CONPES 3219 donde se planteaban cifras que evidenciaban la inviabilidad financiera del ISS, la Entidad inicia una serie de acciones en la búsqueda de la flexibilización del gasto y del mejoramiento de la gestión interna, y como consecuencia presenta los estudios que proponen y soportan la separación de la prestación de servicios de salud de los demás negocios de ISS, acto efectuado a través del Decreto Ley 1750 de 2003, que creó siete Empresas Sociales del Estado, que

iniciaron su funcionamiento el 26 de junio de 2003.

Ministerio de la Protección Social, (2005).

Tabla 2 *Nombres, departamentos de cobertura y sedes Empresas Sociales del Estado creadas por el Decreto 1750 de 2003.*

Nombre	Departamentos	Sede
ESE Rafael Uribe Uribe	Antioquia, Choco y Córdoba	Medellín
ESE José Prudencio Padilla	Guajira, Bolívar, Atlántico, Magdalena, Cesar, Sucre y San Andrés y Providencia	Barranquilla
ESE Antonio Nariño	Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo	Cali
ESE Luís Carlos Galán Sarmiento	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.
ESE Salavarrieta Policarpo	Cundinamarca, Caquetá, Boyacá, Casanare, Tolima, Huila y Meta	Bogotá D.C.
ESE Francisco de Paula Santander	Santander, Norte de Santander y Arauca	Cúcuta
ESE Rita Arango Álvarez del Pino	Risaralda, Caldas y Quindío.	Pereira

La Red de servicios de salud adscritas a la Secretaria Distrital de Salud (SDS), según informe de seguimiento al plan Distrital de la SDS, a Julio 27 de 2007, cuenta con 26 empresas sociales del estado (ESE), conformadas por 12 Hospitales de Nivel I, 9 de Nivel II y 5 de Nivel III.

Salud Pública: Participación Social al Servicio con Calidad

Existe además un total de 146 puntos de atención, distribuidos en centros de atención médica inmediata (CAMI's), unidades primarias de atención (UPA's), unidades básicas de atención (UBA's) unidades de asistencia en Salud al Indigente (UASI) y centros geriátricos, donde se prestan servicios de salud. Teniendo en cuenta que existe un gran número de personas que cuentan con algún servicio de salud en atención médica, no se puede desconocer que se debe ampliar la cobertura ya que no está llegando a la totalidad de la población de Bogotá y sin contar que, un gran porcentaje de individuos no hace uso de este servicio o lo usa inadecuadamente. Por ende, la participación de la comunidad, tal como se ha considerado, está ligada usualmente a la educación de la misma. La educación se plantea como la capacitación para la participación y está como un elemento movilizador para modificar actitudes y comportamientos.

En el Manual elaborado por el equipo de la Dirección de Participación de la comunidad del Ministerio de Salud, en Diciembre de 1984, se plantea que el fin de las acciones de promoción, como educación, es el de modificar el comportamiento de las

personas, pero se refiere a la educación como una estrategia que debe partir de una comprensión, y el fuerte de la estrategia es la comunicación real, mientras la de promoción es la información.

Es muy importante tener en cuenta esta diferencia entre educación y promoción, entre formación (comunicación) e información, puesto que normalmente cuando se habla de educación en realidad se pretende dar información. La concepción de que las clases populares carecen de educación, implica que es necesario suplir esa carencia a través de información por parte de quienes la tienen. Durante el trabajo se hace explícita la existencia de diferentes culturas, lo cual nos remite obviamente a la existencia de distintos tipos de formación, es decir de educación.

Las comunidades tienen la potencialidad de participar, organizarse, y ser sujetos de su propia historia; el problema entonces no consiste en que esta ignore la importancia de ello, sino que muchas veces no se le ha permitido desarrollar su iniciativa en la solución de sus problemas.

La participación social en nuestro país se discute muy poco, ya que no tenemos un incentivo para ser entes

participes de alguna situación específica, primero se piensa en el bienestar propio y no en el común; pero lo que se debe pensar y tomar en cuenta es que ese bien común no afecte a un colectivo que es la comunidad, como es lo que está sucediendo hoy en día con el problema de salud en el país.

Guzmán, M. (2005). Nos muestra la entrada del concepto de mercado en la Salud y nos describe el por qué la salud no debe ser considerada una mercancía. El concepto de mercado en la salud está estrechamente ligado con el modelo neoliberal en la década de los ochentas, donde la salud es tratada como cualquier otra mercancía que tiene un costo, un precio, una demanda específica y por tanto entra en el juego de la competencia. Los clientes pueden escoger según sus necesidades.

Las autoridades de los gobiernos estatales estructuran la cobertura seleccionando planes de salud, administran los procesos de afiliación, proporcionan información con respecto a los beneficios cubiertos.

Este modelo valida también la "medicina gestionada" como un sistema organizado de asistencia en donde se pretende restringir al máximo las

hospitalizaciones, las pruebas, los procedimientos, las consultas con especialistas, restricciones en la elección de los profesionales o de los servicios. etc.

En América latina la exportación de la medicina administrada y del modelo de mercado regulado ha estado ligada a la privatización y el recorte del gasto público impulsados por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

Así mismo retomando autores como (Heubel, 2000), y (Bodenheimer, 1990), Maria del Pilar Guzmán Urrea advierte que la Salud no debe ser considerada como mercancía porque:

La relación médica es intensamente personal; asimismo no es ético desde el punto de vista médico, que el profesional haga ver al paciente que su conducta está motivada por el beneficio económico, ya que la medicina es un bien colectivo; el rol que desempeñan los pacientes y los médicos no está conformado por el papel del consumidor y del vendedor, como podría ser en un mercado regular. Igualmente una de las características de las mercancías es la fungibilidad, es decir la posibilidad de que alguna mercancía pueda ser sustituida por otra similar, si tiene el mismo

precio y la misma calidad. Si se aplica esta idea, la salud se mercantiliza y los pacientes se convierten en bienes "fungibles", en vidas aseguradas que representan "ganancia" cuando ellos están bien y pagan sus primas; y representan "perdidas" cuando ellos se enferman y necesitan muchos servicios. La calidad del grupo de pacientes es entonces medida por la probabilidad de ganancia.

La diferencia con otros servicios es que un cuerpo no pueda ser cambiado por otro cuerpo, así como otro objeto si puede ser cambiado, por ejemplo, un carro un electrodoméstico. La salud es un bien social, si se observa la salud como cualquier otra mercancía, se propone venderla según las demandas de quienes pueden pagar por ella; es decir, que las personas de bajos recursos económicos no tendrían derecho a esta prestación de servicios.

El establecimiento de cuotas deducibles se convierte en importantes barreras para el acceso y uso de los servicios de atención hospitalaria, con grandes repercusiones sobre la equidad; más aún, aquellos que tienen enfermedades y que más necesitan atención tienden a ser clasificados como personas con "riesgo no

admisibles" y por tanto no asegurables. La meta de los empresarios es maximizar el retorno de su inversión económicamente; no se justifica el tiempo que se utiliza para educar a los pacientes y a sus familias, en prácticas de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Por otra parte, la capacidad de elegir desde el punto de vista mercantilista está pensada en términos de derechos comerciales expresados en la posibilidad de "salir de compras", es decir comprar ofertas de servicios sanitarios más que un ejercicio de derechos democráticos. Cortes Millán, G.A. (2008).

La teoría neoclásica establece una clara diferenciación entre los bienes privados y los públicos. Desde esta perspectiva los servicios médicos son "bienes privados" dado que son apropiados por los individuos en cantidades variables y solo repercuten en quien los recibe y los bienes públicos satisfacen necesidades de muchas personas al mismo tiempo. Es decir que implican beneficios colectivos. La diferenciación entre los bienes públicos y bienes privados es la que sustenta las ideas de mercantilización y de la privatización de la atención sanitaria. Al asumir la atención en salud como un

proceso mercantilista implica trasladar las éticas del mercado empresarial al ámbito de la salud. La ética empresarial acepta que la atención sanitaria es una mercancía, además son indiferentes ante las inequidades en la atención sanitaria provocada por la desigual probabilidad de pago. Al tomar la atención sanitaria como una mercancía se hablaría de una relación entre medicina y paciente como una relación comercial. Esta relación obliga al médico a criticar su lealtad con los pacientes y permite que los intereses económicos y los criterios de eficiencia sean los que definan sobre la vida de las personas. Cortes Millán, G.A. (2008).

Con el Decreto 448 de 2007, por el cual se crea y estructura el Sistema Distrital de Participación Ciudadana, se pretende impulsar la participación ciudadana en los procesos públicos que tienen que ver con la salud y la calidad de vida tanto en el nivel local como Distrital para que la calidad de la Salud mejore y no sea vista únicamente desde la perspectiva mercantilista.

Para el diseño de esta política se contó con la participación de localidades de la ciudad de Bogotá y servidores públicos de la Secretaría Distrital de

Salud, empresas sociales del estado, con actores sociales de los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria en Salud), y las asociaciones de usuarios de salud, la comunidad que hace presencia en los micro territorios donde se impulsa la gestión territorial, grupos de mujeres y ONG.

La Alcaldía Mayor de Bogotá en el 2007 dice que la Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano se baso en 5 aspectos: Primero, descubrir la situación de los procesos de participación social y de servicio al ciudadano en la Ciudad; segundo, se ubicó el contexto social, político, económico y cultural en que se desarrollan los procesos de participación en salud; tercero, comprensión de la participación social y del servicio al ciudadano en salud; cuarto, revisión de los componentes normativos que sustentan la participación y el servicio al ciudadano; quinto, generación de propuestas en donde, en conjunto los miembros de las comunidades y los servidores públicos plantearon lineamientos para potenciar la participación y los procesos del servicio a la ciudadanía. Esta información fue recolectada y sistematizada; es así, como se construyeron las líneas

de la política donde se reconoce a la ciudadanía como la razón de ser de las entidades Distritales, y todos los esfuerzos han estado dirigidos a satisfacer sus necesidades y a garantizar su bienestar individual y colectivo. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Cartilla La Salud no es un Favor es un Derecho.

Se crea la ADS, la organización de participación social y servicio al ciudadano, lo que ha permitido favorecer la reorganización de los procesos centrales de servicio al ciudadano, entre otros. En cuanto a la participación, la mayoría de las comunidades la ven como actividades y no como procesos autónomos donde ellos definen objetivos, las formas organizativas y las estrategias de actuación, la ven como el desempeño dentro de un puesto o lugar importante dentro de la burocracia social.

“En síntesis con la política de participación social se quiere impulsar una participación, entendida como acción política, organizada que emprende a la ciudadanía, fortalece su tejido social, en la perspectiva de construir poder que incida afectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud y es favor de la resolución de sus necesidades sociales y

sanitarias". Alcaldía Mayor de Bogotá, (2007). La Salud no es un Favor es un Derecho.

Sistematización del problema

¿Cuál es la relación entre la Participación Social y la Calidad del Servicio en Salud que ofrecen los hospitales de la red Distrital en la Ciudad de Bogotá?

¿Cómo la Gestión del servicio se relaciona con la calidad y la Participación social en la red hospitalaria Distrital?

¿La Participación social es activa en los programas de calidad de Servicio de la Red pública Hospitalaria?

¿Cuál es la percepción que tienen algunos funcionarios, y usuarios del hospital de Fontibón en Bogotá acerca de la Participación Social en la Red de los Hospitales Públicos?

¿Cómo se describe la relación entre el Sistema de Salud Social y la Política de Participación Social?

Objetivo General

Describir la relación de la Participación Social con la Calidad del Servicio en Salud que ofrecen los hospitales de la red Distrital en la Ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

Identificar la relación de la gestión de servicio con la calidad y la Participación social, en la red hospitalaria Distrital?

Percibir si la Participación social es activa en los programas de calidad de Servicio de la Red pública Hospitalaria.

Analizar la percepción que tienen algunos funcionarios, y usuarios del hospital de Fontibón en Bogotá acerca de la Participación Social en la Red de los Hospitales Públicos.

Comprender la relación entre el Sistema de Salud Social y la Política de Participación Social

Marco Teórico

En la Salud, como tema que atañe a todos los seres humanos en todas sus dimensiones físico, psicológico, social, político, religioso, es importante establecerse lineamientos para su buen funcionamiento; así mismo, vista como una Organización posee entidades de regulación y control; a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1958 define el concepto de salud como: "Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad y dolencia". Y en 1984 la OMS agrega: "La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente". La

Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia, dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, dentro del Sistema Interamericano. Secretaria Salud (2006). Cartilla No. 8 Investigaciones en Seguridad Social y Salud.

La lucha contra enfermedades importantes desde los puntos de vista social, económico y político, la promoción y el apoyo a las respuestas estatales para enfrentar las necesidades sanitarias, y el fortalecimiento técnico de un recurso humano cada vez más indispensable para alcanzar la acción sanitarista, constituyeron los grandes frentes de trabajo de la labor de asistencia y cooperación técnica de la OPS con los Estados Miembros; todo ello cobijado bajo la impronta de un discurso y un quehacer salubristas. El derecho a la salud, la salud para todos y, más tarde, la equidad, fueron banderas poderosas que lograron aglutinar las voluntades de los países en acuerdos de

acción continental. Aunque no siempre coherentes con sus propios planteamientos, los países latinoamericanos buscaron la manera de ajustar sus estructuras y dinámicas sanitarias para responder a las necesidades de salud de sus propios habitantes en el marco de los llamados convenios internacionales, generalmente propiciados por la OPS. La Cooperación directa entre la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), primer antecedente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Estado colombiano comenzó en el decenio de 1950; en particular durante los dos primeros decenios del siglo XX, las relaciones entre ambas instituciones se limitaron a la expedición de leyes sobre policía sanitaria e infraestructura de sanidad portuaria por parte del aparato estatal colombiano de higiene pública. García, C. Eslava. Romero, J. Vega, R. (2002).

Así mismo nos relatan los autores de Cien años de Historia que a comienzos de los años 60- la relación OPS-Estado colombiano configuró íntimas y complejas articulaciones entre saberes y poderes. En esta articulación, el Estado colombiano reconoció en la OPS un instrumento útil y pertinente para adelantar la labor de coordinación de la acción sanitaria nacional y

continental; a su vez se constituyó en un legitimador del Estado colombiano y de sus políticas de salud. En esta confluencia, hubo logros tan importantes como la disminución de la mortalidad infantil y materna, la erradicación de la viruela y de la poliomielitis, la creación de una red pública de servicios que iban más allá de la atención individual para afianzar una salud pública con innegable presencia nacional. Pero esta positiva adecuación de la interacción entre los dos actores experimentó dificultades intermitentes, como era apenas natural, hasta que perdió su vitalidad con las profundas transformaciones que se empezaron a llevar a cabo desde finales de los años 80 y comienzos de los 90. Por un lado, el reordenamiento internacional alindero a las nuevas fuerzas políticas e institucionales que adquirieron un papel cada vez más importante en la formulación de las políticas sociales internacional y nacional y, concretamente, en la política de salud; por otro, el país cambió entre otras razones por la incorporación de nuevas fuerzas al sistema político. Con ello, la OPS no sólo vio disminuir su liderazgo en la orientación de las políticas de atención médica en el ámbito

internacional, sino que, en el plano nacional, se encontró por fuera del proceso crítico de reorientación del sistema de salud que se estaba cumpliendo. El país, o mejor, los gobiernos de los noventa ya no concebían de la misma manera la participación de la OPS.

La OPS, (Organización Panamericana de Salud) en la publicación Salud en las Américas 2007, aborda la salud como un derecho humano, tomando en cuenta los entornos de la persona y de la comunidad, y analiza los diversos factores críticos de orden biológico, social, cultural, económico y político que la determinan.

En Colombia la regulación de la Salud está a cargo del Ministerio de Protección Social, con las Secretarías de Salud a nivel Local. Múltiples han sido los diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia. Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de

servicios de salud, como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano. Ministerio de la Protección Social, (2005).

A partir de los años 90 la Salud en Colombia se ha venido reformando con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios prestados por las entidades públicas, antes de la ley 10 de 1990, el sector salud contaba con modelos de atención que proyectaban tener falencias en la prestación de los servicios. Con la aprobación de esta ley, se establece como principio para la prestación del servicio público en salud, el derecho de la comunidad a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, Así mismo formaliza la descentralización de la administración de los servicios en salud. Rodríguez, C. (2007).

Luego la ley 100 de 1993 define la Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y

programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Ley 100 de 1993).

El artículo primero de la Ley 100, define que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

El artículo segundo de la ley 100, dice: "El servicio de seguridad social se prestará bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación".

Pero las consecuencias de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano y los cambios políticos administrativos de los últimos años han conducido a las siguientes modificaciones en la situación de salud de la población:

La ausencia de oferta, mantiene a los usuarios con servicios que limitan el acceso y la integralidad de la atención. En el país, los conceptos de redes de servicios y de modelos de atención en salud son la opción a la fragmentación y atomización en la prestación de servicios. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007) Cartilla La Salud no es un Favor es un Derecho.

Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios, situación generada tanto por el sector privado como por el sector público, lo que nos enmarca dentro de una realidad organizacional con dificultades de distribución en la cantidad de usuarios a nivel regional.

Si lo observamos desde un paradigma emergente, no se puede desconocer que las Entidades prestadoras de Salud son organizaciones, que viven una realidad influenciada por lo social, es decir son instituciones

socialmente construidas al beneficio del hombre, que necesitan un lucro para subsistir, lo que implica reducción de costos en las zonas distantes de Bogotá y por lo tanto la cobertura se ve afectada. García, C.M. (2005) dice:

“A diferencia de las anteriores metáforas, esta forma de entender la realidad organizacional explora el fenómeno organizacional como una producción social, mirada que a su vez se deriva de las transformaciones que ha habido tanto en las aproximaciones al concepto de cultura desde la antropología como el concepto mismo de organización”.

Al observar la Salud como una institución estructuralmente establecida y enmarcada dentro de una producción social, que además vincula una utilidad, se proyecta dentro un modelo capitalista y mercantilista que se está adhiriendo a la cultura organizacional de cada entidad que brinda un servicio en salud.

La calidad en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con la Secretaria de Salud. (2006). Investigaciones en seguridad social y salud. revista N. 8 Enero - Diciembre. La implementación del concepto de

la calidad en la prestación de los servicios de salud y su ejecución en nuestro país obedece inicialmente a esfuerzos del sector privado y finalmente al concurso del Estado, desde no hace más de diez años.

El tema objetivo del artículo corresponde a los supuestos que subyacen en la fundamentación del concepto y a su construcción, de "Garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud", que según la normatividad vigente adolece de contradicciones.

En una revisión sistemática del tema, sobre la prestación de los servicios de salud con calidad, se encuentra que la construcción de la definición del concepto de "garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud" es fundamental para la ejecución de las políticas en salud en todos sus ámbitos, desde los legales, técnicos, científicos y prácticos. Después de llevar a cabo en esta revisión un acercamiento hacia las profundidades de los supuestos teóricos que fundamentan culturalmente la construcción de los conceptos, y en el caso que nos ocupa el de "prestación de servicios de salud con calidad", en el país se hace evidente la necesidad que actualmente

existe de construir mecanismos o instrumentos que nos permitan develar esta esencia fundamentadora de la acción en la prestación de los servicios de salud, con la garantía de que su realización sea practicada con calidad. Después de justificar la exigencia ética de la prestación del servicio de salud con calidad, según la ley colombiana, se presenta la definición del concepto de "prestación del servicio de salud con calidad", donde se permite demostrar la participación de los intereses de los actores de la práctica médica y del sistema de salud.

Historia de la Salud con Calidad en el País

La garantía de calidad en los servicios de salud ha sido un tema de especial importancia en todo el mundo, debido a las innumerables ventajas que ofrece tanto a los usuarios como a las entidades prestadoras de salud.

Sin embargo, en nuestro país su implementación y desarrollo tiene pocos años, debido fundamentalmente a la carencia de una reglamentación por las entidades gubernamentales correspondientes.

En América latina se evidencian dos líneas de acción en la prestación de los servicios de salud; la centrada en el servicio, y la centrada en el usuario. Actualmente predomina el segundo enfoque.

En nuestro país es preciso resaltar que dicho proceso tiene sus orígenes desde los años noventa (hace mas o menos quince años), como se describe a continuación: el Ministerio de salud, en 1991, toma como referente el Manual de acreditación de los hospitales de América latina, publicado por la OPS, y edita el Manual de acreditación de prestadores de servicios de salud, después de que la Federación Latinoamericana de Hospitales, junto con la OPS y la OMS, desarrollaron instrumentos para evaluar y mejorar la calidad de las IPS de América Latina.

En 1992 el Ministerio de Salud, la OPS y la OMS organizan el primer Simposio Nacional de Acreditación, donde se concluye sobre la necesidad de un ente, la Comisión de Acreditación, para la realización de tal fin.

La comisión se reunió en múltiples oportunidades para debatir el "mejoramiento continuo de la prestación del servicio de salud".

En 1993 el Centro de Gestión Hospitalaria aporta el Manual que fue creado por la Comisión, el cual se entrega al Ministerio de Salud, quien implementa algunos cambios.

En 1994 se realiza el Seminario Internacional de Acreditación; en este mismo año el Ministerio de Salud Pública promulga el Decreto 1918, reglamentando el proceso de acreditación. En 1995 se revisa y se publica el Manual por parte de Ascofame, el ISS y el Ministerio de Salud, por cuenta propia.

En 1996 el Ministerio y la Superintendencia de Salud, dan origen a los "requisitos esenciales". En este mismo año el Ministerio de Salud expide el decreto 2174, organizando el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

En 1999 por parte del Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria y el Centro de Conciliaciones de Canadá se proponen evaluar lo realizado hasta este momento, de lo cual surgen el Decreto 2309 de 2002 y la resolución 1439 de 2003, correspondiente a lo normalizado en los actuales momentos sobre la prestación de los servicios de salud con garantía de Calidad, en el país.

Esta descripción de la forma como se ha llevado a cabo en América Latina y Colombia, desde sus instituciones, demuestra la imposición de un servicio de salud con garantía de calidad, lo cual nos deja la sensación de que se encuentra todavía en proceso de construcción.

Para mejorar el servicio debemos tener definido que el servicio, se puede considerar como un bien intangible, inmaterial, que "se genera solo en el momento de ser consumido; como algo momentáneo, que no se deja almacenar" y que solo se ve concretado en el momento en el que se produce la interacción propia del contacto entre el usuario con su necesidad y el prestador de servicio con el satisfactor apropiado, el cual es apoyado por unos recursos físicos y realizado bajo un procedimiento específico, que requiere de un conocimiento en particular. Ministerio de salud. (2000). Dirección general para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud.

Para Richard L Sandhusen. Los servicios son actividades, beneficios o satisfacciones que se ofrecen en renta o a la venta, y que son esencialmente

intangibles y no dan como resultado la propiedad de algo. Tapia, M (2002).

Para la American Marketing Association (A.M.A.), "los servicios (según una de las dos definiciones que proporcionan) son productos, tales como un préstamo de banco o la seguridad de un domicilio, que son intangibles o por lo menos substancialmente. Si son totalmente intangibles, se intercambian directamente del productor al usuario, no pueden ser transportados o almacenados, y son casi inmediatamente perecederos. Los productos de servicio son a menudo difíciles de identificar, porque vienen en existencia en el mismo tiempo que se compran y que se consumen. Abarcan los elementos intangibles que son inseparabilidad; que implican generalmente la participación del cliente en una cierta manera importante; no pueden ser vendidos en el sentido de la transferencia de la propiedad; y no tienen ningún título. Hoy, sin embargo, la mayoría de los productos son en parte tangibles y en parte intangibles, y la forma dominante se utiliza para clasificarlos como mercancías o servicios (todos son productos). Estas formas comunes, híbridas, pueden o no

tener las cualidades dadas para los servicios totalmente intangibles"

El servicio puede ser definido en tres categorías:

Servicio genérico: En este se define el servicio básico sin definir características especiales o de calidad, por ejemplo el compromiso de dar atención hospitalaria. En este se enmarca el servicio de modo genérico sin unas pautas definidas de trabajo.

Servicio esperado: Se define características del servicio que, dado el nivel cultural y de renta de la población atendida, los ciudadanos pueden razonablemente esperar y obtener. Por ejemplo, la atención hospitalaria se realiza en el momento en que el médico lo decida y el paciente no pasará a ocupar un lugar en la lista de espera.

Servicio enriquecido: Cuando se define el servicio con cualidades que quizás no se puede exigir pero que proporcionan un nivel de calidad superior, mejorando y haciendo más atractivo el servicio. Repullo, L. J, R. Iñesta, A. (2006). Sistemas y servicios sanitarios.

En el caso de los servicios prestados por un hospital en cuanto a la prestación de servicios de salud propiamente dichos, se hace necesario que esta

organización disponga de un conjunto de procesos para producirlo; es decir para el ingreso, atención y egreso del usuario en cualquiera de sus centros de producción; es igualmente válido considerar que durante la atención total, el servicio se interrelaciona con diferentes prestadores de salud con los que entra en contacto, desde el portero hasta el médico especializado. (República de Colombia, Ministerio de Salud RECREAR).

Cuando en uno de los puntos en contacto no se logra satisfacer las necesidades del usuario y aparece una contradicción en la interrelación entre el usuario y el personal en contacto, se rompe el proceso integral de satisfacción del usuario y se afecta toda la cadena de atención a pesar de que en todos los demás momentos de verdad se haya brindado la atención y los resultados esperados. Análisis de la gestión y la prestación de servicios hospitalarios. Rodríguez, C. (2007).

Definición del concepto de salud con garantía de calidad

La calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas,

humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios. Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. Rodríguez; G, Plazas E, Plazas, H (2004)

El sistema obligatorio de garantía de calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del sistema general de salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del sistema

y las condiciones para su mejoramiento continuo.

Rodríguez, G. Plazas, E. Plazas, H. (2004).

Se concluye sobre lo analizado, como la percepción que se tiene de la prestación de los servicios de salud depende del valor o la significación que cada uno de los actores del sistema tenga sobre los diversos atributos del acto médico y de la capacidad de dichos actores para evaluarlos. Esto teniendo en cuenta que un usuario le confiere más valor a las comodidades y aspectos humanos en la relación con el prestador, el prestador le da más valor a la tecnología y los conocimientos empleados; el asegurador le da más valor al uso eficiente de los recursos, características que definen los diferentes tipos de conocimientos, determinados por intereses diferentes entre sí, valga la pena decir, en contradicción; intereses que en la medida que interrelacionen y construyan un lenguaje y sentido común y adecuado, conduce hacia un principio general como es el de la vida.

En este orden de ideas, los criterios de calidad en la prestación de los servicios de salud no son más que juicios de valor del proceso de atención en salud.

“La calidad se puede definir de acuerdo con lo que uno

mas quiere que esta sea", por lo general refleja valores e intereses. Así, podemos concluir, como la definición de lo que corresponde a la calidad en la atención en salud, según la norma vigente (Decreto 2309 del 2002), corresponde a la provisión de servicios en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud, accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tenga en cuenta los recursos disponibles logrando la adhesión y satisfacción del usuario donde se encuentran presentes los intereses de los actores que construyen dicho concepto sobre la salud con calidad, intereses que deben reorientarse bajo la construcción de un mismo lenguaje alrededor del sentido de la vida como fin ultimo. Rodríguez, J. Plazas, E. Plazas, H. (2004)

De acuerdo con la Evaluación de la Calidad del Servicio, la Lealtad y la satisfacción en el sector salud, Las dimensiones de la calidad de los servicios para Duraman (1985). Son 10 a saber: de la recopilación de los autores Rodríguez, G. Plazas, E. Plazas, H. (2004).

1. Flexibilidad, coherencia en la actuación.
2. Capacidad de respuesta, voluntad y destreza de los

empleados para proporcionar un buen servicio: 3. Profesionalidad, destrezas y conocimiento para prestar un buen servicio; 4. Accesibilidad, facilidad del contacto y acercamiento del cliente con la empresa; 5. Cortesía, educación, respeto, amabilidad y consideración del personal de servicio con los clientes; 6. Comunicación, mantener informados a los clientes en un lenguaje sencillo y escucharlos; 7. Credibilidad, confianza, honestidad y tener presente el interés del cliente; 8. Seguridad, que el cliente este libre de peligros, riesgos o dudas; 9. Comprensión, adecuación del servicio a las necesidades del cliente, 10. Tangibilidad, aspectos físicos del servicio prestado.

Para evaluar la calidad de los servicios en un Hospital hay que tener en cuenta que se trata de una "organización multiservicio" porque cubre una gama de servicios de salud complejos, por ejemplo, en un hospital se pueden identificar los servicios por especialidades (pediatría, traumatología o cardiología), por áreas funcionales (consulta externa, urgencia, cirugía y hospitalización); lo que plantea dificultades desde el punto de vista del mercado,

debido a que la relación de intercambio exige multitud de momentos de verdad, es decir, encuentros entre el usuario y del servicio. Por tanto, no puede perderse una visión global del servicio de un hospital, ya que los usuarios lo perciben como un todo indivisible compuesto por múltiples atributos. Mejía, B. (2000).

Rodríguez, C. (2007). Indica que las variables que inciden en la evaluación de la calidad del servicio en los Hospitales son: atención médica/trato recibido (periodicidad de visitas y dedicación del médico, información recibida del medico), accesibilidad en términos de tiempo de espera y trámites, accesibilidad física, tangibles (condición y estado del Hospital, ambiente físico), servicios administrativos (información, admisiones, autorizaciones, facturación), servicios de enfermeras, accesibilidad y cortesía a los acompañantes, tranquilidad y confort de las habitaciones, alimentos, cumplimiento de horario de visitas y de programación de cirugías, limpieza de habitaciones, salas de espera y servicios de aseo, y equipamiento médico.

Los principales aspectos del Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002, son:

Calidad de la atención. La calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tienen en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario (Artículo 4). Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, tendrá las siguientes características (Artículo 5): accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad.

Componentes del sistema de calidad. El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud tendrá como componentes (Artículo 7): 1. El sistema único de habilitación. 2. La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. 3. El sistema único de acreditación. 4. El sistema de información para la calidad.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único

de habilitación. Los procesos de auditoria serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada (Artículo 38).

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica: 1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. 2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Sistema de información para la calidad. El Ministerio de Salud implantará un sistema de información para la calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el

ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema de Seguridad Social en salud (Artículo 51). El Ministerio de Salud incluirá en su página web los datos del Sistema de información para la calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

Desde el año 1984 con la introducción del concepto de garantía de calidad se abre un nuevo horizonte para mejorar la salud continuamente. Su operacionalización ha ido más allá de la simple evaluación y se ha enfocado a proveer herramientas prácticas para lograr la garantía deseada.

Las políticas de salud pública y los programas de garantía de calidad deben sus esfuerzos estar enfocados hacia una participación con la población y así ejercer labores de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y restauración y rehabilitación del daño;

así mismo, hablar de participación en Salud en la ciudad de Bogotá, es una labor que maneja un grado superior de complejidad por las características de nuestra cultura. Si se aborda desde una propuesta crítica emergente, se podría citar a Cortés Millán, G. A. (2008), cuando dice:

“Para esta finalidad cabrían muchas versiones, definiciones y tentativas, cada una de ellas fundamentada desde un paradigma y obviamente desde unos propósitos que marcan sentidos y explican sus formas de proceder y de conceptuar; una de ellas es la considerada como la propuesta crítica - emergente, que si bien hace parte de una manera de ver, pensar, sentir y comprender el mundo, hoy por hoy se constituye como un referente importante de explicación de los procesos humanos enmarcados dentro de dimensiones políticas, sociales, culturales y económicas, precisamente porque se permite no solamente integrar diversos componentes como sujetos, relaciones y contextos, sino que adicionalmente fundamenta su abordaje desde las narraciones, las paradojas, los dilemas y las incertidumbres que acompañan dichos componentes”.

De acuerdo a lo anterior los procesos humanos al ser complejos se deben observar desde diferentes proyecciones; en este caso se busca una mirada crítica que ayude a comprender el proceso de Participación. No hay que desconocer, que por sí sólo, el ser humano se mueve en diversas dimensiones, dentro de las cuales podemos encontrar, la cultura, la sociedad, la política, las finanzas, entre otras. Esto lo hace ver como un hombre multidimensional que necesita de las relaciones interpersonales para subsistir en un mundo social, partiendo de esta sobre vivencia en algún momento de su existir debe tomar una posición o una decisión frente a un hecho que lo afecta. Esta decisión a nivel colectivo se denominaría participación, sólo depende del individuo hacer uso de este mecanismo de manera positiva o negativa para sí mismo. Con respecto a la salud, el individuo se encarga de establecer qué calidad de vida desea tener, si desea trabajar en la prevención de enfermedades o escoger en algún momento tratamiento. La participación en salud es similar, el individuo debe escoger si trabaja por ser un actor participante o un espectador que en algún momento necesitará de utilizar este servicio.

Para garantizar este servicio y brindar una excelente calidad en los servicios de salud debemos tener en cuenta la participación social, la cual es un derecho fundamental que le permite a la persona ser parte de la sociedad como cualquier ciudadano y así contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo. En este sentido, la participación social promueve el reconocimiento y el ejercicio de los derechos y deberes a través de diferentes mecanismos que nacen del contexto social y lo influyen para la toma de decisiones y el fortalecimiento de las redes y organizaciones sociales, convirtiéndose en un principio fundamental para la construcción de políticas públicas y las transformaciones sociales. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Cartilla Participación Social y Discapacidad.

Si se habla de la participación ciudadana como un derecho, surge la inquietud acerca de las estrategias que permitan garantizar la sostenibilidad y la autonomía en los procesos de participación comunitaria; a esto podemos responder que es necesario reforzar el sentido de pertenencia y compromiso con las organizaciones sociales a las que pertenecemos, así

como adelantar proyectos que permitan generar propuestas encaminadas al mejoramiento de la calidad en la atención del servicio. Segunda Asamblea por el Derecho a la Salud y Calidad de Vida, (2006).

La manera de lograr que la participación ciudadana incida en las decisiones del sector salud y fortalezcan la calidad de la prestación de los servicios, es lograr que los ciudadanos participen de manera constante y responsable ya que son parte de una comunidad, que vive en un barrio, que conoce de cerca las necesidades y problemáticas de salud en cada localidad. Así las cosas, debemos preguntarnos hasta qué punto buscamos autonomía como ciudadanos, y hasta qué punto requerimos de la intervención y el compromiso de la administración local y Distrital para fortalecer la participación comunitaria en salud.

La comunidad misma es la que conoce sus carencias reales; por lo tanto son los llamados hacer los diagnósticos locales, para que con la ayuda técnica de las instituciones se pueda contar con el inventario real de necesidades y, así, que las instituciones garanticen el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de la población. Pero esto no

será posible mientras las autoridades locales y distritales no estén dispuestas a escuchar la voz de los ciudadanos, para tenerla en cuenta en la toma de decisiones. Segunda Asamblea por el Derecho a la Salud y Calidad de Vida, (2006).

Los ciudadanos cuentan con herramientas como el derecho a la participación para incidir en las decisiones referentes a salud, pero éstas son desaprovechadas por la comunidad con un déficit en el empoderamiento y compromiso. Por lo tanto se propone reforzar por parte del estado el conocimiento de estos instrumentos para lograr una participación masiva. Así mismo, la comunidad debe vincularse y participar con responsabilidad si se desea un progreso en la calidad de atención en el servicio por parte de las instituciones públicas prestadoras de salud; promoviendo en los jóvenes y los niños desde las escuelas el aprendizaje de dichas herramientas para que se interesen por su bienestar y lograr una buena calidad de vida.

La participación necesariamente tiene que tener en cuenta las respuestas creativas que han dado las comunidades para enfrentarse a situaciones cada vez más

difíciles, lo cual no significa que cualquier respuesta por el hecho de provenir de la comunidad es inmediatamente válida. Significa, por el contrario, que así como las propuestas estatales, también las comunitarias deben someterse a una discusión crítica, a un estudio serio.

Al hablar en nuestro país de participación social es muy coyuntural, ya que el colectivo no se encuentra incentivado a formar parte de un programa para realizar propuestas, formar comités, hacer parte de las decisiones estatales ni mucho menos participe en la propia comunidad. Tendríamos que empezar a describir que es participación como tal y participación social para llegar con claridad a formar parte de un proceso participativo en cualquier contexto que nos encontremos.

Participación Social en Salud

La participación en forma general, según Fandiño, J. (2002), es de carácter individual o colectivo dirigido a expresar y defender sus intereses, tomar parte de la administración de los asuntos comunes y los centros de poder, tanto en la toma de decisiones, como en el control de la acción gubernamental.

Otro término que podemos señalar o se entiende por participación, son los procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de la experiencia, mediante los cuales las comunidades se organizan, defienden sus intereses, establecen sus necesidades y prioridades e intervienen sobre la realidad para alcanzar bienestar. Rozenthal, E. (1998).

Una definición más contemporánea acerca de participación social es la descrita por Toban, O. y García, C. (2004).

Participar es tomar parte de manera individual y grupal, en actividades o procesos de nuestro interés, bien sea porque nos favorezcan o nos afecten; también se puede decir que es la capacidad de decisión para construir un concepto propio de desarrollo y así poder definir el destino colectivo; al participar todos generamos sentido de pertenencia "La participación es un principio fundamental y un fin del Estado, el cual debe garantizar, promover y apoyar la participación de sus ciudadanos".

Identificar la participación en cualquier aspecto es muy importante ya que nos da un indicio de cual es el significado general de lo que es la participación;

que sería el proceso activo individual o colectivo para la expresión de sus ideas en un contexto participativo, planteando su acuerdo o desacuerdo de los intereses colectivos que conforman una comunidad.

De acuerdo con la Alcaldía Mayor de Bogotá, (2006). Cartilla La Salud no es un favor es un derecho, se describe ampliamente de qué se trata la Política de Participación Social, con base en la consulta con comunidades de las localidades de Bogotá, servidores Públicos de la Secretaría Distrital de Salud, y Las Empresas Sociales del Estado. En las discusiones se contó con la participación de los COPACOS y las asociaciones de usuarios de salud, grupos de mujeres y ONG. Los principales aspectos de esta Política son: describir la situación de los procesos de participación social y de servicio al ciudadano en Bogotá; en segundo lugar, se ubicó el contexto social, político, económico y cultural dentro de la ciudad; tercero, se comprende de la participación social y el servicio al ciudadano en salud; cuarto, se revisan los componentes normativos que sustentan la participación y el servicio al ciudadano; quinto, se generarán propuestas, en donde; los miembros de las comunidades y los servidores

públicos plantean lineamientos para potenciar la participación y los procesos de servicio a la ciudadanía.

Existe en la actualidad un conjunto de orientaciones normativas en el tema de participación social, que se derivan de la Constitución Política de 1991, y que para el caso de Salud tienen como piso Legislativo la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, y en particular el Decreto 1757 de 1994, que establece y organiza las modalidades y forma de participación social en la prestación de servicios en salud.

El decreto 1757 de 1994 establece como forma de participar en salud: la participación ciudadana; como el ejercicio de los derechos y deberes del individuo para buscar su salud individual, familiar y colectiva y aportar a los procesos de planeación, gestión y veeduría en salud. La participación comunitaria; como el derecho que tiene las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría de salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Cartilla La Participación Comunitaria en Salud, un derecho un deber.

Según la Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Cartilla Política pública de participación por una ciudadanía activa, define: Participación, como un derecho de toda la ciudadanía que se ejerce en la medida en la que nos relacionemos con el Estado, con la administración y con los demás ciudadanos. Esto significa que la política de participación busca generar condiciones para que cualquier persona se sienta con la capacidad de incidir, desde su entorno, realidad y posibilidades, sobre aquellas decisiones que influyen en las condiciones y la calidad de vida del ciudadano y de su entorno familiar y social.

Bogotá es diversa, lo es su entorno, sus habitantes, sus culturas y sus territorios constitutivos y son estas manifestaciones de diversidad las que dan pie y alimentan las oportunidades y las necesidades de participación. La política de Participación también busca fortalecer las instancias públicas, es decir, que los ciudadanos se involucren de tal manera con las instituciones y el Estado, que esa relación se convierta en un ejercicio recíproco y cotidiano, en el respeto a las funciones y responsabilidades de unos y otros.

Para que se genere participación se necesita que la gente reconozca que tiene derechos y que en materia de lo público estos alcanzan decisiones; que el Estado diseñe una estrategia para que la interlocución con los ciudadanos se dé de manera fluida y eficaz; que quien participa entienda ese derecho, asuma una posición frente a las políticas del Estado y logre incidir en el mejoramiento de su calidad de vida.

Retomando la Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). Cartilla Política pública de participación por una ciudadanía activa, las estrategias o líneas de acción con las cuales cuenta esta participación social son el fortalecimiento de actores sociales, la optimización de las capacidades técnicas y políticas en personas, organizaciones y líderes; fortalecimiento Institucional para la participación, mediante la adecuación de las Instituciones a un modelo de Gestión pública, basado en la coordinación Interinstitucional de las estrategias participativas y la formación y sensibilización de los servidores públicos, en torno a la equidad y la participación; articulación de las iniciativas gubernamentales y ciudadanas, a través del fortalecimiento de los espacios de participación

ciudadana; el impulso a la concertación de políticas públicas en especial de las relacionadas con el presupuesto participativo; y el fortalecimiento de los mecanismos de control social de la gestión pública; Información y comunicación para la participación a partir de procesos de sensibilización ciudadana sobre lo público y de la producción y difusión de información que permita a la ciudadanía ejercer su derecho a participar de manera informada.

La participación, entonces, es ante todo un problema de los contenidos y las formas que se dan en la interacción entre ciudadanía y Estado, o entre grupos y personas que se expresan en un momento dado de manera colectiva frente a bienes públicos, constituyéndose así en sujetos políticos.

Para analizar estos aspectos que configuran la participación, hay que tener en cuenta que los actores sociales y el Estado son fenómenos dinámicos, condicionados y heterogéneos, características que diferencian tipos y niveles de participación. A su vez, ésta se da en momentos y escenarios específicos que determinan su oportunidad y pertinencia.

Las condiciones de participación son inconstantes y evolucionan a través del tiempo. De hecho, la participación ciudadana es con frecuencia fuertemente activada por intereses parciales y sólo excepcionalmente por el interés general. En efecto, los actores sociales viven, con regularidad, situaciones y procesos de fragmentación entre sí y también al interior de sus estructuras de agrupación, como resultado de intereses individuales y grupales de carácter social, económicas y políticas, que se encuentran atravesados por mentalidades determinadas y que pugnan por prevalecer.

Una participación de calidad requiere de la autonomía de los actores, esto es, de la existencia de niveles de pensamiento propio de cada uno de ellos, de forma tal que sea posible pensar conjuntamente problemas para construir bienes públicos de forma compartida. La ausencia de pensamiento propio lleva a los actores que la padecen, a la adhesión o al rechazo hacia el pensamiento estatal o el de otros actores que intervienen en los procesos de participación.

Dentro del marco de la participación social encontramos que el hecho más importante que se debe

lograr en las personas es que se conviertan en sujetos históricos y que ellas mismas construyan su futuro de verdad, brindándose un espacio de participación para que sean ellos mismos los que formen su desarrollo. Eslava, G. (1998).

La Participación social y salud son temas que van de la mano ya que según en el marco del actual plan de desarrollo "Bogotá sin Indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión social", se define la participación social como un derecho y una responsabilidad social que posibilita a los ciudadanos y organizaciones sociales autónomamente constituidas, elevar el nivel de conocimiento y reflexión sobre sus necesidades sociales, con el objeto de incidir en las decisiones que nos afectan, fortalecer la respuesta social organizada y lograr su movilización en entorno a la exigibilidad del derecho a la salud y el mejoramiento de sus condiciones de vida. Esta acción de la participación social y salud está regida por unos decretos, los antecedentes de la institucionalización de la participación comunitaria en Colombia se inicia en 1975 a través de los decretos 056 y 350, mediante los cuales se crea el Sistema Nacional de Salud, que

abarco todo el territorio nacional alrededor de programas de control epidemiológico y, a la vez, para responder a problemas locales de salud por lo general relacionados con plantas físicas y dotación de salud. Segunda Asamblea por el Derecho a la Salud y Calidad de Vida, (2006).

A principios de los ochenta y en desarrollo de estrategias de atención primaria en salud, los comités comunitarios se amplían para participar en la planeación y en el desarrollo de las acciones de atención primaria de su barrio o vereda, adquieren un papel importante en la medida en que se establecen vínculos entre los equipos de salud y la comunidad y alcanzan logros reconocidos en los procesos de promoción del auto cuidado de salud y aumentos en las coberturas de vacunación. Con las modificaciones del sistema de salud, la participación social adquiere un nuevo sentido: la comunidad debe participar como un actor más del sistema que demanda servicio, ejerciendo control social sobre los actores que intervienen en el mercado. Dentro de este nuevo enfoque el decreto 1216 de 1989 crea los comités de participación comunitaria (CPC), ampliando la esfera de participación y establece

que la comunidad debe participar en las juntas directivas de los organismos de salud conformados como establecimientos públicos. El decreto 1416 de 1990 avanza, con respecto al 1216, al incorporar la conformación de los COPACOS al jefe directo de salud municipal o departamental y al sector educativo. Segunda Asamblea por el Derecho a la Salud y Calidad de Vida, (2006).

Así mismo define el Comité de Participación Comunitaria (Copaco), como un espacio de discusión y concertación entre los representantes de diferentes organizaciones sociales, instituciones y la administración local, orientado a la articulación, fortalecimiento y dinamización de la participación comunitaria en torno a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los procesos de planeación para el desarrollo local y el control social. Alcaldía Mayor de Bogotá, (2007). Cartilla Política Pública de Participación por una Ciudadanía Activa.

Quiénes integran el COPACO

El Alcalde local o su delegado (quien lo preside); el gerente del Hospital de la localidad; un representante de cada organización social y comunitaria; las formas organizativas promovidas por programas de salud (Comisiones de salud de las Juntas de Acción Comunal, Madres comunitarias, Gestores de Salud, Empresas Solidarias de Salud, entre otras), la Junta Administradora Local y la Iglesia.

La entidad responsable es la Secretaria de Salud y se participa por delegación de la organización por un periodo de tres años y pueden ser reelegidos por un periodo más.

De igual manera y a partir de Decreto Nacional 1757 de 1994 y 1616 de 1995 se crea la Asociación de usuarios en salud que es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación y que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Los integrantes son delegados por la Asamblea y se participa por inscripción o asociación, durante un periodo de 2 años.

A partir del mismo Decreto se crea el Comité de Ética Hospitalaria la cual es una instancia de Consulta orientada a la concertación y definición de la Política Social expresada en el Plan de Desarrollo. Está integrado por un representante del equipo médico y uno de enfermería, elegidos por el personal de la Institución; dos representantes de la Asociación de Usuarios y usuarias; dos representantes de Organizaciones comunitarias; y se participa por delegación durante un periodo de 2 años.

Sin embargo, un análisis elaborado por la Alcaldía Mayor de Bogotá y descrito en el Marco normativo de la Cartilla "La Salud no es un favor es un Derecho" permitió ubicar un conjunto de dificultades en los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía, entre ellos están: Primero, la proliferación de mecanismos de participación ciudadana y el desconocimiento de su operatividad, lo que genera una multiplicidad de espacios, sin un norte suficientemente claro.

Segundo, algunos mecanismos de participación han dado lugar a una creciente burocratización. Son múltiples espacios definidos y habitados por las

normas, y frente a la escasa participación ciudadanía, genera que los mismos líderes estén, sin mayor capacidad para impulsar procesos y si, por el contrario, concentrando información y poder en una perspectiva burocrática y sin mayor capacidad de incidencia real en los procesos públicos.

Tercera, definen una lógica de representatividad que fractura las posibilidades de generar procesos que constituyan sentidos compartidos alrededor de la calidad de vida o la salud, lo que termina produciendo que el objetivo de la participación sea ganar la representación de la comunidad en los espacios institucionales.

Cuarto, Distintas formas organizativas, entre ella algunos COPACOS y Asociaciones de usuarios, han venido apropiando en forma ligera, las normas y estableciendo distintas regulaciones internas a manera de reglamentos internos o estatutos, muchos de los cuales desbordan las disposiciones legales que las regulan, situación que lleva a que con dichos reglamentos se viole o limite el derecho a la libre asociación, lo que constituye una barrera para el proceso de participación social. Esta ligereza de las organizaciones se produce

muchas veces debido a que sus líderes, a pesar de contar con instancias a las cuales acudir en busca de asesoría en este campo no lo hacen, o cuando lo hacen, prefieren apartarse de los conceptos y asesoría que se les brinda, buscando con ello imponer en sus reglamentos disposiciones encaminadas a garantizar intereses de índole personal, como, por ejemplo, su permanencia en la dirigencia de la organización o la posibilidad de acceder a cargos de representación ante otras instancias, como la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado.

Cabe anotar que esta dificultad en algunos casos se ha visto agravada igualmente, en razón de la diferente interpretación que se da a la normatividad existente sobre participación social por parte de algunos servidores públicos y líderes comunitarios, lo que hace que su aplicación se haga de manera diferente en cada organización. Bajo esta estructura normativa, la mirada y la acción del sector salud en la ciudad se ha concentrado en el desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos o formas de participación comunitaria, alrededor de las dinámicas propias de las instituciones y en la entrega de información básica sobre el acceso a

los servicios de salud, y una lista de derechos y deberes de los usuarios en el sistema general de seguridad social en salud, lo que ha ocasionado que la participación y el servicio a la ciudadanía hayan quedado fuertemente contenidos en la Institucionalidad.

Método

Para la consecución de los objetivos del trabajo se busca indagar por las concepciones, significados, propósitos construidos en torno a la reciprocidad entre participación social y la calidad de los servicios hospitalarios y los mecanismos de gestión que los hacen posibles.

El enfoque que se abordará es cualitativo de tipo descriptivo y comprensivo, donde se asume una concepción y práctica de conocimiento que se propone comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros, y a su vez se orienta hacia el descubrimiento de fenómenos mediante su descripción y comprensión, respecto a la participación social, calidad, salud y servicio.

La epistemología cualitativa se apoya en principios que tienen importantes consecuencias para el tema de investigación que se va a tratar y el impacto que pueda generar en la comunidad. Asimismo, el conocimiento es una producción constructiva, interpretativa e interactiva.

Este enfoque se elige porque la perspectiva que maneja es acorde a la investigación y es coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas teniendo un valor social y una validez científica.

Se pretende dar buen uso de un lenguaje, empleado para comunicar la información que se obtenga. Este debe ser capaz de describir el proceso de la investigación y debe conservar los valores científicos en su estilo y estructura. Al mismo tiempo se orientará para obtener un alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y los resultados.

La finalidad de una metodología descriptiva es conocer en detalle las características de la Calidad en Salud en un sector público hospitalario en la ciudad de Bogotá; comprensivo, ya que se pretende analizar las características de la relación entre la Participación Social y la Calidad del Servicio en la Red Hospitalaria Pública.

Las técnicas a utilizar son entrevistas a profundidad, el acercamiento directo a la población y análisis de los discursos. El resultado final se plasmará en un registro físico que será la correspondiente entrega final. (La guía de la entrevista y el contenido de las entrevistas se observan al final del documento).

Para captar las diferentes perspectivas acerca de la calidad, la participación social la salud y el servicio en los hospitales, se realizó un análisis bibliográfico a través de la recopilación de información literaria relacionada con los temas de participación social, calidad en servicio y Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se elaboró una investigación de campo donde se realizaron 3 visitas a la institución.

Se efectuaron 3 entrevistas a profundidad. La primera a un representante que pertenece al Comité de Participación del Hospital de Fontibón, quien refiere pertenecer a este grupo hace aproximadamente 20 años, su edad es de 74 años, su profesión es enfermero, es pensionado del ISS y posee un amplio conocimiento de Participación Social; el perfil de este actor social

es adecuado para la investigación ya que posee el conocimiento y la experiencia al ser colaborador por tantos años para esta institución en lo referente a participación social, actualmente es uno de los directores de la Junta de COPACO del Hospital de Fontibón.

La segunda entrevista fue realizada a la jefe del Departamento de Participación Social, su profesión es trabajadora social, lleva 5 años laborando para el hospital de Fontibón; su perfil es llamativo porque es la persona encargada de coordinar las actividades correspondientes a Participación Social, además es responsable de informar a la administración del hospital todo lo referente al departamento que tiene a su cargo.

La tercera entrevista se le realizó a la Jefe de Atención al Usuario, cuya profesión es trabajadora social, con una antigüedad de un año en este cargo dentro del hospital; su perfil es atractivo porque es quien coordina todo lo referente a Atención al Usuario del hospital y dirige el comité de atención a los usuarios, es la encargada de tramitar y contestar las

quejas y reclamos que son elaboradas por parte de los usuarios.

Los sujetos participantes no fueron elegidos aleatoriamente, sino basándose en criterios consensuados, seleccionando profesionales con prestigio y experiencia; así mismo los usuarios representantes con ganas de colaborar y aportar.

Las fuentes de información utilizadas fueron:

Fuentes primarias: corresponden a libros y documentos escritos acerca de conceptos como calidad, participación social, servicio y salud por autores nacionales e internacionales

Fuentes secundarias: Revistas selectivas, manuales elaborados y distribuidos por la Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría de Salud como son La Salud no es un favor es un derecho, La participación comunitaria en salud un derecho y un deber.

Tipo de Estudio

En la composición de la investigación, se utilizaron las técnicas de investigación como aplicación de entrevistas y análisis de discursos, para estudiar la participación social en la calidad del servicio hospitalario

Fases

Fase 1. Se busca la institución donde se va efectuar la investigación y se hace contacto con los representantes y profesionales de la institución.

Fase 2. Se efectúan tres entrevistas a profundidad en el Hospital de Fontibón.

Fase 3. Se hace el respectivo análisis de los discursos, teniendo en cuenta la información recolectada.

Resultados esperados

Esta investigación pretende describir la influencia de la Participación Social en la Calidad del Servicio en Salud que ofrecen los hospitales de la red Distrital en la Ciudad de Bogotá. De igual manera se propuso hacer una descripción de la percepción que tiene un usuario y dos representantes del Departamento de Participación Comunitaria del Hospital de Fontibón, acerca de este tema.

Así mismo, comprender la influencia de la Calidad sobre la gestión del servicio en la red hospitalaria Distrital teniendo como referente el Hospital de Fontibón, Nivel II.

Resultados

A continuación se describirán los resultados obtenidos a partir de los discursos recolectados y procesados:

En cuanto a Participación Social:

La Red Hospitalaria Distrital de la ciudad de Bogotá y en particular el Hospital de Fontibón busca que la ciudadanía participe de manera propositiva del COPACO y Comités de usuarios, con el objeto de cumplir con la Política de Participación Social en lo referente a la calidad del servicio del Sistema de Salud.

Se observa que la veeduría que ejercen estos comités es limitada por la incomodidad de los funcionarios quienes se sienten fiscalizados en su sitio de trabajo, motivo por el cual no proporcionan la información adecuada o completa para que la ciudadanía ejerza el control fiscal enmarcado dentro de las funciones establecidas por el COPACO. Así mismo la mecánica de consecución para obtener los recursos necesarios encaminados al funcionamiento de dicho comité, son obtenidos a través de actividades diferentes a las misionales de la propia entidad

prestadora de salud y motivadas por los miembros de estos Comités.

La información proyectada a los COPACO's por parte de la Alcaldía y mediada por el hospital se convierte en últimas, en una serie de instrucciones o normas a seguir, lo que es un claro indicador que el factor de proposición en los Comités de participación tiene falencia con uno de los objetivos base de la política pública de participación social, lo que genera una alta incidencia en la autonomía propositiva de estos comités y en la calidad de prestación del servicio de Salud, al carecer de propuestas que se ajusten al mejoramiento de la misma.

La participación social se caracteriza por la carencia de relevo generacional por parte de la población juvenil, consecuencia en parte por el desconocimiento de la política pública de participación social, así mismo, la dificultad que les genera formar parte activa de estos comités en razón al cumplimiento de sus labores productivas las cuales demandan tiempo y ocupación.

En cuanto a la Calidad del Servicio:

Se aprecia que la calidad de la prestación del servicio esta siendo fortalecida en términos de implementación de procesos de mejoramiento, ya que tienen proyectado certificarse aproximadamente en 5 años, con la norma ISO 9000 que hace referencia a los procesos de gestión de calidad.

Los usuarios perciben la calidad del servicio en salud como el cumplimiento oportuno y adecuado en todos los aspectos que involucra la atención tales como la programación y ejecución de citas médicas; capacitación y humanización por parte de los funcionarios que prestan el servicio en salud; infraestructura adecuada en términos de instalaciones; y tecnología que permita la eficacia en los servicios médicos.

El estado pretende fomentar la implementación de estrategias desde la perspectiva de la participación social para el mejoramiento de la calidad del servicio, cuyo impacto se está comenzando a percibir en los usuarios finales quienes refieren que la calidad en el servicio ha mejorado, sin embargo, estas estrategias deben ser fortalecidas si se pretende un cambio que haga parte de la cultura organizacional de la entidad

para que consolide la buena prestación del servicio de salud.

En cuanto al Sistema de Salud:

Desde la ley 100 de 1993 que establece los parámetros generales de la prestación de servicio de salud en todo el territorio colombiano y a la cual se le anexa el concepto de calidad en dicha prestación, lo cual genera competitividad en términos de calidad de prestación del servicio en las Organizaciones Prestadoras de Salud. Esto hace que se perciba el servicio de una manera mercantilista, ya que este supone la figura del vendedor y consumidor Guzman, M.P. (2005); que se proyecta en la relación Entidad Prestadora de Salud y usuario, respectivamente. Por ende, no se identifica claramente el rol que desempeña el sujeto que se beneficia del sistema, si es de paciente o cliente; así mismo, esta relación no es clara para los funcionarios quienes ofrecen dicha atención. Los usuarios o clientes se convierten entonces en bienes fungibles ya que la Entidad Prestadora de Salud puede fácilmente puede cambiar un usuario por otro, desatendiendo así los principios del Sistema de Seguridad Social.

Discusión

Elementos Emergentes en los discursos Analizados

Recopilando las unidades de análisis ya planteadas, se procede a identificar las nociones emergentes que surgen de la interpretación de los discursos obtenidos de las personas entrevistadas en Hospital de Fontibón

Relación de la Participación Social con Calidad del Servicio en Salud que ofrecen los hospitales de la red Distrital en la Ciudad de Bogotá.

La Participación Social dentro de los hospitales de la Red Distrital de la ciudad de Bogotá y en particular del Hospital de Fontibón, busca que la comunidad sea participe en la toma de decisiones, en la prestación de los servicios y su mejoramiento, lo que incluye la capacidad propositiva de el COPACO, con respecto al progreso en la calidad del servicio que ofrece los hospitales de la Red Pública.

Las normas establecidas por la ESE`s, buscan que el usuario interactúe con el hospital en sus decisiones teniendo voz y voto a nivel directivo, con respecto al marco otorgado por las normas, interviniendo en las

actividades de planeación, asignación de recursos, vigilancia y control del gasto en todo lo relacionado con el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Es importante para el Hospital de Fontibón motivar a la personas para que participen de estos comités de participación comunitaria, ya que esta política es una herramienta a favor de la comunidad para ejercer su derecho a la participación en Salud. El ser participes de alguna situación, nos ubica dentro de un espacio de pertenencia, que en este momento sería el adecuado para generar reformas en cuanto a la calidad en la prestación del servicio de salud en Colombia.

Relación de la gestión de servicio con la calidad y la Participación social, en la red hospitalaria Distrital

El proceso de acreditación bajo las normas de calidad de ISO 9000, es un tema de vital importancia para cualquier organización tanto pública como privada que desee competir en un mercado laboral. Bajo estos parámetros el Hospital de Fontibón reconoce la importancia del tema, y en la actualidad se está preparando para buscar la certificación de la norma ISO, que tienen proyectado obtener alrededor de 5 años

aproximadamente para lograr procesos íntegros y certificados, que permitan evaluar la calidad en la prestación de los servicios para optimizar tiempos, dinero y presentar una mejora en los resultados, satisfaciendo de esta forma a los usuarios, con una atención rápida y eficaz de parte del personal Médico y administrativo; aquí es donde la Participación Social juega un papel importante ya que este comité interviene en las actividades de mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios, planeación, asignación de recursos, vigilancia y control del gasto, que son puntos estratégicos a tener en cuenta en caso de una auditoria para otorgar la certificación de calidad en servicio de una Institución prestadora de Salud.

Al tener en cuenta esta acreditación, la Secretaria de Salud se ha preocupado por reforzar la estructura física del hospital de Fontibón, ya que la demanda de usuarios que a diario se maneja dentro de éste es alta y físicamente la institución no se encuentra en las condiciones apropiadas con respecto al espacio, para brindar un mejor servicio a la comunidad.

Se puede apreciar que con la transformación empresarial por la cual está trabajando el hospital para lograr la certificación de norma de calidad ISO 9000, consigue ganar credibilidad y confianza ante sus usuarios y generar una imagen institucional positiva, en el cual se denota un esfuerzo por mejorar las condiciones de prestación de los servicios existentes a los pacientes donde la Institución como ESE. (Empresa Social del Estado) no puede atender indiscriminadamente, si no que deben considerar el aseguramiento del paciente, con un servicio eficiente y personalizado, ya que como cliente satisfecho, necesita una buena comunicación de parte de los profesionales para su mejor entendimiento en los servicios de salud. Proyectos como la reubicación del espacio dentro de la institución y el mejoramiento de sus instalaciones, son necesidades que el grupo de participación comunitaria hizo conocer a la administración por intermedio de su derecho a la participación.

La Participación social es activa en los programas de calidad de Servicio de la Red pública Hospitalaria.

Las personas que se encuentran dentro de los grupos de participación social, son personas con un

gran compromiso frente a la Institución, y aunque no cuentan con recursos suficientes para realizar sus funciones, por ejemplo, con un sitio de encuentro exclusivo para ellos o con un computador, se puede apreciar que la gestión de participación está enmarcada en un propósito de generación de sus propios recursos, con el fin de cumplir con sus objetivos, ya que el presupuesto es una herramienta fundamental para la prestación del servicio y la restricción de ingresos (por parte de la Secretaria de Salud), hacen que no alcancen a llegar estos dineros al área de Participación social y servicio al usuario, el cual los lleva a realizar actividades como bazares, para obtener más recursos y tener un esquema de sostenibilidad, lo que muestra el compromiso que este grupo tiene frente a su labor. El comité de COPACO es de gran importancia para la Política de Participación del Hospital de Fontibón como tal, ya que interviene en las actividades de asignación de recursos, control de gasto, vigilancia y planeación que influye en la calidad de la prestación del servicio por parte del Hospital. De igual manera, en el proceso de

diagnóstico, programación y control de evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Percepción de algunos funcionarios, y usuarios del hospital de Fontibón en Bogotá acerca de la Participación Social en la Red de los Hospitales Públicos.

Los integrantes del COPACO perciben cierta resistencia por parte de los funcionarios en proporcionar información, generando conflictos a nivel organizacional, debido a que se sienten fiscalizados en su lugar de trabajo y no proporcionan a los del comité capacitaciones, documentos, balances y resultados de investigaciones hechas por la organización. De alguna manera esto influye en la capacidad propositiva de este grupo, y en su falta de motivación para continuar con su proceso dentro de estos comités.

Algunos funcionarios perciben acerca de la participación social que es necesario que los COPACOS cuenten con una estructura física (oficina) para el desarrollo de sus proyectos y una mejor organización, así pueden adquirir más sentido de pertenencia en la organización, su participación se impulsa y cuentan con

un mejor reconocimiento, además deben recibir capacitaciones para obtener un mejor conocimiento en Seguridad Social en Salud y formar sujetos autónomos capaces de hacer valer su opinión y su visión.

Otro factor que influye es la escolaridad que tienen las personas que pertenecen a estos comités; en su mayoría son adultos mayores o amas de casa, que disponen de tiempo libre para asistir a las reuniones, es evidente un déficit de la población joven participante, debido al desconocimiento y al poco tiempo libre; a su vez, las personas que llegan a este tipo de comités, en su mayoría, son personas que desean realizar algún tipo de actividad que los mantenga ocupados; es extraño, aunque en algunos casos se presenta, que las personas van con una idea clara de lo que significa pertenecer a este tipo de comités, y que quieren ser voceros de su comunidad. Las que no, dificultan el desarrollo eficiente de las actividades, ya que al principio tienen que documentarse o capacitarse para conocer el rol que va a desempeñar, y este rol se puede ver de alguna manera sesgado por la información que se le entregue al participante con respecto a sus funciones dentro del comité. Es

importante que el estado promocióne las formas de participación de una manera acorde con la cultura de cada localidad, ajustando las políticas en la realidad social local, y a su vez fortaleciendo el sector educativo en todos sus niveles, para crear conciencia de participación.

Relación entre el Sistema de Salud Social y la Política de Participación Social

A través de los discursos seleccionados para el análisis, es posible identificar que las consecuencias de la ley 100 de 1993 han generado en los usuarios insatisfacciones debido a que la salud se está proyectando de una manera mercantilista, y por ser un derecho establecido en la Constitución Política se debería concebir de forma gratuita y sin tanta tramitología. Con la política de Participación Social la comunidad debe participar como un actor más del sistema que demanda servicios, ejerciendo control social sobre los actores que intervienen en el mercado.

Con la Ley 100 de 1993 se crea el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se establece la participación como uno de sus principios, estableciendo

el Decreto 1757 de 1994, como formas organizativas de Participación Comunitaria en Salud.

Los COPACOS y el comité de usuarios son de gran importancia para la Política de Participación como tal, ya que interviene en las actividades de planeación, asignación de recursos, vigilancia y control de gasto en todo lo relacionado con el Sistema de Seguridad Social en Salud; de igual manera, en el proceso de diagnóstico, programación y control de evaluación de los servicios de salud.

Las nociones restantes surgidas del análisis de los discursos tomados de las tres entrevistas son:

Con respecto al cliente interno, es decir, con las personas que laboran dentro del hospital de Fontibón, existen también inconformidades por sus contratos laborales, ya que la responsabilidad que manejan es superior a la estabilidad laboral que les están ofreciendo; este factor determina la motivación laboral que se proyecta en la calidad del servicio que ofrecen los funcionarios.

Así mismo, cada vez que se da una nueva administración, se presentan cambios en los procesos administrativos tanto para el personal que labora

dentro del hospital, como para el usuario. Estos cambios que ocurren en las organizaciones exigen una capacidad de adaptación por parte de los funcionarios que se deben ajustar a las nuevas reglas instauradas por la administración entrante. Cuando estos cambios son realizados de manera permanente, alcanzan a ocasionar desorden con respecto a los procedimientos de prestación de servicio, ya que cada director tiene su propio plan de trabajo.

Actualmente el reconocimiento al usuario como actor principal es latente y de gran importancia para las personas que laboran en el hospital de Fontibón, debido a que reconocen que los usuarios son los generadores de la labor que ellos cumplen en el hospital; por esto, se han preocupado por atraer fuentes de información y de conocimiento acerca de la calidad en la atención del servicio, acudiendo a otras ESE's y adoptando una nueva cultura organizacional, para poder perfeccionar el servicio deseado hacia sus clientes.

Con respecto a los usuarios se evidenció en las entrevistas, que el mecanismo por el cual la mayoría de personas se inclinan para hacer respetar su derecho a

la salud, son las acciones de tutela, donde, en la mayoría de los casos, para lograr acceder a ciertos procedimientos médicos en salud o en la administración de algún medicamento es la forma más directa de reclamarle al estado su derecho de protección en Salud.

Con respecto a la Institución, se están implementando estrategias como trabajar en la promoción y prevención de la salud, realizando brigadas de prevención de enfermedades, motivando a las personas a realizar ciertas actividades que están encaminadas a mejorar su calidad de vida, ya que lo ideal es hacer que los sujetos estén atentos a cualquier síntoma de aparición de enfermedad para poder ser controlada a tiempo, lo que implica un beneficio tanto para el paciente como para la Institución ya que disminuiría los costos de una enfermedad crónica o terminal.

Se observó que para una mejor prestación de servicio el departamento de Participación Social del Hospital de Fontibón busca dar solución a las inquietudes presentadas por los usuarios mediante las quejas y reclamos, ya que se considera como deber del usuario exigir y valorar la atención que se les brinda; en este caso se debe tener en cuenta que en algunos

momentos se puede dar respuesta y en otros no. Esto depende de la información que suministren estas personas para expresar sus inconformidades hacia los funcionarios del hospital ya que el deber de ellos es dar respuesta al que lo requiere.

Un fenómeno que se está presentando es que existen personas que llevan muchos años desarrollando un mismo rol dentro de los comités, lo que de cierta manera puede significar el manejo de un poder interno invisible. Este problema está asociado por la falta de relevo generacional, donde la juventud no se destaca por ser propositiva frente a las acciones del hospital; en este caso se denota la carencia en términos económicos y culturales para que los jóvenes sean participes de los COPACOS. Así mismo, existen personas que por escalar posiciones o reconocimiento, ingresan a este tipo de comités sin tener la correcta vocería para representar a su comunidad.

Otra preocupación va encaminada al déficit en tecnología y equipos médicos que posee esta entidad, y en general todas las entidades del estado. Esto está influenciado por el manejo del presupuesto para la

compra de equipos y de manutención de las estructuras físicas de los hospitales del Estado.

Con respecto al Estado, una estrategia que utiliza para llegar a la ciudadanía es la realización de asambleas de COPACOS a nivel Bogotá, los cuales son espacios abiertos para que cada localidad exponga sus propuestas, sus avances, sus dificultades e interactúen y se apoyen entre ellos a buscar soluciones y nuevos proyectos que beneficien a la comunidad en general.

Estas actividades se desarrollan para el bienestar de los usuarios, quienes han sido espectadores del cambio en la atención con calidad en el Servicio de la Red Pública y específicamente en el Hospital de Fontibón, el cual trabaja en procesos como la humanización para generar mecanismos de reflexión e inquietudes por auto-cuestionamientos sobre la forma de prestar una adecuada atención en el servicio con calidad por parte de los funcionarios.

Conclusiones

Las presentes conclusiones buscan identificar las nociones comunes surgidas de los análisis de los discursos tomados a tres personas que tienen un vínculo con el Hospital de Fontibón.

En este sentido se rescatarán las ideas principales de los análisis de los discursos:

Relación de la Participación Social con Calidad del Servicio en Salud que ofrecen los hospitales de la red Distrital en la Ciudad de Bogotá.

Recopilando las unidades de análisis de los entrevistados en el tema de Participación, se puede establecer que el hospital de Fontibón busca que la comunidad se motive e involucre de manera activa en la toma de decisiones en lo referente a la calidad de prestación de los servicios y su mejoramiento; de igual manera en las actividades de planeación, asignación de recursos, vigilancia y control del gasto en todo lo relacionado con el Sistema de Seguridad Social en Salud, porque esta política es una herramienta a favor de la comunidad que debe hacer respetar su derecho a la participación en Salud.

Relación de la gestión de servicio con la calidad y la Participación social, en la red hospitalaria Distrital

Tomando como referencia los resultados de las entrevistas en lo concerniente a Calidad, no se desconoce que el proceso de acreditación bajo las normas de calidad de ISO 9000, es un tema que genera gran importancia a cualquier organización tanto pública como privada que desee competir en un mercado. Teniendo en cuenta estas características el Hospital de Fontibón en la actualidad afronta un cambio organizacional, tanto en la logística de sus procesos, como en la infraestructura de su planta física, donde cuentan con la participación del COPACO, para la entrega de propuestas y sugerencias de los procesos de mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios, colaborando para que el cambio sea implementado por la Institución para gestionar la certificación, y así lograr mayor competitividad por parte del Hospital. De igual manera este grupo de personas colaboran en la evaluación y en la supervisión para que estos procesos se lleven a cabo satisfaciendo a los usuarios, con una atención rápida y eficaz.

La Participación social es activa en los programas de calidad de Servicio de la Red pública Hospitalaria.

Anteriormente el servicio hospitalario era evaluado por la cantidad de usuarios inscritos a sus servicios, la prioridad era atender cantidad y no con calidad a los usuarios. Con la ley 100 de 1993 se intenta evaluar cualitativamente, es decir, por la calidad en el servicio prestado, con la capacitación profesional de sus funcionarios, desarrollando competencias en sus labores, generando competitividad con las demás organizaciones y con un objetivo claro de fidelización al usuario.

Para una mejor prestación del servicio el hospital busca dar solución a las inquietudes presentadas por los usuarios mediante las quejas y reclamos, que son recibidas y expuestas por el COPACO y el comité de usuarios, ya que se considera como deber del usuario exigir y valorar la atención que se les brinda.

Desde el Departamento de Participación Social, comité de usuarios y COPACOS en compañía del Área de Recursos Humanos del hospital de Fontibón se han planeado y llevado a cabo proyectos como el de la humanización, el cual es un proceso de sensibilización

del funcionario hacia el usuario, con la idea de brindar un mejor servicio para tener al cliente satisfecho en la atención y este pueda utilizarlo de manera indefinida cada vez que lo requiera. También es un proceso bidireccional, es decir, se maneja internamente con los funcionarios de la organización como estrategia para sobrellevar una carga laboral y así obtener un buen clima organizacional que se proyectará en la calidad del servicio.

Percepción de algunos funcionarios, y usuarios del hospital de Fontibón en Bogotá acerca de la Participación Social en la Red de los Hospitales Públicos.

La percepción de algunos funcionarios con respecto a la Política de Participación es que ha sido una buena estrategia del estado para promover la participación del ciudadano común, en el mejoramiento de los procesos de la calidad en la prestación del servicio, lo que implica que ellos deben involucrarse y capacitarse para hacer valer sus derechos.

Otro aspecto importante percibido por los funcionarios es que la escolaridad que tienen los sujetos que pertenecen a estos comités es baja, ya que

en su mayoría son adultos mayores o amas de casa, que disponen de tiempo libre para asistir a las reuniones. Es evidente un déficit de la población joven participante, debido al desconocimiento y al poco tiempo libre; las personas que ingresan deben documentarse o capacitarse para conocer el rol que van a desempeñar, y este rol se puede ver de alguna manera sesgado por la información que se le entregue al participante con respecto a sus funciones dentro del comité.

Así mismo es importante que el estado promocióne las formas de participación de una manera acorde con la cultura de cada localidad, ajustando las políticas en la realidad social local, y a su vez fortaleciendo el sector educativo en todos sus niveles, para crear conciencia de participación.

Por otra parte, los usuarios perciben que existe cierta resistencia por parte de los funcionarios a proporcionar información, debido a que se sienten fiscalizados en su lugar de trabajo, dificultando la labor de estas personas y esto influye en la capacidad propositiva de los grupos de participación; además

genera desmotivación por parte del COPACO.y del comité de usuarios.

Relación entre el Sistema de Salud Social y la Política de Participación Social

El sistema General de Seguridad Social en Salud es el mecanismo por el cual el estado garantiza la prestación de servicios de salud a los colombianos de acuerdo con la ley 100 de 1993, y la Política de Participación social es una forma organizativa de participación prevista en el Decreto 1757 de 1994, que ha alcanzado importantes logros en torno a los procesos de planeación local, control social y mejoramiento de la calidad de los servicios en salud; es decir, la política de participación social es una herramienta que la ciudadanía puede utilizar para elevar el nivel de conocimiento y reflexión sobre sus necesidades sociales, con el objeto de incidir en las decisiones que los afectan a nivel de Salud.

Aspectos a tener en cuenta:

La Política de participación nace de la ley 10 de 1990, la cual nos habla del derecho que tiene la ciudadanía para participar en la formulación de proyectos encaminados a mejorar el servicio de salud en

nuestro país. Desafortunadamente esta política es en su mayoría desconocida por la ciudadanía en general, debido a las obligaciones laborales y familiares de cada sujeto; los individuos no tienen el tiempo suficiente para informarse y ser participantes activos de esta política que actualmente se rige por el decreto 1757 de 1994.

Las personas que pertenecen a los comités de Participación social, deben ser personas con un gran compromiso frente a la Institución a la cual representan y a su vez, poseer capacidad de liderazgo porque constituyen la vocería de una localidad en particular.

Recomendaciones

Al respecto se propone lo siguiente:

Desde el programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia y desde el Grupo de Investigación denominado Gestión y Organizaciones desde las Corrientes Emergentes, se deben seguir implementando investigaciones a profundidad con respecto a como se desarrolla el Sistema de Salud en Colombia, en especial el rol que desempeña la comunidad dentro de la misma, ya que la salud es un derecho fundamental de los ciudadanos.

De igual forma los Psicólogos juegan un papel importante en la motivación hacia los jóvenes para que se informen y participen de estos comités y hagan uso efectivo de su derecho a la Participación ciudadana; así mismo, no descuidar a los actores que se encuentran inmersos en estas actividades, ya que son un punto de referencia para las generaciones venideras.

Al incentivar la Participación Social, la comunidad adquiere la responsabilidad de influir en la toma de decisiones y a su vez ejercen control sobre las instituciones que intervienen en el mercado. Si se desea por parte de la comunidad calidad en la

prestación de los servicios en salud, éstos deben ser líderes y actores principales del cambio organizacional de estas entidades.

Otro aspecto a analizar puede ser la realización de convenios entre universidades y el estado para que los actores sociales de esta política reciban capacitación especializada y de una manera crítica se genere en ellos liderazgo, para así evaluar y desarrollar su trabajo con respecto a las percepciones que los usuarios tienen del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que son los que realmente hacen uso del servicio.

Una de las necesidades básicas para el ser humano es la salud. Como sugerencia se le recomienda al hospital motivar a los pacientes para que expresen sus inconformidades a través del buzón de sugerencias, con sus datos personales completos, para brindar una respuesta de satisfacción a su requerimiento; y así lograr que estas personas continúen utilizando el servicio, a su vez, poder identificar las falencias en el servicio y mejorarlas. Estos son mecanismos que al ser utilizados de manera adecuada, abren un canal de comunicación directo entre las entidades prestadoras de

salud y la comunidad, con el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de los servicios.

Se recomienda facilitar un espacio propio y recursos adecuados dentro del Hospital, al comité de COPACO y al comité de usuarios, donde se permita el desarrollo de sus funciones, estimulando un sentido de pertenencia a la organización por parte de los representantes.

Referencias

- Alcaldía de Bogotá (1993). *Ley 100 de 1993*. Bogotá: Imprenta Nacional 2007.
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2006). *Cartilla: Atención Primaria en Salud*. Movilización Social por Derecho a la Salud
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2007). *Cartilla: Participación Social y Discapacidad*. Secretaría de Salud.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, (2007). *Cartilla Salud a su Hogar*; Secretaría de Salud.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, (2007). *Cartilla: Política Pública de Participación por una Ciudadanía Activa*: Instituto Distrital de la Participación y Acción comunal, (IDPAC).
- Alcaldía Mayor de Bogotá, (2007). *Cartilla: La Participación Comunitaria en Salud un Derecho un Deber*: Secretaría de Salud.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, (2006). *Cartilla: La Salud no es un Favor es un Derecho*: Secretaria de Salud.

Alcaldía Mayor de Bogotá (2007). *Cartilla: la salud no es un Favor es un derecho*: Política Pública de Participación en Salud y Servicio al Ciudadano.

Álvarez Manilla, J. (2002). *Reflexiones en torno a la calidad de la educación. (libro electrónico)*. Obtenido el 23 de octubre de 2008 en http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res072/art2.htm, Diccionario de la lengua Española.

Cámara de Comercio de Bogotá (1995). *Manual de gestión de calidad total a la medida*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Cortes Millán, G.A. (2008). Participación social en salud, una mirada crítica desde Bogotá. *Revista Pretil*.

Eslava, G. (1998). III Foro de Salud Comunitaria. Bogotá. D.C. Editorial: Fundación Corona.

Fandiño, J (2002). *Participación Ciudadana en la Administración Pública*. Bogotá D.C. Editorial Leyer.

Organización Panamericana de la Salud, (2002). *Cien Años de Historia*. Organización Mundial de la Salud.

García Álvarez, C.M. (2005). *Una aproximación al concepto de Cultura Organizacional*. Bogotá, Universidad Javeriana, Universidad Piloto.

González, H. (2007). El sistema de gestión. (Libro electrónico). Obtenido el 3 de octubre de 2008 en [Http:// www.calidad-gestion.com.ar](http://www.calidad-gestion.com.ar)

González, H. (2007). *Ejes de la Gestión de la Calidad "El sistema de Gestión"*. (Libro electrónico). Obtenido el 24 de Septiembre de 2008 en <http://www.calidad-gestion.com.ar>

Guzmán Urrea, M. del P. (2005). *Impacto de la Introducción de los mecanismos del mercado*. Universidad Javeriana: Revista Gerencia y Políticas de Salud.

Grupo Kaizen. (2005) *"Mejoramiento continuo principio de gestión de la Calidad"* (Libro electrónico). Obtenido el 30 de Junio de 2008 en <http://www.grupokaizen.com>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (2008). *Norma ISO 9001 -2000 actualizada*. Bogotá: ICONTEC.

Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (2007). *Política publica de Participación por una ciudadanía activa*. Bogotá: IDPAC

Kudoz (2000). *English to Spanish translation of Quality Assurance / Quality Improvement Director: control de calidad/director de mejora de calidad* (libro electrónico). Obtenido el 23 de octubre de 2008 en Rank<http://www.proz.com/kudoz/1248362>, norma ISO 9000.

Macías Llanes. M. (2001). *Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud.* (Libro electrónico). Obtenido el 23 de agosto de 2008 en <http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2001/n3/body/hmc030301.htm>

Mejía García, B. (2000). *Auditoria Medica, para la garantía de calidad en salud.* España: Mc Graw Hill.

Ministerio de la Protección Social (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.* Bogotá D.C.: Imprenta Nacional.

Ministerio de la Protección Social (2007). *Síntesis de coyuntura Dirección de Políticas Sectoriales.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Ministerio de la Protección Social. *Decreto Ley 1750 de 2003.* Bogotá: Imprenta Nacional.

Ministerio de la Protección Social (1994). *Resolución No. 5261 de 1994*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud (2000). *Dirección general para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud*. Programa de mejoramiento de los servicios de salud. Bogotá: Editorial Minsalud.

Ponte Mittelbrunn, C. (2000). *Conceptos Fundamentales de La Salud A Través de su Historia Reciente*. (libro electrónico). Obtenido el 3 de octubre de 2008 en http://www.cpraviles.com/proyectos/REDES/articulos/C._PONTE._Conceptos_de_la_salud.doc.

Repullo Labrador, J. R. y Iñesta, A. (2006). *Sistemas y servicios sanitarios*. España Ed. Díaz de Santos.

Rodríguez, G. Plazas, E. Plazas, H. (2004). *Evaluación de la Calidad del Servicio, la Lealtad y la satisfacción en el sector salud*. Colombia: Universidad Sur colombiana.

Rodríguez, C. (2007). *Análisis de la gestión de la prestación de servicios hospitalarios*. Bogotá.

Rozenthal, E. (1998). *III Foro de Salud Comunitaria*. Bogotá. D.C. Editorial: Fundación Corona.

Schvarstein, L. (2001). *Psicología social de las organizaciones*. Bogotá: Editorial

Paidós.

Secretaría de Salud (2004). Cartilla No. 6
Investigaciones en Seguridad Social y Salud.

Alcaldía Mayor de Bogotá.

Secretaría de Salud (2006). Cartilla No. 8
Investigaciones en Seguridad Social y Salud.

Alcaldía Mayor de Bogotá.

Segunda Asamblea por el Derecho a la Salud y Calidad de Vida, (2006). *Análisis de la gestión y la prestación de servicios hospitalarios en las entidades adscritas a la secretaria de salud del distrito capital*. Bogotá.

Tapia, M. (2002). *La solidaridad como pedagogía*. Buenos Aires ed. Ciudad Nueva 2002.

Toban Correa, O. García, C. (2004). *Fundamentos Teóricos y Metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Caldas: Universidad de Caldas.

Vanegas, C. (2006). Artículo "El especialista de calidad y productividad ante la administración de la salud". (Libro electrónico). Obtenido el 17 de Julio de 2008 en <http://www.cmora@postgradoedu.ve>

Vanegas, C. (2006). Artículo "La relevancia de una buena Gestión de Calidad y Servicio. Bogotá.

Yepes L. J. F. (1990). *La Salud en Colombia*. Documento General Tomo I, Bogotá: Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación.

Zambrano Rodríguez, H. (2007). *La Salud no es un favor es un derecho, Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano*. Bogotá.: Alcaldía Mayor.

A p e n d i c e s

Apéndice A.

Preguntas entrevista

Apéndice B.

Transcripciones entrevistas

Apéndice C.

Análisis