

La experiencia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia*

JANETH MOSQUERA, MSc¹, ALEJANDRA GUTIÉRREZ, MSc², MAURICIO SERRA, MD³

RESUMEN

Antecedentes: En América Latina para mejorar el desempeño del sector salud y para frenar procesos de corrupción, se ha venido promoviendo el desarrollo de iniciativas de control, a través de ejercicios de rendición de cuentas por parte de los actores sociales involucrados en el sector salud.

Objetivos: Describir y analizar la implementación de un proceso de control social a la gestión en salud con participación de usuarios de los servicios en Cali.

Metodología: Se llevó a cabo en Cali una experiencia piloto de control social promovida por líderes comunitarios del sector salud, en la cual se usó como mecanismo la rendición de cuentas. El proceso se desarrolló en etapas, dando como resultado la realización de tres ejercicios públicos de rendición de cuentas. Además, con base en la experiencia, se diseñó una metodología para el desarrollo de iniciativas ciudadanas de rendición de cuentas.

Resultados: Participaron indirectamente 745 personas y directamente 54 líderes comunitarios de las Asociaciones de Usuarios de las Empresas Sociales del Estado de la Red Pública de Salud de Cali, quienes contaron con apoyo técnico y financiero para promover dos de las tres rendiciones de cuentas realizadas. En cada una de las etapas se identificaron debilidades técnicas y metodológicas.

Conclusiones: El proceso mostró que aunque se avanzó en comprender la importancia del control social en salud y los alcances de la rendición de cuentas, se identificaron obstáculos relacionados con las dificultades en el acceso a la información, bajo liderazgo comunitario en el tema de control social y resistencia de los funcionarios públicos a que su gestión sea objeto de control social.

Palabras clave: Control social; Participación ciudadana; Transparencia; Rendición de cuentas; Corrupción; Salud.

Citizen participation in accountability to health management in Cali, Colombia

SUMMARY

Background: In Latin American for improving health sector performance and for decreasing corruption process, a social control initiatives like accountability process are been realized by social actors involved in health sector.

Objectives: To describe and to analyze accountability to health management process with the involvement of health services consumers.

Methodology: A pilot control social experience was developed in Cali with community participation in an accountability experience. Three public accountability experiences were developed. A methodology proposal was design to achieve community participation in accountability process.

Results: 745 persons, indirectly, and 54 community leaders of Consumer Association of health local services of Cali, directly, were wrapped up. They had technical support in two out of the three accountability meetings carried out. In each stage was identified technical and methodological weakness in the accountability process.

Conclusions: Despite of an understanding of the accountability process in health was improved, the experience showed some obstacles such as: difficulties in the access of information, low community leadership in social control issue and

* El proyecto fue apoyado técnica y financieramente por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y se ejecutó a través de un contrato entre la Secretaría y la Fundación FES-Social, Cali, Colombia.

1. Investigadora, División Salud, Fundación FES-Social y Docente Hora Cátedra Universidad del Valle, Facultad de Salud, Cali, Colombia. e-mail: jamosquerabecerra@gmail.com
2. Auxiliar de investigación, División Salud, Fundación FES-Social. Cali, Colombia. e-mail: amgutierrezc@yahoo.com
3. Investigador Asociado, División de Salud, Fundación FES-Social. e-mail: mausera@fundacionfes.org

Recibido para publicación enero 24, 2008 Aceptado para publicación enero 15, 2009

resistance of public health workforce to see their performance in health sector as a matter to be account.

Keywords: *Social control; Community participation; Transparency; Accountability; Corruption; Health.*

En América Latina la importancia de la participación comunitaria en salud ha sido ampliamente reconocida. Con distintos enfoques, propósitos y metodologías, desde la década de 1950, se ha buscado involucrar a las comunidades, en los programas de promoción de la salud y en la gestión de los servicios de salud¹⁻³.

En el marco de los procesos de reforma en salud de la década de 1990, se impulsaron estrategias de participación social para garantizar la eficiencia y la eficacia en la gestión de los recursos públicos, por la fuerte vinculación del sector privado en la administración de estos recursos y en la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, frente a fenómenos como la corrupción y la necesidad de regular el funcionamiento del mercado, se promovieron mecanismos de participación para velar por la correcta y la transparente administración de los recursos públicos⁴.

En Colombia, a partir de Reforma Constitucional de 1991, donde se declara que el país se rige por una democracia participativa, se propone la ampliación tanto de los espacios de decisión como de los sujetos del proceso democrático y de los mecanismos de decisión⁵, por tanto, se buscó involucrar a los ciudadanos en la gestión pública, trascendiendo la elección de gobernantes, es decir, pasar de una democracia representativa a una democracia participativa.

Concomitante con ello, la reforma del sector salud de 1993, tuvo entre sus propósitos fortalecer la participación ciudadana, acogiendo formas ya establecidas y creando nuevos mecanismos de participación, individuales y colectivos, para ejercer el derecho a influir sobre la salud⁶. Entre los nuevos mecanismos, ganaron relevancia las propuestas de control social, veeduría ciudadana y fiscalización de la gestión en salud. Con estas estrategias, que se suponen complementarias a los mecanismos institucionales existentes, se les otorga tanto a los usuarios como a los demás actores del sistema de salud, el derecho de velar por la calidad, la oportunidad y la eficiencia de los servicios de salud⁷, contribuyendo a mejorar el desempeño del sector salud y a frenar procesos de corrupción⁸.

La rendición de cuentas como una estrategia de control social, promueve que tanto actores como instituciones responsables de la administración de lo público, den cuenta de las razones de las decisiones tomadas o de las acciones realizadas (informar y justificar) y lleva a la opción de que dichos actores sean objeto de sanción en caso de haber incurrido en fallas^{9,10}.

Esta estrategia implica distintos actores de los sistemas de salud, uno de ellos son los usuarios de los servicios o las comunidades, a quienes se les encomendó, en la nueva legislación colombiana sobre participación, garantizar procesos transparentes en el sector salud. Esta responsabilidad es coherente con las iniciativas de modernización del Estado impulsadas en la década de 1990, que avanzó hacia la calidad e instauró una nueva visión del usuario, que ahora como cliente debe ser satisfecho de manera más eficiente y efectiva¹¹.

Por otro lado, pese a la apertura de espacios legales para la realización de procesos de control social desde la perspectiva ciudadana y a las ventajas que esta estrategia ofrece en países con altos índices de corrupción^{12,13}, en Colombia se cuenta con pocas y débiles iniciativas ciudadanas de este tipo¹. En ese marco, con el liderazgo de la Autoridad Sanitaria Municipal de Cali, se desarrolló una experiencia piloto para fortalecer los procesos locales de control social a la gestión pública, a través del uso del mecanismo de la rendición de cuentas.

A continuación, se describe y analiza la experiencia desarrollada en Cali, dando cuenta de los aspectos metodológicos considerados en la misma, así como de los factores que influyeron el proceso.

LA AUTORIDAD SANITARIA MUNICIPAL Y EL CONTROL SOCIAL

Una de las competencias asignadas a las Secretarías de Salud Pública Municipal (SSPM), en su papel de autoridades locales del sector salud, es la promoción de la participación ciudadana. Adicionalmente, la Ley 100 de 1993, con la cual se reforma el sistema de salud en Colombia, demanda que las instituciones de salud se transformen en Empresas Sociales del Estado (ESE) y que las secretarías de salud pasen de ser prestadoras de servicios a ser moduladoras del sistema local de salud^{14,15}. Esto implicó el establecimiento de una nueva relación entre las ESE creadas y la SSPM.

Con base en lo anterior, se destacan, entonces, dos elementos del contexto en el cual se desarrolló la iniciativa de control social en la ciudad de Cali:

La institucionalidad de la iniciativa. El proceso de control social desarrollado con los líderes comunitarios y los servidores públicos fue una iniciativa de corte institucional; es decir, se hizo en los marcos de la obligatoriedad de la SSPM de Cali de promover la participación ciudadana en salud. Sin embargo, se resalta que a la experiencia piloto se vincularon funcionarios del sector salud, con el fin de fortalecer el proceso y trabajar bajo el principio del gana-gana, el cual consideraba que la comunidad y los funcionarios públicos se benefician de los procesos de control social promovidos por las comunidades usuarias de los servicios de salud.

La relación ESE-SSPM de Cali. Con el cambio de responsabilidades a partir de la Ley 100 de 1993, la SSPM de Cali como ya no es un prestador directo, requiere contratar la prestación de servicios de salud pública y para ello contrata con las ESE los servicios para los afiliados del régimen subsidiado y para la población vinculada. En el marco de esta nueva relación, la SSPM de Cali debe fortalecer los mecanismos que le garanticen el buen cumplimiento de las acciones pactadas y, por tanto, define enfatizar en el control social a su gestión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Características del proceso de control social desarrollado. En esta experiencia piloto, la rendición de cuentas fue concebida como un ejercicio público, donde los ciudadanos ejercen el derecho a recibir información y justificación sobre asuntos de su interés, relacionados con la gestión de los servicios de salud, y donde los responsables de dicha gestión dan cuenta abiertamente de las decisiones tomadas y de las acciones realizadas.

En términos metodológicos con el objeto de orientar y sistematizar la experiencia se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión antes y al finalizar el proceso. En ellas participaron líderes comunitarios (dos miembros del Consejo Territorial de Salud y líderes de las Asociaciones de Usuarios), servidores públicos de la SSPM (las trabajadoras sociales de los equipos de salud pública de las cinco zonas en que opera la SSPM, el Secretario de Salud, y los jefes de los grupos funcionales de la SSPM) y los gerentes de las ESE. En

total se entrevistaron 32 personas, quienes firmaron la forma de consentimiento informado. Finalmente, el proceso de control social, desde la perspectiva ciudadana a la gestión en salud, se desarrolló en tres etapas:

Primera etapa: En cada una de las 5 ESE de la Red Pública de Salud se desarrolló y evaluó un ejercicio práctico de rendición de cuentas, promovido por una Organización No Gubernamental (ONG) contratada por la SSPM de Cali.

Segunda etapa: Desarrollo de un segundo ejercicio de rendición de cuentas, organizado por la misma ONG, promovido por líderes comunitarios en 3 de las 5 ESE de la Red Pública de Salud de Cali.

Tercera etapa: Realización de un último ejercicio de rendición de cuentas de carácter municipal promovido por los líderes comunitarios, en el cual participó la SSPM de Cali.

La primera etapa, donde se desarrollaron los cinco primeros ejercicios de rendición de cuentas, se concibieron como una experiencia formativa donde los participantes, quienes rendían cuentas (tomadores de decisión) y los asistentes (comunidad y líderes comunitarios), tuvieron la oportunidad de auto-evaluar cómo se había realizado este ejercicio.

Para dicha evaluación se elaboró para todos los participantes un documento conceptual corto y sencillo sobre rendición de cuentas como un mecanismo de control social y las condiciones esenciales para su realización (Anexo 1) y se diseñó una guía de evaluación del ejercicio de rendición de cuentas, que de manera exhaustiva buscaba que los asistentes dieran su calificación sobre la forma cómo se había rendido cuentas. Es decir, con esta evaluación se establecía la brecha entre el deber ser de una rendición de cuentas y lo que se había realizado.

El instrumento de evaluación tuvo dos puntos:

- Comparación entre el concepto de rendición de cuentas y el ejercicio llevado a cabo, teniendo en cuenta tres componentes: las decisiones tomadas, la asignación de recursos y el impacto de la gestión.
- Verificación del cumplimiento de las condiciones esenciales del mecanismo de rendición de cuentas.

En la segunda etapa, las segundas rendiciones de cuenta se plantearon como espacios u oportunidades para superar las debilidades encontradas en los primeros ejercicios. En ese sentido, se hizo énfasis en los aspectos relacionados con:

El mejoramiento del proceso de selección del tema de la rendición de cuentas. Para ello se propuso una metodología para el establecimiento de prioridades, la cual fue implementada previamente con los grupos comunitarios de cada ESE, para escoger el tema que se llevaría a la rendición de cuentas. El instrumento para el establecimiento de prioridades tuvo dos componentes: El primero, se refería al debate argumentado entre los participantes para preseleccionar temas que debían ser objeto de priorización. En el segundo, de acuerdo con los criterios de magnitud, población afectada, tendencia histórica y oportunidad, se debía dar un puntaje de 1 a 5 a los temas preseleccionados. El tema que se llevaría a la rendición de cuentas era aquel que hubiese alcanzado mayor puntaje.

La conformación de los grupos dinamizadores de las rendiciones de cuentas. Estos grupos estuvieron compuestos por personas de las comunidades que de manera voluntaria se sumaron al proceso. Los grupos dinamizadores tuvieron la responsabilidad del montaje de las segundas rendiciones de cuenta y contaron con apoyo material representado en una carpeta con un texto conceptual sobre rendición de cuentas, fotocopias de documentos relacionados con los temas objeto de la rendición de cuentas y dinero para transporte de acuerdo con las demandas del proceso.

Las responsabilidades de los grupos dinamizadores fueron la búsqueda de información sobre los temas de las rendiciones de cuenta, el análisis cualitativo y cuantitativo de la información recibida y la conducción del evento de rendición de cuentas.

La entrega previa de información a los asistentes a la rendición de cuentas. Con base en la información recibida por parte de la ESE, se elaboraron documentos sencillos que acompañaron las cartas de invitación a la rendición de cuentas. Se buscó con ello que la comunidad convocada a la rendición de cuentas fuera más y mejor informada sobre el tema a tratar y pudiera enfocar su participación en estos temas. Los documentos contenían información sobre alcances e importancia del tema a tratar en la rendición y su estado en la ESE.

En la tercera fase del proceso, se hizo el último ejercicio de rendición de cuentas en donde fue la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, a quien le correspondió hacer la rendición de cuentas sobre uno de los temas que había sido recurrente entre las comunidades usuarias participantes en las dos fases anteriores.

De la misma forma que en las segundas rendiciones de cuenta, el grupo dinamizador tuvo la responsabilidad de solicitar y analizar la información y conducir el evento público de rendición de cuentas. Además, este grupo de líderes contribuyó a la definición de la agenda de trabajo y a la convocatoria de los participantes.

RESULTADOS

El proceso comunitario de fortalecimiento del control social en salud, tuvo una duración de 12 meses (marzo 2005-marzo 2006) e involucró un total de 745 personas entre usuarios de los servicios de salud, servidores públicos y representantes de las entidades públicas de control. De manera directa, se vincularon 54 líderes comunitarios pertenecientes a las Asociaciones de Usuarios de las cinco (5) ESE de la red pública de Cali, quienes tuvieron la responsabilidad de promover la segunda y tercera rendición de cuentas.

Resultados de la primera etapa. El ejercicio de auto-evaluación mostró que tanto entre la comunidad, los líderes y los servidores públicos, no había claridad sobre los conceptos de control social y rendición de cuentas. Se encontró también que la experiencia de las comunidades y de las administraciones de las ESE es la de presentar informes de gestión, por lo cual su responsabilidad sólo era informar a los usuarios sobre las acciones realizadas durante un tiempo determinado. En ese sentido, durante los informes de gestión a diferencia de la rendición de cuenta, las comunidades asistentes tienen un papel pasivo o de receptoras de información y no hay oportunidad de profundizar en los temas abordados y además, los asuntos objeto de los informes de gestión no son definidos por las comunidades usuarias de los servicios de salud. También en estos ejercicios se reveló que no había experiencia en llegar a acuerdos o compromisos entre los usuarios y la administración de la ESE.

Resultados de la segunda etapa. Los resultados del segundo ejercicio mostraron que a pesar de contar con una metodología para priorizar, los temas que a juicio de las comunidades debían ser objeto de control social estuvieron centrados en los contratos que las ESE tenían con la SSPM y que estaban en ejecución. Es decir, los temas estuvieron en el marco institucional, fueron focalizados y no se tuvo la perspectiva de la salud como un asunto de ciudad. Sin embargo, se resalta que

la coyuntura demandaba que este asunto (contratación SSPM-ESE) fuera una prioridad para las comunidades.

Hubo poca participación de los líderes de las Asociaciones de Usuarios en los grupos dinamizadores. En promedio se contó con sólo 9 personas por cada ESE, y se esperaba la participación de mínimo 15 personas. Esto mostró que el tema del control social no convoca la participación ciudadana. Sin embargo, los resultados de este segundo ejercicio revelaron un avance en la comprensión y en la práctica de la rendición de cuentas, o sea que tanto los asistentes, como el grupo dinamizador y los equipos técnicos de las ESE cumplieron con lo esperado en una rendición de cuentas de acuerdo con las condiciones esenciales que se habían planteado. Es decir, el tema seleccionado por la comunidad se abordó de manera profunda; los asistentes contaron con información previa sobre el tema tratado en la rendición de cuentas y hubo buen nivel de apropiación de los grupos dinamizadores en términos de la preparación y conducción del evento. Finalmente, se destaca que aún en estas segundas rendiciones de cuenta no se avanzó en el establecimiento de acuerdos o compromisos entre las instituciones y la comunidad.

Resultados de la tercera etapa. En este caso, se logró la firma de un documento de compromiso entre las partes, centrado en mejorar los mecanismos de comunicación entre las comunidades y la Autoridad Sanitaria Municipal; es decir, los acuerdos o compromisos no se refirieron al asunto objeto de control social como era de esperarse. Al parecer, la rendición de cuentas permitió profundizar en el tema en cuestión y no requirió acuerdos adicionales. Finalmente, como producto de la ejecución y sistematización de esta iniciativa de control social, se elaboró una propuesta para apoyar metodológicamente el proceso de diseño, desarrollo y evaluación de experiencias de rendición de cuentas, la cual está dirigida a las personas que agencian iniciativas de participación ciudadana en salud.

En esta metodología se recuperan las fortalezas encontradas en el proceso desarrollado en Cali y se plantean un conjunto de recomendaciones para garantizar el desarrollo exitoso de experiencias de este tipo. Entre los aspectos que se desarrollan en la metodología diseñada, se destaca que con el fin de ganar audiencia, es necesario hacer que el tema de la rendición de cuentas haga parte de la agenda comunitaria; es decir,

que las comunidades reconozcan esta práctica como un mecanismo de participación y como un deber de las instituciones y de los servidores públicos.

También, una vez identificados los temas en los cuales hay interés de la comunidad para control social, se sugiere establecer prioridades. Para ello, es necesario usar una o varias metodologías que permitan escoger de manera más técnica el tema a tratar en la rendición de cuentas. Además se indica que el uso de medios de comunicación alternativos y masivos durante todo el proceso, con el fin de hacer visible los desarrollos de la rendición de cuentas, contribuye a garantizar el posicionamiento del tema en la agenda local, tanto institucional como comunitaria, mantener informadas a las partes sobre los alcances del proceso e informar y motivar a otros sectores o personas a vincularse al mismo.

Por tanto, la divulgación en el tema de control social es clave, incluso como garantía de seguridad personal, cuando no hay credibilidad o confianza entre las partes o existen intereses personales en el manejo de los recursos públicos. Es necesario, por ello, identificar las audiencias y las características del mensaje que se debe dar a cada una de ellas. Como mecanismo para generar credibilidad en los procesos de control social es necesario divulgar los resultados de la rendición de cuentas, así como los compromisos adquiridos entre las partes. Un factor clave es la correcta definición de las audiencias, los medios y los mensajes a divulgar.

Por último, en la propuesta metodológica, se recomienda hacer evaluación durante y después del proceso. En el durante, es necesario estar al tanto del cumplimiento de los objetivos y las actividades planteadas y hacer los ajustes que sean necesarios para llevarlas a feliz término. En la evaluación posterior, se debe indagar si los supuestos sobre los cuales se formuló el proceso realmente estaban concebidos para impactar positivamente el problema que se buscaba afectar, qué tan eficiente fue el uso de los recursos, cuál fue la satisfacción de la población participante y qué cambios produjo el proceso desarrollado.

Durante el seguimiento final al proceso se busca garantizar fundamentalmente el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la rendición de cuentas; para ello es necesario definir las actividades de monitoreo y sus responsables y los ajustes necesarios para su cumplimiento.

DISCUSIÓN

Se llevó a cabo un proceso de promoción y fortalecimiento del control social desde la perspectiva ciudadana a la gestión en salud, en el cual se involucraron servidores públicos, usuarios de los servicios y líderes comunitarios. La experiencia desarrollada permitió avanzar en la comprensión de la importancia del control social en salud, en general, y de los alcances de la rendición de cuentas, en particular. Además, de manera práctica mostró a las comunidades usuarias de los servicios de salud y a los servidores públicos del sector, las ventajas de la participación ciudadana en la fiscalización de los servicios de salud.

Los resultados de las tres fases desarrolladas indican que si bien la experiencia contribuyó a fortalecer los procesos locales de participación ciudadana en salud, permitió, de igual forma, identificar que a pesar de las posibilidades que estos procesos tienen, también presentan obstáculos para su realización. En el caso colombiano, uno de los facilitadores de estas iniciativas, lo constituye la base legal que soporta la participación ciudadana en el tema del control social; es decir, en el país se cuenta con mecanismos legales explícitos que permiten que los ciudadanos participen en el monitoreo de la gestión de la salud¹⁶.

Sin embargo, existe una discordancia entre los avances en el plano legal y la práctica real de participación, que tiene que ver con las particularidades de los contextos donde las políticas de participación se implementan, así como las opiniones y actitudes de los sujetos sociales involucrados³. Es decir, al parecer las condiciones objetivas para la participación no son suficientes para generar fuertes procesos participativos con las comunidades. Los obstáculos de la experiencia desarrollada en torno al control social en salud dan cuenta de esta brecha.

El primer obstáculo se refiere al acceso a la información, en el cual se muestran las limitaciones técnicas que tienen las comunidades para analizar la información proveniente del sector salud y las trabas que ponen las instituciones públicas para dar información de manera amplia al público.

El segundo obstáculo, da cuenta de la falta de claridad respecto al papel que las comunidades tienen en la garantía del buen uso de los recursos públicos; es decir, en general los servidores públicos aún consideran

que su gestión no debe ser objeto del escrutinio por parte de las comunidades y no reconocen que hacer pública su gestión sea uno de sus deberes. Ello posiblemente, debido a las dificultades que el sector público ha tenido para enfrentarse a los recientes cambios en el esquema de administración pública.

El tercer obstáculo, por otro lado, puntualiza sobre la falta de líderes comunitarios cualificados; es decir, en Cali los líderes comunitarios participan en múltiples espacios, lo cual les limita su capacidad de actuación cuando son convocados para nuevas iniciativas. Finalmente, teniendo en cuenta los niveles de violencia política que se han alcanzado en Colombia¹⁷, los líderes comunitarios se sienten coartados para realizar procesos de control social debido al miedo a ser objeto de algún tipo de agresión. Este último aspecto no ha sido reportado en experiencias similares en otros países.

En general, los obstáculos encontrados en la experiencia piloto desarrollada estuvieron relacionados con las diferencias de poder, experticia e información entre los usuarios y los profesionales de los servicios o los gestores del sistema de salud, lo cual complejiza las posibilidades de que efectivamente dé resultados el control social realizado por las comunidades usuarias de los servicios, por ejemplo, en relación con la calidad de la atención o el buen uso de los recursos económicos.

Se resalta que aunque la rendición de cuentas promovida desde los usuarios de los servicios de salud, como un mecanismo de control social, puede ser un instrumento relevante para reducir las probabilidades de corrupción e incrementar la participación ciudadana en la toma de decisiones, se requiere que los líderes comunitarios fortalezcan sus capacidades técnicas.

Adicionalmente, por la apatía para participar, es necesario generar procesos simples, visibles y ágiles que muestren que afectan directamente las políticas y los programas locales¹⁸ e ir generando credibilidad en estos procesos, de tal forma que el control social no se restrinja al desempeño financiero de los servicios de salud, una de las áreas de mayor aceptación, sino por el contrario ir abarcando las políticas de salud¹⁹ o los resultados en salud en la población. Por otro lado, se requiere que estos procesos tengan continuidad, se planteen a largo plazo, se le asignen recursos financieros y se evalúen. En ese sentido, es necesario diseñar e implementar diversos mecanismos de control social desde las comunidades y evaluar cuáles de ellos son los

que más contribuyen a la transparencia en la gestión pública.

Por último, es relevante indicar que la rendición de cuentas se puede dar en diferentes arenas, una de ellas es la ciudadana, pero no se reduce a ella. Otros grupos interesados, incluso con mejor capacidad técnica para hacer uso de la información y con mayor poder de movilización, como las ONG, los gremios profesionales, los medios de comunicación o grupos de investigación, también podrían jugar un papel importante en los procesos de control social, a fin de evitar la corrupción o el fraude en el sector salud²⁰.

Pese a las limitaciones de la experiencia desarrollada, se debe reconocer que hacer públicas las decisiones es una forma de contribuir a reducir la corrupción y a aumentar el desempeño de los servicios¹⁰; por tanto, hacer ejercicios de rendición de cuentas, pueda ser una herramienta para garantizar la transparencia en el sector salud y en estos procesos comunidades cualificadas y con autonomía podrían jugar un papel clave.

REFERENCIAS

- Vásquez ML, Siquiera E, Kruzela da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*. 2002; 16: 30-8.
- Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad Saude Publica* (Rio de Janeiro) 1998; 14 (Suppl. 2): 141-7.
- Vásquez ML, Ferreira da Silva MR, Siquiera Campos E, Grande de Arruda LK, da Silva D, Leite Veras I, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. (Rio de Janeiro) 2003; 19: 579-91.
- Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev Salud Publica*. 2004; 6: 107-39.
- Londoño JF. Aproximación a la democracia participativa. En Londoño F, Restrepo LA, García M, Bonamusa M, Uribe MT. *Sociedad civil, control social y democracia participativa*. Bogotá: FESCOL; 1997.
- Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Arango C, Varela A. Strengthening users' participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan*. 2001; 16 (Suppl 2): 52-60.
- Celedón C, Noe M. Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica*. 2000; 8 (1/2): 99-104.
- Brinkerhoff D. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan*. 2004; 19: 371-9.
- Brinkerhoff D. *Accountability and health systems: Overview, framework, and strategies*. Bethesda: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. January 2003. [Acceso 15 de noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/management/partnerships/accountability/AccountabilityHealthSystemsOverview.pdf>
- Cunnill N. Responsabilización por el control social. En: *La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana*. Buenos Aires; Consejo Científico del CLAD; 2003. p. 269-327.
- Horton S. Participation and involvement -the democratisation of new public management? Guest editorial. *Int J Public Sector Management*. 2003; 16: 403-11.
- Calderón-Jaramillo LO. *La lucha contra la corrupción en Colombia: una construcción de propósitos colectivos frente a la reivindicación de lo público*. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, noviembre 2-5 de 2004.
- Russell-Einhorn M. Creating and implementing a local transparency initiative. IRIS Center, Policy guide lines. *Account Administr Abuse*. 2003; 1: 94-107.
- República de Colombia. *Ley 100 de 1993*. «Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones». Diario oficial año CXXIX. N. 41148.
- Consejo Municipal de Cali. *Acuerdo 106 de 2003*. «Por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago de Cali, mediante la creación de las empresas sociales del estado del municipio de Santiago de Cali. Boletín oficial 009.
- Ministerio de Salud de Colombia. *Decreto 1757 de 3 de agosto de 1994. Formas y modalidades de participación social en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1994.
- Pecaut, D. Presente, pasado y futuro de la violencia. *Rev Análisis Político*. 1997; 30: 3-36.
- Russell-Einhorn M. Creating and implementing a local transparency initiative. IRIS Center, Policy Guide Lines. *Account Administr Abuse*. 2003; 1: 94-107.
- Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. *Cad Saude Publica* (Rio de Janeiro) 1992; 8: 366-78.
- Savedoff WD. *Transparency and corruption in the health sector: A conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean*. Health Technical Note. Sustainable Development Department. Social Programs Division Inter. Washington, D.C.: American Development Bank 2007.

Anexo 1

Verificación del cumplimiento de las condiciones esenciales del mecanismo de rendición de cuentas

Para que una rendición de cuentas no sea sólo un mecanismo de información, es necesario que cumpla los siguientes requisitos esenciales:

- **Pertinencia de la(s) persona(s) que solicitan la rendición de cuentas:** Quienes solicitan la rendición de cuentas deben tener claro para qué lo hacen y qué harán con la información suministrada.
 - **Pertinencia de la persona que hace la rendición de cuentas:** Quien hace la rendición de cuentas debe tener claro para qué la hace y, además, debe ser la persona adecuada para hacerlo porque debe contar con la información necesaria y la capacidad de argumentar y contra-argumentar con el auditorio.
 - **Adecuada selección del tema:** No se debe hacer una rendición de cuentas sobre cualquier tema, ni sobre todos los temas. Es necesario seleccionar el tema de la rendición de cuentas para poder debatirlo ampliamente.
 - **Convocatoria a la rendición de cuentas:** Se debe tener claro a quiénes y cómo se invitan los asistentes a la rendición de cuentas. El mecanismo de convocatoria (carta, teléfono, cartel u otro) y el tiempo (momento) en que se hace, así como la selección de los asistentes garantizan la participación de los involucrados en el tema de la rendición de cuentas, pues se trata de un debate abierto y crítico y este papel lo pueden hacer mejor los más interesados en el tema.
 - **Información previa sobre el tema que tienen los asistentes a la rendición de cuentas:** Teniendo en cuenta que la rendición de cuentas no es sólo para ir a escuchar si no que es un ejercicio de crítica, es necesario que los asistentes tengan información previa sobre el tema a tratar para poder, cuando sea necesario, argumentar y contra-argumentar. De lo contrario, los asistentes sólo serán “convidados de piedra y no podrán tener una activa participación en la rendición de cuentas.
 - **Mecanismos de comunicación en la rendición de cuentas:** En una adecuada rendición de cuentas es necesario que se informe de la manera más clara acerca del asunto tratado (las decisiones tomadas, las razones por las que se tomaron, la ejecución de los recursos y el impacto en la población), o sea que el mensaje sea muy bien entendido por los asistentes y para ello se requiere que quienes hacen la rendición de cuentas usen estrategias comprensibles y dinámicas y un lenguaje sencillo que permita que el auditorio comprenda de qué se está hablando. Por tanto, las ayudas educativas, el lenguaje y la duración de la presentación son claves.
 - **Posibilidades de intercambio entre el responsable de la rendición de cuentas y el auditorio:** En un ejercicio de rendición de cuentas se deben tener espacios para preguntar y responder, para intercambiar argumentos, para sustentar las apreciaciones, con el fin de que sea realmente un diálogo y no un monólogo.
 - **Periodicidad y oportunidad de la rendición de cuentas:** Quienes hacen y quienes solicitan la realización de la rendición de cuentas deben considerar cuál es la época adecuada para hacer este ejercicio, pues se supone que la información debe ser de utilidad tanto para los funcionarios como para las comunidades y esa utilidad se refleja en las decisiones que se tomen con ella, por lo tanto momento debe ser el oportuno.
-