

**“ANALISIS DE CASO DE LA POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN  
SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL 2004 – 2011”**

**LUZ DARY CARMONA MORENO (Directora)**

**LEYDY TATIANA CHAPARRO CARMONA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL  
MARZO 2014**

**“ANALISIS DE CASO DE LA POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN  
SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL 2004 – 2011”**

**LEYDY TATIANA CHAPARRO CARMONA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL  
MARZO 2014**

## **Agradecimientos**

Agradecimientos especiales a la asesora y directora de este trabajo de grado, Dra. Luz Dary Carmona, quien con sus amplios conocimientos, nos orientó en la construcción de dicho trabajo, a cada uno de los docentes de la Maestría gracias por compartir sus experiencias y conocimientos.

También al jurado por su apoyo, colaboración y exigencia para que este trabajo contará con una alta calidad en su presentación y argumentación y a todas las personas expertas que aportaron y me dieron las bases científicas y teóricas en la elaboración de un trabajo de investigación de alto impacto en el área de la política social.

## **Dedicatoria**

*A Dios por darme la oportunidad de realizar este sueño,  
A mis padres por todo su apoyo, comprensión y dedicación.  
A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado  
un granito de arena para el logro de este Trabajo de Grado.*

**LEYDY TATIANA CHAPARRO**

## Tabla de contenido

Tabla de Cuadros .....	15
Indice de Graficas.....	16
INTRODUCCIÓN.....	17
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	21
OBJETIVO GENERAL .....	28
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	28
METODOLOGÍA DE INVESTIGACION.....	29
CAPITULO 1 MARCO TEORICO: REVISIÓN CONCEPTUAL DE LA PARTICIPACIÓN .	35
La Participación.....	35
La Participación En Salud .....	42
La Participación Y Los Sistemas De Salud.....	48
CAPITULO 2. CONTEXTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO (PPSYSC) .....	55
2.1 BREVE RESEÑA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COLOMBIA .....	55
2.2 CONTEXTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISTRITO CAPITAL .....	58
2.3 Contexto De La Participación En Salud.....	64
2.3.1 El Papel De Las Asambleas Distritales En La Configuración De La Política Por El Derecho A La Salud.....	72
CAPITULO 3 - ANALISIS DE DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION EN SALUD EN RELACIÓN CON EL DECRETO 1757/94.....	74
3.1 Concepto De Participación En El Decreto 1757 De 1994- Las Decibilidades .....	75
3.2 Mecanismos De Participación En El Decreto 1757 De 1994.....	76
3.3 Relaciones En El Decreto 1757 De 1994 (Subjetividades) .....	82
3.4.1.1 Limitaciones para el ejercicio de la Participación Ciudadana .....	88

3.4.2 Análisis Del Concepto De Participación En La Política -Decreto 530 De 2010 (Las Decibilidades).....	90
3.4.3 Mecanismos De Participación Decreto 530 De 2010 (Visibilidades) .....	93
3.4.4 Relaciones En El Decreto 530 De 2010 (Subjetividades) .....	100
3.4.5 Las Voces Ciudadanas.....	103
3.4.5.1 Transformaciones Conceptuales /Decibilidades.....	103
3.4.5.2 Transformaciones En Mecanismos – Visibilidades.....	105
3.4.5.3 Transformaciones De Relacionamiento Subjetividades.....	106
CAPITULO 4 – CONCLUSIONES.....	108
BIBLIOGRAFIA.....	113

## **Tabla de Cuadros**

Tabla 1. Matriz de Trabajo

Tabla N°2: Tendencias Barreras De Acceso 2007- 2012. Fuente: SDS- SIDBA 2012

Tabla No 3 Historia de la participación social en salud

Tabla 4 Resumen De Plan De Acción De La Ppsysc

## Índice de Graficas

Grafico 1. Tipos De Análisis De Políticas – Análisis Prescriptivo .....	17
Grafico 2. Tipos De Análisis De Políticas – Análisis Descriptivo.....	18
Grafico 3: Dispositivo.....	19



## INTRODUCCIÓN

En Colombia la Constitución Política de 1991 generó condiciones legales para avanzar en una democracia participativa a través de espacios y mecanismos para que los actores expresaran las necesidades con lo cual se dio paso a la “legitimidad” de algunos procesos comunitarios que les dio un reconocimiento y proyección a sujetos sociales y políticos (Zuleta, Estanislao, 1991.p. 12). En salud, con el artículo 49 de la Constitución, el cual enuncia que “*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad*” (Constitución Nacional, 1991) y bajo los fundamentos de la Ley 100 de 1993 en la cual la participación social, es un principio y se entiende como: *la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.* (Ley 100, 1993, p.12), lo cual quedó reglamentado en el Decreto 1757 de 1994, en donde se refiere a la participación como “*el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, que buscan el bienestar humano y el desarrollo social, a través de los COPACOS como instancias de planeación local en salud y en las instituciones del Sistema de Seguridad Social por medio de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria*”. (Decreto 1757, 1994, p 12.).

Durante los 20 años del Sistema se ha evidenciado en múltiples estudios<sup>1</sup> que expresan críticas a los procesos de participación básicamente porque no posibilitan el desarrollo de autonomía de las comunidades, organizaciones o

---

<sup>1</sup> Vega y Restrepo: Atención Primaria integral de salud, estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de equidad en salud. Bogotá 2009. Arévalo D: participación comunitaria y control social en el sistema de salud. (Bogotá, 2004) Carmona y Casallas: la participación en salud un proceso hacia la ciudadanía (Bogotá 2005). Corporación Fergusson: Balance de la Ley 100 (Bogotá, 2005). Carrillo J: mujeres participando y construyendo: participación social en Atención Primaria. (Bogotá, 2012). Echeverry E: el derecho a la salud: balance a 10 años en la Constitución del 91.

ciudadanía en la medida en que se vincula la participación en salud a los procesos de atención y servicios reduciendo la perspectiva a la enfermedad y el Sistema y no a la calidad de vida. Sin embargo, también se plantea que en la medida en que los ciudadanos y ciudadanas conocen la Ley, y el derecho a la salud pasan de la participación como reclamo a la necesidad de exigir su garantía.

La crisis del Sistema ha tenido como correlatos movilizaciones para exigir el cumplimiento del derecho a la salud o la derogatoria de mecanismos regresivos, un ejemplo de esto fueron las reclamaciones nacionales frente a la emergencia social que demostraron un alto grado de inconformidad frente a los efectos del Sistema y su lógica administrativa que permite la intermediación a través de las EPS con lo cual se han generado una serie de barreras de acceso a los servicios y a la vez un debilitamiento de la red pública.

Es decir los procesos de participación en Bogotá se configuran en tensiones y conflictos donde se moviliza lo institucional y lo social de manera dinámica y se relacionan tanto las formas de participación institucional (Copacos, Asociaciones, Comités, entre otros), creadas por la Ley, como con las acciones colectivas por el derecho a la salud impulsadas en el marco de las múltiples experiencias por ejemplo desde el año 2000 como la Campaña por el derecho a la salud<sup>2</sup>, los Congresos Nacionales del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSS), las movilizaciones, cacerolazos, y las diversas iniciativas comunitarias.

En este contexto se formuló la Política Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano en Salud (PPSySC) 2004-2011 que tiene como propósito: fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en la ciudad.

Teniendo en cuenta las perspectivas planteadas en la Política Nacional (Ley 100 del /93 y su Decreto reglamentario 1757/94) y en la Política Distrital (PPSySC) es

---

<sup>2</sup> Plataforma Colombiana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo.

pertinente identificar las posibles transformaciones -si las hubo- en los procesos de participación en salud en la ciudad a partir de la formulación e implementación de la Política y su alcance, para tal efecto se plantea las siguientes preguntas:

¿Qué elementos del discurso sobre participación se modificaron a la luz de la Política (PPSySC)? ¿Qué estrategias y mecanismos usó la institucionalidad para implementar la participación? ¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre institucionalidad y ciudadanía en el marco de la Política (PPSySC)? ¿Qué tipo de transformaciones institucionales se implementaron y su efecto en los proceso de participación en salud en la ciudad?

El objetivo que la investigación propone entonces es: Identificar las posibles transformaciones que se pudieron presentar en el marco de la Política de Participación<sup>3</sup> (PPSySC) en salud de Bogotá.

La tesis está organizada de la siguiente forma:

1. En la primera parte se plantea el problema, los objetivos y la metodología seguidos en la investigación precisando que se trata de un estudio de caso cualitativo de un campo específico: la Política de Participación Social en Salud (PPSySC) y corresponde a un Análisis descriptivo predictivo.
2. Marco teórico: revisión conceptual, parte de la reflexión sobre participación de forma genérica haciendo una revisión de diversos autores para ubicar múltiples posturas, luego continua con la participación en salud pretendiendo dar mayor especificidad a la discusión y cierra el capítulo refiriéndose a la participación en los sistemas de salud acotándola al interés de la investigación.
3. Contexto de la política de participación social y servicio al ciudadano (PPSYSC) identifica los elementos y relaciones que se entretajan para la formulación de la Política. Inicia con una breve reseña histórica de la participación social en Colombia, continua con el contexto de la participación social en el distrito capital y en el sector salud para evidenciar

---

<sup>3</sup> En adelante la Política.

las dinámicas que dieron lugar a la Política y termina indicando el papel de las Asambleas distritales en la configuración de la mismas.

4. Análisis de discurso de la Política pública de participación en salud en relación con el decreto 1757/94, inicia con la comparación entre el discurso del Decreto 1757/94 y el Decreto 530 de 2010 usando como base del para el análisis el concepto de dispositivo de Foucault:

*“...el dispositivo describe el espacio de una dispersión, la realidad de una multiplicidad de elementos que contiene: a) una serie de conexiones entre saber y poder, b) establece la dispersión del poder a través de múltiples líneas y c) describe la producción de modos de subjetivación del individuo a partir de determinaciones técnicas.” (Foucault, 1991, p. 127)*

En tal sentido, en el análisis se busco evidenciar en donde se coloca la fuerza discursiva: en primer lugar, el discurso coloca la luz sobre unos aspectos con lo cual produce una serie de posturas o formas de entender constituyendo una línea de saber (visibilidades); en segundo lugar, define unas formas de enunciar lo que generalmente se traduce en cómo o mecanismos que instalan el poder, (decibilidades); y en tercer lugar, una línea de subjetivación que explicita las relaciones de poder y saber produciendo posturas o posiciones.

Con el análisis se busca evidenciar las posibles transformaciones que se hayan dado en la participación social a la luz de la Política. De igual forma, reconoce las iniciativas desarrolladas a partir de la misma, identifica los mecanismos y espacios impulsados y finalmente establece los tipos de relacionamientos dados entre la ciudadanía y la institucionalidad en el marco de la Política (PPSYSC).

Finalmente se presentan una reflexión final a manera de conclusiones.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En Colombia con la constitución política de 1991 se dan condiciones legales para generar una democracia participativa a través de espacios y mecanismos en los distintos sectores que permitieran expresar las necesidades de la ciudadanía con lo cual se dio paso a la “legitimidad” de algunos procesos comunitarios que les dio un reconocimiento y proyección a sujetos sociales y políticos (Zuleta, Estanislao, 1991.p. 12). En salud, con el artículo 49 de la Constitución, el cual enuncia que “*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad*” (Constitución Nacional, 1991).

En la Ley 100 de 1993 la participación social, es entendida como: la *intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.* (Ley 100, 1993, p.12), el Decreto 1757 de 1994, reglamentó la Ley se refiere a la participación como “*el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, que buscan el bienestar humano y el desarrollo social, a través de los COPACOS como instancias de planeación local en salud y en las instituciones del Sistema de Seguridad Social por medio de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria*”. (Decreto 1757, 1994, p 12.)

Esta reglamentación posibilita el ejercicio de la participación social en el marco de un discurso que integra las personas y las pone en términos de ciudadanos, pero que a la vez es fracturado por la misma ley 100/1993, que a pesar de establecer en sus principios la participación, estructuralmente convierte la salud en un bien privado bajo la lógica del mercado, concentrando la acción política en los

servicios, y de esta forma individualizando y despojando a la salud de su carácter colectivo, convirtiendo a los sujetos en usuarios sujetos a los servicios generando una dinámica de reclamos puntuales coaccionando la participación a un discurso puesto en la ley el cual no permite llevar acciones de transformación en el marco de la vida colectiva y los efectos que tiene el Sistema de salud sobre el conjunto de la sociedad.

Durante los 20 años del Sistema se ha evidenciado en múltiples estudios<sup>4</sup> que expresan críticas a los procesos de participación básicamente porque no posibilitan el desarrollo de autonomía de las comunidades, organizaciones o ciudadanía en la medida en que se vincula la participación en salud a los procesos de atención y servicios reduciendo la perspectiva a la enfermedad y el Sistema y no a la calidad de vida. Sin embargo, también se plantea que en la medida en que los ciudadanos y ciudadanas conocen la Ley, y el derecho a la salud pasan de la participación como reclamo a la necesidad de exigir su garantía.

La crisis del Sistema ha tenido como correlatos movilizaciones para exigir el cumplimiento del derecho a la salud o la derogatoria de mecanismos regresivos un ejemplo de esto fueron las reclamaciones nacionales frente a la emergencia social que demostraron un alto grado de inconformidad frente a los efectos del Sistema y su lógica administrativa que permite la intermediación a través de las EPS con lo cual se han generado una serie de barreras de acceso a los servicios y a la vez un debilitamiento de la red pública.

La acción colectiva por el derecho a la salud es uno de los elementos que han afectado los procesos de participación en el caso particular en Bogotá que es el interés del presente trabajo. Al respecto se reconocen experiencias como la

---

<sup>4</sup> Vega y Restrepo: Atención Primaria integral de salud, estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de equidad en salud. Bogotá 2009. Arévalo D: participación comunitaria y control social en el sistema de salud. (Bogotá, 2004) Carmona y Casallas: la participación en salud un proceso hacia la ciudadanía (Bogotá 2005). Corporación Fergusson: Balance de la Ley 100 (Bogotá, 2005). Carrillo J: mujeres participando y construyendo: participación social en Atención Primaria. (Bogotá, 2012). Echeverry E: el derecho a la salud: balance a 10 años en la Constitución del 91.

impulsada a comienzos del año 2000, por la red de organizaciones sociales de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, con la campaña Nacional por el derecho a la salud lo que posibilitó una amplia dinámica de trabajo entre sectores y actores sociales de diversas regiones del país que tuvo un momento de articulación y acuerdos en el Primer Congreso Nacional por la Salud (Torres, Mauricio 2002) con lo cual la sociedad civil respondió “al grave deterioro de la situación de salud en el país, el incremento de las distintas formas de violencia y del conflicto armado con sus implicaciones negativas sobre la vida y la salud de la población, las consecuencias cada vez mayores de la aplicación del modelo de seguridad social y la agudización de la crisis hospitalaria”. (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2002).

El Primer Congreso identificó los principales problemas de la salud en Colombia y estableció una *agenda política* de impulso a la movilización social por la salud y la seguridad social, para reclamar e impulsar cambios constitucionales y legales con respecto a la vida y la salud. En cuanto a lo organizativo, el Congreso fundó al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS), como escenario para dinamizar las organizaciones y movilización social alrededor de la agenda construida; la apuesta fue generar procesos de participación amplia, democrática y plural, de respeto a la diversidad de formas de organización social existentes, con una perspectiva horizontal más que piramidal, flexibilidad en la composición de las instancias de decisión, amplia representación de todos los sectores sociales, étnicos, políticos y académicos, en los ámbitos nacional, regional y local y con amplia representación regional y local en el ámbito nacional (Borrero y Echeverry , 2011).

Para el 2004 a la alcaldía de Bogotá llega una coalición de izquierda democrática –POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO- dando cabida en la Secretaria Distrital de Salud (SDS) a un grupo de académicos y líderes de organizaciones sociales provenientes del MNSSS para dirigir las políticas en salud en la ciudad. La Propuesta era hacer realidad el derecho a la salud en Bogotá a pesar del modelo

instituido en el Sistema General de Salud y Seguridad Social. (Salud a su Casa, 2004)

Simultáneamente el MNSSS realiza el Segundo Congreso que estableció una serie de lineamientos de un modelo alternativo de Seguridad Social, incluyendo los temas de salud, pensiones, riesgos profesionales, trabajo, Seguridad y soberanía alimentaria. En esa ocasión se proclamó un Mandato Ciudadano por la Vida Digna, la Salud y la Seguridad Social en Colombia, para construir colectivamente y en forma democrática un nuevo modelo de seguridad social y salud desde la perspectiva integral de los derechos humanos. (MNSSS, 2004)

Finalmente, el Tercer Congreso definió la continuación en la búsqueda de una política de Estado que garantizara el derecho a la salud y la seguridad Social, sobre la base de un Sistema Público, Universal y Gratuito, construyendo participativamente un Proyecto de Ley de Iniciativa Popular. Asimismo, se acordó promover procesos de organización social en los municipios y departamentos, en la forma de Consejos Territoriales de Salud y Seguridad Social, cuya tarea central sería la de impulsar un proceso amplio de deliberación y construcción de esa nueva Ley de Salud y Seguridad Social, con la energía de la movilización amplia de la población. (MNSSS, 2009)

En este contexto se construye de manera participativa la política de participación del distrito (2004 -2011), para responder a las problemáticas de participación que identificó la ciudadanía en las Primera y Segunda Asamblea Distrital y en los espacios que habilitó la Secretaria de Salud para la discusión y formulación de la política. De manera genérica se identificó que: a) los procesos de participación son fragmentados e institucionalizados, b) la participación de la comunidad responde en muchos casos a exigencias circunstanciales proveniente de la lógica institucional, c) existe falta de reconocimiento de las dinámicas territoriales, d) hay inadecuada información, e) el alcance de la participación es mínimo en la afectación de las decisiones. Algunas de las explicaciones planteadas obedecen a



causas estructurales como la debilidad de la cultura democrática por la prevalencia de interés particular sobre el general lo que afecta la construcción de la salud como bien público. La fractura entre lo social y lo político que conduce a que existan tensiones entre líderes que obedecen en la mayoría de los casos a la lógica representativa. La desarticulación entre actores y la institucionalidad fruto del sistema de salud que fragmenta las funciones, pero a la vez asigna roles a los ciudadanos en función del espacio que haya definido el Decreto 1757 del 94. Lo anterior evidencia una fractura entre las lógicas comunitarias y sociales -muchas de las cuales se mantiene permeadas del “caudillismo” o del “clientelismo”- y la institucional pegada a la Ley de manera funcional al Sistema y desconociendo la perspectiva del derecho a la salud y su vínculo con el ejercicio de ciudadanía.

Todo lo anterior crea poca credibilidad en la institucionalidad *“En general, los habitantes de la localidad no creen en las instituciones y, como fenómeno adverso, los representantes de las mismas manifiestan desconcierto por la escasa participación comunitaria en los procesos sociales abanderados institucionalmente”* (UN, 2003, p.25)

Es así que la Política de participación en salud en Bogotá colocó a la participación como un derecho humano y a la vez un componente del derecho a la salud. El objetivo de la Política es: *“Fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad en la vía de profundizar la democracia en la ciudad”* (Decreto 530, 2010, p.3).

Teniendo como referente la Política, se evidencia un discurso que propone la participación en salud como un derecho en tanto *posibilidad para que los/as sujetos/as construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política*, entendida como la acción de los y las ciudadanas para facilitar la toma de decisiones en la gestión pública y su relación con la mejora de la calidad de vida y salud. (Decreto 530, 2010, p.4).

En tal sentido, se instala una política enmarcada en la concreción del derecho a la participación vinculado con el derecho a la salud que coexiste con un sistema de salud que considera la misma como un bien privado y que organiza la gestión en función de la rentabilidad en salud por encima del derecho, situación que se ha evidenciado en la cantidad de tutelas interpuestas con lo cual en los últimos diez años el derecho a la salud ha sido el derecho más tutelado en el país. (Contraloría General de la Nación, 2010)

Por su parte la fragmentación entre administradores y prestadores bajo la lógica del mercado ha impuesto barreras de acceso pues con esto se ahorran recursos que terminan convirtiéndose en capital de las aseguradoras (SDS, 2008, p.12).

La Política se constituye en un campo de contradicciones y disputas en tanto discursivamente formula una visión de derecho a la participación en un contexto definido por la Ley 100 y específicamente el Decreto 1757 del 94 que sujeta la participación a la prestación de los servicios y con ello apuntala una participación individualizada/ representativa y simultáneamente un amplio espectro de movilización social que se visibilizó desde el 2000 con lo cual se genera una acción colectiva de manera sistemática por la defensa del derecho a la salud.

En esta dinámica, encontramos que la institucionalización de la participación con el Decreto 1757/94 ha generado una tensión expresada así: por una parte ha posibilitado que los individuos vislumbren **sentirse** como ciudadanos- clientes<sup>5</sup>, lo que quizá a largo plazo rinda frutos; por otro lado, al promover la individualización en la participación ha generado segmentaciones que le restan ganancias a las experiencias de participación desarrolladas por los pobladores y comunidades, en contextos no institucionalizados, pues no reconoce los procesos que aúnan esfuerzos hasta lograr reconocimiento y solución a los problemas; en su lugar se privilegia un sistema de representación delegatario en el cual su protagonista tiende a perder el horizonte, imbuido en una maquinaria que no conoce, y en

---

<sup>5</sup> La proliferación del discurso de la participación en el marco del aseguramiento crea un ambiente en el cual los individuos se perciben como clientes. La intención es resaltar la importancia que tiene el discurso, pues es posible pensar que a largo plazo los sujetos puedan tomar una posición frente a la necesidad de ejercer su ciudadanía con un sentido práctico de lo público.

donde él es uno más entre muchos otros que la mayoría de las veces están en mejores condiciones técnicas, discursivas y numéricas. (Carmona, 1999, p. 27)

En este marco se requiere identificar las posibles transformaciones -si las hubo- en los procesos de participación en salud en la ciudad a partir de la formulación e implementación de la Política para tal efecto se plantea las siguientes preguntas:

¿Qué elementos del discurso sobre participación se modificaron a la luz de la Política (PPSySC)? ¿Qué estrategias y mecanismos usó la institucionalidad para implementar la participación? ¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre institucionalidad y ciudadanía en el marco de la Política (PPSySC)? ¿Qué tipo de transformaciones institucionales se implementaron y su efecto en los procesos de participación en salud en la ciudad?

## **OBJETIVO GENERAL**

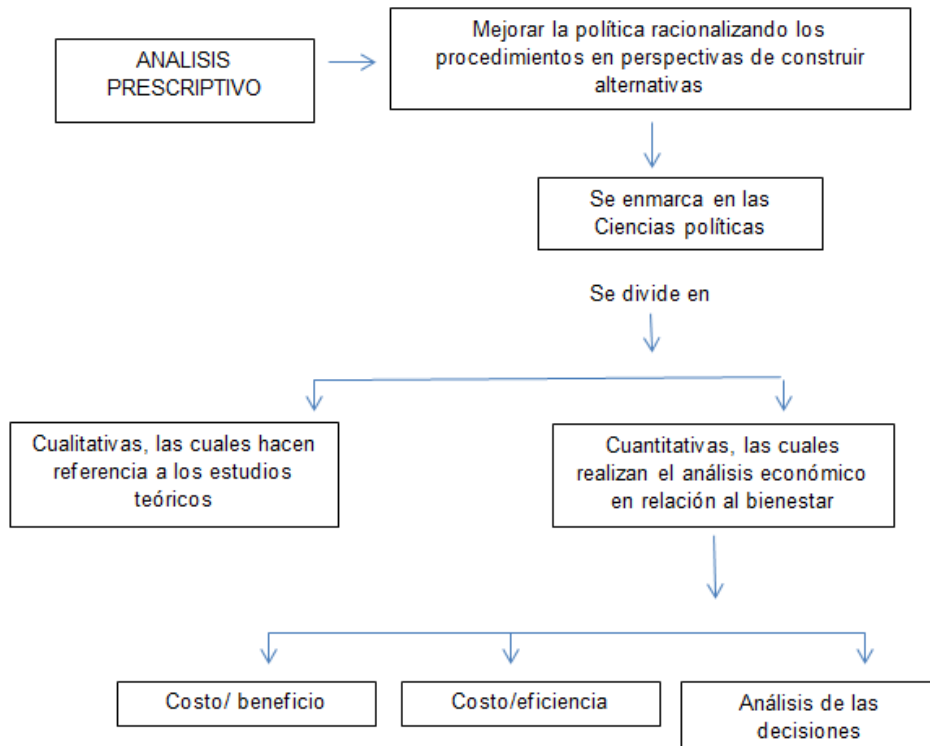
Identificar las posibles transformaciones que se pudieron presentar con la implementación de la Política de participación (PPSySC) en salud de Bogotá, Decreto 530 de 2010.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Comparar los -Decreto 1757/94- y Decreto 530 de 2010 para evidenciar las posibles transformaciones discursivas que se hayan dado en la participación social.
- Reconocer las iniciativas desarrolladas a partir de la Política de Participación.
- Identificar los mecanismos y espacios impulsados a partir de la Política de participación social y servicio al ciudadano.
- Identificar el tipo de relacionamientos dados entre ciudadanía y la institucionalidad en términos de conflictos, concertación, complementariedad en el marco de la política

# METODOLOGÍA DE INVESTIGACION

Según Noguera y Esparcia en el año 2000 citando a Rosell (1993) los aportes teóricos en políticas públicas se clasifican<sup>6</sup>: en análisis prescriptivo y descriptivo – predictivo.



**GRAFICO 1. TIPOS DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS – ANALISIS PRESCRIPTIVO**

<sup>6</sup> La clasificación se realizó a partir del texto de Rosell (1993) sin perder de vista que hay otro tipo de clasificaciones, se construyó esta forma por considerarla pertinente para el ejercicio planteado en la investigación.

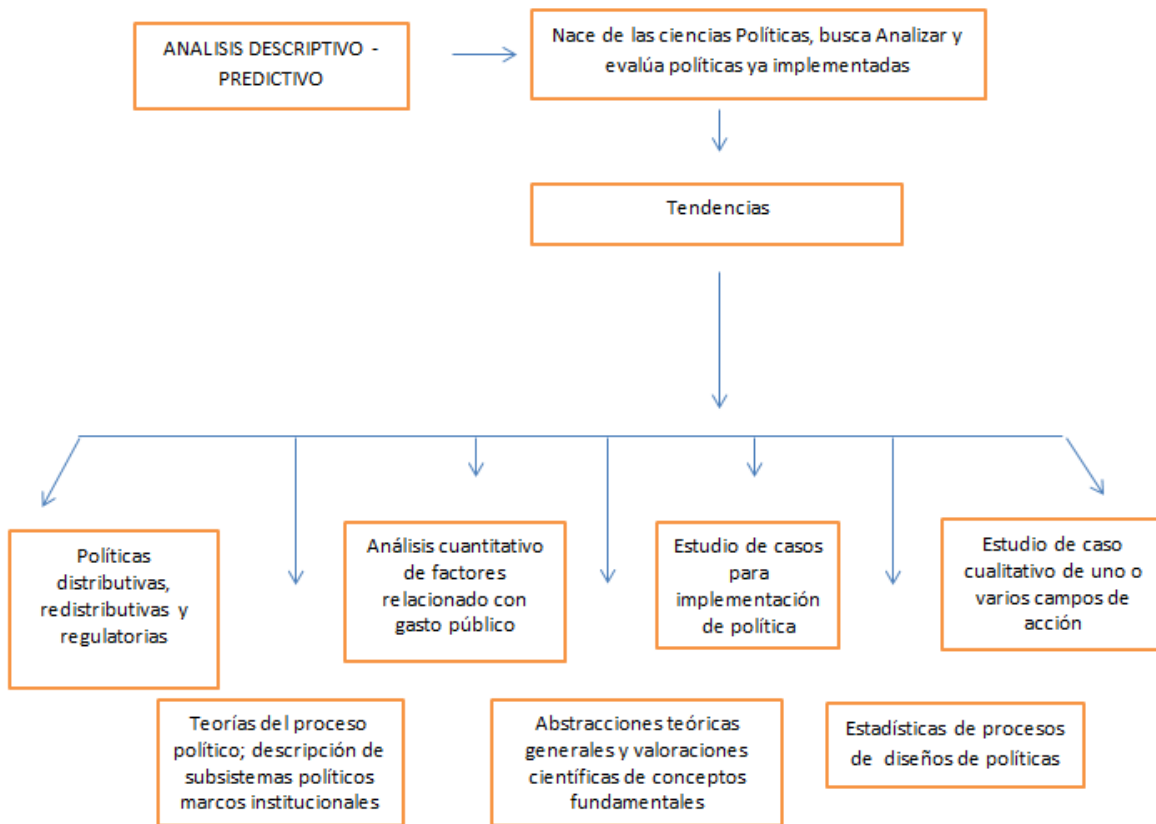


GRAFICO 2: TIPOS DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS – ANALISIS DESCRIPTIVO

En este marco Teórico, la investigación se establece como un análisis Descriptivo – Predictivo de tendencia Estudio de caso cualitativo de un campo específico: la Política de Participación Social del Distrito.

### Universo

Debido a que la investigación busco analizar, en términos de transformación el discurso de la participación en salud durante el proceso 2004 – 2011 de la política pública La población sujeto serán los líderes y lideresas y los actores institucionales.

### Enfoque de Investigación

Se realizó una investigación de tipo cualitativo sobre la Política De participación social en salud y servicio a la ciudadanía, a la cual se aplicó un análisis de discurso, el cual mostrará si hubo transformaciones frente a la participación en el Distrito, al respecto retomamos lo planteado por Padrón “El Análisis del Discurso en el proceso de investigación, surge por la necesidad de procesar grandes bloques de información verbal, asociados a la influencia del discurso sobre las masas -como son la persuasión, la ideología, la estética y el adiestramiento- y como acción socializadora sistematizada en los diferentes ámbitos de acción del ser humano. Como sistema dotado de una base teórica, el Análisis del Discurso integra la lingüística, la lógica, la semiótica y la psicología cognitiva y los procesos de aprendizaje, comprensión y producción de información.” (Padrón, 1996, p.27).

Las herramientas que se utilizaron para la obtención de los datos fueron:

- Análisis documental a través de rejilla (Anexo 1 y Anexo 2)
- Entrevistas de tipo semi-estructurada<sup>7</sup>: Diez líderes o lideresas que se encuentran activos en los espacios de participación institucional en salud, COPACO y Asociación de usuarios del Hospital u organizaciones sociales y cuatro Servidores públicos (Anexo 3, Anexo 4, Anexo 5)
- Grupo focal, compuesto por los líderes entrevistados que permitió establecer su percepción frente al análisis de la Política. (Anexo 6 y Anexo 7)

Por su parte para el análisis de discurso se usó el concepto de dispositivo de Foucault. De acuerdo con autor un dispositivo se inscribe en las relaciones entre saber y poder cuya imbricación produce subjetividades, es decir un dispositivo es capaz de provocar ciertas maneras de ver, pensar y proceder:

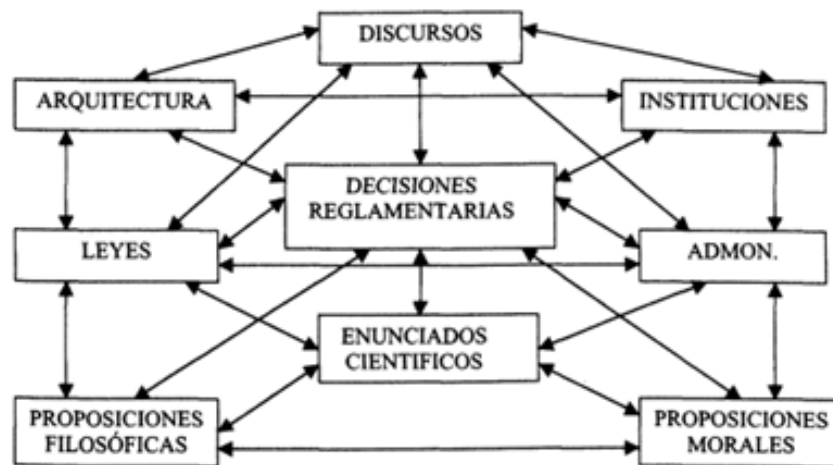
*“...el dispositivo describe el espacio de una dispersión, la realidad de una multiplicidad de elementos que contiene: a) una serie de conexiones entre saber y poder, b) establece la dispersión del poder a través de múltiples líneas y c) describe la producción de modos de subjetivación del individuo a partir de determinaciones técnicas.” (Foucault, 1991, p. 127)*

En Tal sentido, en el análisis se buscó evidenciar en donde se coloca la fuerza discursiva: en primer lugar, el discurso coloca la luz sobre unos aspectos con lo cual produce una

---

<sup>7</sup> Estas son construidas por la Autora, en los anexos se presentan las características de los líderes, lideresa y servidores públicos, con el consentimiento informado respectivo

serie de posturas o formas de entender constituyendo una línea de saber (visibilidades); en segundo lugar, define unas formas de enunciar lo que generalmente se traduce en cómo o mecanismos que instalan el poder, (decibilidades); y en tercer lugar, una línea de subjetivación que explicita las relaciones de poder y saber produciendo posturas o posiciones.



*Descripción de un dispositivo.*

GRAFICO 3: DISPOSITIVO (Tomado de Oscar Moro)

Una vez recogida la información, se continuó con el análisis e interpretación de los datos cualitativos. A través de la correlación entre los contenidos encontrados y los sujetos participantes en la investigación.

A través de la presente Matriz de trabajo:

#### MATRIZ DE TRABAJO

<b>PREGUNTA /PROBLEMA</b>	<b>LINEA /DISPOSITIVO</b>	<b>SUJETO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>QUÉ HACER</b>	<b>HERRAMIENTA</b>
	<b>O</b>				



<p>¿Qué elementos del discurso sobre participación se modificaron a la luz de la política? Línea discursiva</p>	<p><b>DECIBILIDADES</b></p>	<p>Cuerpo discursivo</p>	<p>Analizar el discurso para evidenciar las posibles transformaciones</p>	<p>Análisis de discurso: i-Decreto 1757 /94 /Decreto 530</p>	<p>Rejilla de de análisis de discurso</p>
<p>¿Qué estrategias y mecanismos usó la institucionalidad para implementar la participación? Línea medios – usos.</p>	<p><b>VISIBILIDADES</b></p>	<p>mecanismos (1757- Asociaciones y Copacos) / Asambleas distritales</p>	<p>identificar: Espacios/e escenarios Actores y sus Intereses</p>	<p>Revisión documental: ii) memorias. ii) entrevistas semiestructuradas Actores claves: 10 líderes 4 servidores públicos</p>	<p>Formato de revisión bibliográfica</p>
<p>¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre institucionalidad y ciudadanía se en el marco de la política?</p>	<p><b>SUBJETIVIDADES</b></p>	<p>Sujetos: servidores – ciudadanos/as</p>	<p>Identificar las formas de relacionamiento institucional/comunidad en términos</p>	<p>Mapa de relaciones</p>	<p>Matriz de mapa de relaciones</p>

			de conflictos, concertaci ón, compleme ntariedad		
--	--	--	---	--	--

Tabla 1. Matriz de Trabajo

## 1. MARCO TEORICO: REVISIÓN CONCEPTUAL DE LA PARTICIPACIÓN

La **POLITICA PÚBLICA** como lo refiere Lahera son “*Cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática los que son desarrollados por el sector público y frecuentemente con la participación de la comunidad y sector privado*”(2002, p.34), este concepto se refiere a una tendencia de las últimas cuatro décadas en relación con la necesidad explicita de dar lugar a la participación de la ciudadanía en la construcción de las políticas en la medida en que éstas son construcciones sociales que afectan la vida individual y colectiva. El trasfondo de la discusión está la forma cómo se construye la relación Estado – ciudadanía (s) y el papel que juega la participación en dichas relaciones para la construcción de la democracia.

En este contexto la participación se convierte en elemento nodal de las políticas sociales en todo el proceso o ciclo de las mismas: el diseño y formulación, implementación, ejecución, seguimiento y evaluación. No obstante, la participación como ejercicio político enmarcado en las relaciones e interacciones tanto institucionales, como ciudadanas es dinámica y diversa pues se teje en el fragor de los intereses de los actores que se constituyen frente a la política misma y que demarca contextos de conflictos.

### 1.1 La Participación

La participación presenta distintas definiciones desde los marcos sobre los cuales se establezca, Nuria Cunill (1991), refiere que existen diferentes modalidades de participación *de acuerdo con el ámbito de desarrollo y el tipo de intereses predominantes*. De esta forma se clasifica: *participación política* hace referencia a “la intervención de individuos u organizaciones en la esfera pública en función de intereses globales (bien común), *participación ciudadana* opera igualmente en la esfera pública pero en función de intereses particulares de cualquier índole (territoriales, gremiales, o corporativos etc.), *participación comunitaria* se refiere al

esfuerzo de una comunidad territorial para mejorar la calidad de vida de su hábitat y en general de sus condiciones de vida.

*La participación social* se entiende como al agrupamiento de personas o grupos con intereses similares con el objeto de reivindicarlos, defenderlos o negociarlos. Las dos últimas estarían operando en la esfera privada (Velásquez y González, 2003, p 56).

La participación se da en el marco de relaciones e interacciones teniendo como referente lo individual /colectivo (interés particular /interés general) que se moviliza de manera dinámica acorde a los contextos o ámbitos donde se producen dichas relaciones donde el Estado puede tener diferentes roles: a) instancia de regulación de lo colectivo b) mecanismo de contención c) aparato de dominación. Lo que remite a la construcción de lo social como un campo que conjuga el saber y la intervención, las disciplinas y las prácticas de transformación social. Es decir, cuando se plantea la participación en cualquiera de sus modalidades se está hablando de la acción colectiva. Así las relaciones entre políticas y participación se convierte en elemento clave de la democracia, en tanto plantea la forma en la que se toman las decisiones y como éstas afectan lo público. Históricamente la modernidad instituyó dos tendencias para la realización de estos ejercicios: la democracia participativa y la representativa alrededor de los cuales se han elaborado un sinnúmero de posturas en términos de identificarlas como contradictorias o complementarias, no obstante los últimos años se plantean desafíos a la comprensión de la política más allá de la representación de los intereses y el estado como una red organizativa como aparato (Bolívar, 2010, p 12) cada día se evidencia los cambios de lo político, es decir, del orden colectivo. En palabras de Lechner (2002) lo que necesariamente conduce a la reflexión por la construcción de la política y la acción colectiva en torno a lo que la modernidad colocó en el centro la voluntad general y su constitución. (p. 9) lo que inevitablemente en la actualidad tiene un alto grado de interpelación, por las prácticas de la representación y sus cuestionamientos para cumplir con la

igualdad- fraternidad- libertad principios políticos fundacionales de la modernidad incumplidos hasta ahora.

Para Restrepo (2001) *“la democracia participativa es el conjunto de mecanismos e instancias que poseen los ciudadanos y las comunidades para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas sin requerir necesariamente de la representación partidista, gremial, clientelista o de las vías de hecho cívicas o armadas”*. (p.24). De esta forma el autor plantea que existe una diferencia significativa entre la democracia participativa y la democracia representativa, debido a que en el fondo la democracia representativa solo establece la elección de personas que serán la “representación” de los que lo eligen, mientras la participativa “no define un acto de elección sino por el contrario hace un llamado a la comunidad para pronunciarse de diferentes formas sobre asuntos de interés colectivo”.

Otros autores como Velásquez, refieren que “La participación se mira entonces, como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas en función de intereses diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder”. (Velásquez, 2003, p. 60).

En esta perspectiva, el objetivo de la participación no es integrarse en lo social a una cultura dominante. Puede ser en cambio, la transformación total del orden vigente que modifiquen sus reglas de juego (Velásquez, 2003, p 65).

Desde la perspectiva de Carmona y Casallas históricamente de acuerdo a la intencionalidad la participación se moviliza en tensiones. Por un lado, la participación como valor para transformar la sociedad en la medida en que es asumida como poder lo cual implica la toma de posturas de la ciudadanía generando un *valor* al ser fin; de otro lado, la concepción estratégica en donde la participación se define como una herramienta que permite alcanzar unas metas establecidas, es un *medio* que *“consolida la representación política, es decir la*

*participación representativa*" (2005, p. 24), para las autoras en la actualidad se ha generado una imbricación de las dos anteriores y se refiere al concepto de participación acuñado a partir de los movimientos sociales en donde la participación es "un medio de construcción de sujetos que logran incidir en el desarrollo de la sociedad" volviéndose un medio para transformar las subjetividades.

Más allá de las concepciones es clave ubicar que la participación requiere de materialidad lo que por general se refiere a condiciones para ejercerla: la participación ciudadana implica "diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y en las políticas públicas. Por lo tanto, el estudio de la participación social es el de las mediaciones entre Estado y sociedad" (Restrepo, 2001, p.34).

La materialidad de la participación no se demarca sólo a condiciones, desde los actores sociales es clásico escuchar "yo participo, tu participas y ellos deciden" pareciera que el punto nodal de la participación está en la decisión, sin embargo, autores como Lizarazo consideran que: "participar no es sinónimo de decidir, ni de mejores decisiones, pero es un proceso esencial en el marco de la democracia y del Estado social de derecho colombiano que además se define como participativo. Los alcances de la participación ciudadana se desprenden de lo que las normas le asignan en desarrollo del precepto constitucional. Su alcance o limitación depende de las funciones asignadas a las llamadas instancias, mecanismos o espacios de participación, de la voluntad política y administrativa de impulsar dicho derecho, y de la voluntad y capacidad de incidencia y gestión de quienes deciden ejercer el derecho a participar. (2011, p.57).

Lizarazo, refiere que los objetivos de la participación son:

- a. Informar a los ciudadanos y las organizaciones sobre los distintos aspectos que los afecten en el ejercicio de sus deberes y derechos.

- b. Mitigar los defectos de la partidocracia y la democracia representativa.
- c. Generar espacios de deliberación que permitan mejorar la acción de los gobiernos locales.
- d. Formar ciudadanos para un mejor ejercicio de la ciudadanía.

No obstante, la decisión no sólo tiene un alto grado de valor entre la ciudadanía, sino que un amplio número de teóricos de la participación lo consideran lo fundamental, el punto nodal o el momento de verdad, pues al considerar la participación centralmente como expresión de poder es el lugar donde se concreta la acción social o colectiva. La acción social colectiva es entendida como un proceso donde se tejen vínculos entre sectores, resultado de objetivos, recursos y límites en una orientación con un propósito construido gracias a las relaciones sociales en el interior de un sistema de oportunidades y restricciones (Melucci, 1999, p.10).

En este marco la participación en condiciones materiales es un elemento sustantivo de la democracia y la forma idónea para formular políticas sociales en la medida en que la ciudadanía identifica sus necesidades, problemáticas y potencialidades para la resolución de las mismas. En la medida en que la política se parte de este reconocimiento la participación ocupa un papel estratégico. En tal sentido definir la participación y sus prácticas sociales y comunitarias posibilitarán mejorar la acción estatal y la construcción de lo público, es decir es asumir que las políticas son efectivamente construcciones sociales que corresponde a todos los actores de la sociedad.

Es pertinente ubicar como Múnica constituye el concepto. Las transformaciones originadas a raíz de la constitución del 91 y toda la reglamentación en la participación aun no han sido suficientemente sistematizadas. En su esquema, la

participación está mediada por la representación del interés colectivo que efectúa un delegado, lo que trae una contradicción en la medida en que desde el discurso se promulga la necesidad de fortalecer la democracia participativa que permite a la sociedad civil incidir realmente en las decisiones que le afectan, mientras en la cotidianidad opera una democracia representativa, que funciona a partir de unos canales y una lógica en la cual la forma de acceder a la toma de decisiones pasa por una serie de conductos regulares. (Múnera, 1998, p.43).

En este orden la Constitución produjo un nuevo contexto político en el país y las nuevas dinámicas sociales hacen necesario repensar y resignificar la participación.

De acuerdo con la revisión de Múnera la participación ha sido pensada desde dos perspectivas: la primera, considera la participación como un valor lo que ha generado una sobrecarga simbólica que impide dimensionar la participación como práctica, una especie de “idealización”.

Otra perspectiva, establece que la participación entendida como mecanismo la convierte en un medio para el logro de un fin, con lo cual se genera una mirada reducida e instrumental que conduce a un enfoque corto, placista o inmediato.

En este contexto, Múnera considera que la participación desde un enfoque de movimiento social: *es la relación que entablan los sujetos en el escenario público, en donde se generan resistencias, conflictos de poder, que se expresan en oposición, exclusión, articulación, resistencia.*

**La Oposición** es entendida como la acción política de un actor social, no supone la existencia de un adversario y sin embargo, es en el conflicto que el adversario surge y se define. La relación de oposición es variable debido a que los escenarios del conflicto también lo son; es decir, la idea de una oposición estructural dentro de la cual los intereses de los diferentes actores permanecen inmodificables no obedece a un movimiento real, el sujeto antagónico puede definirse bien por su rol concreto como actor social, bien en función de su posición de clase. Las alianzas y las enemistades obedecen en la mayor parte de los casos a condiciones de



*carácter estratégico que permiten que sectores que parecen obedecer a intereses distintos y que históricamente han sido rivales, realicen alianzas con el objetivo de hacer presión sobre un adversario común. El concepto de oposición se define, entonces, de acuerdo con la manera como se configura el espacio de los social y de cómo se disponen dentro de él quiénes lo habitan – en términos de relaciones de poder. (Múnera, 1998 p.36)*

La **Exclusión** es una de las formas de relación social que más contribuye a agudizar los conflictos en la medida en que va más allá de los antagonismos en los cuales por lo menos se reconoce la existencia del otro al cual se confronta aquí no hay siquiera reconocimiento.

*El fenómeno de la exclusión revela la existencia estructural y simbólica de un orden cerrado que no admite la existencia efectiva de otros órdenes, pues necesariamente los remite al ámbito homogéneo de la marginalidad, del desorden, del caos, de la anomalía. Generalmente se supone que excluir es una acción que practican los sectores dominantes sobre los sectores sujetos a su dominación. (Múnera, 1998 p.37)*

La **Articulación** es un propósito siempre presente en las organizaciones populares que suelen concebirla como un paso hacia la unidad; pero no siempre la articulación crea relaciones integradoras, frecuentemente asume una dinámica conflictiva.

*El fenómeno de la articulación o de la interrelación, como la denomina Leopoldo Múnera, en su doble condición de integración y de conflicto no sólo afecta los lazos de los actores y de las organizaciones sociales hacia fuera - en relación con sus antagonistas o con el Estado- sino que también, opera hacia adentro: en primer lugar porque, son “un espacio colectivo de articulación de acciones colectivas portadoras de orientaciones culturales que entran en conflicto con las de las clases dominantes y un espacio de reproducción de las orientaciones que imperan dentro de los límites impuestos por éstas”; de otra parte porque la heterogeneidad de intereses que caracteriza a las diferentes vertientes del*

*movimiento popular puede hacer que la dinámica interna de este sea conflictiva sin que por ello sus integrantes puedan ser considerados como antagonistas. Así pues, se ubican tres niveles de articulación del movimiento popular: la relación entre clases dominantes y clases populares, la que se da entre actores de una misma clase y la que se da entre actores de un mismo movimiento. (Múnera, 1998, p. 40).*

Retomando los elementos expuestos en el presente trabajo la definición de participación más cercana a esta investigación es: *“la participación es un proceso dinámico e integral, a través del cual los ciudadanos o miembros de una comunidad toman parte e influyen directamente en las decisiones y gestión de los asuntos públicos de la sociedad”* (Múnera, 1998, p.46), encuadrando este concepto a los procesos en salud podríamos decir: *la participación en salud se concibe como el poder que tiene los ciudadanos/as para entender, conocer, y transformar sus procesos de salud de manera individual y colectiva, entendiéndose como la capacidad de decidir cómo quieren vivir, enfermar o morir.*

## **1.2 La Participación En Salud**

Centralmente se plantea que la participación en salud tiene su auge durante la década de los 80 a partir de la Conferencia de Alma Ata (1978) en la cual se concibe la participación como eje transversal para lograr la salud para todos en el año 2000 y avanzar en mayores logros de equidad.

Dentro de la revisión bibliográfica se encuentra que uno de los primeros estudios que hacen relación al tema de la participación, se encuentra a cargo de Carlos Agudelo quien refiere que “ante la ausencia de estudios evaluativos y la proliferación de estudios descriptivos sin una base conceptual clara, diseña un método de evaluación de la participación “comunitaria” en salud”. En este estudio relaciona el concepto de participación como la integración de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo (Agudelo, 1983, p.8).

Más allá de lo anterior, en este tipo de enfoques de participación en salud se enfatiza el sentido de la participación referido al *apoyo y colaboración* de las comunidades en los programas de atención primaria, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apunte a disminuir costos asistenciales y a la vez permita mayor cobertura. Los programas a los cuales dio origen, estaban dirigidos hacia la población infantil y tenían como propósito básico el control de enfermedades infecto - contagiosas, la promoción de la salud materno infantil, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento básico. (Casallas, Carmona 2005, p. 22)

Otro enfoque que se presenta y como lo cita Cote (2006), *se identifica con la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud (SILOS), en el cual la participación social es esencial para el desarrollo de planes de salud.* (p.35). En este enfoque se hace necesario que los diferentes actores se involucren en la formulación de propuestas y toma de decisiones, desde la negociación, la concertación, la formación de alianzas y pactos sociales (OPS, 1994, p. 47).

Es innegable el efecto que han tenido las propuestas de la OPS en la discusión acerca del concepto y las prácticas de participación en salud, con lo cual se ha impulsado el segundo enfoque de producción social de la salud en los sistemas locales y en los municipios saludables; este impulso en Colombia se ha realizado a través de la formalización de las competencias del funcionamiento del sector que se inició con la ley 10 de 1990, asignando la responsabilidad del primer nivel de atención a los municipios y el segundo y el tercer nivel de atención a los departamentos. Esta ley estableció mecanismos específicos para modernizar y reorganizar el Sistema Nacional de Salud en la perspectiva de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos, estimular el esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, incorporar la democracia participativa en la gestión de la salud y por supuesto la descentralización. Con la ley 100 del 93, se consolidan las transformaciones que se venían dando en el sector en materias de desconcentración de responsabilidades. (Casallas, Carmona 2005, p.33)

Por su parte para Vega y Restrepo la participación social y comunitaria es un derecho y componente fundamental para desarrollar la APS ya que el empoderamiento comunitario se debe garantizar para lograr la construcción y participación de una ciudadanía activa. (Vega, Restrepo, 2009, p 157).

Según Torres, al realizar un recorrido por los estudios en Colombia sobre el tema en participación en salud, se ha evidenciado que son muy pocos y se han centrado principalmente “en la evaluación de participación de comunidades, en el cuidado de la salud y en la utilización de los servicios” (Torres, 2012, p. 34).

En el mismo análisis considera que la participación se ve relacionada directamente con la atención primaria en salud, la incidencia de diseño de política pública, y la labor que realizan grupos específicos que se articulan alrededor de algún servicios o como ha sucedido en el último tiempo las asociaciones de grupos que se vinculan alrededor de solicitar servicios para enfermedades generalmente de alto costo para mejorar sus procesos asistenciales, (Torres, 2012, p.41).

Carrillo considera que no existe consenso en la definición del término participación en salud la cual está ligada a los intereses en donde los institucionales tienen mayor peso. “No se persigue una meta común sino que está compartimentalizada en campos diversos, la mayoría de las veces aparentemente complementarios. En segundo lugar, se genera en esferas e intereses externos a las comunidades, quienes son el “objeto” de la participación, no sujetos de la misma, aunque proliferen cientos de organizaciones populares fraccionadas. (2013, p. 27)

Una de las dificultades estaría en que en pocas ocasiones las comunidades o actores sociales definen su participación desde un objetivo propio, no es tan sencillo plantear que en la participación se logren construir subjetividades emancipadas porque la participación está sujeta lo que sostendría la hipótesis de que la experiencias de participación están “enmarcadas” o “determinadas” por una especie de afuera: “Para el caso de la participación social en salud, su

objetivo principal está definido por el logro de los derechos en salud, a través de la movilización de la población, objetivo principal con variantes que dependen directamente de lo que se pretenda lograr institucionalmente en este campo, por cuanto la participación es un producto institucional. Por ejemplo, la participación social en salud” (Carrillo, 2013, p. 29).

No obstante, considerar que todos los procesos de participación en salud obedecen a una lógica instituida no corresponde a la historia de las prácticas, es reconocido el papel que los líderes, organizaciones y comunidades han realizado incluso al margen de la institucionalidad y como éstas experiencias han potenciado su capacidad movilizadora, un ejemplo de esto, es la construcción de múltiples centros de salud en Bogotá como iniciativas comunitarias espacios que posteriormente han sido apropiados por la institucionalidad. (el Carmen, la UPA Britalia, Nuevo horizonte, entre muchas otras).

En el mismo sentido, Cotes menciona que existe diversidades de “participaciones” lo que evidencian que quienes la promueven tienen objetivos diferentes entre sí, dando lugar a imprecisiones desde lo teórico y mayores aún en su práctica. (Cotes, 2006, p. 28).

Así es pertinente plantear que no se trata de establecer polaridades: bueno /malo; comunitario /institucional para profundizar el análisis de la participación se debe ubicar procesos enmarcados en la acción colectiva de lo cual se infiere que se teje en las interacciones y las relaciones de poder que se produce en el marco societal y por ende están atravesados por múltiples intereses y comprensiones de diverso orden: culturales, económicos, sociales y políticos que se entretrejen produciendo mayor o menor autonomía, es decir, aunque la institucionalidad tenga mayores recursos de poder no necesariamente esto implica que los grupos, organizaciones y líderes no puedan generar relacionamiento de resistencia o de oposición esto es parte de la dinámica misma e implica asumir que los sujetos tiene la capacidad de transformar la realidad.

Simultáneamente existen múltiples evidencia de la forma en que la institucionalidad genera mecanismos para determinar de antemano el alcance de la participación en consonancia con la cultura democrática del país lo que se traduce en muchas ocasiones en que procesos participativos comunitarios que construyen mandatos, agendas, como estrategias de incidencia no logren el 100 por ciento de los objetivos propuesto y generen como correlato una deslegitimación y poca credibilidad en las instituciones y en la misma participación.

De otro lado, es cotidiano escuchar el planteamiento de que la ciudadanía no participa “porque no sabe” y con esta premisa la mayoría de los procesos participativos se agotan en cursos, sensibilizaciones sobre deberes y derechos, y otras bajo la lógica de que se requiere elevar el “rango” de los participantes para convertirlos en interlocutores válidos. “Por ejemplo, la participación social en salud, se ha considerado como la sensibilización de la comunidad frente a los programas de desarrollo, su contribución voluntaria, o su posibilidad de formular proyectos para mejorarla calidad de vida a través de acciones en salud. (Velásquez, 2003, p. 30).

Si bien es cierto que cualificar a los sujetos, sus discursos y sus prácticas son una necesidad, también lo es que la participación no se puede restringir a los procesos de educación o sensibilización, más aún, si no logran reconocer las experiencias y saberes de la ciudadanía, sus grupos, organizaciones en tanto existe un vínculo directo entre participación, democracia y desarrollo. “Adicionalmente, dado el enfoque de la política social, participar se constituye en expresión de la democracia y de vínculo con los programas de desarrollo. (Arévalo, 2004, p. 124).

En el mismo sentido, Canto afirma “La participación es el proceso mediante el cual los distintos actores sociales comprometen sus esfuerzos para constituir espacios que le garanticen mejoramiento de las condiciones de vida así como su

acción como piezas fundamentales para el desarrollo local y nacional”. (2008, p. 16).

Teniendo en cuenta lo anterior es claro que la participación requiere condiciones del orden institucional y del orden social /comunitario para ampliar la democracia. “La participación social en salud es entendida como la capacidad y el derecho de la comunidad de afectar las decisiones en salud que se tomen y la capacidad de las instituciones de validar la voz de la población en este sentido, teniendo en cuenta los contextos culturales que la generan”. (Carrillo, 2013, p. 34).

En este marco, la Participación En Salud se debe promover más allá de la normatividad establecida y debe ser percibida como un cambio de los actores sociales e institucionales, en el marco del querer recuperar la confianza en doble vía y romper “el miedo” a entregar el poder decisorio a la comunidad, esto requiere de voluntad institucional y política.

La construcción de ciudadanía es el proceso por medio del cual individuo y organizaciones acceden progresivamente a capacidades y oportunidades, para realizar sus intereses frente a las instituciones del Estado; la ciudadanía es la consolidación de la participación de la sociedad civil en los procesos de construcción de vida con calidad creciente, lo cual equivale a participar en el desarrollo de salud. La creación de comunidad se refiere al fortalecimiento de los procesos solidarios para mejorar la calidad de vida, eliminar la injusticia y lograr la equidad.

“La participación social pone de manifiesto los conflictos sociales debido a que tiene que ver con las relaciones sociales, por esto cada vez tiene más fuerza las **prácticas de consenso**, la cogestión y en el trabajo interinstitucional, que es más cercano en la medida en que se desarrolla en la esfera local que se convierte en un escenario en el cual están las condiciones geográficas/territoriales, políticos y sociales, para generar una dinámica de interacción entre los actores sociales organizaciones e instituciones en el ánimo de resolver los intereses concertarlos y realizarlos. Es decir, los actores sociales superan las tensiones generadas por los

intereses propios en la medida en que se posicionan como actores válidos y generan pactos sociales bajo el interés común: la salud como bienestar y calidad de vida; lo que pasa necesariamente por que existan condiciones de equidad, en la satisfacción de las necesidades. (Molina, Di Negri. 2008, p.27).

La participación es una práctica y un concepto dinámico, que se dirige a la construcción de sujetos y sociedades, por cuanto es una fuerza, un poder que instituye relaciones en todas las esferas del ser humano, como artífice de la cultura. Desde este enfoque la participación en salud es posible sí y sólo si, existen sujetos con sentido de lo público (ciudadanos), para lo cual se requiere la creación de condiciones de posibilidad desde la sociedad para que el sujeto sea, pues solamente lo social da cuenta de lo individual, en una relación de doble vía, a la cual subyacen valores como la equidad, la solidaridad, el respeto y la tolerancia. (Carmona, Casallas, 2005, p. 87); Desde esta perspectiva la participación conjuga elementos de integración, esta última entendida como las condiciones necesarias para que el sujeto efectivamente haga parte de la sociedad, sin embargo, la integración incluye además de lo funcional (mercado, producción) un plano simbólico, referido a los lenguajes y expresiones y un plano ético en cuanto a la manera como la sociedad instituye las relaciones y le determina un valor, en el caso particular el valor de la salud. (Carmona, Casallas, 2005, p. 91)

La participación social se relaciona con la capacidad de los actores en la toma de decisiones, el uso y control sobre los bienes y recursos, la participación social y la equidad se desarrollan en la medida en que se avance en la construcción de ciudadanía y la creación de comunidad.

### **1.3 La Participación Y Los Sistemas De Salud**

En el marco de las democracias Latinoamericanas en las últimas tres décadas se han dado lo que Fleury denomina “procesos de transición de las dictaduras o gobiernos restringidos hacia la democracia”. (Fleury, 2008, p. 2 número 5).

Más allá de la discusión entre función y forma, Fleury ubica el papel del Estado en relación con las posibilidades históricas para el desarrollo de la democracia y el



socialismo, es decir, coloca al Estado en movimiento bajo una lógica estratégica retomando la definición de Estado de Gramsci como: “conjunto de actividades teóricas y prácticas con las cuales la clase dirigente no solo mantiene y justifica la dominación, sino también el consenso activo de los gobernados”, desde esta perspectiva ubica como elemento central, -además del control de las clases dominantes-, la realización permanentemente de un ejercicio pedagógico como base de la cultura para la creación de condiciones de legitimidad. En este marco señala diferentes perspectivas:

- Estado civilizatorio que buscaría elevar la capacidad de las masas desde una lógica cultural a través del desarrollo de políticas en correlación con el desarrollo de las fuerzas productivas.
- Estado como estrategia de transición estableciendo que la guerra de movimientos, conduce a un enfrentamiento frontal, sólo tendría éxito en sociedades donde el Estado predominase sobre la sociedad.
- El Estado como marco de la guerra de posiciones, se ubicaría en sociedades más complejas, donde se hace necesario conquistar la hegemonía antes de tomar el poder.

A partir de estos tres movimientos del Estado en relación con la sociedad civil se plantea que se requiere recuperar al Estado como un ***campo estratégico de lucha como partes constitutivas del mismo***. El estado como campo donde se entrecruzan los poderes condensa la lucha de clases, no de forma mecánica, funcional, y donde el papel de la burocracia es preservar los límites estructurales del aparato productivo, por cuanto es ella quien hace las veces de filtro de las demandas de los gobernados. El Estado no es una condensación monolítica de fuerzas dotado de sentido por el pacto dominante, sino polimórfico, de acuerdo con los conflictos que lo configuran como campo de lucha.

En este contexto se trata de ubicar ¿cuál es el papel de la salud y las protecciones sociales en la ampliación de las democracias? Al respecto, se trata de evidenciar el vínculo entre bienestar y condiciones materiales para el desarrollo de la autonomía de los sujetos que participan de forma individual y colectiva en la

construcción de la vida en donde la salud y las protecciones sociales se convierten en condición sine-quantum. Se trata de introducir el concepto de ciudadanía para interpelar su lógica formal como ciudadanía abstracta producto del liberalismo, escindida de la condición material y vaciada de su componente ideológico de dominación de clases para dar materialidad a la participación. (Carmona, 2010, p. 2).

En este punto se redimensiona la ciudadanía a la luz de su componente político social, desplazándola del individualismo hacia la posibilidad de construir la esfera pública. Desde dicha esfera, es posible constituir sujetos políticos en la medida en que el accionar del Estado no se vea fracturado de las intervenciones de la sociedad civil representada en movimientos sociales, que reconozcan que es posible afectar al Estado y que este es un elemento central de la disputa por la democratización de la sociedad. En tal sentido, las protecciones sociales se convierten en una base material para avanzar progresivamente en los derechos sociales y por ende en la democracia como un intermedio para lograr finalmente la construcción del socialismo. (Fleury, 2008, p. 5)

En el nuevo contexto latinoamericano de gobiernos alternativos se debe profundizar el valor que tiene la generación de sujetos políticos para ampliar la democracia, en tanto el Estado opera como un campo de conflicto, estratégico para –desde- la institucionalidad potenciar la democracia. Coloca como condición de la democratización la articulación de los grupos de poder vinculados a movimientos sociales que participen y agencien la transformación estatal en función del fortalecimiento de la esfera pública. Desde esta perspectiva la protección social se considera un elemento sustantivo de los derechos sociales y condición para el desarrollo pleno de la ciudadanía.

Por su parte la participación en Salud en Colombia se enmarca en la Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud que explicita las políticas de ajuste estructural determinado por el Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina en lo que se ha denominado las políticas neoliberales para América Latina. (Hernández, 2004, p. 38)

En tal sentido, es pertinente señalar los puntos centrales de afectación de la participación a raíz del Sistema:

- a) El sistema no promueve procesos de participación en todos los momentos del desarrollo de sistema, se hace mayor énfasis en la participación en veeduría (post) que en la distribución de los recursos, o en el área de administración.
- b) No se han fomentado los debates públicos que permitan el acceso a la información en cuanto a la solidaridad en el sistema que permitan una toma de posición a los afiliados y pobladores en general;
- c) Se enfoca la participación hacia la calidad del servicio pero no en cuanto al acceso que es uno de sus mayores problemas. De este modo la participación queda reducida al ámbito a reclamos individuales fragmentando posibilidades de generar organización, o sociedad civil. En la base de esta situación está la concepción de salud como ausencia de enfermedad, y por lo tanto la reducción de su mirada hacia la prestación de servicios, dejando por fuera la relación salud - calidad de vida.
- d) La institucionalización de la participación que tenía como fin promover un enfoque de corte democracia participativa - sujetos proactivos - ha girado hacia un fortalecimiento del enfoque de democracia representativa, que impide el ejercicio real de la ciudadanía y debilita la formación de la sociedad civil.
- e) Se ha restringido el carácter territorial al producir un “usuario” abstracto que opera bajo la lógica del servicio y que interactúa con entes administrativos (EPS) que no necesariamente establecen proximidad invisibilizando los circuitos de poder que se tejen en el marco del sistema y limitando las posibles identidades que podrían surgir al identificar que las problemática son compartidas, ejemplo, las barreras de acceso.
- f) Moviliza una imagen de inclusión / exclusión- bajo la lógica del poder adquisitivo: quien tiene puede pagar medicina prepagada, quien no debe luchar por el Sisben” (Entrevista Líder social, septiembre de 2013)

Culturalmente uno de los mayores logros de la Ley 100 del 93 fue instalar un imaginario frente a la salud: “para tener servicios se paga, sino tiene plata para el copago ni vaya al médico” (lideresa comunitaria) con lo cual se naturalizó la salud como mercancía, y la participación como la reclamación individual por calidad de servicios, exámenes, medicamentos u otros, imposibilitando la construcción identitaria alrededor de los problemas y la no atención una situación que en el Sistema es colectiva y que se evidencia en las barreras de acceso que afectan un gran número de personas de forma constante desde el 2007 al 2012 las barreras de acceso mantienen la siguiente tendencia:

TIPO DE BARRERA	2007	2008	2009	2010	2011
	Administrativa	49%	49,4%	50,3%	52%
Económica	51%	51,3%	50,2%	49%	50,2%
Geográfica	49%	49,2%	50,1%	51,4%	50,5%
Culturales	27%	27,5%	29%	29,5%	29%

Tabla N°2: Tendencias Barreras De Acceso 2007- 2012. Fuente: SDS- SIDBA 2012

Esta falta de identidad y pertenencia es una limitante para los procesos de participación pues, suele suceder que el habitante no se vea recogido, reconocido, e interpretado, por ejemplo, a partir del Decreto 1757 /94 para hacer parte de la asociación de usuarios se debe usar los servicios, no hay un vínculo con territorio, no posee un sentido de comunidad y se asume más como individuo que se enfrenta sólo a su propia problemática en contravía de una visión de salud colectiva de todos y todas con lo cual se podría construir significaciones comunes. “En la base de esta dificultad se encuentra una mirada de los intereses que circunscribe a quien participa en el plano netamente individual, lo cual hace imposible la emergencia de la organización del colectivo en torno a un proyecto”. (Carmona, Casallas, 2005, p. 39).

Esta imposibilidad se expresa en otro plano como imposibilidad de la praxis y por tanto de la apropiación de la cultura. La construcción de ciudadanía en salud es posible si se moviliza la perspectiva del derecho como base para generar

procesos por medio de los cuales el sujeto y la organización acceden progresivamente a capacidades y oportunidades, para realizar sus intereses frente a las instituciones del Estado; la ciudadanía es la consolidación de la participación de la sociedad civil en los procesos de construcción de vida con calidad creciente, lo cual equivale a participar en el desarrollo del Estado como garante de los derechos ciudadanos.

Mientras tanto bajo la lógica del Sistema de salud sólo puede “participar” el delegado, que al convertirse en un miembro de un grupo especializado, en una persona más entre otras que lo superan técnica, discursiva y numéricamente, el delegado termina imbuido en una maquinaria que en lugar de ser un escenario propicio para fortalecer la sociedad civil a partir del ejercicio de poder en la toma de decisiones por la defensa del interés colectivo, está generando su desmovilización. (Carmona, 1999, p. 9).

En el Sistema General de Salud y Seguridad Social la participación comunitaria se asigna o imputa como imperativo para lograr salud y calidad de vida. Por lo tanto deja de ser un derecho para ser un recurso, un instrumento o una herramienta al servicio del sistema, lo que significa en estas palabras, es que la responsabilidad del estado, de garantizar la salud y participación se le impone a la comunidad como obligación. Así, la participación pierde el sentido como derecho, porque se convierte en requisito, fin o instrumento y queda a expensas del logro de otros derechos. (Vega y Restrepo, 2009, p. 159).

Por su parte La Política Distrital de participación en salud y servicio a la ciudadanía definió el derecho a la participación en salud es entendido como el ejercicio de poder de cada uno y cada una para transformar la esfera de lo público en función del bien común.

Esta intencionalidad y perspectiva de cambio se reafirma con enunciados que reconocen explícitamente que la participación “es para la construcción de la democracia; participación como elemento sustancial del derecho a la salud;

participación del territorio; participación para la defensa de lo público; participación con decisión; participación para la acción transformadora; participación para la planeación; participación para la evaluación y el seguimiento de la gestión pública en salud.

Con lo expuesto se evidencia los diferentes enfoques de participación en salud y cómo durante el periodo 2004-2011 (Etapa de formulación e implementación de la Política de Participación social en salud y servicio al ciudadano) la ciudad se movió en conceptos y discursos muchas veces contradictorios.

## 2. CONTEXTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO (PPSYSC)

### 2.1 Breve Reseña De La Participación Social En Colombia

La participación ciudadana en Colombia se reconoce formalmente a partir del establecimiento de las Juntas de Acción Comunal (JAC) en la década del 50 con las cuales las comunidades de las barriadas se organizaron para realizar pactos de desarrollo con el Estado “buscando una inclusión de estas comunidades y acercando la participación y las políticas pro-pobres que se vislumbran desde el inicio.” (Velásquez, González, 2003, p.7)

En sus inicios las JAC se crearon como entidades autónomas comunitarias que buscaban generar mejores condiciones de vida para las poblaciones en lo relacionado con la suplencia de necesidades básicas como la dotación de servicios públicos. Sin embargo, un ejercicio de acción colectiva difícilmente se margina de las dinámicas histórico –sociales en las que se enmarcan; de manera rápida las JAC se ven afectadas por la intervención de los partidos políticos que las permearon para hacerlas parte importante de la maquinaria bipartidista.

*“La participación popular debe ligarse a los procesos decisorios de los gobiernos, es decir, la participación se convierte en una política de control gubernamental que explicaría prácticas tales como: la acción comunal oficial, el crédito dirigido, la reforma agraria castrada, y poco más. Claro que esta interpretación asistencialista de la participación es del gusto de los poderes establecidos y de los intereses creados que han empezado a construir sus llamadas “políticas participativas” formalmente mediante disposiciones gubernamentales.” (Fals Borda, 1995, p. 36)*

Por otro lado Velásquez y González en 2003 mencionan que en Colombia hubo una mezcla perversa en cuestión de participación ciudadana, ya que desde la creación del frente nacional no había más que dos partidos que se cambiaban el

poder y que además las instituciones estaban divididas en las cuotas de los dos partidos. (p.22).

Según los autores, se vivió una etapa clientelista que abarcó todas las instituciones y que llegó a tratarse con naturalidad y a verse como una cualidad natural del ejercicio de la política, esta manera de hacer la política colombiana determinó que se excluyera la participación ciudadana en lo concerniente a lo público y la posibilidad de intervenir en el diseño del desarrollo del país.

Además del clientelismo que estuvo y está presente -según los autores- también se menciona el autoritarismo como respuesta del Estado a las movilizaciones de la ciudadanía, esto se vio desde el gobierno Pastrana Borrero y se radicalizó en el gobierno de Turbay Ayala, con el estatuto de seguridad en 1978.

La participación se movía en dinámicas permanentes entre lo legal (instituido), los manejos de los partidos políticos y su capacidad para cooptar las iniciativas comunitarias en función de “aceitar sus clientelas” y las tensiones o resistencias que las organizaciones generaban para mantener algunos grados de autonomía.

Durante la década de los 80 el país vivía momentos de convulsión: se mantenía el esquema bipartidista lo que visibilizaba una democracia restringida que había sido fuertemente interpelada en las elecciones del 70 que representaron un intento de ruptura del Frente Nacional<sup>8</sup> en las urnas y que terminó con lo que para muchos ciudadanos fue el fraude más grande de la historia política. Hecho del cual se originó posteriormente el Movimiento armado 19 de abril M-19. Adicionalmente se venía generando unas transformaciones de la institucionalidad en procura de generar condiciones en su arquitectura que posibilitara una modernización del Estado basado en la premisa de la descentralización. En este contexto emergen un sinnúmero de experiencias organizativas y de participación desligada de los partidos políticos y que se expresan como actores que buscan disputar los esquemas tradicionales.

---

<sup>8</sup> El frente nacional se reconoce como el momento en que los partidos tradicionales pactaron la alternancia en el poder.



Simultáneamente se generaron reglamentaciones como el Decreto 1306 de 1980, en el artículo 15 donde se estipuló que los planes integrales de desarrollo urbano debería ser preparados con la participación de entidades cívicas, gremiales, profesionales y de la ciudadanía en general, abriendo un canal de decisión que estaba en manos de consultores, arquitectos y urbanistas.

Esta primeras muestras de políticas y organizaciones que buscaban la participación ciudadana fueron pequeños pasos que no tuvieron gran impacto en la toma de decisiones e incluso se puede concluir que al momento de aparecer tuvo un auge pero pronto fueron desapareciendo, solo permaneció la acción comunal, pero sobrevivió al costo de funcionar bajo la dinámica del clientelismo que convivía con las instituciones políticas y que era vista con naturalidad por los ciudadanos y ciudadanas.

En el gobierno Barco se acentuó los cambios en el sistema político con la Red de Solidaridad Social y se culminó con el cambio total del sistema que significó la Constitución de 1991.

La Colombia de 1991 y su nueva constitución fueron líderes en Latinoamérica en la inclusión de reformas institucionales donde la participación es un eje central en tanto establece el Estado Social de derecho y el reconocimiento de todos y todas las ciudadanas como titulares de derechos y co-constructores de las políticas. Hay que resaltar que la Constitución del 91 fue el resultado de un proceso de paz y la consolidación de acuerdos que condujeron a la desmovilización de grupos guerrilleros. En tal sentido, tiene elementos fundamentales en términos de participación política para ampliar el espectro de la democracia.

En estos términos, la "participación" implica una relación entre individuos que son conscientes de sus actos y que comparten determinadas metas de conducta y de acción. Para que sea eficaz y auténtica, esta relación necesita plantearse como entre iguales, sin admitir diferencias de preparación formal o académica, prestigio, antigüedad o jerarquía, porque quedan equilibradas por el ya mencionado factor de propósito común o teleológico (Fals Borda, 1995, p. 4).

Lo anterior muestra que Colombia es una democracia extraña capaz de hacer convivir las inequidades, la represión, la falta de un Estado que pudiera influir verdaderamente en los problemas sociales, falta de canales de expresión en el bipartidismo, los grupos insurgentes que demandaban tener un espacio en la política, la represión a la protesta social, instituciones de control con grandes limitaciones y la naciente violencia y poder económico del tráfico de drogas. (Velásquez, González, 2003, p. 19)

Cuando llegó la constitución de 1991 se vio un giro total en la manera como se veía a la participación, ya que esta misma “aparece como principio, como derecho y como mecanismo” En el artículo 2do define a la participación como principio constitutivo del Estado, dando como resultado que el Estado debe facilitarla y promoverla en todas las aplanes de estructuración desde lo nacional hasta lo local. (Velásquez, Gonzales, 2003, p. 23).

Más allá de lo anterior, es innegable que la Constitución amplió la perspectiva política al plasmar en el artículo 95 que la participación es un deber y derecho de los ciudadanos y en el artículo 103 se abre la posibilidad de reglamentar otros mecanismos o aparatos de participación ciudadana.

## **2.2 Contexto De La Participación Social En El Distrito Capital**

En Bogotá durante el gobierno de Castro “Plan de Desarrollo económico y social de obras públicas de Santa Fe de Bogotá” (1992-1995) la ciudad tuvo una transformación importante producido por el ordenamiento del Estatuto orgánico de Bogotá con el cual se establecieron parámetros para la autonomía y se generaron cambios administrativos en los procesos de descentralización administrativa, planeación, recaudo y participación: “dotar al Distrito Capital de los instrumentos que le permitan cumplir sus atribuciones de manera descentralizada y con una amplia participación comunitaria. (Acuerdo 31 de 1992).

En dicho Plan se define: “la participación comunitaria como la seguridad es función básica y fundamental pero no exclusiva de la autoridad, es necesario conseguir la participación de la comunidad organizada. Para lograrla se requiere

1. Promover la celebración de convenios especiales de seguridad entre la Policía Metropolitana y las comunidades organizadas con el propósito de combatir el delito.
2. Ejecutar, con participación de las autoridades locales y de la comunidad organizada, programas de prevención directa e indirecta de la delincuencia, utilizando las estrategias que para las áreas metropolitanas han recomendado los Congresos de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito.

La participación es vista nuevamente como la colaboración de la ciudadanía para apoyar procesos de seguridad. Y no como capacidad transformadora.

En el primer periodo de Mockus el Plan de Desarrollo “Formar ciudad” (1995-1998) se planteó un esfuerzo para ordenar la acción de gobierno, e instituir una lógica de lo público: “se trata de buscar una coexistencia viable y fértil del crecimiento del patrimonio colectivo con el mejoramiento individual y hacer así más competitiva la ciudad y los individuos que en ella moran, buscando la equidad y el progreso de todos.” Sin embargo no hubo un planteamiento explícito sobre los procesos de participación la experiencia más notoria fueron los semilleros de convivencia que buscaron recoger propuestas ciudadanas para redactar un Código de Convivencia que lograra reformar el Código de Policía de Bogotá (Decreto 295 DE 1995).

El gobierno de Peñalosa Plan de Desarrollo “Por la Bogotá que queremos” (1998-2001) busco “generar un cambio profundo en la manera de vivir de los ciudadanos, devolviendo la confianza a todos los bogotanos en su capacidad para construir un futuro mejor y dinamizar el progreso social, cultural y económico. Se trata de proyectar y hacer viable a Bogotá para enfrentar los retos y aprovechar las posibilidades que impone una nueva era, trabajando con miras a mejorar significativamente la calidad de vida para las presentes y futuras generaciones”. (Acuerdo 6 DE 1998).

En el segundo periodo de Mockus “Bogotá para vivir todos del mismo lado” (2002-2004) se enfatiza la participación como parte del eje Cultura Democrática establecieron procedimientos para decidir y “organizarse para influir y aprender” la función de fortalecer la cultura ciudadana constituía un ejercicio de responsabilidad compartida entre el gobierno y los ciudadanos la armonización entre lo moralmente válido para el individuo, lo culturalmente aprobado y o legalmente permitido (Decreto 440 DE 2001).

La participación se centra en la generación de mecanismos y procedimientos que posibiliten la ampliación de la democracia en la ciudad. Se resalta:

### **Procedimientos para decidir.**

Propiciar el uso de procedimientos democráticos para cambiar disposiciones legales. Ampliar y cualificar la discusión pública, haciendo visible su utilidad para aclarar diferencias, dirimir conflictos y celebrar acuerdos.

### **Proyectos prioritarios:**

- **Participación ciudadana**

Acciones orientadas a garantizar que la ciudadanía tenga un conocimiento suficiente de las distintas opciones de participación en la gestión de los asuntos públicos y sus derechos políticos y ciudadanos.

- **Canales democráticos**

Fortalecimiento de los canales de discusión pública y las instancias de participación democrática.

- **Pactos sociales**

Promoción de pactos sociales para la recuperación de espacios públicos, el cumplimiento de normas ambientales y la protección del patrimonio de la ciudad.

- **Organizarse para influir y para aprender.**

Reconocer las organizaciones, potenciar su capacidad de construir nexos de solidaridad y de representar a los ciudadanos y las ciudadanas en las decisiones de la ciudad, la localidad y la zona.

Es reconocido que hubo transformaciones importantes en la ciudad en término de hábitos y comportamientos más respetuosos con la ciudad fruto de la implementación de la propuesta de cultura democrática donde se considera hubo una apropiación de la ciudad como el lugar para habitar de todos quienes la comparten.

El periodo de Luis Eduardo Garzón y su Plan de Desarrollo “Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” (2004-2008) se fundamenta en la construcción de las condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos integrales, establecidos en el pacto constitucional y en los convenios e instrumentos internacionales y con énfasis en la búsqueda de la pronta efectividad de los niveles básicos de tales derechos. Para avanzar en la garantía de los derechos humanos y disminuir las desigualdades injustas y evitables, en el marco del Estado Social de Derecho (Acuerdo 119 de 2004)

En éste Plan existe una nominación específica a la participación social y es considerada un principio ordenador del mismo “es un principio del Plan involucrar la participación de ciudadanos y ciudadanas en la toma de decisiones públicas, y promover el fortalecimiento de las organizaciones sociales y la construcción de capital social.” (Acuerdo 19 de 2009).

En dicho Plan se explicita la participación como derecho lo que se expresa en el programa Participación para la decisión en el cual se define como metas prioritarias la formulación de la Política Distrital de Participación.

“Los ciudadanos y las ciudadanas participarán efectivamente en las decisiones públicas. La Administración Distrital proveerá la información, los escenarios y los mecanismos necesarios y promoverá la organización y el control ciudadano. Se reconocerán los diferentes actores, sus intereses y propuestas, para procurar que las decisiones públicas sean el resultado de la construcción de acuerdos y consensos.” (Acuerdo 119 de 2004).

La propuesta de participación como principio se ve reflejada en el Programa de Salud para la vida digna en donde hay un vínculo entre el derecho a la salud y el derecho a la participación: “se promoverá la garantía del derecho a la salud para todos y todas mediante la universalización progresiva de la atención integral con enfoque familiar y comunitario, respetando las diferencias según género, etnia, ciclo vital y credo religioso, y priorizando las intervenciones según tipo de trabajo, ubicación geográfica y situaciones especiales como la pobreza, la vulnerabilidad, el alto riesgo de enfermar, el desplazamiento y la discapacidad. Realizará intervenciones y acciones intersectoriales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, las capacidades y las opciones de las personas y las familias para lograr comunidades y hábitat saludables. Fortalecerá la salud pública en la dimensión urbano-regional a partir de intervenciones estratégicas que modifiquen los determinantes del proceso salud-enfermedad. Se avanzará en el estudio para la creación de una EPS-ARS pública o mixta. Se fortalecerán la red pública, la calidad de los servicios y los procedimientos administrativos del Sistema de Salud de Bogotá.” (Acuerdo 119 de 2004).

A manera de conclusión Bogotá ha logrado un importante avance en la creación de herramientas normativas y en la consolidación de espacios y experiencias participativas para la formulación, ejecución, seguimiento y control del quehacer público. Es importante destacar la expedición de los Acuerdos 12 de 1994 y 13 de 2000 que establecen los mecanismos e instancias de la participación en la planeación de la ciudad y sus localidades, el Decreto 069 del 20 de marzo de 2003 que creó la Comisión Intersectorial de Servicio al Ciudadano y el Decreto 448 de

2007 por el cual se crea y estructura el Sistema Distrital de Participación Ciudadana.

Paradójicamente, se hace necesario reconocer un conjunto de dificultades en los procesos de participación en la ciudad derivados del conjunto de normas:

Una primera, es 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.

Una segunda limitación se encuentra en el hecho de que algunos mecanismos de participación han dado lugar a una creciente burocratización. Son múltiples espacios definidos y habilitados por las normas, y frente a la escasa participación de la ciudadanía generan que los mismos líderes estén en muchos de ellos, 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.

Una tercera limitación de las normas sobre participación ciudadana es que definen una lógica de representatividad que fractura las posibilidades de generar procesos que constituyan sentidos compartidos, lo que termina produciendo que el objetivo de la participación sea ganar la representación de la comunidad en los espacios institucionales.

Bajo esta estructura normativa, la institucionalidad distrital se ha concentrado en el desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana alrededor de sus propias dinámicas y en la entrega de información básica, lo que ha ocasionado que la participación este fuertemente contenida en la institucionalidad.

Por último, la dificultad de la normatividad de la participación por sectores, no logra asumir los problemas y necesidades sociales de manera integral, por lo cual cada institución actúa por aparte, con sus propios mecanismos de participación, lo que ahonda la multiplicidad y fragmentación de la participación en la ciudad.

Con los pasos que ha dado el Distrito con la creación del Sistema Distrital de Participación (Decreto 447 de 2008) se esperaba superar estas limitaciones legales de multiplicidad y fragmentación, sin embargo, no ha tenido tal efecto, en tal sentido, la Política Pública Distrital de Participación Ciudadana (Decreto 503 de 2011) debería ser un instrumento de articulación, integración e impulso al ejercicio de la ciudadanía activa y autónoma en el conjunto de la ciudad.

### **2.3 Contexto De La Participación En Salud**

Los antecedentes de la participación en el sistema de salud en Colombia se puede situar en la década del 70, en el marco del Plan decenal de salud de las Américas que se planeó 1972 a 1982, donde se planteaba que los Estados debían buscar la participación de la comunidad y tener en cuenta sus preguntas hacia actividades que terminaran generando un alto grado de niveles de salud.

En tal sentido, el Sistema Nacional de salud buscó promover una participación social activa, llegando a establecer programas de prevención y de control, de enfermedades prevenibles a través de las unidades de operación o zonas geográficas en que se organizaba, éste ejercicio fue incipiente se trataba de prácticas colaborativas y de apoyo al mejoramiento de infraestructura con los decretos 036 y 350 de 1975, los cuales abrían el camino para la creación de la Oficina de Participación Social en el Ministerio de Salud, las secciones de trabajo social en departamentos, intendencias y los departamentos de Trabajo Social en los hospitales, quienes serían los encargados de promocionar y adelantar procesos de participación.

En un segundo momento se plantea que en Colombia un impulso fuerte a la participación comunitaria se da a partir de la propuesta de la atención primaria de salud, que tenía una visión de soporte de las acciones en donde la participación se veía como una estrategia que posibilitaría el empoderamiento de la comunidad frente a sus condiciones de vida y salud (prevención, agua potable, saneamiento



básico) de forma tal que las comunidades lograran aportar en la construcción de planes territoriales de salud. Durante este período se abrieron espacios para representantes de la comunidad en las juntas asesoras e igualmente se formaron los comités comunitarios de salud de los hospitales y centros de salud. Estos últimos fueron los más visibles y cumplieron con mejorar la infraestructura para la atención primaria. En múltiples experiencias se evidenció que la comunidad participaba en la ejecución de programas y proyectos, pero en pocos espacios logró injerencia en la planeación o ejerciendo el control social. Sin embargo, se reconoce que gracias a esta participación, aunque limitada, se dieron grandes avances en la salud pública erradicando enfermedades, aumentando niveles de vacunación, además se crearon programas como Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias, Unidades de Atención a la Infección Respiratoria Comunitaria, boticas comunitarias y jornadas de vacunación.

Esta etapa fue vivida con algunos niveles de continuidad desde 1975 hasta 1993, con una alta valoración del papel de las comunidades en el mejoramiento de la salud, la vinculación de la sociedad buscó prevenir los riesgos o mitigar las acciones que producen las enfermedades fáciles de controlar, se vio una alianza en varias instituciones como los Ministerios de Salud y Educación que en conjunto con ICBF formaron vigías de la salud entre quienes fueron los maestros de escuela y los estudiantes de los últimos grados del bachillerato.

En este segundo momento de la participación social en relación con la salud se observa un movimiento hacia la toma de decisiones lo que se dimensiona a partir del Decreto 1216 de 1989 que establece la conformación de Comités de Participación Comunitaria en puestos de salud y hospitales, bajo una lógica de planeación en salud.

En 1990 la Ley 10 instauró que los representantes de organizaciones comunitarias de salud hicieran partes de las juntas directivas de los hospitales universitarios, regionales y locales. Lo anterior podría considerarse como un esfuerzo que cambió la forma de ver la participación de colaborativa a una participación más

decisiva en la consecución de objetivos de programas, proyectos. Como conclusión, se intenta dar un rol más fuerte a la participación comunitaria, no obstante, es pertinente ubicar que estos ejercicios se dan en el marco del proceso de descentralización lo que está atravesado por la necesidad de disponer la institucionalidad para acoger las nuevas funciones en salud, en tal sentido, autores como Restrepo plantean que en ocasiones tras el discurso de la participación vinculada con los procesos de descentralización o desconcentración de funciones y el otorgamiento de mayor poder a las comunidades también se puede leer como una estrategia de dilución de las responsabilidades del Estado, una situación similar ocurre cuando se otorgan funciones a los entes territoriales sin desconcentración de recursos bajo un lema de autonomía territorial, es decir, la participación opera bajo unas ambigüedades que habría que sopesar.

La tercera etapa de la participación en salud se puede situar con la Constitución Política de 1991 que instaló la participación como un principio, derecho y deber, dando como resultado la generación de nuevos espacios y mecanismos para ejercerla. La regulación quedó consignada en la Ley 100 de 1993 y su Decreto reglamentario 1757 1994 que estableció las reglas de juego para la participación y que tiene como eje central el control de los servicios e instituciones del Sistema General de Salud.

Con lo anterior los procesos de participación de la ley 100 de 1993 se enmarcan en: los servicios de información, atención al usuario, asociaciones de usuarios y comités de ética hospitalaria como espacios institucionales para buscar una mejor atención. Por otro lado, la Ley incorporó los Comités Participación Comunitaria que tienen una acción de planeación local bajo una lógica representativa.

Aunque se tuvo en cuenta estos aspectos positivos se debe aclarar que en el modelo del Ministerio de Protección Social, soslayo la participación comunitaria en las secretarías departamentales y por el contrario se eliminaron las secciones de Trabajo Social o de Participación, al igual que hubo retrocesos en el manejo comunitario y el poco avance de interdisciplinariedad que se venía manejando

hasta 1993 y que para los trabajadores /as de la salud había traído grandes resultados.

Lo anterior se observó en el país con una excepción que fue el distrito capital que no sólo mantuvo la oficina de participación, sino que creó la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, articulando estos dos procesos a la luz de los objetivos uno y tres del Plan estratégico de la Secretaria Distrital de Salud: afectar positivamente los determinantes sociales de la salud para mejorar la calidad de vida en la ciudad y avanzar en la exigibilidad del derecho a la salud promoviendo y fortaleciendo la participación social. (SDS, 2007).

La última etapa está contemplada por la reforma al sistema con la ley 1438 de 2011 en el artículo 136 del Título VIII que determino que el Ministerio de Protección Social debe reglamentar una política nacional de participación ciudadana en temas de salud. No obstante, dicha política Nacional no ha sido formulada.

En conclusión en Colombia el concepto de la participación se ha transformado de forma determinante en términos de los discursos que se han presentado acordes al momento histórico en el cual se desarrollan y como lo refiere Carmona 1999: “Es posible plantear que los procesos participativos en salud que se han generado en nuestro país están inmersos en alguna de las siguientes lógicas:

<b>TIEMPO</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>VISION DE PARTICIPACION</b>	<b>CONTEXTO</b>
Años 60 y 70s	Ejecución de programas y proyectos No se concebía que esta tuviese injerencia en la planeación, control	Participación como Inmediatez (Carmona, 1999)	Decretos 056 y 350, los cuales crean el Sistema Nacional de Salud, allí se

	<p>social o toma de decisiones.</p> <p>Presencia de relaciones que se establecen en términos de favores líder – cliente para dar solución a algún problema del barrio</p> <p>Intercambio privado desdibujando la idea de lo público</p>		<p>contempla la creación de Comités Comunitarios de Salud, que fueron conformados para responder a problemas locales de salud</p> <p>Selectiva</p> <p>Actividades centradas en la mujer y el niño</p>
Años 80	<p>Se crean comités cívicos populares o sectoriales, los cuales buscan superar una necesidad de forma propia, luego de resolver la situación se dividen y solo se mantienen algunos líderes</p>	<p>Participación como Coyuntura (Carmona, 1999)</p>	<p>La OPS reconoce la importancia de la participación en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) los Comités Comunitarios se amplían para participar planeación y desarrollo de las</p>

			acciones de su barrio alcanzan logros en los procesos de promoción del auto cuidado de la salud y aumento en las coberturas de vacunación.
<p>Finales de los 80 y principios de los 90</p>	<p>El Estado promueve el buen uso de los servicios de salud y utiliza la estrategia de capacitación líderes comunitarios y enfatizar sus acciones con el paso a promotores en salud, esto buscaba fortalecer la atención primaria en Salud.</p> <p>En este mismo periodo se busca establecer acciones que permitan que la participación este dada por la toma de decisiones y formulación de</p>	<p>Participación institucionalizada</p>	<p>Se presenta un primer enfoque de apoyo para consolidar una propuesta de prevención que apuntaría a disminuir costos asistenciales y a la vez aumentar cobertura</p>

	propuestas		
1990	La OPS impulsa <i>un enfoque de <b>producción social</b> de la salud en los sistemas locales y en los municipios saludables</i> (Carmona, 1999),	Participación en la planeación	Establecimiento de ley 10 de 1990, la cual habilita a los municipios a especificar en sus respectivas ordenanzas los tipos, definidos en la Ley, que corresponden a las infracciones cuya sanción se atribuye a los Alcaldes.
Con la ley 100 del 93	Creación del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), a través de la ley 100 en donde se establece como uno de sus principios la Participación.  Decreto 1757 de 1994, el cual reglamenta las formas de participación comunitaria en salud:	Participación institucionalizada – individualizada	El SGSSS se basa en principios: la cobertura universal, la descentralización, la equidad, la integralidad, la participación.  El subsidio a la demanda

	COPACOS, Asociaciones de Usuarios y Comités de ética Hospitalaria		Se presentan dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, en el marco de la lógica del mercado.  El Estado, asume el papel de modulador configurando un sistema de aseguramiento.
--	--	--	--

Tabla No 3 Historia de la participación social en salud

De la acción social de la última década cabe destacar: los procesos de debate público en salud realizados a través de los Congresos nacionales por la salud y la seguridad social en Bogotá, “los cuales buscaban establecer acciones frente a la “grave deterioro de la situación en salud del país”. (MNSSS, 2002, p.3) este Congreso es un hito pues logró congregar a más de 2140 personas, constituyó una agenda programática, articuló varios actores y sectores: usuarios, académicos, sindicatos y más de 46 organizaciones de la sociedad civil de 23 departamentos de Colombia, cabe señalar que quizás el mayor logro fue la conformación del MNSSS.

En el primer Congreso se realizó un diagnóstico en salud, encontrando: exclusión persistente de poblaciones vulnerables, salud pública, problemas del sistema de seguridad social frente al financiamiento, prestación del servicio, personal de la salud, prevención y promoción, problemas conceptuales y normativos en términos de la concepción del derecho.

En cuanto a problemas de participación social y ciudadana, se identificó que había una instrumentalización e institucionalización que le resta capacidad y potencia a los procesos sociales, los participantes se plantearon la necesidad de orientar sus acciones hacia los procesos de exigibilidad del derecho a la salud más que a “la vigilancia y el control de los procedimientos llevados a cabo por la institución esfuerzo que no afecta el proceso ni la toma de decisiones para resolver necesidades de las poblaciones, los participantes reconocieron que se han establecido mejores canales de comunicación pero el sistema promueve el logro de beneficios individuales, limitando las decisiones colectivas. (MNSSS, 2002, 5, 6 7 de octubre, p. 6)

### **2.3.1 El Papel De Las Asambleas Distritales En La Configuración De La Política Por El Derecho A La Salud**

Dentro de los eventos de interés que se nombran durante las entrevistas encontramos como para el 2004 se encuentran en el gobierno distrital un partido político de izquierda el cual desde la Secretaria Distrital de Salud habilita un escenario de “debate público con la participación de los actores sociales, políticos, comunitarios, instituciones, trabajadores, organizaciones no gubernamentales y de los diferentes sectores involucrados con el bienestar, para orientar las decisiones sobre la mejor forma de alcanzar el derecho a la salud y la calidad de vida en Bogotá” (Secretaria Distrital de Salud 2004), este espacio se llamó Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida.

La Primera Asamblea Distrital buscaba generar un espacio de deliberación amplio que convocara a todo tipo de actores más allá de los instituidos y que se convirtiera en un espacio deliberativo y de construcción colectiva similar al proceso de las Conferencias del Sistema de Brasil, el diseño metodológico contó con el apoyo de Ana María Costa quien era en ese momento presidenta de la Conferencia brasilera.



La segunda Asamblea Distrital se llevó a cabo en el 2005 busco generar un mandato distrital por el derecho a la salud, aunque el mandato se expresó la Asamblea misma no generó mecanismos organizativos, ni institucionales para llevarlo a cabo.

La tercera Asamblea se realizó en el 2007 y tuvo como objetivo central deliberar acerca de la propuesta de política distrital de participación social y servicio al ciudadano en salud, que había sido construida con los insumos de la primera y Segunda Asambleas y con las discusiones recogidas a través de 24 espacios deliberativos en los que participaron 800 personas, en tal sentido, los asistentes respaldaron la propuesta y validaron la política como una guía que permita ahondar en los procesos distritales para la garantía del derecho a la participación en salud, de igual forma se explicitó por parte de la ciudadanía la necesidad de elevar la Política a Decreto bajo la expectativa que se convirtiera en política de Estado más allá del gobierno saliente. (SDS, 2008, p. 4).

### **3. ANALISIS DE DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION EN SALUD EN RELACIÓN CON EL DECRETO 1757/94.**

Dentro de esta investigación se pretendió determinar las transformaciones que se pudieron presentar en el discurso de participación en salud de Bogotá, a partir de un análisis comparativo entre los Decreto 1757 de 1994 y el Decreto 530 de 2010.

Metodológicamente el análisis de discurso se realizó bajo el concepto de dispositivo de Foucault. De acuerdo con el autor un dispositivo se inscribe en las relaciones entre saber y poder cuya imbricación produce subjetividades, es decir un dispositivo es capaz de provocar ciertas maneras de ver, pensar y proceder:

*“..el dispositivo describe el espacio de una dispersión, la realidad de una multiplicidad de elementos que contiene: a) una serie de conexiones entres saber y poder, b) establece la dispersión del poder a través de múltiples líneas y c) describe la producción de modos de subjetivación del individuo a partir determinaciones técnicas.” (Foucault, 1991, p. 127)*

En Tal sentido, en el análisis se busco evidenciar en donde se coloca la fuerza discursiva: en primer lugar, el discurso coloca la luz sobre unos aspectos con lo cual produce una serie de posturas o formas de entender constituyendo una línea de saber (visibilidades); en segundo lugar, define unas formas de enunciar lo que generalmente se traduce en cómo o mecanismos que instalan el poder, (decibilidades); y en tercer lugar, una línea de subjetivación que explicita las relaciones de poder y saber produciendo posturas o posiciones.

La estructura metodológica se basa en las siguientes preguntas

¿Qué elementos del discurso sobre participación se modificaron a la luz de la política? (Decibilidades)

¿Qué estrategias y mecanismos usó la institucionalidad para implementar la participación? (visibilidades)

¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre institucionalidad y ciudadanía en el marco de la política? (subjetividades)

¿Qué tipo de transformaciones institucionales se implementaron y su efecto en el proceso de participación en salud en la ciudad? (subjetividades)

Para lo cual se propuso identificar los elementos referenciales que colocó el Decreto 1757 que demarca todos los procesos de participación e identificar si los planteamientos del mismo son modificados con el Decreto 530 de 2010.

### **3.1 Concepto De Participación En El Decreto 1757 De 1994- Las Decibilidades**

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social, en el cual se establece la participación como uno de sus principios y a través del decreto 1757 de 1994 se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud. En este contexto el decreto establece unas definiciones que proveen de sentido el concepto de participación social como *el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.* (Decreto 1757,1994, p. 3), en estos términos la participación, determina el lugar de la ciudadanía en las Instituciones del SGSSS, la cual se presenta como la conformación de asociaciones que permitirán la interacción de los usuarios con los servidores públicos de acuerdo a lo dispuesto por la norma, y estarán encargados de velar por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

El análisis del concepto ubica que el mismo coloca la luz (decibilidades) sobre:

*“Proceso de interacción social regida bajo los principios constitucionales de solidaridad, equidad, y universalidad”*

Las visibilidades

Alcance de la participación: “intervenir” en las decisiones de salud y en la gestión y dirección de sus procesos

Las subjetividades que se producen

- a. *Los Sujetos son reconocidos a partir de intereses individuales y colectivos*
- b. *El fin de la participación buscar el bienestar humano y el desarrollo social*

A pesar de que el planteamiento discursivo coloca unas palabras fuertes en términos de la *participación con decisión* al realizar un análisis de la norma y las situaciones que se han presentado en las experiencias muchos autores consideran que este tipo de norma restringe la participación “al establecer mecanismos instrumentales, tiene la pretensión de canalizar los aportes de los diferentes actores sociales al servicio de la privatización y la reducción de la responsabilidad del Estado en garantizar el derecho a la salud, esto se resume en promover actitudes individualistas en los ciudadanos” (Luna, 2002, p. 43) y hacer que se apeguen a los pocos mecanismos establecidos, tales como las quejas y reclamos en la Superintendencia Nacional de Salud, las veedurías y las acciones de tutela, Hernández (Citado en Cotes, 2006).

Como lo cita Cotes (2006, pág 65) puede decirse que la participación en el marco de la ley 100, es una participación subordinada y delegatoria en gran medida y aunque supone algunos espacios para el consenso, la participación se concibe principalmente en el nivel de la consulta y la información. Las probabilidades de decisión real son limitadas en la medida en que son pocas las instancias o espacios habilitados para esto.

Lo que se evidencia es que se coloca un discurso (decibilidades), pero, ¿los mecanismos (visibilidades) son el lugar que posibilita el alcance planteado “participación decisoria”? ¿Los mecanismos creados por la Ley 100 en el Decreto 1757 /94 son efectivos para materializar dicha concepción?

### **3.2 Mecanismos De Participación En El Decreto 1757 De 1994**

El Decreto 1757 de 1994 establece como mecanismos de participación los: Comités de Participación comunitaria (COPACO), Asociaciones de Usuarios, Comités de veeduría social y Comités de Ética Hospitalaria. ¿Estos mecanismos son adecuados para alcanzar una participación decisoria?

La participación ciudadana establece que todas las Empresas Promotoras de salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), *deben contar con un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema*. Estos espacios básicamente tienen como función recoger las quejas y reclamos de los usuarios.

Adicional a lo anterior en la arquitectura institucional para el desarrollo del Decreto 1757 /94 se estableció como función de las coordinaciones, oficinas o direcciones de participación social (si las hay) el “direccionamiento” no obstante, en la Ley no es un mandato la creación de estos lugares de Dirección, sólo aplica a las Secretarías municipales y departamentales que cuentan con estos espacios, un ejemplo contundente es que en el Ministerio no existe la oficina o Dirección de participación, existe una coordinación ubicada en la subdirección de Planeación que para el año 2010 (16 años después de notificado el Decreto) no contaba con la estructura requerida ni el personal suficiente para apoyar y asesorar técnicamente a los entes territoriales para que éstos promuevan la participación en salud, en muchos entes territoriales existen oficinas de participación “que han surgido entre otras por la necesidad de resolver los múltiples conflictos que emergieron entre los asociados para las delegaciones a las Juntas directivas” (Alarcón, 2007, p. 27) . En la actualidad no existe formalmente la Dirección u oficina de participación social en el Ministerio de Salud y protección Social.

En cuanto a los COPACOS, es definido en la Ley como *un espacio de concertación que tiene como objetivo identificar, priorizar y planear las acciones de salud en el territorio con los actores locales, institucionales y comunitarios*.

Estos espacios formalmente son liderados o presididos por los Alcaldes –para el caso de Bogotá corresponderían a los alcaldes locales- sin embargo, los entrevistados se refirieron así: “los alcaldes van instalan el primer día el

COPACOS y después delegan a un funcionario que casi nunca asiste, con contadas excepciones hay apoyo real y efectivo del alcalde, esto es una tarea más entre el montón que tiene, y no se cuenta con mecanismos que hagan que realmente se comprometa, eso es un saludo a la bandera” (Grupo Focal con líderes comunitario de COPACOS, asociaciones, octubre 2013)

El alcance de los COPACOS en relación con las funciones asignadas son mínimos entre las posibles explicaciones es que operan bajo una lógica de “reunión” que obedece a la buena voluntad y el interés de la ciudadanía pero no cuenta con la voluntad política de la institucionalidad que está imbuida en la maquinaria estatal fragmentada, en el año 2009 y 2010 se buscó que los COPACOS delegaran a alguno de sus miembros para participar en los Consejos de Planeación Local que existen en la ciudad en el marco del Sistema de Planeación reglamentados en los Acuerdos 12 y 13 de 2001 en la perspectiva de ganar incidencia y busca alternativas para que se cumpla con el rol de posicionar las acciones de salud en cada territorio.

Adicionalmente los COPACOS tienen dentro de sus funciones las “*actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo que se refiere al Sistema General de Seguridad Social*” (Decreto 1757, 1994);

Esta función ha conducido a que los COPACOS se instalen en los hospitales (ESE) y centren sus preocupaciones en los servicios y que en muchos casos compitan con las asociaciones de usuarios en un traslape de acciones que en algunos casos genera conflictos internos entre los líderes, o que muchos de ellos terminen siendo simultáneamente miembros del COPACO y de la Asociación lo que no necesariamente produce articulaciones. Si bien es cierto hay experiencias en Bogotá de COPACOS que han logrado posicionarse localmente y tener algunos grados de incidencia, ejemplo, COPACO Suba (esta no es una experiencia generalizada), por tal razón a partir del 2008 en la Cuarta Asamblea se propuso la generación de un COPACOS distrital que diera un viraje al posicionamiento y ganara mayor reconocimiento de este espacio.

En conclusión más allá de las dinámicas locales propias es claro que la Ley creó estas instancias de participación sin tener en cuenta la planeación local, la institucionalidad crea aparatos que se cruzan con otros y que terminan restando poder a los mismos, a raíz de fragmentación.

Para la participación específica en las instituciones del Sistema de Seguridad Social se creó como lo refiere el Artículo 10 del decreto 1757 de 1994:

*“La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar los servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del sistema formando asociaciones o alianzas de usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado”.*

Entre sus principales funciones se tiene el de velar que los usuarios conozcan y re-conozcan el acceso al paquete de servicios, tener comunicación permanente con sus asociados con el fin de conocer las necesidades que tienen en términos de salud y poder resolverlas ante las juntas directivas de los hospitales.

No obstante, “muchas de las asociaciones terminan siendo los auxiliares de las trabajadoras sociales en los hospitales: reparten fichas, atienden a los usuarios y se conforman con un chaleco o con que el coordinador de turno los salude... muchas de las personas que participamos no sabemos cómo hacerlo” (Entrevista a líder de asociación de usuarios, septiembre de 2013).

Un elemento importante es que aunque la ley plantea que se deben generar condiciones para que la asociación realice su trabajo, por ejemplo, espacio y apoyo en materiales, en Bogotá sólo el 45 % de las asociaciones cuentan con un espacio, o unas horas de espacio para atender en la oficina de participación del hospital. (SDS, 2009, p. 4)

Más allá de lo anterior, las asociaciones se demarcan desde la lógica institucional que les otorga funciones predefinidas “derecho a utilizar los servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario” con lo cual se prefigura sujeto y el tipo relaciones donde su identidad gira en torno a los servicios bajo un vínculo instituido con poco margen para ampliar el radio de ejecución , aunque es necesario reconocer que a partir de la fusión de hospitales en Bogotá en 1999 las Asociaciones reaccionaron para defender la red pública y los servicios territorializados de Bogotá y generaron un espacio de interlocución con el Secretario del momento, que se denominó Espacio jueves, “el objetivo era resistir a la fusión que la gente interpretó como un primer momento de privatización de la red pública de servicios similar a lo que sucedía en ese momento en todo el país. Pero lo que se terminó logrando fue un espacio para hablar con el Secretario, la fusión se dio como ellos dijeron” (Grupo Focal, octubre 2013). Cabe precisar que el Espacio de los Jueves aún se mantiene.

Como lo refieren Vega y Restrepo, 2009 se limita la posibilidad de defensa del derecho a la salud visto como derecho social “se restringe esta posibilidad cuando la participación comunitaria se limita “prioritariamente a las actividades de atención preventiva, familiar, extra – hospitalarias y control medio. (p. 158).

En el artículo 14 punto 3 dice: *se debe “participar en las Juntas Directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario”* (Decreto 1757, 1994).

Estos procesos de elección se deben hacer democráticamente entre los representantes de la asociación y deben darse por un periodo no mayor a dos años.

Esta acción también se da para la representación en los espacios de comité de ética, el comité de participación comunitaria correspondiente y el consejo territorial de seguridad social (CTSSS) los cuales buscan promover programas de



promoción y prevención “en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental” (Decreto 1757, 1994).

“Lo que ha sucedido con los delegados a las Juntas directivas de los Hospitales es que se han burocratizados, y muchos de estos procedimientos generan impugnaciones y divisiones que ponen a pelear a la gente, además, casi todos los que llegan allá se les olvida o no saben a qué van y se vuelven funcionarios del hospital” (Grupo Focal con líderes comunitario de COPACOS, octubre 2013)

Como lo cita Cotes, 2006 “las funciones asignadas a las asociaciones de usuarios prevalecen acciones de información y de control, así vista, la participación en la forma que ha sido reglamentada dentro del sistema de salud, reduce al individuo a un consumidor de servicios” (p. 68).

Una vez más se evidencia que el discurso coloca la fuerza en la decisión pero en las prácticas lo que ha sucedido es que la estructura misma del esquema “su arquitectura” define y configura a los sujetos y los procesos bajo una lógica de participación representativa.

Frente a los mecanismos de participación, luego del decreto 1757 se logra ver que aumentan en términos de cantidad pero no necesariamente en calidad, si por calidad se entiende la capacidad de afectar las decisiones como lo refieren los entrevistados hace falta claridad en las reglas, términos del funcionamiento y condiciones de operación de los mismos lo cual ha limitado su incidencia y continuidad para el cumplimiento del objetivo de la participación social previsto en el concepto 1757/94.

El Decreto se plantea desde lo conceptual una participación decisoria, sin embargo, el peso de todos los mecanismos se enmarca en la representación. En lo conceptual se plantea el logro del bienestar humano y el desarrollo social, es decir una visión de salud amplia más allá de la enfermedad, pero todos los mecanismos se centran en los servicios de atención potencializando la idea de que la salud es enfermedad, un servicio y no un derecho.

### **3.3 Relaciones En El Decreto 1757 De 1994 (Subjetividades)**

El análisis del concepto ubica que las subjetividades que se producen

- a. Los Sujetos son reconocidos a partir de intereses individuales y colectivos*
- b. El fin de la participación buscar el bienestar humano y el desarrollo social*

El primer elemento que se plantea en términos de las subjetividades es que la norma crea a los sujetos al definirlos: son usuarios de servicios. Y desde ese elemento nodal se configuran todas las relaciones. Los sujetos deben entrar a la dinámica de pertenencia la cual se otorga con relación al tipo de aseguramiento que se tiene (Contributivo o subsidiado) basado en el *Uso* de los servicios que termina siendo determinante para la participación ciudadana: “se puede participar si se usa el servicio” este es un requisito para pertenecer a la Asociación de usuarios y para poder ser delegado a la Junta Directiva se debe demostrar permanencia de dos años como asociado. Las Asociaciones deben constituirse y la Asamblea es la máxima instancia de decisión, con lo cual se garantiza el principio constitucional de autonomía de las organizaciones sociales, sin embargo, los estatutos deben plegarse a los lineamientos emanados de la Secretaria de Salud, que fungen como reglas del juego bajo un esquema de viabilización de la representatividad, cabe aclarar que el lineamiento técnico de la SDS nunca ha sido debatido con las comunidades y ciudadanía, son reglas preestablecidas que se dan a la luz de la interpretación del Decreto 1757 /94. La forma de positivizar el Decreto a través del lineamiento profundiza la lógica de representatividad que fractura las posibilidades de generar procesos que constituyan sentidos compartidos, lo que termina produciendo es que el objetivo de la participación sea ganar la representación de la comunidad en los espacios institucionales. (SDS, 2009, p 5)

“Son muchas la impugnaciones que se generan desde las Asociaciones cuando se eligen representantes para las Juntas directiva lo que pasa porque nos toca hacer caso a lo que dice la SDS, el paso a paso, porque si no se verificó en el comprobador de derechos que se ha usado el servicio, no se vale, porque si uno

no está inscrito en el libro de la Asociación tampoco se vale, porque si uno no le cae bien a algunos o al que siempre ha estado y quiere mantenerse ese si sabe todos los galimatías que hay que saberse para poder ser” (Grupo Focal con líderes comunitario de COPACOS, asociaciones, octubre 2013).

*“Los Sujetos son reconocidos a partir de intereses individuales y colectivos”* los intereses están definidos por la norma cuando plantea para que se participa en alguno de los mecanismos y se establece el modo y la lógica de la participación: “velar por los servicios de salud” por su parte los intereses colectivos se enmarcan en la misma lógica, es decir, el Decreto no posibilita otras formas que permitan la emergencia de los intereses particulares, y la construcción de intereses comunes, aunque es claro que esto es formal, pues en las prácticas de participación permanentemente surgen intereses diversos a los planteados y formas de tramitarlos, sin embargo, la dificultad se mantiene en que no se constituyen sentidos compartidos frente a la salud y la vida, no se logra una confluencia del interés particular hacia un interés más colectivo pues subyace la lógica de la atención individual, el asociado busca al representante de la asociación “para que le ayude a resolver el problema de la cita, pues a él lo reconocen en el hospital y puede ayudar” (Entrevista líder Asociación de usuarios, septiembre de 2013) los sujetos de la participación se movilizan a la luz de favores y no de derechos reproduciendo la cultura democrática instituida en el país por años: los favores, las clientelas.

Cuando hablamos de relaciones es importante que sean entendidas como las dinámicas sociales que tienen los sujetos en determinada situación, o contexto en este caso específico se hace referencia a las posturas que toman los diferentes actores, algunas reflexiones o posturas sobre los procesos de participación en salud en el marco de la Ley 100 y su decreto 1757/94 plantean:

- *No respond to people’s social and health needs: the main aim of the health system is not to satisfy people’s needs, the aim is to have a financial stable and financial efficient system; for this it has as strategy to minimize costs in the health care services. (Torres, 2012, p. 14).*

- *Existe una clara contradicción en el ámbito institucional, en términos de que hace una invitación a las comunidades a legitimar decisiones o apoyar sus gestiones, como lo refiere una entrevistada “El COPACO es el comité de aplausos de la ESE” (Entrevista a lideresa COPACO, septiembre 2013).*
- *Algunos mecanismos de participación han dado lugar a una creciente burocratización. Son múltiples espacios definidos y habilitados por las normas, y frente a la escasa participación de la ciudadanía generan que los mismos líderes estén en muchos de ellos, sin mayor capacidad para impulsar procesos. (SDS, 2009, p 5)*

En tal sentido, una de las dificultades encontradas en el trabajo investigativo frente a las relaciones determinó que los espacios se encuentran ligados a la institucionalidad distrital, tanto de los usuarios como de los hospitales –oficinas de participación de los Hospitales- no cuentan con autonomía, ellas están sujetas al lineamiento igual que las asociaciones. “Lo que pasa es que la gente no tiene claridad y no porque no sepan, lo que sucede es que el Decreto 1757 tiene vacíos, enuncia conceptos y da formulas pero no reglamentó, entonces al principio las asociaciones no sabían cómo hacer las asambleas, cómo crear los estatutos, como garantizar que quienes participaban si eran del Hospital o de la IPS y que son personas idóneas que preocuparan por los servicios y por el Hospital, entonces la Dirección formuló los lineamientos para tratar de subsanar los vacíos y dar línea pues todas las referentes de los Hospitales se quejaban que no sabían que hacer y las comunidades presionaban” (Entrevista a servidora Pública noviembre de 2013)

El 60 % de los entrevistados en el trabajo investigativo consideraron que se condicionan los intereses de los usuarios a las necesidades e intereses de la institución y se cooptan y manipulan la participación, en este punto es de vital importancia anotar que los actores que se han establecido bajo esta dinámica terminan presentando una participación representativa algunas veces similar a la

lógica clientelar “hay que llegar a la asociación para conseguirle trabajo a algún pariente” lo que conlleva a una desvinculación y pérdida de credibilidad de la ciudadanía, tanto hacia sus propios líderes como hacia la institucionalidad con un efecto grave para la cultura democrática pues se desvirtúa el sentido de lo público.

Otro punto importante que afecta las relaciones se fundamenta en la falta de información que tienen los actores comunitarios frente al concepto específico de participación, su rol y función específica en los espacios, lo cual limita el ejercicio adecuado de estos.

Los espacios de participación como lo refiere Vega y Restrepo, 2009

*Dejan por fuera o plantean muy tímidamente la horizontalidad y efectividad en la comunicación; la información y conocimiento; la participación en la distribución y redistribución de los recursos; el control del gasto; las contrataciones, asignación de recursos y presupuestos; la evaluación y seguimiento de la gestión pública en todos sus componentes, etc. que en definitiva son las condiciones y los espacios de Participación (p. 158).*

En conclusión se puede plantear que el tipo de relaciones que se instituyen a partir del Decreto 1757/94 terminan siendo verticales y poco promueven el desarrollo de autonomía de los sujetos.

### **3.4 Análisis Del Decreto 530 /2010**

#### **3.4.1 Construcción De Decreto 530 De 2010**

Para el año 2004 llega a Bogotá un gobierno de izquierda, perteneciente al partido político POLO Democrático, quien a través de su plan de desarrollo plantea “Avanzar en la construcción colectiva de una ciudad moderna y humana, incluyente, solidaria y comprometida con *el desarrollo del Estado Social de Derecho*, con mujeres y hombres que ejercen su ciudadanía y reconocen su diversidad” (Plan de Desarrollo Bogotá Sin indiferencia, 2004, pág. 2). Con lo cual se da inicio a una concepción diferente de los sujetos en términos de derechos

(Constitución Política) estableciendo de esta forma condiciones en sus estructuras institucionales con el fin de dar cumplimiento a dicho objetivo.

En concordancia con el objetivo del Plan de desarrollo la Secretaría Distrital de Salud se propuso “avanzar en la garantía del derecho a la salud para todos y todas bajo una perspectiva de equidad, universalidad e integralidad”. (SDS, 2004), esto entendido como la necesidad de promover y fortalecer el ejercicio de la ciudadanía en salud como una condición para que los sujetos y sujetas asuman posturas frente a su vida propia y el colectivo, logrando afectar las necesidades y generando mejoras en su calidad de vida, todo esto pensado a través de procesos de movilización social que permitieran establecer la garantía del derecho a la salud en Bogotá.

Bajo este contexto se formuló una política pública que como lo refiere Torres (2012, p. 18) *“considered to advance a new approach that broke with the participation of communities and its instrumentation and that would lead to assume a leading role in social and political life of the city; as a prerequisite for progress in guaranteeing social rights, in the perspective of building an inclusive and democratic city”*, los fundamentos de la política se enmarcan en la perspectiva del derecho y la Estrategia Promocional de Calidad de vida y Salud bajo la lógica de afectar la determinación social de la salud y estableciendo como la herramienta principal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

En este marco, se transformó la oficina de participación social en Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano (DPSySC), la cual tenía como objetivo desarrollar la política Pública de Participación Social en Salud; a esta iniciativa se sumó la Alcaldía y el Instituto Distrital de Participación Comunitaria IDPAC.

Este ejercicio se llevó a cabo a través de la recolección de información y mandatos producidos en las dos primeras Asambleas Distritales por el Derecho a la Salud y la realización de "Unidades de análisis", las cuales tuvieron como objetivo debatir con la comunidad de las veinte localidades de Bogotá las problemáticas de participación social y servicio a la ciudadanía en relación con el cumplimiento del

derecho a la salud, también se habilitaron espacios de discusión con las y los servidores públicos del orden distrital y local. El proceso permitió crear espacios de lectura de contextos de los diferentes actores, cómo lo refiere un líder comunitario “Las mesas de trabajo que se tuvieron que hacer para definir la política, permitieron que algunos líderes sociales y comunitarios participaran activamente en la misma, lastimosamente se quedó de lado gran parte de la población, que mediante cacerolazos y otras expresiones, exigen una reforma real al sistema de seguridad social, el cual nos garantice una salud de calidad y gratuidad sin importar el estrato socio económico al que pertenezcamos” (Líder comunitario, COPACO, Agosto 2013).

Los puntos principales sobre los que se trabajó fueron i) cómo se entiende la participación ii) cuál es la situación de la participación social en salud en la ciudad, y iii) qué propuestas se podrían realizar para mejorar los procesos de participación, sobre qué trabajaría, que acciones y estrategias se podrían impulsar.

Estas unidades permitieron identificar y ahondar en las problemáticas y propuestas de participación social y servicio a la ciudadanía. “En total se realizaron cuarenta y tres (43) Unidades de análisis con la participación 1.169 personas que eran miembros de la COPACOS, Asociaciones de Usuarios de Servicios de Salud y otras organizaciones de la comunidad de las localidades y los servidores públicos de la salud, principalmente de los hospitales públicos y de la SDS, también se realizó un ejercicio con aseguradores e IPS privadas”. (Torres 2012, p. 46) Los resultados fueron sistematizados y se convirtieron en el principal insumo para la elaboración de la Política.

Las principales limitaciones identificadas para sustentar la necesidad de construcción de la política pública de participación social y servicio al ciudadano fueron:

### 3.4.1.1 Limitaciones para el ejercicio de la Participación Ciudadana

Entre las limitaciones que se reconocen tanto por la gente como por diversos analistas se encuentran:

- *Debilidad de la cultura democrática* debido a la prevalencia del interés particular sobre el general, lo que afecta las posibilidades reales de construcción de lo público.
  
- *Fractura entre lo social y lo político*: no se reconocen con claridad los nexos entre lo social y lo político y esto lleva a que exista una tensión y fractura entre la participación ciudadana y la representación política.
  
- *Desarticulación entre los Distrital y lo local*: no hay un nivel adecuado de comunicación entre los procesos que se dan en el ámbito distrital con los que se dan en lo local.
  
- *Fractura entre las instancias de participación*: cada una obedece a un sector o tema específico, establece su propia lógica y no existen puentes de comunicación entre ellas. Se da una participación fragmentada, sectorizada, focalizada y coyuntural.
  
- *Participación institucionalizada*: los espacios y mecanismos de participación ciudadana en su mayoría están ligados a las instituciones distritales, limitando su acción a asuntos relacionados con los intereses y necesidades específicas de las instituciones. En este sentido, las instituciones han cooptado los espacios y actores sociales de la participación; generando muchas veces una participación clientelar, lo que le ha generado un alejamiento y pérdida de credibilidad de la ciudadanía, desvirtuando con esto el sentido de lo público.



- *Participación instrumentalizada*: se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado, sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades.
  
- *Participación sin eficacia*: muchos de los espacios de participación ciudadana que existen no funcionan adecuadamente y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria.
  
- *Fractura entre líderes sociales y sus bases*: hay un divorcio entre representados y representantes; generando una burocracia social, que tiende a excluir a los actores sociales no institucionalizados.
  
- *Debilidades de la organización comunitaria expresadas en*:
  - Baja capacidad de incidencia en el escenario público.
  - Desempeño básicamente en el ámbito barrial y zonal, sin constituirse en actores locales y distritales.
  - Reducida capacidad de gestión que les posibilite adelantar autónomamente proyectos y canalizar recursos.
  - Operan más como aparatos que como instrumentos ágiles de acción colectiva en la consecución de fines sociales.
  - Presentan conflictos internos, derivados de permanentes luchas por micropoderes y afanes de protagonismo. En algunos casos, las lógicas clientelares dominan las relaciones internas y externas; logrando consolidar grupos de presión determinados por el interés de grupo o particular más no por el bien público, generando exclusiones e inequidades.
  - Poca credibilidad en las instancias del Estado, lo que obedece en muchas ocasiones a la falta de reconocimiento por parte del mismo de la voz de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones públicas.

- Las decisiones que se toman no se construyen ni se generan mediante ejercicios de construcción de consensos, sino de acuerdo a los grupos de interés que se crean.

➤ *Debilidades institucionales expresadas en:*

- Una concepción de participación que no reconoce de manera contundente a los ciudadanos/as como sujetos de derechos, sino como usuarios de servicios de salud
- Prevalece la lógica institucional sobre los procesos y dinámicas locales, debido a la sujeción a la normatividad.
- Limitada capacidad técnica, discursiva y de recursos que le permita a la institucionalidad disponer de medios efectivos que faciliten los procesos de participación.
- Desarticulación entre las instituciones tanto las distritales como las que están en el ámbito local.

Bajo este análisis situacional se estableció la propuesta de la Política pública de participación social en salud, que se presentó y validó Durante la Tercera Asamblea Distrital por el derecho a la Salud y la Calidad de Vid en el año 2007 que tuvo como objetivo: validar, ajustar y establecer acuerdos para la su difusión e implementación de la Política Pública de Participación.

### **3.4.2 Análisis Del Concepto De Participación En La Política -Decreto 530 De 2010 (Las Decibilidades)**

De acuerdo con los documentos, “para la Administración Distrital la participación ciudadana es vista como un derecho y se encuentra sustentada en la constitución para el diseño, ejecución, control y evaluación de todas las políticas públicas”.

*Para la política pública de Participación social y servicio al ciudadano en el Distrito se asume “como un mandato que busca forzar al Estado para que propicie la participación política, para el reconocimiento de los derechos de la comunidad y de*

*las organizaciones sociales, en la negociación y en el poder de decisión, atendiendo a la corresponsabilidad.” (SDS, 2010, p. 4).*

El análisis del concepto ubica que el mismo coloca la luz (decibilidades) sobre:

*“El derecho a la Participación en salud es entendido como el ejercicio del poder de cada uno/a, para transformar la esfera de lo público en función del bien común, En este marco, la participación en salud es la posibilidad para que los/as sujetos/as construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política. Esta participación de los/as ciudadanos/as, busca promover y facilitar la toma de decisiones y el fortalecimiento del control social de la gestión pública en los asuntos relacionados con la salud y la calidad de vida” (Decreto 530, 2010, p. 2)*

*Esta participación de los/as ciudadanos/as, busca promover y facilitar la toma de decisiones y el fortalecimiento del control social de la gestión pública en los asuntos relacionados con la salud y la calidad de vida” (Decreto 530, 2010, p. 3)*

En este sentido el concepto usado en la política ubica: un primer elemento, es introducir la palabra derecho en el discurso y establecer un nuevo punto de partida en el cual los sujetos son reconocidos como titulares de la participación en todos los proceso de gestión de la política. En segundo lugar, los sujetos son sujetos de poder (verbigracia) con capacidad transformadora. El tercer elemento, es la consideración de la esfera pública como elemento sustantivo de la participación, con lo cual su alcance va más allá de la enfermedad y la asistencia, y corresponde a todos y todas construir la salud, la calidad de vida y el bienestar.

Se le considera derecho en la medida en que ha sido consagrado formalmente en la Constitución y enmarcado en el Estado Social de Derecho, no es algo dado, ni una concesión más, es un derecho por sí mismo en el ámbito de una democracia.

*La Política ve el concepto de participación, vinculándolo con las nociones de poder y los derechos humanos, al establecer el concepto de ciudadanía de la salud que va más allá del hecho de recibir información como usuario de los servicios de*

*salud. Entonces, en la política es entendida la participación como un derecho de la ciudadanía para el empoderamiento de las personas para que puedan participar en la toma de decisiones que afecta su vida y salud. (Entrevista a servidor público, Noviembre de 2013)*

El 70% de los entrevistados consideraron que con la Política, la participación se empezó a ver como toma de decisiones. Este es un tema que se ha tratado con insistencia en distintos discursos y análisis sobre participación debido a que se considera esencial, la decisión parece ser “el momento verdad” de la participación “pero es posible con unas verdaderas posibilidades de decisión y si hay sobre que decidir, no que uno sea convidado de piedra”. (Grupo focal líderes Octubre 2013).

Al respecto se enfatizó en la escasa o casi nula posibilidad de incidir en las decisiones de interés colectivo directamente. Así lo muestran las opiniones de varios de los entrevistados:

*“Participar es todo lo que hemos venido haciendo, pero para mí la participación sería más importante si fuera con un poder de decisión, que uno pudiera ver los fondos. Lógicamente que eso lo decimos casi todos en la federación pero en lo político uno entiende que eso no puede ser así que las cosas el sistema nunca no las va a dar porque seamos buenas personas o porque trabajemos o porque estemos participando o porque propongamos” (Entrevista a líder, septiembre, 2013)*

*“Participar para mi significa hacer parte de un proceso tomar decisiones porque nada saca con hacer parte de un proceso sino te permiten tomar decisiones, entonces pienso que participar es eso, participar en un proceso con toma de decisiones. (Entrevista a líder, agosto, 2013).*

*“Bueno ahí sí como todo, participamos en los encuentros ciudadanos, trabajamos todo el tiempo pero resulta que los últimos que tienen el poder para decidir cuales proyectos se aprueban o no son los ediles y por último si el alcalde no voltea la torta pues el alcalde es el que decide, entonces realmente yo pienso que eso es como una tomadera de pelo..., no eso no tiene nombre yo creo que estamos*

*curados de los encuentros ciudadanos, no más vayamos con el ejercicio de ahorita de las alcaldías". (Entrevista a lideresa, julio, 2013).*

*"Yo creo que la participación es como dice esa política y si realmente la aplicáramos como está planteado los beneficiarios seríamos todos los colombianos. Beneficia porque reconoce la participación como lo que es de gente que necesita que la escuchen que la miren que sea reconocida en los ámbitos de salud" (Entrevista a lideresa, septiembre 2013).*

La política se plantea en relación al ejercicio de poder de cada sujeto, por tal razón la ciudadanía insiste en la decisión, no obstante, quienes participan consideran que no logran realmente afectar las decisiones, Como lo refiere Carmona y Casallas *"Esto pasa por una reconstrucción de lo público como espacio de todos/as, donde cada ciudadano/a pueda ejercer su voz, con capacidad real para intervenir en las decisiones que afectan a toda la sociedad en espacios colectivos y deliberativos; y donde la sociedad ejerza presión en torno a núcleos esenciales de derechos sociales como obligación pública. (2005, p 43).*

### **3.4.3 Mecanismos De Participación Decreto 530 De 2010 (Visibilidades)**

Las visibilidades, el alcance de la participación: la política de Participación tiene como objetivo:

*"Fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover prácticas de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en la ciudad" (Decreto 530, 2010.p.5)*

Adicionalmente establece una forma de organizar la Política:

*Un conjunto de aspectos para viabilizarla que de manera general tienen que ver con líneas, estrategias y acciones. Las líneas son los ejes sobre los cuales se va a trabajar, buscando superar las dificultades y necesidades encontradas para el desarrollo de la participación en salud.*

*Las estrategias son las formas como se desarrollan las líneas de la Política pública y son transversales, es decir, tienen que ver con todas las líneas de la política.*

*Las acciones son los aspectos operativos, a través de los cuales se desarrollan las estrategias y se concretan las líneas de la política y se establecen metas. (Cartilla, Política, 2007, p 7)*

El alcance de la participación se ubica en la formación de ciudadanía con lo cual se amplía la lógica de la asistencia y los servicios y se coloca en la esfera pública. Se establece un vínculo directo entre derecho a la participación y derecho a la salud dotando a la primera de valor para lograr el cumplimiento del segundo a través de la exigibilidad. El tercer elemento es que coloca a la participación en salud como condición para profundizar la democracia, es decir, como elemento fundamental en la distribución de condiciones de vida más equitativa y por ende de disminuir las asimetrías de poder, con lo cual se transformarían las determinantes de salud de la población.

En cuanto a los mecanismos de participación se considera la Política misma el primer mecanismo lo que se realiza al constituir el Plan de acción como herramienta de trabajo acordado entre la comunidad y la institucionalidad.

<b>LINEAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>ACCIONES</b>
Fortalecer el reconocimiento de la Ciudadanía	Educación para el fortalecimiento de la Ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de un plan de formación y Comunicación</li> </ul>
Fortalecimiento Institucional	Comunicación e información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión del sistema distrital</li> <li>• Fortalecer sistemas de información</li> </ul>
Articulación de acciones Locales	Gestión para la garantía del derecho a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación y Fortalecimiento de formas organizativas.</li> <li>• Disposición</li> </ul>

		Institucional
Fortalecimiento de la GSI	Exigibilidad ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso a la articulación intrasectorial, transectorial, Distrital y Local</li> </ul>

Tabla 4 Resumen De Plan De Acción De La Ppsysc

El segundo mecanismo es la solicitud de elevar a Decreto la Política y convertirlo en un instrumento exigible. Hecho que se realizó en el 2010.

El Tercer mecanismo fue la continuidad en las Asambleas como espacios de deliberación y seguimiento del cumplimiento de la Política (Memorias Tercera Asamblea Distrital por El derecho a la Salud y la Calidad de vida, 2007)

Y un cuarto mecanismo fue la escogencia de la Asamblea de los *Comisionados* como delegados de la ciudadanía y sus organizaciones:

*“se eligieron 5 personas que debía pertenecer a organizaciones sociales, quienes eran designadas o escogidos por sus organizaciones: COPACOS, Asociaciones, espacio de los jueves, mujeres, jóvenes, grupos étnicos, desplazados, población en discapacidad, adultos mayores, el criterio fundamental era hacer parte de algún colectivo y su papel fundamental era garantizar el desarrollo del mandato de la Asamblea y el Plan de acción de la Política y articular a las diferentes dinámicas en participación en salud intentando disminuir la fracturas existentes entre lo local y lo distrital y al interior de las organizaciones” (Entrevista a servidora Pública, noviembre de 2013)*

*La Generación de escenarios de debate fue un elemento clave, en tal sentido se generaron varios, sobre todo las Asambleas Distritales de Salud que fueron siete desde 2004. Estos espacios permiten un diálogo entre los diferentes actores sociales y avanzado en tener una agenda común en torno a la garantía al derecho a la salud (Torres, 2012, p 35).*

La Asamblea Distrital se considera un punto de encuentro y decisión de los ciudadanos /as bogotanos y el producto de éste ejercicio es una agenda y un acuerdo de los ciudadanos para buscar la garantía del derecho a la salud en Bogotá. La metodología implica un momento de reflexión, uno de debate y construcción de acuerdos temáticos o de interés y un pronunciamiento y agenda de trabajo que garantice la continuidad del proceso. (SDS, anexo 3, cp. 6)

Adicionalmente la Dirección de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía organizó los procesos y estructura interna acorde al Plan de Acción aprobado en la tercera Asamblea para poder dar respuestas efectivas y cumplimiento al mismo. (Lineamiento DPSySC, 2008, p. 4)

*“Con la Política el derecho a la Participación en salud se viene entendiendo como ejercicios prácticos y colectivos del poder social y ciudadano para transformar el escenario de lo público en salud, en este contexto, la participación social en salud, se abre a la posibilidad para que los ciudadanos y ciudadanas construyamos desde la exigibilidad del Derecho Fundamental a la Salud, la calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política. la participación de los ciudadanos, pretende promover y facilitar la toma de decisiones y el afianzamiento del control social, político y fiscal de la gestión pública en los asuntos relacionados con la salud, la seguridad social y la calidad de vida”.(Entrevista a líder, julio, 2013 )*

En tal sentido, se realizaron ajustes institucionales a través de la organización de equipos de trabajo para la implementación de la Política:

- a. Equipo de Gestión institucional tenía como objetivo el fortalecimiento de capacidades institucionales en términos de recursos operativos, técnicos, discursivos y humanos para garantizar el derecho a la participación y el desarrollo adecuado de la Política, tenían como principal responsabilidad liderar el desarrollo de las Líneas 2 y 3. Incluyendo todas las funciones de Servicio al ciudadano (Documento Lineamiento de Política, 2008, p. 6).  
*“..gran parte del trabajo del equipo consistía en apoyar a los Hospitales y sus*



*equipos y gestionar alianzas, al igual que fortalecer a los COPACOS y Asociaciones” (Entrevista a Servidora Pública Noviembre, 2013)*

- b. Equipo de Gestión Territorial tenía como objetivo generar proceso de articulación con los territorios bajo el concepto de gestión social territorial (Línea 6) y promover la participación autónoma de las comunidades, ciudadanía y organizaciones (Línea 3).

Adicionalmente se organizaron equipos transversales acorde con las estrategias:

- a. Equipo de Exigibilidad: tenía como objetivo, cualificar la información para que sirva de instrumento de exigibilidad del derecho a la salud, para lo cual se formalizó el Sistema de Identificación de Barreras de Acceso (SIDBA). (Documento Lineamiento, 2008, p. 12): *“el Sistema de Barrera de acceso que tenía la Secretaría fue súper importante para la Audiencia sobre Barreras que hicimos en el Astor Plaza conseguimos que el Alcalde cumpliera y abaratara el copago para algunas poblaciones, lo feo es que nosotros queríamos eso para todos y lo de siempre que la plata no alcanzaba, pero de todos modos eso le sirvió a la gente, a los discapacitados, a los niños y a los viejos, eso lo hicimos los comisionados de salud con los copacos y asociaciones, todos nos juntamos esa vez” (Grupo Focal, octubre 2013)*
- b. Equipo de Formación teniendo en cuenta que la formación para la ciudadanía se considera el proceso a través del cual los sujetos se apropian de herramientas (conceptuales, técnicas y discursivas) que les permiten poner en juego sus capacidades para incidir en la construcción de lo público. *“El proceso de formación reconoce al sujeto y el marco de relaciones que establece con otros y con el Estado para concretar sus derechos, en la medida en que simultáneamente los construye. Desde esta perspectiva la formación no se reduce a informarse sobre los deberes y derechos, sino que requiere generar dispositivos y escenarios para la reflexión, la acción y la transformación”.* (Documento Lineamiento Técnico, 2008, p.27)
- c. Equipo de Comunicaciones: tenía como objetivo generar proceso de acción comunicativa: divulgación, elaboración de piezas, y posicionamiento y estrategias de interacción con la comunidad. Se busca consolidar la red de

comunicadores y los medios alternativos para cualificar la cultura democrática en salud.

- d. Equipo de Control social: tenía como objetivo fortalecer los procesos de rectoría en salud y la participación de la ciudadanía en la vigilancia y control de las decisiones.

Bajo el lema La Gestión Territorial: camino para lograr participación social con impactos efectivos se promovió la articulación con otras instancias de la SDS, por ejemplo, con la Dirección de Salud Pública: “el enfoque Promocional de Calidad de vida y salud que ha incorporado la SDS en su accionar, implica la gestión social de la salud en los diferentes niveles territoriales, entendida como la acción planificada de los diversos actores sociales, orientada a que los procesos de planeación del desarrollo se conviertan en la forma de articular los esfuerzos interinstitucionales y comunitarios, para desarrollar la tarea común de posibilitar decisiones que afecten positivamente los determinantes relacionados con la calidad de vida de la población.

*La concreción de la gestión social del territorio parte de reconocer la dinámica de la realidad, aceptando que quienes habitan el territorio son los que mejor conocen y sienten las problemáticas, de ahí la importancia de que el proceso salud – enfermedad y la respuesta institucional y comunitaria frente a las necesidades sociales sean permanentemente analizadas en los territorios, en sus espacios de participación institucional y comunitaria. (Entrevista a Servidora Pública, Noviembre, 2013)*

En el Documento técnico de 2008 se plantea como desafíos de la Política: la exigibilidad del derecho y la gestión territorial (como articulación) para superar el enfoque de la atención individual a la enfermedad, “por uno que desarrolle una acción integral para mantener y mejorar la salud de individuos y colectivos, lo que implica la gestión territorial transectorial y participativa”.

Este enfoque reorienta y amplía la visión de las Empresas Sociales del Estado como garantes de la vida y salud de la población y no solamente como

prestadoras de servicios asistenciales, dimensionando de esta manera un trabajo integral hacia el sector y articulado con los demás sectores y actores para promover conjuntamente con organizaciones comunitarias el desarrollo de mejores condiciones de vida y salud. (Documento Lineamiento Técnico, 2008, p. 17).

*“Una apuesta era cambiar lo que eran los Hospitales, nuestros hospitales concursando o compitiendo con los otros por recursos, perdiendo su carácter de salvadores de vida, buscamos que las Empresa Social del Estado se reencausaran y que su misión y acción fuera para la gestión y para el desarrollo territorial” (Entrevista servidora pública, noviembre 2013).*

Durante el año 2010 se propone la conformación de un grupo funcional (equipo de trabajo sobre un tema específico donde concurren, coordinan todas las direcciones de la SDS) de Gestión Social Integral en el marco de los acuerdos establecidos con la Secretaría Distrital de Integración Social para dar cumplimiento al Artículo 6 del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva el cual plantea: “la gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el Distrito que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de recursos, y pone de presente el protagonismo de la población de las poblaciones en el territorio” (Acuerdo 308, artículo 6, 2008, p. 5)

*“Se intento articular con otras Direcciones para promover el derecho a la salud y la participación inclusive se conformó un equipo que coordinaba la Dirección, con circular y todo, pero eso no fue suficiente, es difícil articular, cada uno tiene sus afujías, sus metas, creo que no se logró mucho al interior de la Secretaría, creo que se logró más con los otros sectores y pues luego nos dedicamos más a promover la gestión social integral con quienes se dispusieron específicamente Integración Social y con organizaciones de los barrios, por ejemplo el Fergusson o Fundación Social y con los líderes que se comprometieron fueron muy importantes en este ejercicio, por ejemplo, la experiencia de Kennedy: Nada sobre nosotros sin nosotros” (Entrevista a servidora pública, noviembre de 2013)*

Si bien la Política creó mecanismos institucionales, también generó otros de corte comunitario, al respecto se resaltan:

- a. Asambleas tiene un alto grado de reconocimiento en la Línea de Base de la Política.
- b. Los Comisionados como catalizadores y articuladores de los distintos proceso comunitarios.
- c. El apoyo a proyectos a las organizaciones que inicialmente se denominaron de “autogestión” pretendían ser herramientas para aumentar capacidades, mayor autonomía y básicamente “lograr que a través del diseño y ejecución del proyecto se consolidara una lógica colectiva basado en la construcción de sentidos compartidos, lazos comunes y responsabilidades que rompiera con la individualidad que prima en las organizaciones” (Documento Lineamiento 2010) *“Cuando hicimos los proyectos aprendimos a trabajar más juntos y sacar las cosas adelante, eso le sirvió mucho a mi asociación, aunque nos pelábamos por bobadas después hacíamos lo que tocaba porque estaba nuestro nombre en juego”* (Entrevista a lideresa, noviembre de 2013)

*“La Política son los procesos y la ruta efectiva que permitió dar un salto a constituirse en ciudadanos y ciudadanas con capacidades de organización, movilización para incidir en las decisiones públicas que tiene que ver con la calidad de vida y salud”.* (Entrevista a servidora pública, septiembre, 2013)

#### **3.4.4 Relaciones En El Decreto 530 De 2010 (Subjetividades)**

Las subjetividades que se producen

- a. *El derecho a la Participación en salud es entendido como el ejercicio del poder de cada uno/a, para transformar la esfera de lo público en función del bien común,*

- b. *“los/as sujetos/as construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política.*

Por su parte, en los principios de la Política Artículo 2 del Decreto 530 de 2010 establece:

*Autonomía: las autoridades, las instancias, los espacios y las organizaciones, ejercerán libremente sus funciones en materia de participación buscando el pleno ejercicio de la libertad y la promoción de la autodeterminación individual y colectiva.*

*Negociación: garantizar el reconocimiento de la comunidad en general, como sujetos de derecho y actores del desarrollo, por lo cual, el Estado generara condiciones para el ejercicio del poder de la ciudadanía en procura de posibilitar la intervención, negociación, concertación y acuerdos sobre las decisiones públicas a que haya lugar”*

El primer planteamiento es que la Política (PPSySC) busca generar una transformación en el relacionamiento con la ciudadanía en donde se establece como valor principal la autonomía. No obstante, en las practicas se mantiene latente unas relaciones construidas históricamente basadas en formas verticales. En tal sentido, no es sencillo modificar las prácticas y establecer relaciones de otro orden, más horizontales que permitan el ejercicio de autonomía.

*“Realmente la relación entre las instituciones Distritales y la comunidad organizada, avanzó considerablemente, en el sentido de fortalecer Y establecer alianzas interinstitucionales y comunitarias para la implementación de esta política de participación social en salud, (Entrevista a líder, 2013)*

Quienes participaron en la investigación tuvieron consideraciones como : *“en cuanto a la autonomía se vio que la gente decidía, lo de la audiencia de barreras o cuando decide lo que quiere y como lo quiere, lo que pasa es que las personas que no valoran o no reconocen ... no entiende que define todo de la asamblea (comida, lugar, agenda, sistematización), ellos no viven la participación... igual fue en los proyectos que querían hacer, como y donde; ellos querían hacer todos los proyectos sin que nadie los ayudara pero nos explicaron que tenían que buscar como darnos los recursos y que la ley no permita dar plata pública así no más porque estos eran presupuestos públicos... así que*

*se tuvo que hacerse a través de la universidad nacional para que apoyara esos procesos...” (Entrevista a lideresa 2013).*

Por su parte Vega y Restrepo realizaron un estudio de caso en Suba, sobre APS recogieron información testimonial lograda a través de entrevistas a profundidad y grupos focales, donde se concluye que “Bogotá sigue utilizando la participación fundamentalmente para promover y vender servicios; para lograr objetivos, metas y rentabilidades; y como medio para legitimar discursos y programas, para así obtener recursos”. (Vega y Restrepo, 2009, p. 56.)

El estudio realizado por Carrillo muestra como resultados que a pesar de partir de un abordaje de participación en salud basado en el derecho, el ejercicio democrático e incluyente planteado para la ciudad y para los territorios de APS, se redujo a un activismo instrumentalizado más propio del abordaje del sistema de salud como escenario de mercado. (2013, p.58)

*Bogotá con su ejercicio de implementación, terminó perpetuando la mirada institucionalizada y vertical desde el nivel central (Secretaría de Salud);la plantea como una acción sistemática y similar para la ciudad en general sin tener en cuenta las particularidades territoriales, comunitarias y culturales y sin dotar a los equipos de APS de la capacidad de decisión en lo local que favorecería, a través de la descentralización, el empoderamiento de las organizaciones comunitarias como actores sociales que enriquezcan las redes de cooperación para el fortalecimiento de la acción colectiva, requisito sine qua non de la transformación y desarrollo de la PARTICIPACION social en salud (Carrillo, 2013,pag 50).*

Teniendo en cuenta las posturas anteriores en la investigación se pudo constatar que efectivamente la Política se generó y desarrolló desde la Dirección de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía concentrando su accionar en las dinámicas específicas de participación con quienes había interactuado anteriormente (COPACOS, Asociaciones, Comités) y con quienes emergieron en el marco de la Asambleas (Comisionados, líderes juveniles de la Asamblea ambiental, Audiencias públicas centradas en el tema de barreras de acceso, el desarrollo de iniciativas comunitarias a través de los proyectos de gestión) sin lograr una mayor afectación a los procesos de participación que se realizaban desde

la Dirección de Salud Pública a través del Programa de Salud a Su Casa / Salud a su Hogar o desde el Ámbito Comunitario. Esto es considerado como una limitante o debilidad, que se enmarca en una institucionalidad con una estructura donde prima el cumplimiento de tareas y funciones y donde no es tan sencillo articular esfuerzos inclusive a nivel interno, lo que entre otras también se explica por la lógica de poderes institucionales que a veces son obstáculos para avanzar en obtener mayores logros conjuntos.

### **3.4.5 Las Voces Ciudadanas**

En el presente ítem se trató de recoger los planteamientos y las voces ciudadanas tal como se expresaron, tanto en las entrevistas como en el grupo focal, básicamente se tuvo como criterio de selección las voces que identificaron algún tipo de transformación teniendo en cuenta que el propósito de la investigación se circunscribe a entender como los ciudadanos y ciudadanas ubican las transformaciones -si las hubo o no- sobre la participación en el marco de la Política- PPSySC. No se tuvo en cuenta las ya citadas en el resto del texto.

Entre los principales cambios que identificaron los y las entrevistadas tenemos que:

#### **3.4.5.1 Transformaciones Conceptuales /Decibilidades**

- *Se evidencia un mayor grado de conocimiento de los derechos en salud entre los ciudadanos (as) y de los espacios de participación social en salud.(Grupo focal, octubre 2013.)*
- *En la cultura política contribuyó a ampliar el concepto de la salud como derecho, un avance importante en este período de gobierno, ya que aumentó la visión crítica a la Ley 100, los procesos de movilización mejoradas y exigibilidad del derecho a la salud en la ciudad y el estado local asumió su papel de garante del derecho. (Servidor público, Noviembre 2013)*
- *Cientos de Bogotanos y Bogotanas, logramos adquirir conocimiento, formación y estructuración sobre este sistema de salud y sobre los mecanismos de*

*transformación de este sistema actual hacia un modelo de construcción ciudadana que si garantice el derecho a la salud, con modelos y prácticas de organización, movilización y formación social en salud en los territorios y Localidades, conforme está dividida la comunidad Bogotana, en los espacios de participación en salud, como mecanismos y herramientas prácticas de transformación social: Asociaciones de usuarios, COPACOS, Veedurías ciudadanas, consejos locales en salud y espacios a nivel Distrital y Nacional, en los cuales las comunidades participamos como ANSA, MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD, MESA NACIONAL POR UNA SALUD DIGNA, OCTAVA PAPELETA, ESCUELA POPULAR DE LIDERES EN SALUD GGFS, y ahora la creación del más reciente espacio de lucha por el Derecho a la salud: MESA NACIONAL POR EL DERECHO A LA SALUD.(Entrevista a líder de asociación de usuarios, septiembre, 2013).*

- *La implementación de una cultura de participación social en salud- hacia la lucha por un nuevo modelo, desde la institucionalidad en las oficinas de atención al ciudadano y participación social, con la presencia de profesionales de Trabajo social, psicología, sociología y empoderando a los trabajadores y luchadores populares en salud, quienes estábamos excluidos, por la ausencia de una política de participación en salud, esta de la mano con los profesionales de estas oficinas de participación social en salud y atención al ciudadano y los protagonistas de estos mecanismos de participación, haciendo relevantes la lucha y dedicación incondicional y Altruista de los líderes y lideresas. (Entrevista a Líder de Asociación de usuarios, septiembre de 2013)*
- *La comunidad se ha acercado a estos procesos de participación gracias al empoderamiento de los líderes y lideresas reconocidos por su comunidad y su tiempo de dedicación en estos espacios lo consideran el suficiente para realizar sus propios asuntos, pero es importante el recurso económico para poder participar en las convocatorias aunque no ha sido una limitante para que su participación sea permanente, los actores sociales que en muchas ocasiones no pueden asistir a estos espacios es por cuestiones laborales que limitan su tiempo.(Entrevista a lideresa comunitaria, agosto de 2013)*



### 3.4.5.2 Transformaciones En Mecanismos – Visibilidades

- *Se dan cambios en el territorio, ya que se establecen vínculos entre los equipos de salud y la comunidad, alcanzando logros reconocidos en los procesos de promoción del auto cuidado de la salud y aumento en las coberturas de vacunación. (Entrevista a Líder comunitario, septiembre 2013).*
- *Se puso el tema de la participación social en salud en la agenda pública: este tema no había sido tocado por la política nacional de Salud; Bogotá puso el tema a través de la Política. De esta manera, el tema de la participación social ganó prominencia, convirtiéndose en un referente a nivel nacional y causando una presión para la adopción de una política nacional de este tipo. (Servidor público, Noviembre 2013)*
- *Se evidencia que por medio de esta Política Publica los ciudadanos y ciudadanas pueden afectar las decisiones en salud y garantizar su derecho, según la participación es considerada muy importante dentro de los actores sociales (53%) y funcionarios (41%) (sistematización de entrevistas).*
- *Logra instituir una dirección de participación que se organizó de acuerdo a las líneas de la política para que fuera real. (Entrevista a Servidor público, octubre de 2013).*
- *Se formalizó el comité de dirección todos los lunes. Los presidía la directora y estaban todos los gestores y los líderes o responsables de grupo, era para el direccionamiento estratégico... se logró hacer 10 minutos de resumen de actividades y el resto del tiempo eran pedagógicos con esto se cualificó el equipo, pues una debilidad antes de la política era que habíamos funcionarios del área social que no teníamos herramientas suficientes para hacer intervención social. (Entrevista a Servidora pública, septiembre 2013).*
- *Los planes de desarrollo de los Gobiernos de la Bogotá Sin Indiferencia y la Bogotá Positiva, se han dispuesto importantes recursos, económicos, talento humano, profesionales y logísticos y estructurales para cumplir este propósito de implementar la política de participación social en salud, encaminada a la*

*transformación social por la garantía del Derecho a la salud, específicamente en la asignación de presupuestos, Recursos y voluntades para proyectos de inversión, convenios, alianzas y demás, en los Hospitales públicos y directamente en la Secretaría Distrital de Salud, en eventos populares, actos de formación social, estructural, académicas, de movilización y concientización de las comunidades: Foros, talleres, encuentros, audiencias, Asambleas, Cursos, seminarios entre otros, a nivel barrial, Zonal, local Distrital. (Entrevista a líder comunitario, septiembre 2013)*

### **3.4.5.3 Transformaciones De Relacionamiento Subjetividades**

- *La dirección se puso en función de la ciudadanía... se logra un dialogo directo de la ciudadanía con la directora y el secretario distrital de salud (Entrevista a lideresa de Asociación de usuarios, septiembre de 2013)*
- *La ciudadanía cuenta con una dirección donde se abren espacios de reflexión, propuestas, discusiones, articulación de acciones propias en salud, sus determinantes y ciudadanía activa. (Servidora pública, Noviembre 2013)*
- *Se generan mejores condiciones laborales para los y las funcionarias de la dirección de participación con la política sentimos que se ordenaron las cosas y que se nos reconocía nuestro trabajo, nuestros conocimientos, nuestras trayectorias. (Entrevista a Servidora pública, septiembre 2013)*
- *Transformar la cara de la dirección el objetivo era lograr que los funcionarios públicos vieran a las personas como sujetos de derecho, que eran iguales en términos de condición, de posibilidad; hacia parte de sus labores pedagógicas que el funcionario diera respuestas a los ciudadanos acorde a su necesidad y que se sintieran como un sujeto de derechos haciéndolo. (Entrevista servidora pública, septiembre ,2013)*
- *La política generó acción Política organizada, creación de espacios de participación, la gente marchaba para exigir el derecho (Servidora pública, noviembre 2013).*

- *Fortalecimiento de los procesos de la organización, tanto de las formas reguladas de participación en la salud como de la autonomía social las organizaciones de la juventud, las mujeres, las personas LGBTI, entre otros, y de la iniciativa del Movimiento Nacional para la Salud y Seguridad Social.*

## **4. CONCLUSIONES**

El trabajo realizado permite ubicar una serie de dificultades o limitaciones para lograr que la participación en salud se realice como derecho planteamiento central de la política de participación social en salud y servicio al ciudadano, entre las cuales se mantienen:

### **LIMITACIONES DEL ORDEN ESTRUCTURAL**

- Las limitaciones que la misma normatividad imprime para que se den procesos participativos orientados hacia la construcción de organizaciones o ciudadanos con poder de decisión.
- Para muchos de los entrevistados (54%) es claro que la Ley 100 creó instancias de participación sin tener en cuenta la planeación local, las dinámicas sociales, los procesos identitarios, pero no es sólo el Sistema de Salud, para algunos participantes de la investigación, la normatividad Distrital como los Acuerdos 12 y 13 o el Sistema de participación también fragmentan, es decir: “la institucionalidad crea aparatos que se cruzan unos con otros y que terminan restando poder a los espacios, y a las propuestas sociales y comunitarias.”
- Para otro grupo de participantes (36%) por el contrario, se destaca en los procesos de participación en la ciudad la expedición de los Acuerdos 12 de 1994 y 13 de 2000 que establecen los mecanismos e instancias de la participación en la planeación de la ciudad y sus localidades, el Sistema de Participación y sus comisiones (Decreto 448 de 2007 por el cual se crea y estructura el Sistema Distrital de Participación Ciudadana) y la Política Distrital de Participación Social en Salud y Servicio al ciudadano considerándolos avances e importantes porque al estar normados se garantiza su permanencia más allá de los gobiernos y porque han permitido vislumbrar otras formas de relacionamiento, resaltan “que se pueden decir cosas sobre las problemáticas y que aunque se demoran en concretarse si se es persistente se van logrando pequeños triunfos” de alguna manera

estos desarrollo se posiciona como aperturas de espacios, escenarios para la participación que generan maneras de vivencia de democracia.

## **MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD**

- Las asociaciones, Copacos se demarcan desde la lógica institucional que les otorga funciones predefinidas “derecho a utilizar los servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación, velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario” con lo cual se prefigura sujeto y el tipo relaciones donde su identidad gira en torno a los servicios bajo un vínculo instituido con poco margen de ampliar el accionar, aunque es necesario reconocer que a partir de la fusión de hospitales en Bogotá en 1999 las Asociaciones reaccionaron para defender la red pública y los servicios territorializados generando espacios de interlocución, no obstante la mayoría de las veces el alcance de la participación se restringe a abrir espacios de escucha y no se logran objetivos más estratégicos y transformadores.
- Frente a los mecanismos de participación, las posturas plantearon que con el Decreto 1757 /94 se logra ver que aumentan los espacios en términos de cantidad pero no necesariamente en calidad, si por calidad se entiende la capacidad de afectar las decisiones como lo refieren los entrevistados hace falta claridad en las reglas, términos del funcionamiento y condiciones de operación de los mismos lo cual ha limitado su incidencia y continuidad para el cumplimiento del objetivo de la participación social previsto en el mismo Decreto.
- A pesar de que el Decreto 1757/94 se plantea desde lo conceptual una participación decisoria, para el logro del bienestar humano y el desarrollo social, es decir, una visión de salud amplia más allá de la enfermedad, los participantes (57%) consideraron que los mecanismos se centran en los servicios de atención potencializando la idea de que la salud es enfermedad, un servicio y no un derecho.

- Con la política de participación social en salud y servicio al ciudadano el (43%) de los encuestados consideró que en Bogotá se ha posicionado una concepción de salud como bienestar y calidad de vida.
- El Decreto 530 de 2010 creó mecanismos como las Asambleas y Audiencia sin embargo no fueron suficientes para democratizar la participación y transformar las políticas de salud y tampoco los servicios, el 60 % de los entrevistados considera que el logro se concentra en que quienes participan aprendieron sobre el derecho a la participación y la salud.

## **TRANSFORMACIONES**

- Para la mayoría de personas que aportaron sus ideas y experiencias en la investigación el (62%) plantearon que Bogotá ha logrado un importante avance en la creación de herramientas institucionales (cualificación del talento humano, mayores recursos, generación de espacios como las asambleas y audiencias públicas, apoyo a iniciativas y proyectos) para mejorar las experiencias participativas, no obstante son dinámicas que no logran la capacidad suficiente para incidir en la formulación, ejecución, seguimiento y control del quehacer público.
- La mayoría el 65% de los participantes colocan la fuerza de la participación en la decisión y se evidencia su malestar porque en las práctica lo que sucede es que casi nunca lograr decidir, lo que ha sucedido es que la estructura misma del esquema de participación “su arquitectura” redefine y configura a los sujetos y los procesos bajo una lógica de participación representativa.
- En conclusión se puede plantear que el tipo de relaciones que se instituyen a partir del Decreto 1757/94 terminan siendo verticales y poco promueven el desarrollo de autonomía de los sujetos
- En general los participantes en la investigación perciben que los cambios son más formales que reales, con la Política hubo unos cambios y unas

apuestas pero no se lograron madurar como proceso que trascendiera la cultura política de corte individual fruto de historias de clientela, caudillismos y del mismo sistema de salud. Aunque se reconoce que los espacios como las Asambleas y Audiencias públicas tuvieron efectos y produjeron lazos entre quienes las asumieron, e inclusive logros tangibles como la política de gratuidad esto no fue algo generalizado. En tal sentido, para algunos de los entrevistados los Comisionados que se consideraron inicialmente una estrategia de articulación entre los líderes terminó siendo título más, una especie de “capataces” y no se logró encauzar un liderazgo en función de la Política pública.

- Aunque se podrían identificar avances con la Política en lo institucional en términos de posicionamiento del discurso del derecho a la participación y la salud y la cualificación de los servidores públicos (todos los entrevistados lo tiene apropiado mencionan el derecho, su exigencia, el papel del Estado como garante, la ciudadanía como sujetos de derecho) esto no logró permear al resto de la institucionalidad, es decir la SDS.
- Los entrevistados consideraron que los espacios de participación de la Política era más amplios (asistencia a las Asambleas y Audiencias) las personas tenían medios para debatir e incluso hacer mandatos, pero muchos de esos puntos se quedan en el papel porque las exigencias desbordan a la participación y depende de otros, por ejemplo, eliminar barreras de acceso o la intermediación.
- Con la Política los líderes aprendieron palabras nuevas: exigibilidad del derecho, incidencia
- Para algunos de los entrevistados la Política era poco realista porque las personas se mueven por su interés particular y en eso la Ley 100 es más efectiva: *construyó un imaginario individualista, una participación representativa con los COPACOs y asociaciones de usuarios como espejos de esa cultura política clientelar y caudillista sujeta a la lógica mercantil del sistema y reduciendo*

*la salud a los servicios pasar de ahí a una propuesta de participación como derecho donde necesariamente se debe construir con otros no es sencillo. “La Política tiene claro el norte: crear mecanismos de participación directos donde se tengan espacios de transformación e incidencia, pero esa mirada proyectiva que tiene la política no logró entrar en el campo minado de la participación. Es un contexto muy adverso y muy difícil. y los procesos terminan capturados sin poder transmutar las inequidades del poder. (Servidora pública, noviembre 2013).*

- En cuanto a las relaciones entre institucionalidad y Comunidad el cien por ciento (100 %) de los entrevistados consideró que mejoraron con la Política en un nivel aceptable, *“aun faltando mucho por contribuir para que este acercamiento sea un tanto más integral y definitivo, por cuanto la comunidad continuamos a pesar de esta alianza estratégica de comunidad e institución, mirando a la institución con mucho celo y desconfianza por que los identificamos como las entidades rectoras de estas políticas públicas y no completamente como las entidades que apoyan la construcción colectiva de una ciudadanía moderna, humana, incluyente, solidaria y comprometida con el desarrollo del Estado social de Derecho, conforme lo define el preámbulo de esta misma ley, aun vemos a la institución como un ente político y no plenamente humanitario hacia el desarrollo social, esto por la implementación de las practicas clientelistas y politiqueras de muchos funcionarios, aun a pesar de la importante definición y propósito avanzado de esta Norma Distrital de participación en salud, no a todos los funcionarios y especialmente a contratistas les interesa el desarrollo pleno e integral de los principios y propósitos de esta ley Decreto 530 de 2010, por cuanto continúan sujetos a los intereses y conveniencias de los políticos de turno, quienes los estabilizan en sus cargos”.* (Entrevista a líder comunitario, septiembre de 2013)
- Las relaciones se mantiene bajo una lógica de dependencia que son difíciles de desmarcar porque finalmente las prácticas en la participación han mantenido un sello de “colaboración” y no un trato de iguales, modificar estas prácticas pasa porque haya disposición de los servidores públicos y de la ciudadanía en términos de asumirse como sujeto de derechos.



## BIBLIOGRAFIA

Agudelo, Carlos (1983). "*Participación Comunitaria En Salud Conceptos Y Criterios De Valoración*". Boletín de la Oficina. Sanitaria. Panamericana 95: 205-215.

Alarcón, Gloria (2007). "*Participación De Las Asociaciones De Usuarios En Cali*". Tesis Para Optar El Título De Magíster. Cali. Universidad Del Valle.

Alcaldía Mayor De Bogotá. Decreto 530 De 2010. "*Por El Cual Se Adopta La Política Pública De Participación Social Y Servicio A La Ciudadanía En Salud Para Bogotá, Distrito Capital*" Diciembre 21 de 2010

Alcaldía Mayor De Bogotá, D.C. Decreto 440 De 2001 Por El Cual Se Adopta El *Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Publicas Para Bogotá D.C. 2001 - 2004 "Bogotá Para Vivir Todos Del Mismo Lado"*. 01 De Junio De 2001

Arévalo, Décsi (2004). "*Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud*". Revista de Salud Pública 6: 107-139.

Bolívar, Ingrid (2010) "*Estado Y Participación La Centralidad De Lo Político*". Tercera Parte Acción Colectiva Y Etnicidad. Bogotá.

Canto, Manuel (2008) "*Gobernanza Y Participación Ciudadana En Las Políticas Públicas Frente Al Reto Del Desarrollo*" Revista Scielo: 30. Departamento De Política Y Cultura. México.

Carmona, Luz Dary; Casallas Ana Lucía (2004). *La participación social en salud: un proceso hacia la ciudadanía*. Tesis para optar por el título de magíster en desarrollo educativo y social. Bogotá. SINDE. Universidad Pedagógica Nacional

Carmona, Luz Dary (1999). "*La Participación En Salud: Base Para Construir Ciudadanía Y Organización Social*" Ensayo De Grado Para Optar El Título De Especialista En Gerencia Social. Bogotá. Escuela Superior de Administración Pública

\_\_\_\_\_ (2010). "Examen comprensivo", Doctorado en salud colectiva, ambiente y sociedad. Quito. Universidad Autónoma Simón Bolívar.

Carrillo Franco, Janeth (2013). *“Mujeres Participando Y Construyendo: Participación Social En Salud En Atención Primaria”*. Tesis Para Optar El Titulo De Doctora En Salud Pública. Bogotá. Universidad De Nacional De Colombia.

Corporación Para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson (2005). *“Balance de la Ley 100”*. Bogotá.

Cotes, C. Karol (2006) *“Participación Social En Salud Y Democracia: Una Reflexión A Partir De La Experiencia De Fausalud En Bogotá, 1999-2005”*. Tesis Para Optar El Titulo De Magíster En Salud Pública. Bogotá. Universidad Nacional De Colombia.

Consejo De Estado. Decreto 295 De 1995 Por El Cual Se Adopta *El Plan De Desarrollo Económico Social Y De Obras Públicas Para Santa Fe De Bogotá, D.C., 1995 - 1998 - Formar Ciudad*. Junio 1 De 1995

Concejo De Bogotá. Acuerdo 6 De 1998 Por El Cual Se Adopta *El Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Públicas Para Santa Fe De Bogotá, D.C., 1998 - 2001 -Por La Bogotá Que Queremos*. Mayo 30 De 1998

Concejo De Bogotá.. Acuerdo 119 De 2004. *“Por El Cual Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Públicas Para Bogotá D.C. 2004-2008 Bogotá Sin Indiferencia Un Compromiso Social Contra La Pobreza Y La Exclusión”*. Junio 3 De 2004.

Concejo De Bogotá. Acuerdo 31 De 1992 *“Por El Cual Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico Y Social De Obra Públicas De Santafé De Bogotá, Distrito Capital, Para El Periodo 1993 De 1995”*. Diciembre 7 de 1992

Constitución Nacional. Artículo 49 de la Constitución, *“Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”*. 1991

Decreto Número 1216 De 1989. Por El Cual Se Crean Los Comités De Participación Comunitaria Y Se Regula La Participación De La Comunidad En El Cuidado De La Salud. Junio 12 De 1989.

Echeverry, Maria; Borrero Yadira (2011). *“Luchas Por La Salud En Colombia. Una Propuesta Teórica Para Su Análisis”*. Bogotá. Colombia

Fals Borda, Orlando (1995) "*Democracia Y Participación: Algunas Reflexiones*". Revista Alternativa. Bogotá. 78 – 96.

Foucault, Michael (1991). "*Saber Y Poder*". Las Ediciones De La Piqueta. Madrid. 127 -162

Fleury, Sonia (2008). "*Ciudadanía Y Protecciones Sociales*". Revista De Medicina Social. México. 5: 2

Hernández, Mario. (2004). "*Las políticas de salud y la inclusión social*". Revista de Salud pública. Bogotá 6:4.

Lahera, Eugenio. (2002). "*Introducción a las Políticas Públicas*". Fondo de Cultura Económica. Chile. 305.

Lechner, Norbert (2002). "*Los Desafíos Políticos Del Cambio Cultural*". Revisado El 7

Ley 100 De 1993 "*Por La Cual Se Crea El Sistema De Seguridad Social Integral Y Se Dictan Otras Disposiciones*". Diciembre 23 De 1993

Lizarazo, Humberto (2011). "*Módulo De Participación Ciudadana Documento Conceptual De Indicadores De Participación Ciudadana*". Bogotá. Instituto De Estudios Urbanos. Observatorio Local De Engativá. Universidad Nacional De Colombia.

Luna, Jairo (2002). "*La participación en Salud Laboral de los Trabajadores y trabajadoras en Colombia*". Bogotá. Fondo Editorial.

Melucci, Alberto (1999). "*Acción Colectiva, Vida Cotidiana Y Democracia*". El Colegio De México.

Molina, Nancy; Di Negri, Armando (2008). "*Documento Marco Para La Gestión Social Integral*". Bogotá. Secretaria Distrital De Integración Social.

Múnera, Leopoldo (1998). "*Rupturas y continuidades: poder y movimiento popular en Colombia 1968-1998*". Santa Fe de Bogotá: IEPRI-Facultad de Derecho Universidad Nacional de Colombia- CEREC.

Moro, Oscar (2003). "*¿Qué Es Un Dispositivo?*" Revista De Metodología En Ciencias Sociales. Universidad De Catalañan 6: 39

Noguera, Johan; Esparcia Javier (2000). *“Fundamentos Teóricos Para Un Análisis Efectivos De Las Políticas Públicas”*. Universita De Valencia. Departament De Geografía: 103 –111.

Nuria. Cunill (1991) “Participación Ciudadana, Dilemas Y Perspectivas Para La Democratización De Los Estados Latinoamericanos”. Caracas. CLAD. Centro Latinoamericano De Administración Para El Desarrollo; 262.

*Padrón, José (1996). “Análisis Del Discurso E Investigación Social”*. Publicación Decanato De Postgrado. Caracas. Venezuela. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.

Presidencia de la República (1994). Decreto 1757 De 1994. Por El Cual Se Organizan Y Se Establecen Las Modalidades Y Formas De Participación Social En La Prestación De Servicios De Salud.

Restrepo, Darío; Ochoa, Doris (1994). “El Estado Del Arte De La Descentralización Política Y De La Oferta Publica En Participación Ciudadana Y Comunitaria”. Fundación Friedrich Ebert De Colombia. Santafé De Bogotá

Restrepo, Darío. (2001). *“Participación Social: Relaciones Estado - Sociedad Civil”*. Revista de Salud Pública. Bogotá 3: 15

\_\_\_\_\_ (2003). *“De La Falacia Neoliberal A La Nueva Política”*. Bogotá. Universidad Nacional De Colombia.

\_\_\_\_\_ (2003). “Las prácticas participativas: entre la socialización y la privatización de las políticas públicas”. Revista del CLAD Reforma y Democracia. Caracas.

Secretaría Distrital de Salud (SDS), Alcaldía Mayor de Bogotá. (2008). Línea política pública de Participación en salud. Bogotá

\_\_\_\_\_ (2009). Línea Política Pública De Participación En Salud. Bogotá.

\_\_\_\_\_ (2010). Línea Política Pública De Participación En Salud. Bogotá.

\_\_\_\_\_ (2010). Lineamiento Proyectos de gestión organizaciones comunitarias. Bogotá.

\_\_\_\_\_ (2004). Memorias Primera Asamblea Distrital. Bogotá.

\_\_\_\_\_(2006). Memorias Primera Asamblea Distrital. Bogotá

\_\_\_\_\_(2007). Memorias Primera Asamblea Distrital. Bogotá

\_\_\_\_\_(2008). Memorias Primera Asamblea Distrital. Bogotá

\_\_\_\_\_(2009). Memorias Primera Asamblea Distrital. Bogotá

\_\_\_\_\_(2010). Memorias Primera Asamblea Distrital. Bogotá

\_\_\_\_\_(2001) Participación social en salud en Bogotá, D.C: acción participativa para el desarrollo de la salud. Bogotá

Torres, T. Mauricio (2012). *“Experience Of A Policy Of Social Participation In Health In Bogota (2008 -2011): Lessons To Increase Social Participation In Health In Colombia”*. Thesis Submitted In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Master In Public Health. Antwerpen – Belgium.

Universidad Nacional de Colombia (2003). *“Diagnósticos locales con participación social”*. Localidad Rafael Uribe Uribe. Bogotá.

Vega. Román; Restrepo, Ofelia (2009). *“Atención Primaria integral de salud, estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de equidad en salud”*. Bogotá.

Velásquez, Fabio; González, Esperanza (2003). *“¿Qué Ha Pasado Con La Participación Ciudadana En Colombia?”*. Bogotá. Fundación Corona.

Velásquez, Fabio (2003). *La Participación Ciudadana En Bogotá*. Colombia, Alcaldía Mayor De Bogotá, Instituto Colombiano De Cultura Y Turismo, Departamento Administrativo De Acción Comunal.

Zuleta, Estanislao (1991). *“Colombia Violencia Democracia Y Derechos Humanos”*. Ensayos Letras Cubanas. Altamira Editores. Colombia.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – REVISION DOCUMENTAL.

Tipo De Documento	Nombre De Documento	Año
INSTITUCIONAL	Participación social en salud en Bogotá, D.C: acción participativa para el desarrollo de la salud. Secretaria Distrital de Salud	2001
	Anexo 3 – Documento Técnico Política Pública Distrital De Participación Ciudadana: Ciudadanía Activa Y Democracia Plena Para Una Ciudad De Derechos. Secretaria Distrital de Salud	2007
	Lineamientos De Política Pública De Participación Social. Secretaria Distrital de Salud	2008
	Lineamientos De Política Pública De Participación Social. Secretaria Distrital de Salud	2009
	Lineamientos De Política Pública De Participación Social. Secretaria Distrital de Salud	2010
	Lineamiento Proyectos De Gestión En Organizaciones Comunitarias. Secretaria Distrital de Salud	2010
	Lineamiento Proyectos De Gestión En Organizaciones Comunitarias. Secretaria Distrital de Salud	2011
	Primer Congreso Nacional por la Salud- conclusiones Generales	2001
DE SISTEMATIZACION	I Asamblea Distrital Por El Derecho A La Salud Y A La Calidad De Vida	2004
	Memorias II Asamblea Distrital Por El Derecho A La Salud Y A La Calidad De Vida	2006
	Memorias III Asamblea Distrital Por El Derecho A La Salud Y A La Calidad De Vida	2007
	Memorias IV Asamblea Distrital Por El Derecho A La Salud Y A La Calidad De Vida	2008

	Memorias V Asamblea Distrital Por El Derecho A La Salud Y A La Calidad De Vida	2009
	Memorias VI Asamblea Distrital Por El Derecho A La Salud Y A La Calidad De Vida	2011
NORMATIVIDAD	Decreto Número 1216 De 1989. <i>Se Crean Los Comités De Participación Comunitaria Y Se Regula La Participación De La Comunidad En El Cuidado De La Salud.</i>	1989
	Acuerdo 31 De 1992 <i>"Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico Y Social De Obras Públicas De Santafé De Bogotá, Distrito Capital, Para El Periodo 1993 De 1995".</i>	1992
	Ley 100 De 1993 <i>Se Crea El Sistema De Seguridad Social Integral Y Se Dictan Otras Disposiciones"</i>	1993
	Decreto 1757 De 1994. <i>Se Organizan Y Se Establecen Las Modalidades Y Formas De Participación Social En La Prestación De Servicios De Salud, Conforme A Lo Dispuesto En El Numeral 1 del Artículo 4 del Decreto-Ley 1298 De 1994.</i>	1994
	Decreto 295 De 1995 <i>Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico Social Y De Obras Públicas Para Santa Fe De Bogotá, D.C., 1995 - 1998 - Formar Ciudad.</i>	1995
	Acuerdo 6 De <i>Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Públicas Para Santa Fe De Bogotá, D.C., 1998 - 2001 -Por La Bogotá Que Queremos</i>	1998
	Decreto 440 De 2001 <i>Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Publicas Para Bogotá D.C. 2001 - 2004 "Bogotá Para Vivir Todos Del Mismo Lado</i>	2001
	Acuerdo 119 De 2004. <i>Se Adopta El Plan De Desarrollo Económico, Social Y De Obras Públicas Para Bogotá D.C. 2004-2008 Bogotá Sin Indiferencia Un Compromiso Social Contra La Pobreza Y La Exclusión".</i>	2004
	Decreto 530 De 2010. <i>Se adopta la política pública de participación social y servicio a la ciudadanía en salud para Bogotá distrito Capital.</i>	2010

**ANEXO 2 – REJILLA DE ANALISIS (DECRETO 1757/94 – DECRETO 530/2010)**

ITEM DE ANALISIS	DECRETO 1757/94	DECRETO 530 DE 2010	SIMILITUDES	DIFERENCIAS	OBSERVACIONES
CONCEPCION DE PARTICIPACION - DECIBILIDADES	Proceso de interacción social regida bajo los principios constitucionales de solidaridad, equidad, y universalidad	la participación ciudadana es vista como un derecho y se encuentra sustentada en la constitución para el diseño, ejecución, control y evaluación de todas las políticas públicas; considera la esfera pública;	El concepto promueve las acciones en términos de pensarse la participación con decisión	decreto 530 de 2010: reconoce la participación como derecho mientras en el decreto 1757 de 1994 no se ve connotado de esa forma	decreto 1757 de 1994 el planteamiento discursivo coloca unas palabras fuertes en términos de la participación con decisión al realizar un análisis de la norma y las situaciones que se han presentado en las experiencias muchos autores consideran que este tipo de norma restringe la participación
MECANISMOS DE PARTICIPACION	Comités de Participación comunitaria (COPACO), Asociaciones de Usuarios, Comités de veeduría social y Comités de Ética Hospitalaria	plan de acción; decretos; continuidad de asambleas y Comisionados	se mantienen Los espacios	se busca un reconocimiento desde la esfera de lo colectivo.	El alcance de los COPACOS se da en relación con las funciones asignadas; operan bajo una lógica de “reunión”: determinado por la buena voluntad y el interés de la ciudadanía



<p>SUBJETIVIDADES RELACIONES DE PODER</p>	<p>a. Los Sujetos son reconocidos a partir de intereses individuales y colectivos b. El fin de la participación buscar el bienestar humano y el desarrollo social c. son usuarios de servicios e la participación se movilizan a la luz de favores y no de derechos f. relaciones verticales</p>	<p>a. El derecho a la Participación en salud es entendido como el ejercicio del poder de cada uno/a, para transformar la esfera de lo público en función del bien común, b. "los/as sujetos/as construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política. c. relacionamiento con autonomía</p>	<p>aunque el discurso se plantea y ejecuta de formas diferentes no se evidencia una transformación importante, ya que como se evidencio en esta investigación las relaciones continúan siendo verticales.</p>	<p>el decreto 530 de 2010 establece las relaciones de poder en términos de autonomía. Mientras el decreto 1757 de 1994 promueve la participación como un favor</p>	<p>sin lograr una mayor afectación a los procesos de participación</p>
---	--	---	---	--	--

### ANEXO 3

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL**

La siguiente entrevista tiene como objetivo establecer su percepción frente al tema de la participación social en salud en el marco de la política pública distrital de participación social y servicio a la ciudadanía en salud para Bogotá.

Reconociendo su experiencia y saberes solicitamos su valioso aporte para la realización del “Análisis de la Política de Participación Social en salud para el Distrito Capital enmarcada en los períodos 2004-2011” en tal sentido le solicitamos responda las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene usted conocimiento sobre el tema de Participación en salud?

Sí \_\_\_ No\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa: por favor cuéntenos:

- a. ¿Cómo se vinculo al tema y desde cuándo?
- b. ¿Qué papel ha jugado usted en esos procesos de participación?
- c. ¿Qué experiencias en participación en salud en el Distrito le han parecido importantes?

2. ¿Qué Entiende por Participación Social En Salud?

3. a. ¿Conoce si existe Una Política De Participación En Salud En El Distrito?

Sí \_\_\_ No\_\_\_

b. Si su respuesta es afirmativa ¿Según la política cómo es entendida la participación en salud?

4. a. ¿Considera Que Con La Política de Participación Social en Salud en Bogotá Hay (hubo) Cambios Y/o Transformaciones?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

b. Si su respuesta fue afirmativa ¿Qué Tipos De Cambios Identifica?

5. De Los Cambios que Identificó: ¿Cuáles Considera Relevantes?

6. ¿Podría comparar la Participación social en salud **antes** de la Política (Decreto 530 de 2010) y la participación **después** de la Política?

7. a. ¿Considera que hubo cambios en la institución con el surgimiento de la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

b. Si su respuesta fue afirmativa ¿Qué Tipos De Cambios Identifica?

8. ¿La institucionalidad dispuso o no recursos (medios de comunicación, talento humano, económicos) para la implementación de la política en Bogotá?

9. ¿Qué tipo de relaciones se dieron entre el periodo comprendido entre 2007 – 2011 con la institucionalidad en términos de Autonomía, Dependencia, Articulación y Contradicciones de las organizaciones, grupos y ciudadanos?

Gracias por su Colaboración.

Nombre:

**ANEXO 4**  
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES**  
**MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL**

**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Tatiana Chaparro Carmona, de la Universidad Javeriana. La meta de este estudio es Identificar las transformaciones que se pudieron presentar en el marco del discurso de la política de participación en salud de Bogotá Decreto 530 de 2010.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Tatiana Chaparro Carmona. He sido informado (a) de que el objetivo del estudio es Identificar las transformaciones que se pudieron presentar en el marco del discurso de la política de participación en salud de Bogotá Decreto 530 de 2010. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer

preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Tatiana Chaparro Carmona al teléfono 3006404129.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----  
-----

Nombre del Participante  
Fecha

Firma del Participante

(En letras de imprenta)

**ANEXO 5**

**PERFILES DE LÍDERES Y LIDERESAS PARTICIPANTES - PERFILES DE SERVIDORES PUBLICOS PARTICIPANTES.**

<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>OCUPACION ACTUAL</b>	<b>ESPACIO AL QUE PERTENECE</b>	<b>MOTIVACIONES PARA SU INGRESO</b>	<b>TRAYECTORIA</b>
<b>64 años</b>	<b>femenino</b>	<b>lideresa</b>	<b>COPACO</b>	<b>"Le pica la participación, la gente la comunidad"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociaciones en colegios, antecedentes de lideresas.</li> <li>• JAC Barrio en el que reside – comité de salud – con un grupo de persona mayor en aprendiendo a vivir - perteneció a la junta hasta el momento que se acabo</li> <li>• Construcción del jardín en la localidad – disgustos y enterezas en la participación</li> </ul>
<b>55 años</b>	<b>femenino</b>	<b>lideresa</b>	<b>Asociación de Usuarios</b>	<b>1998 – "los servicios para mi hijo fueron buenos pero me quedo la inquietud de que le faltaba</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copaco</li> <li>+ asociación de Usuarios</li> <li>+ Comisionada</li> <li>+ representant</li> </ul>

				humanidad en el servicio y porque vi la necesidad en el hospital de segundo nivel"	e a la Junta Directiva de la ESE
50 años	Masculino	líder	Miembro de la Asociación Colombiana de pacientes del C.H.U.S.J.D,	Desde el año 1995, cuando conozco de primera mano, las injusticias e infamias de este sistema de salud, especialmente en la imposición de barreras de acceso (error médico, administrativo y estructural) a la atención digna y humanitaria en la calidad de la salud para mi Señora Madre, en una de las clínicas famosas del Seguro Social, ( Clínica ASISTIR) mi Sra. madre falleció por negligencia e ineptitud, por el desarrollo indebido e impropio de la administración de esta clínica,	Fundador y primer presidente de la Asociación de Usuarios y Pacientes del Hospital Centro Oriente, ex Secretario General de la Asociación de Usuarios del Hospital Santa Clara, ex integrante de la Junta Directiva del Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E en representación de la comunidad, actual miembro del Movimiento Nacional Para LA Salud y la seguridad social, Miembro de la federación FAUSALUD, integrante del Comité Por el San Juan de

				protagonizada por el Sistema de salud.	Todos del Centro Hospitalario Universitario San Juan de Dios, integrante de la organización OCTAVA PAPELETA, actualmente integrante y vocero de LA MESA NACIONAL POR EL DERECHO A LA SALUD.
42 años	Masculino	líder	COPACO	"Estoy vinculado al comité de participación comunitaria en salud COPACOS desde el año 2002, por sugerencia de otros líderes comunitarios"	Asociaciones Deportivas y culturales en su barrio de residencia, continua con su participación activa en el Comité de Cultura, Recreación y Deporte - Representant e elegido
55 años	Masculino	Líder	CONSEJO DE PLANEACION LOCAL	"Estuve asistiendo a consejos, mesas y me dio curiosidad así que empecé a participar esto fue en el consejo de planeación"	Cuenta con 18 años de experiencia en salud, ha estado en el COPACO y la asociación de Usuarios



45 años	Femenino	Lideresa	Miembro Asociación de Usuarios	“Le interesaban las problemáticas de salud en su localidad	Unta con experiencia en participación en salud hace 14 años, ha sido presidenta de la Asociación de usuarios, miembro de la Junta directiva de su ESE
44 años	Femenino	Lideresa	Presidenta de la Asociación de Usuarios	“Se preocupo cuando se entero de la fusión de los hospitales así que decidió empezar a conocer que era lo que sucedía	+ Representante a la Junta directiva de la ESE + Ex participante del Espacio de los Jueves. + Ex perteneciente a FAUSALUD
47 años	Femenino	Lideresa	Copaco	“Tuvo dificultad en la prestación de servicios de su hijo, lo que la llevo a conocer de fondo las problemáticas en salud y el porqué de la negación.	Se encuentra en participación hace 19 años, perteneció al Espacio de los Jueves, Copaco, Asociación de Usuarios, Representante a la Junta directiva de la durante dos periodos.

51 años	Femenino	Lideresa	Junta de Acción Comunal	+ Tenia Tiempo + Empezó en la Junta de acción comunal de Su barrio en el comité de salud	Cuenta con experiencia en participación en salud desde el año 1995, ha estado en JAC, escuela de Formación de líderes en Salud, Delegada a la Junta Directiva
53 años	Masculino	Lider	Junta de Acción Comunal	Su padre fue edil, por lo cual el refiere "que la participación la lleva en la sangre"	Cuenta con 7 años de Experiencia, no ha estado dentro de los mecanismos de participación propiamente dicho pero se ha involucrado desde la Junta de Acción comunal como presidente

EDAD	SEXO	OCUPACION ACTUAL	PROFESION	EXPERIENCIA EN PARTICIPACION	POR QUE TRABAJA CON ESTE TEMA
39	Femenino	Ex Funcionaria de Secretaria	Trabajadora Social especialista en gerencia	15 AÑOS	Es parte de Su vocación

		<b>Distrital de Salud y dirección de Participación social y servicio al ciudadano</b>	<b>Social</b>		
<b>45</b>	<b>Femenino</b>	<b>Contratista Secretaria Distrital de Salud</b>	<b>Administradora Agropecuaria</b>	<b>5 años</b>	<b>“Por su experiencia de trabajo con campesinos y sus organizaciones, lo que le genero interés por el tema de la participación en salud</b>
<b>47</b>	<b>Masculino</b>	<b>Contratista Secretaria Distrital de Salud y dirección de Participación social y servicio al ciudadano</b>	<b>Medico – Especialista en Salud Ocupacional – Magister en ciencias Políticas – Magister en Salud Pública</b>	<b>14 años</b>	<b>Porque desde la Universidad he estado vinculado a procesos Sociales Sanitarios.</b>
<b>35</b>	<b>Femenino</b>	<b>Contratista Secretaria Distrital de Salud y dirección de Participación social y servicio al ciudadano</b>	<b>Trabajadora Social especialista en gerencia Social</b>	<b>16 años</b>	<b>Ingreso a trabajar inicialmente a Servicio al ciudadano del Hospital y por mi compromiso fui trasladada a la Dirección de Participación de la Secretaria Distrital de</b>

					<b>Salud</b>
--	--	--	--	--	--------------

## **ANEXO 6**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES**  
**MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL**  
**GRUPO FOCAL**

### **OBJETIVO**

Profundizar los hallazgos obtenidos en las entrevistas y ampliar sobre la concepción de participación en salud, comprensión de la política, percepción de los procesos de participación.

### **PREGUNTAS ORIENTADORAS**

1. ¿Cómo definen ustedes la participación en Salud?
2. Saben si hay en Bogotá una Política de participación?
3. ¿En Qué procesos de participación en salud han estado o han hecho parte?
4. ¿Qué procesos o actividades de participación en salud consideran que han sido importante para ustedes en la ciudad?
5. Han percibido transformaciones en la participación en salud en Bogotá
6. Cuéntenos algo, una anécdota que recuerde sobre la participación en salud en Bogotá

## ANEXO 7.

### PERFILES PARTICIPANTES EN GRUPO FOCAL

No	EDAD	GENERO	TRAYECTORIA
1	52	M	14 AÑOS ASOCIACION DE USUARIOS DE FAUSALUD
2	58	M	14 AÑOS MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA
3	49	F	18 AÑOS ASOCIACION DE USUARIOS, COPACO, ESPACIO DE LOS JUEVES
4	42	M	15 AÑOS ASOCIACION DE USUARIOS, COPACO, DELEGADO JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL
5	56	M	20 AÑOS ASOCIACION DE USUARIOS NUEVA EPS
6	48	F	10 AÑOS , ORGAIZACION SOCIAL DE MUJERES, CONSEJERA LOCAL
7	40	F	ASOCIACION DE USUARIOS , GRUPO DE CUIDADORAS DE PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD, CONSEJO LOCAL DE DISCAPACIDAD
8	51	F	ASOCIACION DE USUARIOS , COMISIONADO DE SALUD 2008/2009

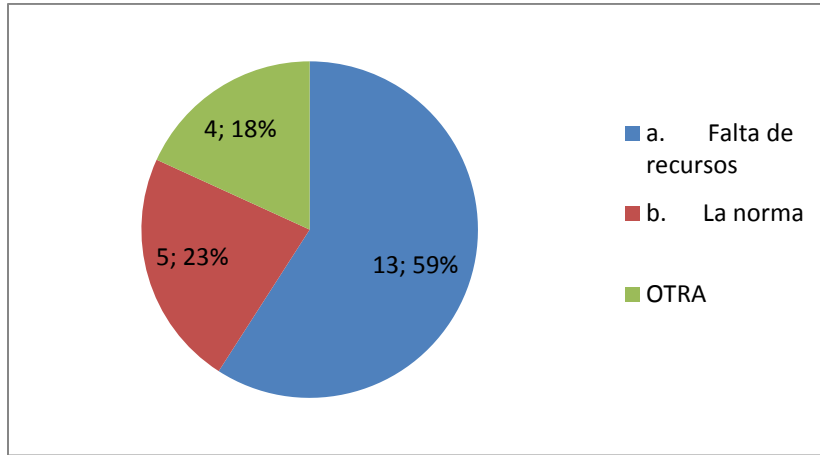
**ANEXO 8 - SISTEMATIZACIÓN ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SCIOALE EN SALUD EN BOGOTÁ - ENCUESTA DE PERCEPCIÓN**

La encuesta la respondieron 22 personas (18 líderes y 4 servidores públicos) así:

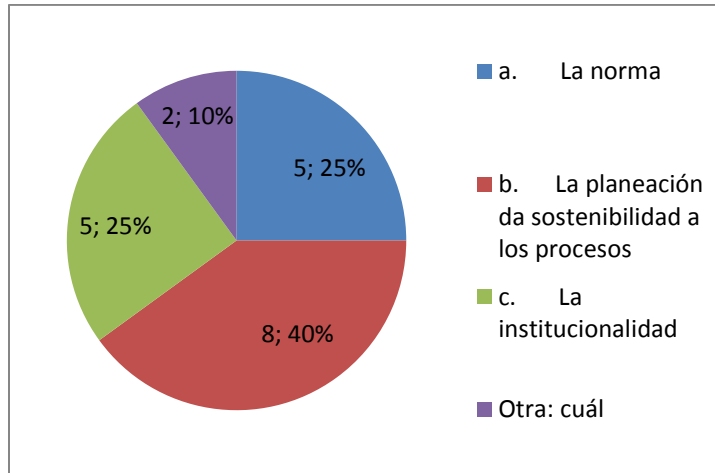
Nº	PREGUNTAS	A	B	C	D	E	OTRA
1	Marque con una X la que considere es la principal limitación para el ejercicio de la participación en salud	13	5				4 - La reglamentación sostiene que planeación ha sostenido procesos
2	Marque con una x lo que considere promueve la participación en salud		5	8	5		2
3	Marque con una X la respuesta que considera se acerca más a LO QUE LA GENTE CREE ES la participación en salud (Por favor escoja una sola respuesta):	13	9				
4	Qué cambios produjo la Política de Participación Social. Escoja tres de la lista, las que le parezcan más importantes:	6	2	15	5	22	
5	Considera que con la Política se mejoraron los proceso de participación social	10	12				

**SISTEMATIZACIÓN ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SCIOALE EN SALUD EN BOGOTÁ  
- ENCUESTA DE PERCEPCIÓN  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
MAESTRIA EN POLITICA SOCIAL**

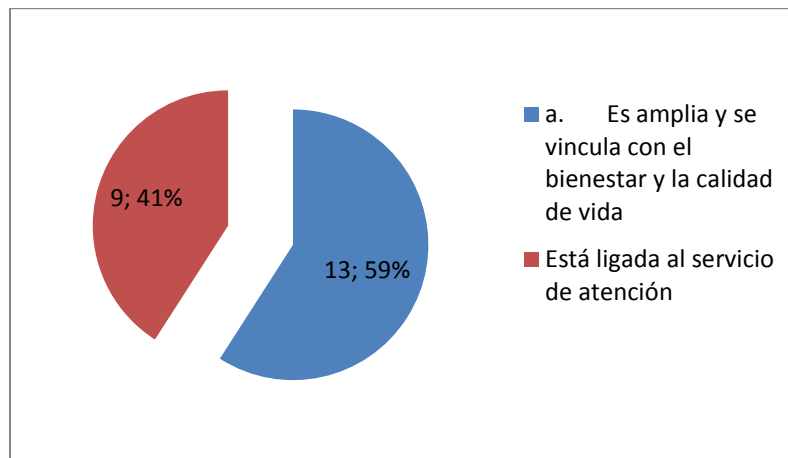
1. la principal limitación para el ejercicio de la participación en salud es



2. La participación en salud se promueve desde:

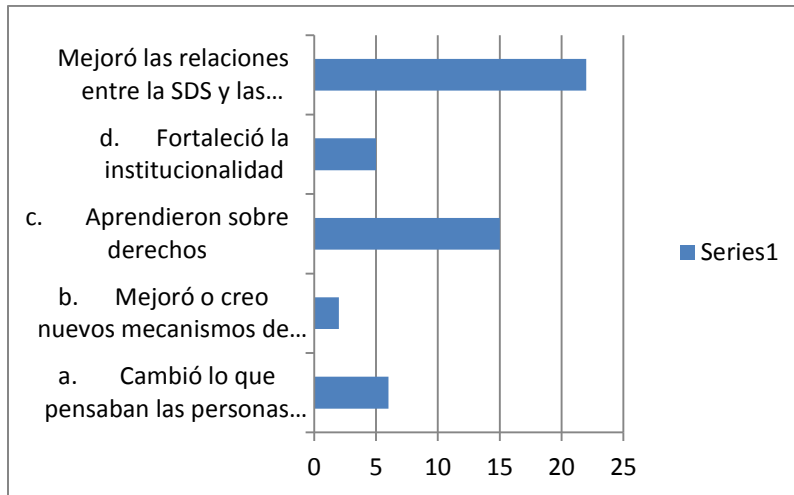


3. Lo Que La Gente Cree Es la participación en salud.



4. Qué cambios produjo la Política de Participación Social.





5. Considera que con la Política se mejoraron los proceso de participación social

