

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN ÁREAS RURALES Y DISPERSAS CON GRUPOS ÉTNICOS Y CAMPESINOS DEL PACÍFICO Y NORTE DEL CAUCA**



Proyecto capacidades territoriales  
para contribuir a la garantía del  
derecho a la salud en contextos  
interculturales del cauca  
1-11-2023

**LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PARTICIPACIÓN  
COMUNITARIA EN SALUD EN ÁREAS RURALES Y DISPERSAS CON  
GRUPOS ÉTNICOS Y CAMPESINOS DEL PACÍFICO Y NORTE DEL CAUCA**

**ABELARDO JIMÉNEZ C. Enf Ms C.P.**  
Coinvestigador Universidad Icesi

**Marta Cecilia Jaramillo-Mejía. M.D. PhD**  
Investigadora Principal Universidad Icesi

**PROYECTO CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA  
GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES  
DEL CAUCA**

Minciencias -Universidad Icesi – Universidad Libre de Cali

Septiembre de 2023

# Lineamiento de Política Pública para la participación comunitaria en salud en áreas rurales y dispersas con grupos étnicos y campesinos del Pacífico y Norte del Cauca.

© Abelardo Jiménez Carvajal  
© Marta Cecilia Jaramillo-Mejía  
Cali, Universidad Icesi, 2023

Edición electrónica

ISBN  
DOI

Palabras clave: 1. Participación Social | 2. Salud | 3. Política Pública  
Primera edición / Septiembre de 2023

© Universidad Icesi

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Director académico: José Hernando Bahamón Lozano

Coordinador editorial: Adolfo A. Abadía

Editorial Universidad Icesi

Calle 18 No. 122-135 (Pance), Cali – Colombia

Teléfono: +57(2) 555 2334 ext. 8365

E-mail: [editorial@icesi.edu.co](mailto:editorial@icesi.edu.co)

© Universidad Libre

Edición: Marta Cecilia Jaramillo-Mejía

Publicado en Colombia – Published in Colombia

Las instituciones editoras de esta obra no se hacen responsables de las ideas expuestas bajo su nombre, las ideas publicadas, los modelos teóricos expuestos o los nombres aludidos por las autoras. El contenido publicado es responsabilidad exclusiva de las autoras, no refleja la opinión de las directivas, el pensamiento institucional de los co-editores, ni genera responsabilidad frente a terceros en caso de omisiones o errores. El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

## Tabla de contenido

<b>GLOSARIO</b>	<b>7</b>
<b>1. ALCANCE DE LOS LINEAMIENTOS</b>	<b>8</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	<b>10</b>
HITOS EN SALUD	10
DERECHOS ÉTNICOS	12
<b>2.2. PROPUESTA DE MODELO DIFERENCIAL EN APS</b>	<b>14</b>
<b>3. SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN TERRITORIOS RURALES</b>	<b>18</b>
<b>3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>18</b>
<b>3.2. ¿CÓMO SE ENTIENDE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD?</b>	<b>23</b>
<b>3.3. ¿CÓMO SE ENTIENDE, DESDE LA POLÍTICA, LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD?</b>	<b>24</b>
<b>4. MARCO INSTITUCIONAL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD</b>	<b>26</b>
LA PARTICIPACIÓN EN SALUD COMO PROCESO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	26
PARTICIPACIÓN EN SALUD COMO INTERVENCIÓN POBLACIONAL EN LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	27
LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS	28
	3

CAPACIDADES MUNICIPALES PARA DESARROLLAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	29
<b>5. MARCO NORMATIVO</b>	<b>32</b>
<b>6. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>35</b>
<b>6.1. DEMANDAS ENTRE PARTICIPACIÓN INSTITUIDA Y PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES.</b>	<b>35</b>
<b>6.2. GOBERNANZA PARTICIPATIVA EN SALUD</b>	<b>36</b>
INVOLUCRAR A LA POBLACIÓN, LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS COMUNIDADES EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS Y DECISIONES	36
<b>6.3. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN PERSPECTIVA DE REDES.</b>	<b>40</b>
<b>6.4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN ÁREAS RURALES Y REMOTAS</b>	<b>42</b>
<b>6.5. LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD</b>	<b>46</b>
PARTICIPACIÓN COMO NIVELADOR DE LOS DESEQUILIBRIOS DE PODER	46
<b>7. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD</b>	<b>48</b>
<b>7.1. DEFINICIONES</b>	<b>48</b>
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	48
COMUNIDAD	50
ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA Y ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.	51
PARTICIPACIÓN, PARTICIPACIÓN PÚBLICA	51

COMPROMISO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	52
ESPACIOS PARTICIPATIVOS	52
<b>7.2. OBJETIVOS DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.</b>	<b>55</b>
OBJETIVO GENERAL	55
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
<b>7.3. POBLACIÓN OBJETIVO</b>	<b>56</b>
<b>7.4. LINEAMIENTOS RECOMENDADOS</b>	<b>57</b>
LÍNEAS PROPUESTAS:	58
<b>8. ELEMENTOS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	<b>101</b>
<b>8.1 FORMALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS ESPACIOS PARTICIPATIVOS Y DE LAS POLÍTICAS QUE FOMENTAN LA PARTICIPACIÓN</b>	<b>101</b>
<b>8.2 FINANCIAMIENTO ESTABLE Y DE LARGO PLAZO</b>	<b>102</b>
<b>8.3 LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO AYUDAN A MANTENER LA MOTIVACIÓN PARA PARTICIPAR</b>	<b>102</b>
<b>8.4 LOS REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD LOCALMENTE RESPETADOS Y CONFIABLES SON RECURSOS CRUCIALES</b>	<b>103</b>
<b>8.5 LA ALTA CAPACIDAD DE LOS GRUPOS COMUNITARIOS Y LA SOCIEDAD CIVIL, ASÍ COMO DEL GOBIERNO, CONTRIBUYE A UNA PERSPECTIVA A LARGO PLAZO PARA LA PARTICIPACIÓN</b>	<b>104</b>
<b>8.6 CAPITALIZAR LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA PARA PARTICIPAR</b>	<b>105</b>
<b>8.7 ALIANZAS PARA MANTENER EL COMPROMISO PARTICIPATIVO</b>	<b>105</b>

**8.8 GOBERNANZA EN EL PLANO INTERGUBERNAMENTAL: ALCALDÍAS PEQUEÑAS - GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO**

**106**

**9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**108**

## Glosario

ACS Agentes comunitarios de salud

APS Atención Primaria en Salud

COPACO Comité de participación comunitaria en salud

CTSSS Consejo territorial de seguridad social en salud

DLS Dirección local de salud (o, territorial)

EAPB Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

EPS Empresas Promotoras de Salud

ESE Empresa social del Estado

IPS Institución prestadora de servicios

JAC Juntas de acción comunal

NARP Negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras (comunidades)

ONG Organizaciones no gubernamentales

OSC Organizaciones de la Sociedad Civil

PCS Participación Comunitaria en Salud

PDET Programas de desarrollo con enfoque territorial

PDSP Plan decenal de salud pública

PSS Participación social en salud

SGSSS Sistema general de seguridad social en salud

# 1. ALCANCE DE LOS LINEAMIENTOS

Una guía de Lineamientos tiene como objetivo brindar recomendaciones que apuntan a orientar la actuación del Estado para la formulación de políticas públicas con enfoque de derechos humanos, así como brindar herramientas a la sociedad civil y a las personas para demandar, acompañar, incidir y controlar la actuación del Estado.

Los lineamientos de política pública se expresan en un conjunto de orientaciones y principios, que determinan la intencionalidad que debería tener la política, con respecto a cada población y a cada problemática particular; en ellos se trazan los grandes ideales sociales que se quieren conseguir. Además, se procura definir los cursos de acción que debe orientar la política en aquellos aspectos de la realidad social, que hace necesaria la acción deliberada y sistemática del Estado, la sociedad y la familia, para superar las situaciones adversas sobre la participación en salud.

Para pensar en formulación de lineamientos de política pública, es necesario que estos incluyan como mínimo, unos objetivos que fijan la dirección hacia donde debe enfocarse la política, unos temas o aspectos que requieren ser abordados para alcanzar los objetivos y unas rutas o caminos que permitan transitar desde la situación actual hasta la deseada y propuesta.

Desde la Constitución de 1991, en Colombia se reconocen otras formas de pensar y formular la política pública; en efecto, se introdujo en el país la posibilidad de que las personas se involucraran desde un marco democrático y participativo en la

lógica de formulación de políticas públicas. Es bajo esta premisa, que se abre la posibilidad de pensar en la formulación colectiva de lineamientos, en los cuales se determine la intencionalidad de la política pública, teniendo así un marco de referencia para la acción democratizante e incluyente.

El documento no se aparta del espíritu que propone la resolución 2063 de 2017 cuando define lo siguiente (Ministerio de salud y protección social, 2017, p11):

“La política parte del reconocimiento de la participación como derecho fundamental vinculado a otro derecho fundamental como lo es la salud. En tal sentido, el Estado es garante de los mismos y la ciudadanía tiene el derecho y el deber de co-construir la salud. La política sienta las bases para el cumplimiento del derecho a la participación en el marco de la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y cobija a todo el territorio nacional”.

El objeto de este documento es entonces, brindar una herramienta práctica a los funcionarios(as) y responsables (incluye a delegados u operadores del servicio público de la salud), que tienen a su cargo el cumplimiento de las obligaciones en materia de gestión de la salud y de participación en salud, así como a los y las representantes de organizaciones sociales, comunitarias y étnicas que trabajan en la promoción y protección de los derechos de los afrocolombianos, indígenas y campesinos y que demandan al Estado la adopción de medidas y de políticas públicas para dar respuesta a la situación de participación, en la producción y gestión de la salud.

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

#### Hitos en salud

La concepción que sobre participación se ha tenido en el desarrollo del sistema de salud, ha sido coherente con el modelo de desarrollo que orienta la gestión estatal y el modelo de salud, por lo cual, la participación en diferentes momentos ha sido concebida como un componente de los programas de salud, como una estrategia, como un derecho y un deber ciudadano y, en la actualidad, como un mecanismo para legitimar, a través de espacios de representatividad bastante restringidos y fragmentados, políticas de salud elaboradas en forma centralizada, con mínima participación regional y local. (González et al., 2011)

La participación ciudadana en el sector salud ha estado estrechamente relacionada con la participación social, pero presentando sus connotaciones particulares. En la década de los setenta fue incorporada internacionalmente la participación comunitaria en salud como resultado de políticas implementadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y agencias internacionales de cooperación que brindaron acompañamiento y control de programas de salud, cuya estrategia fundamental era la participación de los usuarios en la prestación de los servicios. (Pazo, 2020)

En la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), realizada en 1978, se promulgó la declaración de Alma Ata en la que se estableció la APS

como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Desde aquí, la participación comunitaria para la planeación de la salud se convirtió en derecho y deber de los pueblos para favorecer el desarrollo social y económico. Posteriormente, la carta de Ottawa, como resultado de la primera conferencia internacional de atención primaria en salud realizada en 1986, recalca la importancia de la participación comunitaria para el alcance de la meta de salud para todos en el año 2000 y de forma textual cita lo siguiente: *“La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios destinos. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera”* (OMS, 1986). En Colombia, a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, con el objeto de abrir canales de participación ciudadana, el Ministerio de Salud expidió los decretos 1216 de 1989 y 1416 de 1990, mediante los cuales se crearon y reglamentaron los comités de participación comunitaria (COPACOS), que le permitía a la población apoyar la planeación y ejecución de los programas de salud y fortalecer el enfoque de descentralización de las reformas constitucionales de la época. Así mismo, la reforma al sistema de salud, mediante la Ley 100 de 1993, erige la participación como uno de sus principios orientadores. Posteriormente, mediante el decreto 1757 de 1994, surgen en Colombia las asociaciones de usuarios ,que permiten a todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud participar de manera activa en la planeación y control de las instituciones del sistema de orden público, privado o mixto. Actualmente, la nueva Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, en su artículo 12, establece que el derecho fundamental a la salud comprende el

derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan; por lo anterior, es importante entender que las decisiones en salud socialmente deben considerar a sus involucrados directos garantizándoles el derecho de ser partícipes de ellas. Más recientemente la ley 1438 de 2011 y la resolución 2063 de 2017 vienen a ratificar el ánimo estatal de consolidar la democracia a través de los espacios participativos, contando con una política nacional de participación social en salud articuladora de obligaciones de los niveles subnacionales de gobierno.

La reforma del sistema de salud mediante la Ley 1438 de 2011, en el Título VIII, De los Usuarios del Sistema, artículo 136, establece que la política nacional de participación social debe tener los siguientes objetivos: a) Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste; b) promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud; c) incentivar la veeduría de recursos del sector de la salud y el cumplimiento de los planes de beneficios; d) participar activamente en los ejercicios de definición de política; e) participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud; f) defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

## **Derechos étnicos**

Con el artículo 286 de la Constitución política de Colombia (CPC) de 1991 se elevan los resguardos indígenas al estatus de entidades territoriales y, mediante el decreto 1953 del 2016, se les concedió facultades administrativas. El Artículo 329 de la CPC asegura la protección de las tierras y las formas de propiedad solidaria y asociativa indígena, mientras que el Artículo 330 la protección de los recursos naturales de estos territorios. Por su parte, la sentencia T-955 de 2003 reconoce a las comunidades negras, a las que hace referencia la Ley 70 de 1993, como “pueblo tribal” y, las hace también beneficiarias del Artículo 330.

Por lo anterior, el Estado colombiano debe garantizar, de acuerdo con los estándares internacionales, tanto a los pueblos indígenas como a las comunidades negras: a) el derecho a mantener su identidad e integridad cultural, b) el derecho a su sistema de autoridad y justicia propios, c) el derecho al territorio colectivo, y d) el derecho a una visión propia de futuro. Estos derechos, deben ser garantizados a través de las entidades del Estado y ser respetados por el gobierno.

Sin embargo, a lo largo de este proceso histórico, se han presentado tensiones y barreras en la política de salud, en las instituciones y en las comunidades que se han constituido en condicionantes para que esta participación promovida por el Estado no haya sido determinante para la democratización del sistema y para avanzar en el ejercicio de la salud como derecho.

Además, la concepción que sobre participación se ha tenido en el desarrollo del sistema de salud, ha sido coherente con el modelo de desarrollo que orienta la gestión estatal y el modelo de salud, por lo cual, la participación en diferentes momentos ha sido concebida como un componente de los programas de salud, como una estrategia, como un derecho y un deber ciudadano y, en la actualidad, como un mecanismo para legitimar, a través de espacios de representatividad bastante restringidos y fragmentados, políticas de salud elaboradas en forma centralizada, con mínima participación regional y local.

La normatividad existente en materia de PSS fue importante en su momento (Decreto 1757 de 1994), al crear nuevas formas de participación en el sector, pero es limitada al concebir los alcances de la participación. En resumen, la propuesta institucional para propiciar la organización y participación de los ciudadanos en el sector, es insuficiente, limitada y fragmentada. Las instituciones del sector y el sistema en su conjunto no posibilitan la participación en la formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas y, por lo general, la participación de los ciudadanos se utiliza para validar decisiones ya tomadas.

En este orden de ideas, el objetivo de los procesos participativos en salud debe ser la defensa de este derecho y no solo el acceso a los servicios de salud. La participación de los ciudadanos y de sus organizaciones debe ser promovida en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas, con un carácter decisorio y vinculante, en la formulación y orientación de políticas, en la asignación y administración de recursos, en la formulación, control y evaluación de planes, programas, proyectos y en la vigilancia de los recursos y de los procesos de contratación.

## 2.2. PROPUESTA DE MODELO DIFERENCIAL EN APS

En el marco de un proyecto de investigación entre varias universidades del suroccidente colombiano auspiciado por Colciencias<sup>1</sup> se dispuso la gestación de un modelo diferencial de atención primaria en salud (APS) (Jaramillo-Mejía et al., 2018), referente desde el cual se abordaron los ingredientes centrales de la salud para un contexto diverso y fragmentado como son las comunidades de alta dispersión geográfica donde habitan grupos étnicos afrodescendientes e indígenas.

La promesa del modelo de atención integral en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) es que la estrategia de APS se asimile y adecúe a los contextos locales y socioculturales de los territorios altamente dispersos. Este mandato, se tradujo en dicho proyecto en el prototipado de un modelo diferencial de salud.

El modelo destaca dos proposiciones. Por un lado, que es constitutivo de dicho modelo, la gobernanza territorial bajo un enfoque de redes (entendida como

---

<sup>1</sup> Incluye a la Universidad ICESI, Universidad Libre seccional Cali, Universidad Santiago de Cali y Pontificia Universidad Javeriana de Cali, quienes conforman una alianza de investigación acción participativa en los municipios del litoral pacífico colombiano entre 2016 y 2018.

acción coordinada de procesos, actores y reglas de juego para implementar decisiones del sistema de salud) y la construcción de capital social que suele estar erosionado en las áreas rurales donde la presencia estatal es marginal y por la cual emergen nuevos actores que avasallan derechos y excluyen poblaciones enteras a lo largo de los ríos y carreteras donde se asientan los grupos étnicos.

Como bien lo afirma el informe, la articulación entre actores e instituciones en un territorio es lo que se denomina gobernanza, que se traduce en una buena gestión de los recursos existentes, canalización de las iniciativas públicas y privadas y una adecuada integración de las capacidades e iniciativas individuales y colectivas en pro de un interés común que trascienda el ámbito de los intereses particulares.

Al concepto de gobernanza territorial se le suman dos más; uno de gobernanza de la red de servicios, y el de participación social. Tales nuevos elementos deben estar coordinados para lograr la materialidad del acceso a la salud en cuanto derecho humano y prestación de servicios. La participación así propuesta, está vinculada a procesos de reconocimiento de las comunidades rurales y sus grupos étnicos como actores sociales que demandan de espacios y voz para incidir en las decisiones que se desprenden de la gobernanza. La participación no se limita a coordinación funcional, ni mucho menos articulación Interactoral; es más bien un pegamento entre demandas de inclusión y ciudadanía y espacios donde se puedan ejercer derechos individuales y colectivos por mejorar la salud, empleando como principal puente la accesibilidad a los servicios de salud, en cuanto bien público sobre el cual los pueblos étnicos tienen la autorización de intervenir según su derecho propio y su autonomía de identidad y territorio.

Esta participación es territorial además de comunitaria, pero ahora se le suma el ingrediente de la salud propia, baluarte desde el cual se reclama el reconocimiento y la habilitación de instrumentos de participación e incidencia para construir su propio modelo basado en el sistema de creencias y en la autonomía como pueblos étnicos, sin desconocer las obligaciones que debe impulsar el Estado.

Se concluye entonces que en el modelo diferencial, la participación social y comunitaria es un elemento vinculante; como se dijo antes, un pegamento. Se reconoce que la participación debe superar las políticas de vaciamiento y tercerización de servicios públicos (reducción del Estado), que llevan a que la responsabilidad por la protección y garantía de la salud recaiga sobre el individuo y su familia.

Los autores del informe de investigación sobre el modelo diferencial en APS, insisten en que:

*“Bajo esta mirada, los aportes teóricos de redes proponen entender la participación comunitaria en salud como un proceso complejo y dinámico en que una comunidad sostiene activamente mecanismos y prácticas para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso salud - enfermedad. Por tanto, la participación comunitaria es descrita (...) a través de tres aspectos entendidos como ejes o indicadores en salud: i) la generación de espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas; ii) una clara y concreta circulación de la información, y iii) la posibilidad de los participantes de incidir en la toma de decisiones conjunta”. (Jaramillo-Mejía et al., 2018, pág. 22)*

La ausencia de abordajes de esta importante dimensión dentro de la participación comunitaria, particularmente, por parte de las instituciones que han iluminado éste y otros conceptos asociados, evidencian el distanciamiento existente entre la retórica participativa sostenida en los programas, proyectos y políticas sanitarias y la compleja trama de poder que caracteriza las realidades sociales.

Este concepto es defendido en este documento de lineamientos de política pública para la participación comunitaria en salud, por cuanto el mismo amerita tener en

cuenta las trayectorias de los actores comunitarios y el carácter constitutivamente sociocultural de la participación comunitaria en salud y la importancia del enfoque local.

El desarrollo y viabilidad local de un modelo de salud basado en APS con enfoque diferencial por territorio, considera la participación social y comunitaria como vector que identifica las necesidades concertadas por el colectivo, despliega estrategias viables para sanar el territorio, tomando como base referencial la organización y liderazgo de las autonomías locales; dinámicas que deben permitir construir un modelo propio que pueda ser implementado con sus recursos.

# 3. SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN TERRITORIOS RURALES

## 3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Producto de las consultas y del entendimiento (empatizar) que se hizo con los pobladores y sus organizaciones comunitarias (delegados de consejos comunitarios, de JAC y de cabildos indígenas) y sus líderes (maestros, líderes naturales, jóvenes, mujeres) de los municipios sujetos de consulta, se traducen aquí algunas de las principales consideraciones sobre la participación comunitaria en salud en contextos rurales y de dispersión geográfica donde viven comunidades étnicas y campesinas del norte y pacífico del departamento del Cauca.

- Hay una matriz de relaciones básicamente clientelar entre las organizaciones de base y la administración municipal que ha permanecido inamovible, lo cual fragmenta las demandas y desvanece las opciones de política para atender las principales necesidades de la población. Este particularismo no permite un verdadero diálogo y en consecuencia debilita la constitución de sujetos autónomos, concibiendo la participación como un instrumento y no como una realización de la ciudadanía.

- La desconexión y debilidad del diálogo intercultural entre pueblos étnicos (indígenas y afrocolombianos) y entre éstos y el gobierno local/departamental y las instituciones de salud (EAPB, IPS, ESE) deja un espacio de inmovilidad hacia la consecución de metas comunes que agreguen intereses. La desconfianza y la tensión entre culturas deviene de procesos históricos que se manifiestan en posiciones institucionales de autonomía, que contrarían las escasas y estrechas posibilidades de concertar intereses y pautas más consistentes de cara a las demandas de incidencia y participación.
- Hay una fractura entre lo social y lo político, lo que llama la atención sobre una desconexión en estas dos dimensiones que lleva a que haya una tensión permanente y una fractura entre la participación social comunitaria y la representación política; lo cual conlleva a la consideración de la deslegitimación de la autoridad y a la postergación de derechos.
- Existe una incredulidad generalizada desde los servidores públicos y los actores del sistema general de seguridad social en salud en el funcionamiento y eficacia de los mecanismos de participación en salud. La angustia por hacer prevalecer la participación como derecho es un privilegio de pocos en sus pensamientos, pero en general se impone una distancia y una desafección hacia la participación como un espacio de realizaciones y de construcción de sociedad.
- Los espacios y mecanismos de participación institucionalizada en salud están vinculados a las instituciones de prestación de servicios y de aseguramiento, todo lo cual confina la participación a asuntos relacionados con usuarios, prestación de servicios y quejas. Esto conlleva a la limitación de la acción institucional ya la desarticulación de estos mecanismos con un contexto más amplio entendiendo la salud como calidad de vida.

- No hay plena conciencia entre los niveles técnicos y directivos del gobierno y las IPS sobre la participación como una obligación ligada al servicio público de la salud, más allá de cumplir exigencias que son vigiladas por el estado y se resuelven de manera funcional. Este vacío de conciencia implica el desconocimiento de derechos, un diálogo intercultural frustrado, y una serie de debilidades en los canales de comunicación entre los agentes del sistema de salud y las poblaciones que median sus demandas como derechos que no tienen resonancia en la institucionalidad.
- Hay una debilidad institucional que se expresa en que la participación no se articula a las otras áreas estratégicas como la salud pública, el aseguramiento o el desarrollo de servicios, dejando tras de sí una concepción de participación que no reconoce a los ciudadanos como sujetos de derechos ni a la salud como un hecho público y social.
- Existe una debilidad de la cultura de exigibilidad del derecho de forma colectiva. A pesar de que se ha avanzado en la socialización de los mecanismos de exigibilidad dirigida a las instancias de las formas organizativas, no se ha llegado a la accesibilidad del mismo modo de manera colectiva.
- El desconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, las comunidades afrodescendientes y los campesinos, impide un diálogo de saberes y una falta de articulación entre los gobiernos municipales y las formas de gobernabilidad de las comunidades étnicas. Esto a su vez se refleja al interior de las comunidades excluyendo a las mujeres y a los jóvenes de las instancias de participación y relacionamiento con el aparato institucional.
- Se reconoce la debilidad de las organizaciones de base comunitaria y aquellas que representan a la sociedad civil como parte del tejido social a través del cual se puede mejorar la incidencia en las políticas de salud. El

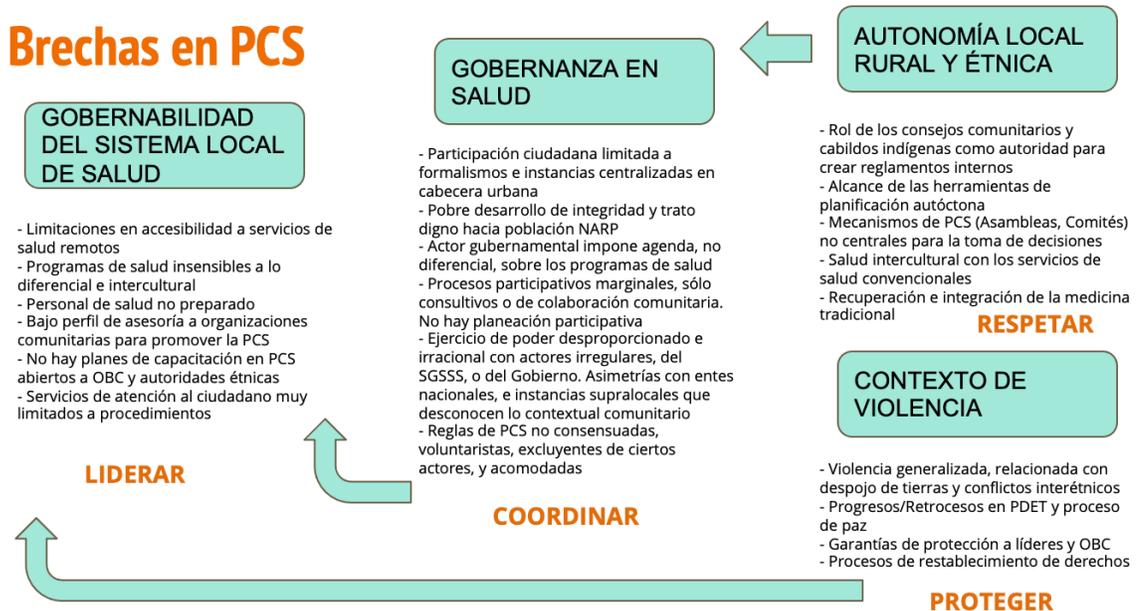
clientelismo y la desconfianza en la institucionalidad han minado las posibilidades de interacción y de construcción participativa de la salud en los territorios.

- La incomunicación que se expresa en dificultades en el transporte, el frustrado diálogo de saberes, la incompreensión frente a las necesidades particulares de pobladores de sitios remotos, y la poca sensibilidad cultural por las identidades étnicas, convierte a los profesionales y servidores que prestan servicios de salud y orientación al usuario en agentes inaccesibles y con frecuencia adversos a las posibilidades de crear un espacio común para dialogar con las demandas y problemas de salud de las áreas rurales.
- Los procesos de vulneración de derechos en temas ambientales, de tierras y el conflicto social si bien marcan pautas importantes para la participación en el posconflicto, todavía tienen una deuda en relación con la conexión de estas situaciones con procesos de atención integral en salud que están vinculados en ese conjunto de violaciones a las personas, a las organizaciones y al territorio. Los procesos de participación relacionados con el acuerdo de paz se vinculan tímidamente a los procesos de participación comunitaria en salud y aunque pudieran estar mejor conectados todavía carecen de las condiciones y pautas para hacer más efectivo el derecho a la salud.

El anterior panorama nos muestra las fracturas y brechas en torno a la participación (Figura 1) , y dejan constancia de la importante necesidad de cubrir la participación como medio y como fin para el goce del derecho a la salud.

Una lectura amplia y crítica sobre las conclusiones anteriores, nos lleva a la consideración de un sistema que garanticen el derecho a la participación comunitaria en salud en un marco de política pública que refuerce dos ámbitos del desarrollo y de la democracia como son :

- a) La implementación de un gobierno responsable y con capacidad de respuesta frente a las demandas por una mejor salud;
- b) La conducción de una gobernanza participativa que legitime la participación comunitaria social y ciudadana en los espacios locales donde se hace el control social y la toma de decisiones en salud



Fuente: Elaboración propia

**Figura 1. Brechas en torno a la participación**

Con esto, se debería procurar un ejercicio de la participación comunitaria en salud como reflejo de las posibilidades y de las condiciones que en el territorio local rural, pueda materializar derechos colectivos en torno a la salud y a la autonomía de las comunidades étnicas y campesinas. Se trataría entonces de una apuesta por los territorios, la autonomía étnica que se relaciona con el enfoque diferencial, y las posibilidades de instrumentar estos anhelos bajo las condiciones de factibilidad y respeto por el territorio y las poblaciones en concordancia con sus aspiraciones de valor.

## 3.2. ¿CÓMO SE ENTIENDE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD?

Lo anteriormente expuesto se traduce en una serie de perspectivas que la población ha definido para entender la participación, como son la postura por la cual la participación es la posibilidad de asistencia a escenarios institucionales, establecidos por normas que vinculan principalmente a las IPS o Dirección territorial de salud; a la que se contrasta una versión más refinada instituyente, en la que se promueve la autonomía y la concertación entre las formas organizativas y los agentes del sistema de salud.

En general, la población consultada no conoce ni toma la salud como un derecho, por lo cual se deduce en que no es reclamable en esencia, ni es exigible hacia el estado. De ahí que, la participación adquiera un carácter individual ligado a las dinámicas de atención de usuarios, lo que lleva a que la gente exija algunos compromisos dados por la prestación de servicios, que no permite construir una perspectiva de ciudadanía.

La otra postura, un poco minoritaria, considera la participación en salud como la posibilidad de afectar y transformar la calidad de vida, y por ende se le concibe como un derecho humano fundamental.

Para los consultados, la participación se ve reflejada en la interacción con las áreas administrativas que autorizan servicios y el personal de salud que presta atención, a lo cual se suma minoritariamente los servicios de información y atención a la comunidad, que suelen ser invisibles para la gente.

Por su parte, la mayoría de servidores de las direcciones locales de salud y de las IPS consultados consideran que la participación está en impulsar formas de participación de acuerdo con las normas, queriendo señalar con ello la responsabilidad institucional. Pero además consideran que es importante la participación de los usuarios en los programas a fin de que la población sea

competente y pueda colaborativamente ayudar a reducir los impactos de los padecimientos y problemas de salud.

### 3.3. ¿CÓMO SE ENTIENDE, DESDE LA POLÍTICA, LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD?

La participación es el ejercicio del poder de cada uno y cada una, para transformar la esfera de lo público en función del bien común. En este marco, la participación en salud es la posibilidad de que los sujetos construyan calidad de vida como acción social y política, es decir, la participación como una acción transformadora, como un valor ético y un poder que integra todas las esferas de la vida y por ende posibilita constituir la vida social. En la medida en que a través de la participación se logra efectivamente construir socialmente la salud, se pueden ubicar por lo menos dos sentidos, que se encuentran vinculados entre sí:

- La participación **como medio** para construir bienestar, lo que implica el reconocimiento de los sujetos, su voz y poder;
- La participación **como fin**, en tanto práctica que realizan los sujetos, quienes actúan para transformar sus condiciones de vida, lo que implica necesariamente la toma de posturas en los escenarios privados y públicos, constituyendo valores a favor de la vida, posibilitando lazos de identidad y solidaridad.

Construir socialmente la salud se enmarca en las relaciones entre el Estado y la sociedad, expresada en los múltiples públicos que la conforman, designando lugares o roles diferenciados: **a los ciudadanos/as**, les corresponde el derecho a informarse, a gestionar, a controlar, a incidir en las políticas públicas y decidir sobre lo que consideran que es saludable, y que redunde en bienestar para todos y todas; por su parte; **al Estado**, le corresponde garantizar las condiciones para que se realicen los derechos de forma universal, equitativa, integral e interdependiente.

De esta forma, la participación en salud hace parte del proceso de construcción de ciudadanía, en la perspectiva de avanzar en la democratización de la vida colectiva. Entendida “la construcción de ciudadanía como el proceso por medio del cual el individuo y las organizaciones acceden progresivamente a capacidades y oportunidades para realizar sus intereses frente a otros y frente a las instituciones del Estado. La ciudadanía es un elemento constitutivo de la democracia, que se logra a través de la acción, de la participación de la sociedad civil en los procesos de desarrollo social, de la consolidación de la identidad colectiva, para mejorar la calidad de vida y conseguir una sociedad más justa para todos y todas.

Entender de manera amplia la participación, como ejercicio de ciudadanía activa, implica que la gente de un lado, se organiza, se moviliza y exige la garantía del derecho a la salud y, de otro, busca y demanda información y respuestas por parte del Estado, para obtener recursos de conocimiento suficientes para desarrollar sus acciones de exigibilidad para la garantía del derecho.

Visto así, una política pública de participación comunitaria en salud debe recoger tres elementos mínimos. Uno, la aspiración para que el estado garantice las condiciones mínimas para el ejercicio de la participación; dos, la implicación de los ciudadanos y las comunidades en los espacios participativos debidamente habilitados para poder ejercer sus derechos; y tres, el desarrollo de los instrumentos que faciliten la participación especialmente de las comunidades rurales, tomando en consideración las barreras institucionales y contextuales que impiden el pleno ejercicio de la ciudadanía a tomar las decisiones que afectan sus vidas.

En síntesis, con la Política se debe impulsar una participación, entendida como acción política organizada que empodere a la ciudadanía, fortalezca su tejido social, en la perspectiva de construir poder que incida efectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud, a favor de la resolución de sus necesidades sociales y sanitarias.



## **4. MARCO INSTITUCIONAL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD**

La institucionalidad de la participación comunitaria en salud se remite al concepto de participación social en salud que ha sido legitimado por el Estado Colombiano, a fin de garantizar el derecho de ciudadanía y el derecho al ejercicio de la salud como parte del bienestar integral de las personas. La participación comunitaria en salud ha sido definida desde 1994 por el Ministerio de salud, en función de las opciones que tienen las comunidades y las poblaciones pequeñas de participar en la construcción del destino de su propia salud. En 2017, el gobierno regula la política pública de participación social en salud como una forma de actualizar el compromiso de ciudadanía de la salud, actualizar normas precedentes que permitan armonizar las nuevas demandas de participación en el marco del modelo de atención en salud y el derecho a la salud como un derecho fundamental.

Enseguida revisaremos los mecanismos institucionalizados de la participación comunitaria en salud, que sirven de soporte y garantía para que las y los colombianos ejerzan este derecho, como derecho de ciudadanía Pero además, como medio y como fin, para alcanzar la efectivización del derecho a la salud.

### **La participación en salud como proceso de la gestión de la salud pública**

La gestión de la salud pública pretende que la ciudadanía, las familias y comunidades se organicen e inciden en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de la política de atención

integral en salud, de la estrategia de atención primaria en salud, del plan decenal de salud pública y, a la gobernanza en salud.

El propósito es, que la ciudadanía y las comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud y la calidad de vida. Este proceso inicia con el reconocimiento de la situación de salud de la población y su caracterización. Continúa con el acompañamiento y garantía de condiciones a los ciudadanos para que incidan y decidan en las políticas, programas y proyectos de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad. En este proceso se van materializando resultados en salud, así como resultados en la participación, que se vinculan al empoderamiento, el capital social, la confianza y el compromiso político y ciudadano frente a las inequidades en salud.

### **Participación en salud como intervención poblacional en la ruta integral de atención de promoción y mantenimiento de la salud**

Una de las tres líneas de acción, que orienta las intervenciones poblacionales, es la Participación Social en Salud, la cual es un derecho y una práctica social, que incide sobre la posibilidad de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud, en el entendido que, todos los actores sociales de una comunidad deben hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta.

En este sentido, la participación permite: a) que la gestión de las políticas públicas tenga legitimidad y esté encaminada a lograr políticas saludables; b) el fortalecimiento del control social sobre la gestión de las políticas públicas; c) la promoción de la salud encaminada hacia la transformación de los entornos y el fortalecimiento de la autonomía de las personas, familias y comunidades; d) la incidencia y decisión sobre la planeación y presupuesto de las políticas públicas.

La participación social se considera transversal a todo el ciclo de gestión de las políticas públicas y es básico para el desarrollo de todo tipo de intervenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Lo anterior implica el

empoderamiento de la ciudadanía y de las organizaciones sociales en salud para incidir sobre las políticas que afectan su salud y calidad de vida, así como la promoción de la cultura de la salud en los territorios y la promoción del control social sobre las acciones sectoriales.

Este proceso se puede desarrollar a través de: a) los mecanismos y espacios de participación social en salud normados; b) los espacios e instancias de participación liderados o promovidos por otros sectores, o de liderazgo intersectorial, que tengan incidencia sobre la salud; c) las organizaciones comunitarias de base u otras formas de organización social propias del territorio, que corresponden a proceso ciudadanos. Todo ello, basado en la política pública de participación social en salud, emanada en la Resolución 2063 de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se destaca como un mecanismo estratégico de la participación, la movilización social, en donde concurren actores ciudadanos e institucionales (gubernamentales y no gubernamentales), a partir de lo cual diversos sectores sociales, analizan e intervienen en los asuntos de la política pública con criterio de defensa y promoción de los derechos humanos (y, especialmente, del derecho a la salud). Este mecanismo implica el encuentro, la deliberación pública, la concertación y la organización como escenario y herramienta para la participación social y la construcción de espacios de intercambio y producción de propuestas que le aporten al desarrollo de acciones de exigibilidad política, social y jurídica de los derechos, para que los temas de la agenda social (y sectorial) se conviertan en asuntos de agenda institucional (gubernamental).

### **La participación en salud en las intervenciones colectivas**

Las intervenciones colectivas, se definen como ese conjunto de intervenciones para la promoción de la salud y la gestión del riesgo, dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de vida según las prioridades de cada territorio. (MSPS, 2018)

En tanto estas intervenciones se desarrollan en el entorno comunitario, en el educativo o en el hogar, se entiende que la participación es un elemento constitutivo de ellas. El entorno comunitario, sería el principal escenario para adelantar la participación social, lo cual se puede desarrollar a través de los mecanismos de participación en salud que están normatizados, los espacios promovidos por otros sectores o bajo liderazgo intersectorial y, las organizaciones comunitarias de base u otras formas de organización social, propias del territorio.

Para darle materialidad a este fin, el estado promueve la organización de las instancias locales y su articulación con el sector de la salud, el desarrollo de proyectos de base comunitaria para promover la autonomía local, la identificación de las redes sociales activas y, la potenciación de los mecanismos de participación que se han instalado en las comunidades.

Las intervenciones más relevantes para promover la participación comunitaria en salud son las siguientes: la producción y difusión de mensajes para orientar a las familias, comunidades y organizaciones y redes sobre aspectos relacionados con la salud pública; y la conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales a fin de fortalecer relaciones, mejorar interacciones y capacidades comunitarias.

### **Capacidades municipales para desarrollar la participación comunitaria en salud**

Los municipios de menor desarrollo institucional, como los del Pacífico y en el norte del departamento del Cauca, carecen de las capacidades técnicas, socioculturales, y de alfabetización en participación, que los hacen vulnerables a procesos de mayor inclusión social, por lo cual, todo se vincula con la ampliación de la brecha entre la política y la ciudadanía.

Lo que se ha visto en la práctica es que, los entes territoriales tienen el interés tanto en sus mandos directivos como en sus cuadros técnicos, cuentan con

algunos recursos profesionales para atender el tema, y están vinculados a redes comunitarias y a organizaciones y autoridades propias, que habría que aprovechar para potenciar la participación comunitaria en salud, sin mayores niveles de desarrollo, aunque se deba considerar el acompañamiento y el deber constitucional de las gobernaciones en el proceso de estructuración y fomento de la participación, como parte de las responsabilidades estatales en torno a la política de participación social en salud.

Un ejercicio responsable de la participación implica el desarrollo tanto de unas estructuras que sirvan de plataforma para mejorar la institucionalidad de la participación, así como una serie de capacidades básicas para que los gobiernos locales estén en capacidad de agenciar procesos transparentes y significativos de participación ciudadana.

Para lograr lo anterior se deben tomar en cuenta el contexto, el territorio y la política local. El contexto de conflicto armado y de exclusión social es un amplio determinante de la calidad de vida y por ende de la participación. Los procesos de despojo territorial y vulneración de derechos de las comunidades étnicas y campesinas es la máxima expresión del conflicto social y de los padecimientos de los territorios locales que tienen poca intervención del estado. El abordaje de la salud en estos contextos implica reconocer que la participación debe estar subsumida en procesos históricos que permitan hacer una adecuada lectura de los derechos que se reclaman y de las posibilidades de incidir en las decisiones para mejorar el estado de salud.

Hacer un reconocimiento del territorio para la participación implica reconocer los procesos de identidad étnica y de lucha social que históricamente se han desarrollado y recogen al territorio como principal foco de destrucción o de reconstrucción. Los despojos de tierra han implicado por ejemplo mayor inseguridad alimentaria así como el decrecimiento de las posibilidades de bienestar porque las oportunidades de construir territorio han sido expropiadas por

actores con poder que dejan sin voz a estas comunidades y las postergan a sus pocos activos y posibilidades.

Por el lado del diálogo entre el estado y sus instituciones con la comunidad y sus representantes, vale señalar que hay una serie de complejidades que hacen que esta brecha no se reduzca. Cuando se instalan regímenes clientelares es común que no haya diálogo político ciudadano, pero en suma cuando los niveles de delegación de autoridad en las dependencias de gobierno no están sensibles y comprometidas con la población, desaparecen los canales de diálogo político y se establece un régimen de desconfianza entre los involucrados. Se ha demostrado en todo el mundo que el diálogo social democratiza las decisiones y legitima al gobierno. Entonces, los gobiernos deben insistir en desplegar mejor su compromiso político con la participación y con los intereses de los niveles territoriales más pequeños y aislados; así como instalar una cultura que institucionalice la participación y haga de esta un patrimonio local, que asegure mejores decisiones y mejores resultados para todos.

El ámbito local aparece como un espacio privilegiado para la reconstitución de lógicas democráticas en la gestión pública, ya que teóricamente es en este nivel donde el Estado y la sociedad pueden asociarse con mayor intensidad a partir de la discusión de las demandas y de los intereses locales, y entonces confrontar y producir proyectos de conducción política para la localidad.

## 5. MARCO NORMATIVO

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

Existen una serie de consideraciones que se expresan como barreras legales frente a la participación. La 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 sí por el contrario, concentrando información y poder en una perspectiva burocrática, y sin mayor capacidad de incidencia real en los procesos públicos.

Otra limitación, en el aspecto normativo, tiene que ver con el hecho que las distintas formas organizativas, entre ellas algunos COPACOS y Asociaciones de Usuarios, han venido apropiando en forma ligera, las normas y estableciendo distintas regulaciones a manera de reglamentos internos o estatutos, muchos de

los cuales desbordan las disposiciones legales que las regulan, situación que lleva a que con dichos reglamentos se viole o limite el derecho a la libre asociación, lo que constituye una barrera para el proceso de participación social.

Bajo esta estructura normativa, la mirada y la acción del sector salud en las comunidades rurales no dista mucho de las ciudades, y se ha concentrado en el desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos o formas de participación comunitaria, alrededor de las dinámicas propias de las instituciones y en la entrega de información básica sobre el acceso a los servicios de salud, y una lista de derechos y deberes de los usuarios en el sistema general de seguridad social en salud, lo que ha ocasionado que la participación haya quedado fuertemente restringida a la institucionalidad, en el componente de prestación de servicios de salud y en los temas de atención a la enfermedad, despojando a la participación social y el servicio al usuario de temas centrales que tienen que ver con la garantía del derecho a la salud, como son los referidos a los procesos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los programas y servicios de salud.

Se considera que los impulsos a la participación deben tener una base institucional-normativa, fortaleciendo una perspectiva de autonomía de las comunidades, en el entendido que la salud es una construcción social y, por ende, corresponde a todos y todas asumir responsablemente dicha construcción, lo que demanda un amplio debate sobre la manera como las normas conciben y buscan desarrollar la participación.

En tal sentido, se valora positivamente el esfuerzo reciente del estado sobre los mecanismos e incentivos para la participación ciudadana y más específicamente para la participación social en salud. Entre 2015 y 2017 el gobierno expidió un par de normas que actualizan y regulan el derecho a la participación ciudadana y sanitaria; la ley 1757 de 2015 (estatuto de participación democrática) y la resolución 2063 de 2017 (política de participación social en salud), respectivamente.

Si bien estos marcos legales son un aporte, preferible a no tenerlos, es claro que la participación en los territorios remotos y dispersos tiene una carga adicional de desatención, dadas las condiciones de no presencia estatal. Recientemente, los municipios PDET (una mayoría de los municipios del departamento del Cauca califican en esta categoría) han estado impulsando una agenda de participación política para refrendar el Acuerdo de Paz, pero su balance no es muy alentador aunque marca un punto de progresividad en municipios rurales que no han recibido la suficiente atención del estado.

La ruralidad colombiana está signada por muchas condiciones de exclusión política, social y ciudadana; dejando un rastro de des-ciudadanización entre sus habitantes y comunidades, que con poca frecuencia enaltecen la participación como un valor público que puede ayudar a solucionar los problemas de salud y calidad de vida de estas regiones.

## **6. MARCO CONCEPTUAL**

### **6.1. DEMANDAS ENTRE PARTICIPACIÓN INSTITUIDA Y PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES.**

En muchos países, las medidas para acercar el gobierno a la gente a través de descentralización y devolución, han provocado cambios en los enfoques de la prestación de servicios que han ampliado los espacios para la participación ciudadana. Al mismo tiempo, la creciente mercantilización de la prestación de servicios en muchos países ha introducido nuevos roles para quienes antes eran los “beneficiarios” de los servicios gubernamentales. Los usuarios han llegado a ser vistos como “consumidores” o “clientes” y las organizaciones de la sociedad civil se han convertido en importantes coproductores de lo que en el pasado eran en gran medida funciones estatales. Para algunos, estos nuevos roles son vistos como formas bienvenidas de asociación entre el estado, el mercado y la sociedad civil, mientras que para otros sugieren el peligro de que el estado esté descargando sus mayores responsabilidades sociales en actores privados o no gubernamentales (Cornwall, 2009).

En el pasado, ha habido una tendencia a responder a la brecha que existe entre los ciudadanos y las instituciones estatales de una de dos maneras. Por un lado, se ha prestado atención al fortalecimiento de los procesos de participación, es decir, las formas en que los pobres ejercen su voz a través de nuevas formas de

inclusión, consulta y/o movilización diseñadas para informar e influir en instituciones y políticas más amplias. Por otro lado, se ha prestado una atención creciente a cómo fortalecer la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta de estas instituciones y políticas a través de cambios en el diseño institucional y un enfoque en las estructuras habilitadoras para una buena gobernanza.

Cada perspectiva a menudo ha percibido a la otra como inadecuada, con una advertencia que la consulta sin atención al poder y la política, conducirá a una 'voz sin influencia' y la otra argumentando que la reforma de las instituciones políticas sin atención a la inclusión y la consulta solo reforzará el statu quo. .

Sin embargo, cada vez más, estamos comenzando a ver la importancia de trabajar en ambos lados de la ecuación. A medida que aumentan las preocupaciones sobre el buen gobierno y la capacidad de respuesta del Estado, surgen preguntas sobre la capacidad de los ciudadanos para participar y hacer demandas al Estado. Tanto en el Sur como en el Norte, existe un consenso cada vez mayor que el camino a seguir se encuentra en un enfoque tanto en una sociedad civil más activa y comprometida, que pueda expresar las demandas de la ciudadanía como en un estado más receptivo y eficaz, que pueda asegurar la entrega de los servicios públicos necesarios. En el corazón del nuevo consenso de un Estado fuerte y una sociedad civil fuerte se encuentra la necesidad de desarrollar, tanto la democracia participativa, como el gobierno receptivo y “reforzamiento y apoyo mutuos”.

## **6.2. GOBERNANZA PARTICIPATIVA EN SALUD**

### **Involucrar a la población, la sociedad civil y las comunidades en la formulación de políticas y decisiones**

La **gobernanza en salud** se refiere a una forma de gobernar el sistema de salud, caracterizada por la participación y la coordinación de actores, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas de manera negociada y bajo

una rectoría con un objetivo común: garantizar el derecho a la salud mediante la prestación de servicios con eficiencia, suficiencia y calidad. La gobernanza puede ofrecer beneficios como un mayor gasto público en salud, la prevención de riesgos y hechos de corrupción, mayor logro de los objetivos colectivos en salud, mayores niveles de participación ciudadana y de grupos de interés, y una mejor rectoría.

Desde la perspectiva de la gobernanza, el sistema de salud colombiano posee ciertas características que exigen la participación y la coordinación de actores. Sin embargo, diversas problemáticas como la corrupción, la falta de coordinación intersectorial y la inexistencia de una instancia formal para el encuentro de actores ante decisiones clave del sistema, dan cuenta de una gobernanza débil.

Los gobiernos reconocen cada vez más la necesidad de procesos más participativos e inclusivos en la adopción de decisiones en el sector de la salud. Es más probable que las políticas, estrategias y planes de salud se apliquen eficazmente si su desarrollo y negociación incluyen a todas las partes interesadas. La participación de la población, la sociedad civil y las comunidades es también un medio importante para medir las expectativas y opiniones sobre cuestiones relacionadas con la salud; esto puede contribuir a sistemas de salud receptivos y centrados en las personas. Por lo tanto, la **gobernanza participativa** implica traer la voz de los usuarios finales de los servicios de salud, así como de la población en general, en esencia, todos los afectados por las reformas de salud. Hay una variedad de mecanismos para fomentar el diálogo que no solo empoderan a las personas, sino que también ayudan a que los gobiernos rindan cuentas de sus compromisos.

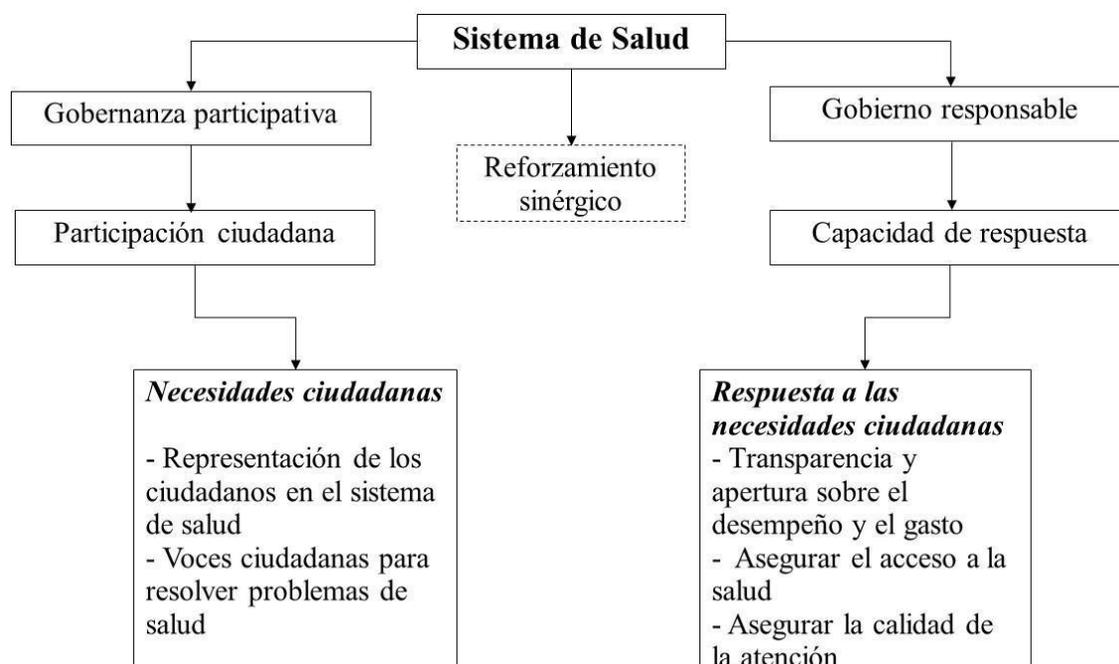
La inclusión de los ciudadanos ayuda a aumentar la transparencia y la rendición de cuentas en la toma de decisiones políticas con respecto a la atención médica, puesto que proporciona a la sociedad civil información sobre el sistema de salud y las políticas de salud que se puede utilizar para monitorear las prácticas gubernamentales. Los ciudadanos pueden plantear inquietudes o desafiar a su gobierno local y a las autoridades de salud.

La **gobernanza responsable** tiene como objetivo satisfacer y adaptarse a las cambiantes necesidades de salud de los ciudadanos, y promover y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud (Speer, 2012). La **gobernanza participativa** tiene como objetivo aumentar la participación ciudadana en los procesos de política pública (Marshall et al., 2021). La participación de los ciudadanos en la toma de decisiones de los servicios públicos puede conducir a soluciones de gobernanza adaptadas a las necesidades de la comunidad, asegurando servicios más adaptables y receptivos que satisfagan las demandas públicas. La **participación pública** puede verse como un derecho y un deber de los ciudadanos para aumentar la toma de decisiones democrática y el derecho a la información y mejorar la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta; como resultado, mejorar la gobernanza de los servicios públicos y hacer que las decisiones del gobierno sean más transparentes y equitativas (Florin & Dixon, 2004).

La participación ciudadana en las decisiones de salud puede contribuir a mejorar la información de las preferencias de los ciudadanos sobre las decisiones gubernamentales para aumentar la equidad en la salud mediante la identificación de los determinantes sociales basados en el conocimiento de la comunidad y el abordaje de las causas profundas de la inequidad para mejorar el acceso y la calidad de los servicios y permitir que los ciudadanos comprendan mejor el sistema de salud, para un uso más eficaz de los servicios públicos.

La gobernanza participativa, aumenta la capacidad de respuesta del gobierno, pues reduce los conflictos entre el agente (el gobierno) y los interesados (los ciudadanos que eligen al gobierno) a través de una estructura de incentivos adecuada para el agente, flujos de información bidireccionales y minimiza el poder discrecional del agente, cuando se incluye a los ciudadanos en la toma de decisiones. La respuesta efectiva del gobierno a los ciudadanos fomenta una mayor participación y promueve los resultados de la gobernanza participativa. La capacidad de respuesta del gobierno requiere la participación pública e involucra a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones, formulación de políticas,

implementación, monitoreo y evaluación para guiar el desarrollo centrado en las necesidades y el bienestar de las personas, a través de deliberaciones y espacios de consenso (World Health Organization Regional Office for Europe, 2019). Por lo tanto, la participación pública y el compromiso en la gobernanza son un requisito previo importante para la capacidad de respuesta del gobierno, y viceversa, la gobernanza responsable permite la participación cívica y proporciona espacios políticos para la participación de los ciudadanos. Ambos garantizan sinérgicamente que se satisfagan las necesidades de los ciudadanos. Esto se representa mediante una flecha de dos puntas entre la gobernanza receptiva y la participación ciudadana (Figura 2), donde la gobernanza participativa aumenta la capacidad de respuesta del gobierno y esta fomenta una mayor participación de los ciudadanos.



Fuente: Adaptado a partir de Aniqah Islam Marshall et al. BMJ Glob Health 2021; 6: e004117

**Figura 2. El sistema de Salud entre la Gobernanza Participativa y el Gobierno responsable.**

### 6.3. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN PERSPECTIVA DE REDES.

La participación en salud ha sufrido cambios como han ido evolucionando sus formas de entenderla y aplicarla. Para Briceño-León (1998), por ejemplo, se manifiesta en cuatro modelos: participación manipuladora, participación como mano de obra barata, como colaboración con los servicios de salud médicos, y subversiva (cuando las comunidades no se alineaban con las pretensiones más institucionales del sector salud). Esto da cuenta que la participación está asociada a la privatización y complemento del Estado.

Como señalan Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía (2018), varias son las nuevas tendencias en los discursos sobre participación en salud, orientadas, principalmente, a una forma de vida democrática y al diseño de formas alternativas para las políticas de salud. En América Latina entonces han surgido expresiones alternativas de participación comunitaria en salud, que demuestran que las opciones cosméticas de la participación aparente, están siendo cuestionadas para dar paso a formar autónomas basadas en intereses locales y de la sociedad civil.

Hay diferentes experiencias que expresan procesos participativos en salud, desde la necesidad de organizar acciones en defensa de un sistema de salud que perciben como desigual e injusto (Bang, 2014); lo que incluye a organizaciones comunitarias invisibilizadas por el sistema, que resisten las inequidades del sistema social.

La noción de participación comunitaria no puede, ni debe esconder las complejidades que suceden en comunidades particulares, especialmente en aquellas donde el modelo de desarrollo se impone con anuencia del Estado para expropiar y excluir a las comunidades de un desarrollo que respete sus identidades y anhelos propios.

El abordaje de la PCS desde la teoría de redes demanda entenderla como un proceso que se da en forma discontinua, a través de sistemas que se autoorganizan y donde se gestan modalidades organizacionales creativas que visualizan el universo como una red de interacciones y, donde se destaca una creciente estructuración de lo micro, donde pasan a un primer plano las acciones concretas de los actores sociales, histórica y geográficamente situadas (Blandón & Jaramillo-Mejía, 2018, 105).

La noción de redes asume la heterogeneidad y en ese sentido las redes comunitarias estarían dadas por las relaciones, interacciones o vínculos que se dan entre ellas a partir de las mediaciones establecidas y organizadas en torno a un «bien común» que puede ser la tierra o la salud. En este modelo, las prácticas y experiencias comunitarias singulares, aquellas que se gestan en el lugar (micro), son referente obligado para rescatar la comunidad como agente y no sólo como referente de la acción estatal. Rovere (1999), nos enseña que se ha perdido o confundido la noción de actor social, cuando se pretende que las redes de servicios de salud incluyan a la comunidad como actor, pero realmente lo que hacen es generar una situación para los actores sociales como es la de estar incluidos en una red por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido.

Los aportes que surgen de las redes entienden la participación comunitaria en salud como “... un proceso complejo y dinámico en que una comunidad sostiene activamente mecanismos y prácticas para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso salud-enfermedad” (Bang, 2014, 114). Así, se entiende la participación comunitaria en tres aspectos o ejes en salud: la generación de espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas; la circulación de la información; y la posibilidad de los participantes de incidir en la toma de decisiones conjunta.

Siguen diciendo Blandón-Lotero & Jaramillo-Mejía (2018 p.105): “Al superar la idea de comunidad como una masa homogénea, con unos intereses y objetivos

claros y compartidos por los miembros de la comunidad, la propuesta de entender la participación comunitaria desde los actores deja entrever que dentro de todo grupo humano existen procesos, tensiones, contradicciones y pugnas por el poder, en diferentes modos de su relación”. De allí que la perspectiva de redes permite acoger la dimensión activa del sujeto y las relaciones de poder que se tejen en torno a la participación en salud.

Para efectos prácticos del ejercicio de lineamientos de política pública, es importante subrayar que las recomendaciones no se pueden quedar en un plano funcional o de asistencia para alentar a los des-empoderados comunitarios, pues eso reduciría la visión acerca de la participación como se ha defendido aquí. Y más bien, las políticas deberían alentar perspectivas de protagonismo que se fundamenten en el contexto sociopolítico y la estructura social de la comunidad. La participación comunitaria debe ser reelaborada a partir del carácter constitutivamente sociocultural y situado, que reclama una resignificación política acerca de su programa de cambio.

## **6.4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN ÁREAS RURALES Y REMOTAS**

Bajo este enfoque la participación comunitaria se asimila a un concepto movilizador de las comunidades remotas (por fuera de las áreas urbanas) para que tomen parte en los procesos colectivos que se ciernen sobre sus destinos. El concepto de ruralidad como territorialidad y territorialización de la salud, se propone en un intercepto que vincula políticas con territorios. Así, las políticas de participación no se pueden elaborar y desarrollar sino en función del territorio. La gobernanza territorial y local viene a ser el eje sobre el cual emerge la participación comunitaria como elemento sustancial y requisito sine qua non para lograr la equidad y prosperar en salud.

Se reconoce que, se requiere un nuevo paradigma de lo rural, especialmente en el diseño y tratamiento de políticas de desarrollo rural con foco en la equidad y tomando en consideración a todas las partes interesadas, intersectorial y basado en inversiones y no sólo en subvenciones (OECD, 2006). La salud rural como servicio público debe atender sus principales contingencias, pero siempre derivadas de un enfoque territorial e inclusivo que permita entender la participación y la gobernanza local rural bajo una nueva matriz de transparencia, concertación y toma de decisiones conjuntas.

Este enfoque defiende de entrada que el territorio está allí como una construcción social que suele ser representada por sus actores incidentes y por dinámicas supranacionales que lo desbordan y reconfiguran. El territorio es más que un contenedor de recursos naturales y población, entraña aspectos materiales y simbólicos, en él ocurre la cooperación y el conflicto y es el locus donde coexisten materialidad y cultura como fundamento de la vida y que configuran el bienestar y el malestar de las poblaciones.

En el territorio se asientan procesos destructivos de la salud y la calidad de vida, ya sea por imposiciones externas o por elecciones individuales o colectivas. En el territorio consecuentemente se evidencian y configuran no solamente procesos destructivos de la vida, sino también son escenarios base de las resistencias. Luchas en donde principalmente los pueblos originarios y los campesinos han venido sentando una posición estableciendo que su lucha por el territorio no es solo de carácter político, sino también de orden cultural, social y epistémico, con lo cual cuestionan la colonialidad del poder, del saber, del conocer, del ser y del hacer.

Así, el territorio rural emerge con fuerza por cuanto en él se han dado las principales exclusiones de la nación. Por un lado, expresadas como desarraigo de los sectores esclavizados; y por el otro, como espacio donde se ha dado el despojo de comunidades con riquezas materiales de bienes y tierras que atraen a grandes empresas, actores ilegales y nuevas formas de control del territorio. La

ruralidad se ve entonces en la paradoja de que se le quiere homogeneizar en cuanto parámetros para la vida democrática sin distinguir sus particularidades, y además sometida a procesos de violencia y alejamiento del Estado que la hace cada vez más vulnerable al fracaso de la institucionalidad.

Porto- Gonçalves (2002) enseña que es el territorio como condición de existencia material y como espacio geográfico, donde obtenemos los servicios ambientales que nos brinda la naturaleza; en él se dan los procesos de apropiación entendidos como territorialización y re-territorialización. Es concebir entonces el territorio en clave de apropiación y construcción de identidad, en una simbiosis territorio – cultura – identidad, lo que lleva a la generación de múltiples y diversos territorios, en contraposición a la visión colonial homogeneizante de los territorios, que los ve como escenario exclusivo de explotación y expoliación.

Hoy se reconoce el surgimiento de un localismo apoyado en iniciativas de oposición a la economía globalizada que impone sus intereses de acumulación en las zonas rurales, a veces asociado no solo con un creciente sentido de *lugar* sino también con un desarrollo basado en el *lugar*. Se identifica así con un desarrollo comunitario endógeno activo y un movimiento hacia una mayor autosuficiencia; todo lo cual alimenta la complejidad de los contextos rurales.

El territorio rural es un espacio. Este espacio vivido se sitúa histórica, política y económicamente a la vez que condiciona, como resultado de procesos de organización, significación y transformación por parte de grupos sociales. El énfasis en el espacio, como configurado socialmente por relaciones de poder, da lugar también a la noción de territorio. El territorio se configura al mismo tiempo como materialidad, continente de producciones socioculturales y proceso de semantización. Ampliando la reducida significación del territorio como entidad político-administrativa, el territorio se hace referente de los procesos de identidad, de la representación del mundo social y de las prácticas sociales de las personas y grupos que lo transforman. Es justamente en este espacio de poder e intercambios donde emerge la categoría participación comunitaria como trazado

de relaciones, donde sujetos individuales o colectivos influyen en las decisiones que los afectan (Molina, 2018).

Porto-Goncalves (2009), nos enseña que el lugar, localizado en la ruralidad por ejemplo, puede y está siendo objeto de transformaciones y emancipaciones nuevas y alternativas donde surja y se posicione la identidad como puente para dialogar antes que la razón vertical. En lo local surgen las diferencias, no lo formal. Las diferencias sólo se manifiestan en la relación, en el contacto, de ahí su carácter contingente geográfico y social. Son epistemologías que emergen en el contacto de diferentes formas de ver la vida o las instituciones (Porto-Gonçalves, 2009).

Douglas (2018), plantea un marco conceptual sobre gobernanza rural todavía en construcción que destaca una serie de fuerzas que se disponen en el plano de la geografía rural, y de las cuales se destacan la globalización, la gobernanza, el gobierno local, y el desarrollo comunitario/localismo. Cabe destacar que el desarrollo de la salud está mucho mejor sustentado si éste se sujeta y relaciona con procesos localizados y enfocados en el desarrollo comunitario. Por ende, el localismo y el desarrollo comunitario son la base de una gobernanza rural que se soporta en estos contextos de ruralidad, y desde donde se espera que la salud mejore.

El aprovechamiento de la capacidad de la comunidad es parte integral del desarrollo de servicios de salud con capacidad de respuesta local y es de interés para las comunidades y el gobierno. Recoge el capital social rural, maximiza la naturaleza innata, adaptativa, e innovadora de la población rural y conduce a comunidades empoderadas capaces de desarrollar soluciones locales. Hay ventajas compartidas para las comunidades y el gobierno en términos de supervivencia, resiliencia, sostenibilidad y responsabilidad fiscal de los pueblos rurales, pero consistentemente, hay una falta de conocimiento sobre cómo construir comunidades con sentido de eficacia. En un estudio narrativo se encontró que la participación comunitaria rural en salud es efectiva en grupos con

mayor cohesión y con alianzas fuertes. La descentralización de la toma de decisiones en salud fue acogida como una oportunidad significativa para incorporar plenamente la voz de la comunidad en el proceso de establecimiento de la agenda de salud local. Los representantes de la comunidad tenían influencia negociadora sobre la planificación y los resultados y autoridad para velar o estar en desacuerdo con los planes y acciones propuestos. Los investigadores informaron que el poder y el liderazgo compartidos, la transparencia y la responsabilidad, las relaciones duraderas y la confianza y el respeto mutuos, contribuyeron a los resultados en la salud (Kenny & et al, 2013).

Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía (2020), estudiaron las condiciones que facilitaron o no la participación comunitaria en el marco de la atención primaria en salud. Encontraron que en la costa pacífica colombiana, se generan procesos de salud participativos orientados a abordar las inequidades en salud, a través de procesos de identidad colectiva de movimientos ciudadanos, una comprensión de la relación con el poder y el estado, formas de lucha e inscripciones de identidad de las comunidades. Estos hallazgos están en línea con aquellos que afirman la importancia de la estructura organizacional y el liderazgo comunitario en los procesos de empoderamiento y participación en salud, ejerciendo presión en las comunidades sobre los formuladores de políticas de salud (Blandón-Lotero & Jaramillo-Mejía, 2020).

## **6.5. LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD**

### **Participación como nivelador de los desequilibrios de poder**

Una premisa fundamental, respaldada por los hallazgos de la evidencia, es que un espacio participativo está formado esencialmente por relaciones de poder (World Health Organization, 2021). Un espacio participativo no existe en un vacío fuera de la sociedad. Las jerarquías cultural y socialmente sustentadas y los canales de influencia establecidos se introducen en el espacio participativo, de forma

voluntaria o involuntaria. Éstas deben ser reconocidas, analizadas y contrarrestadas en la medida de lo posible en el marco de los objetivos del proceso participativo. Para los responsables de la formulación de políticas, esto puede contribuir en gran medida a alcanzar el objetivo deseado de políticas más receptivas que se acepten e implementen sobre el terreno; por lo tanto, las medidas de contrapeso para nivelar el campo de juego del espacio participativo en última instancia ofrecen una situación en la que se amplía la democracia.

La complejidad de administrar un espacio participativo se ciñe a diseñar hábilmente su esquema de operación, para igualar en la mayor medida posible los desequilibrios de poder que pueden obstaculizar la deliberación y la construcción de acuerdos. Un aspecto fundamental del diseño de espacios participativos es cómo se seleccionan los representantes y obtienen legitimidad. A ello se deben sumar las capacidades que son necesarias para diseñar, dirigir y participar en un proceso participativo son también esenciales. Aquí, no solo se definen las capacidades necesarias para los propios cuadros gubernamentales, sino también se debe estar atento en lo que se puede hacer para garantizar que se desarrollen y apoyen las capacidades de las poblaciones, las comunidades y la sociedad civil.

El aumento de las capacidades eleva el poder y la influencia de aquellos que tienen menos (a menudo ciudadanos no profesionales y la sociedad civil) al mismo tiempo que brinda una comprensión consciente a quienes están en posiciones de poder (a menudo el gobierno, pero también grupos de interés), haciendo que se escuchen con respeto las diversas voces para así ayudar a generar soluciones políticas más sostenibles. La noción misma de reconocer un desequilibrio de poder e influencia y sus consecuencias para un debate colectivo, significa que todos los actores asumen roles diferentes, quizás más o menos habituales dentro del espacio participativo que fuera del mismo.

Nivelar el campo de juego en términos de poder e influencia también es el núcleo de los marcos que brindan una base legal para las actividades participativas en salud. Finalmente, es relevante el tema de mantener la motivación para la

participación en el tiempo y lograr que se institucionalice como un modus operandi del sector salud y de los gobiernos locales.

# 7. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

## 7.1. DEFINICIONES<sup>2</sup>

### Participación comunitaria

El término “participación comunitaria” parece ser amplio para dar alcance a cualquier forma de participación. Tomamos el término como eje del espacio participativo. Bajo participación comunitaria, la naturaleza de la participación recibe un nivel de especificidad que estaría ausente si se usara la palabra "participación" sola. Los sustantivos de acción '**compromiso**' y '**participación**', describen lo que están haciendo los actores gubernamentales y la sociedad civil. 'Participación' tiene una connotación de personas que participan activamente. El gobierno, por otro lado, está activamente 'comprometido' para garantizar que la gente 'participe'.

La **participación en salud** es un concepto clave que se refiere a involucrar a las personas, los grupos y las comunidades para que tomen el control de su propia salud y hagan un mejor uso de los recursos disponibles. Fue puesta en la agenda

---

<sup>2</sup> Se excluye de estas definiciones una sobre los lineamientos de política, por cuanto en el capítulo 1 ha sido definido su alcance conceptual.

por la Declaración de Alma Ata, en la que se consideró fundamental para la planificación, la organización y el control de los sistemas de salud, y para la consecución del objetivo de «Salud para todos en el año 2000». En esta Declaración se habló de participación como un derecho y un deber de las personas, abriendo el camino a un concepto de participación que no fuera relacionado únicamente con beneficios sobre el uso de los programas, sino también como derecho y deber de implicarse en las cuestiones públicas como un potencial indicador de calidad democrática de una sociedad.

Posteriormente, la Carta de Ottawa señaló la participación comunitaria como uno de los ejes para la promoción de la salud. Por otra parte, Oakley (1990) propuso una diferenciación entre participación como «medio» para lograr resultados preestablecidos en mejorar la salud y el bienestar, y participación como «fin» de una intervención, entendiéndolo como el desarrollo de cohesión social y de capacidades para que las personas puedan involucrarse y actuar sobre su entorno.

Recientemente, el término inglés *participation* ha sido reemplazado por *engagement*, que va más allá de la simple participación o asistencia a un evento, incluyendo la idea de implicarse y comprometerse en la acción que se lleva a cabo.

En marzo de 2016, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicó la actualización de su guía *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities* (National Institute for Health Care and Excellence, 2016). En ella se recogen una serie de recomendaciones desarrolladas a partir de revisiones y estudios de prácticas efectivas para fomentar la participación comunitaria como enfoque para promover la salud y el bienestar de las comunidades, y reducir las desigualdades en salud.

Basándonos en parte en la definición de O'Mara-Eves et al. (2013), entendemos por **participación comunitaria en salud** el proceso de «involucrar [...] a las

comunidades en la toma de decisiones, y/o en la planificación, diseño, coordinación o implementación de servicios, usando métodos de [...] colaboración y/o empoderamiento» (traducción y adaptación propia). Tener mayor control en el ámbito comunitario, tanto en términos de acceso a la información como de capacidades de decisión y acción, genera mayor confianza entre los miembros de la comunidad y aumenta sus capacidades para influir en los determinantes sociales y en las desigualdades en salud que les afectan.

A los efectos de los lineamientos, la población en general y las comunidades se ven como parte de la sociedad civil, sin ser necesariamente una organización legalmente constituida. Por lo tanto, todos los que forman parte de la comunidad pueden estar representados como organizaciones de base comunitaria, organizaciones de la sociedad civil, ciudadanos o redes que los asocian, independientemente de su identidad o afiliación. Dentro del sector de la salud, las organizaciones comunitarias o con enlace a la comunidad abarcan todos los diferentes tipos de organizaciones y asociaciones que expresan su creencia en los principios participativos, los derechos humanos y la justicia social sirviendo y representando a grupos de población con necesidades de salud.

## Comunidad

El término **comunidad** puede describirse en términos generales como un grupo de individuos que tienen algo en común; esto puede ser simplemente el lugar donde viven, pero también puede ser la etnia, edad, ocupación, un interés compartido o afinidad (como religión y fe) u otros lazos comunes, como necesidad o desventaja en salud. Estas diferentes características indican que un individuo puede ser miembro por elección, cuando se une a una asociación voluntariamente o en virtud de sus características, como la edad, el origen étnico o la residencia. Las connotaciones que se vinculan al concepto de comunidad incluyen vínculos, confianza, cohesión social y relaciones.

## **Organizaciones de base comunitaria y organizaciones comunitarias.**

Hay diferentes tipos de **organizaciones comunitarias**: organizaciones comunitarias basadas en la fe; organizaciones comunitarias basadas en la identidad; organizaciones comunitarias locales; organizaciones sociales comunitarias; organizaciones comunitarias relacionadas con condiciones de salud (grupos de pacientes, grupos de apoyo). Las organizaciones basadas en la comunidad son más locales en su acción y, por lo tanto, es posible que no tengan estructuras y redes sofisticadas. En general, las organizaciones comunitarias desempeñan un papel importante en el inicio de la acción ciudadana colectiva e influyen en el desarrollo de una sociedad civil próspera.

## **Participación, participación pública**

La participación pública en la política (de salud) se considera un proceso mediante el cual el gobierno busca activamente las opiniones y aportes del público con respecto a una decisión o una forma en que la sociedad civil influye en la agenda política. Según Abelson & Gauvin (2004), la participación puede variar desde ser de naturaleza pasiva, donde se buscan aportes, hasta una participación más activa de los ciudadanos en la toma de decisiones. El objetivo principal de la participación para la sociedad civil parece hacer que el gobierno rinda cuentas por sus obligaciones hacia la población, mientras que para los gobiernos el objetivo es aumentar la apropiación de los involucrados y comunidades en la mejora de la capacidad de respuesta y la adopción de las políticas. Otro aspecto importante de la participación, es el enfoque en los grupos marginados y minoritarios, ya que permite que la población que ha sido excluida de los procesos políticos sea incluida en la planificación, la investigación y la acción en el sector de la salud (Blacksher, 2013). Por lo tanto, la participación a menudo también tiene un componente de empoderamiento, puesto que pondera los aportes de los miembros del público por igual con los aportes de los expertos.

## Compromiso y participación comunitaria

La participación de la comunidad se describe como, involucrar a las comunidades en la toma de decisiones y la planificación, e incluye como ejemplos la evaluación de necesidades, desarrollo comunitario, planificación, diseño, prestación de servicios, y evaluación. Algunos autores lo asocian a los términos colaboración, asociación y poder compartido. Si bien la mayoría de las fuentes utilizan indistintamente los términos compromiso (del inglés *engagement*) comunitario y participación comunitaria, algunos autores, distinguen entre el compromiso iniciado por el gobierno o el formulador de políticas y la participación iniciada por el beneficiario o grupo con el fin de mejorar su bienestar. De manera específica la participación comunitaria viene a expresarse como grupos que identifican sus necesidades y establecen mecanismos para satisfacerlas. En general, la participación de la comunidad se considera como una poderosa herramienta para lograr mejoras en los servicios públicos. Se asume aquí que esta participación puede ser directa a través de los ciudadanos no organizados, o a través de organizaciones locales, de sociedad civil, no gubernamentales o mecanismos o plataformas que representan intereses de comunidades singulares.

## Espacios participativos

Un **espacio participativo** es aquel en el que las personas, las organizaciones y gobierno se reúnen física o virtualmente para interactuar entre sí. Los organizadores de tales espacios utilizan diversas modalidades, técnicas, instrumentos y métodos, para fomentar la comunicación y el debate dentro del espacio. Como señalan Rowe y Frewer (2005), la participación, tal como se entiende ampliamente, puede tomar muchas formas, en muchas situaciones diferentes, con muchos tipos diferentes de participantes, requisitos y objetivos, para lo cual se pueden requerir diferentes mecanismos para maximizar su eficacia.

Los métodos utilizados únicamente para comunicar información y recibir comentarios de un grupo de población, sin permitir un intercambio entre

organizadores y participantes (como encuestas, sondeos, entrevistas, emisiones de radio y televisión, etc.) son parte de ese abanico de posibilidades de participación, aunque en un grado de menor intensidad que otras expresiones de mayor incidencia en las decisiones. Una salvedad que merece un énfasis especial es que no existe un único mecanismo participativo mejor que otro; todos tienen sus ventajas y desventajas que dependen del contexto y el contenido, pero también pros y contras inherentes al mecanismo. Como siempre, se debe prestar la debida atención a las necesidades de la cuestión política y los perfiles de participantes previstos. Por lo tanto, emplear una combinación de mecanismos para equilibrar las desventajas de cada uno permite obtener un resultado más equilibrado.

Los **espacios participativos**, que no siempre se asimilan a mecanismos regulados por la ley o acto administrativo, pueden tener los siguientes alcances:

- Espacios que convocan individuos (usuarios) mediante los cuales se busca consultar a grandes masas de individuos sobre un tema en particular para consultar su opinión personal;
- Espacios de consulta, se refieren a un foro abierto para el intercambio, aunque con un número más pequeño y cerrado, generalmente invitados, de representantes de grupos de población y expertos técnicos. El propósito es igualmente informar los procesos de toma de decisiones, fomentar la participación y la aceptación de los grupos de partes interesadas clave. Las reuniones consultivas, el diálogo sobre políticas y las consultas con las partes interesadas convocan a varios grupos que aportan un conjunto de experiencias en un área particular.

- Métodos de participación deliberativa<sup>3</sup>, consisten en un pequeño grupo de participantes cuidadosamente seleccionados, pero con un gran énfasis en preparar a los participantes con información y evidencia una vez seleccionados, y brindar suficiente tiempo para reflexionar y "deliberar" sobre los temas en cuestión. Algunos ejemplos son paneles de ciudadanos, jurados de ciudadanos, grupos de planificación, conferencias de consenso, encuestas deliberativas, talleres, etc. Casi siempre orientados a dejar un aporte para conseguir priorizar, evaluar, analizar, o elegir/recomendar opciones más favorables a la salud.
- Mecanismos formalizados con asientos para poblaciones, comunidades y/o sociedad civil, los cuales están más institucionalizados y pueden tener un marco legal que los respalde, como: consejos territoriales, comités de salud, comités de seguimiento, juntas consultivas de ciudadanos, representación en mesas directivas. Además de eventos únicos o mecanismos utilizados en momentos específicos como parte de un proceso participativo, la participación de la población también se puede buscar a través de un conjunto de mecanismos más convencionales, formalizados o institucionalizados, es decir, comités de usuarios o de pacientes, comités de salud, juntas de hospitales, juntas directivas, etc. La característica común

---

<sup>3</sup> Enseguida se amplía este concepto. Parece haber un vínculo estrecho entre la participación y la deliberación, donde la deliberación se refiere a la provisión de información fáctica y equilibrada; "diálogo democrático" que tiene como objetivo un proceso justo que produzca decisiones públicas, que todos considerarán legítimas (Blacksher, 2013). El objetivo de la participación en la salud es a menudo involucrar a diferentes grupos de población en la planificación o la evaluación. Por el contrario, los procesos deliberativos apuntan a crear condiciones para un diálogo razonado, es decir, un participante en un proceso deliberativo puede presentar un cierto punto de vista, pero la discusión puede modificar ese punto de vista para incluir aspectos de viabilidad de implementación, el reconocimiento de la oposición de otros grupos, y la comprensión de que la mejor solución posible para todos puede no ser igual a la mejor solución posible para uno mismo. La suposición es que este tipo de diálogo es el que conduce a un proceso participativo, que implica no uno sino varios encuentros en los que se va decantando el tema a partir de la interacción de los actores locales y gubernamentales. En la atención en salud, la deliberación se ha utilizado para desarrollar guías o recomendaciones de políticas; establecimiento de prioridades; provisión de orientación sobre dilemas éticos o basados en valores; evaluar los riesgos y determinar quién debe tener la autoridad para tomar decisiones.

de estos mecanismos es que ciertos puestos están reservados para representantes de la población, la comunidad o la sociedad civil.

## **7.2. OBJETIVOS DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.**

### **OBJETIVO GENERAL**

Formular lineamientos de política pública para fortalecer el derecho y ejercicio de la participación comunitaria para materializar la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en territorios rurales y rurales dispersos donde conviven comunidades y pueblos étnicos y campesinos del pacífico y norte del Cauca.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Aportar al fortalecimiento de la acción política del sector salud y de los gobiernos municipales, para avanzar en la garantía del derecho a la salud.
2. Aportar a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana, tanto en el sector salud como en las comunidades rurales y étnicas.
3. Fortalecer la institucionalidad del sector salud, para que aporte en la consolidación de los procesos de participación comunitaria y servicio a la ciudadanía en salud en los municipios y territorios rurales.
4. Contribuir a la gestación y democratización de las formas institucionales de participación comunitaria en salud.
5. Apoyar la construcción y consolidación de las diversas formas organizativas sociales y comunitarias en salud de carácter autónomo.

6. Gestar y democratizar los espacios participativos en los niveles institucional y comunitario mediante procesos de empoderamiento y cualificación.
7. Propiciar estrategias y medios para ampliar las capacidades del gobiernos y actores del SGSSS y las comunidades y organizaciones que las representan, en procura de ampliar las posibilidades de efectivizar la participación como acto de incidencia en la toma de decisiones y el control social en salud

### **7.3. POBLACIÓN OBJETIVO**

Estos lineamientos de política de participación social están dirigidos a los gobiernos, especialmente los del orden municipal y departamental; aunque se orientan principalmente a las alcaldías de aquellos municipios de tamaño pequeño y con una capacidad institucional pequeña, a excepción de Santander de Quilichao en contextos de posconflicto.

Las políticas públicas deben ser promovidas y defendidas por los gobiernos locales a fin de respaldar la obligación constitucional de ser los hacedores de políticas en el nivel municipal/local.

Quienes deben atender y entender estos lineamientos son los tomadores de decisiones (alcalde y concejo municipal) y las autoridades de salud (Dirección local de salud o Secretaría de salud municipal) con deberes políticos de cara a la gobernanza responsable con sus ciudadanos.

No obstante, el material también está dirigido a representantes y delegados de organizaciones comunitarias, organizaciones de la sociedad civil que defienden causas organizacionales o territoriales de la vida y la salud en los contextos rurales y de dispersión geográfica. La comunidad, sus grupos sociales y los agentes culturales tradicionales también deben observar estas recomendaciones, pues son ellos quienes deben ser el foco de la gobernanza participativa en salud.

Se puede decir que los lineamientos están dirigidos a una comunidad amplia, a saber:

- Formuladores y gestores de la política de salud y de la política de participación social en salud, quienes tienen la responsabilidad frente a las obligaciones como parte del Estado;
- Los agentes del sistema de seguridad social en salud (prestadores de servicios, aseguradoras -EAPB-, usuarios), quienes están relacionados con los problemas y canales de acceso a los servicios de salud;
- Los afectados, ciudadanos o colectivos que ven amenazados sus derechos a la salud y al ejercicio de la participación en salud, que regularmente son pacientes, usuarios u organizaciones locales; y,
- Las organizaciones comunitarias y organizaciones de la sociedad civil que defienden intereses y agendas singulares de sus asociados o representados, en procura de bienestar.

## **7.4. LINEAMIENTOS RECOMENDADOS**

Las líneas estratégicas se constituyen en las líneas o ejes centrales desde donde se hacen las recomendaciones de política de participación comunitaria en salud (Figura 3), dirigidas a los niveles locales de gobierno con alcance a las organizaciones y representantes de las comunidades rurales, sin descuidar los agentes del sistema de seguridad social en salud, especialmente las IPS, las EAPB y los órganos de control estatal con presencia subnacional.

## Lineamientos de Participación comunitaria en salud en comunidades rurales étnicas del Cauca



Fuente: Elaboración propia

**Figura 3. Lineamientos de Participación Comunitaria en Salud para comunidades rurales étnicas**

### Líneas propuestas:

- Línea 1. Condiciones institucionales para la participación
- Línea 2. Estrategias de base comunitaria para la promoción de la salud, la prevención de enfermedad y el monitoreo de condiciones de salud
- Línea 3. Monitoreo comunitario y planeación
- Línea 4. Afirmación del modelo de salud propio y la salud intercultural
- Línea 5. El territorio rural, la territorialización de la salud y la paz en municipios afectados por el conflicto armado y en posconflicto

- Línea 6. Garantías para la participación de las organizaciones sociales y de base comunitaria
- Línea 7. Representación y legitimidad de los participantes
- Línea 8. Capacidades para una participación significativa
- Línea 9. Del compromiso a la toma de decisiones en salud

## **LÍNEA 1. CONDICIONES INSTITUCIONALES PARA LA PARTICIPACIÓN**

La resolución 2063 establece este lineamiento como requisito para la participación; el cual se entiende como una garantía estatal para promover y dar sustento a la respuesta estatal para hacer que la participación sea eficaz. Está demostrado que la institucionalidad sanitaria y gubernamental, y que los procesos de participación soportados por la institucionalidad de los espacios participativos, agregan eficacia a los procesos de incidencia y construcción social de la salud.

### **Acciones recomendadas:**

- Los gobiernos locales deben caracterizar los grupos de valor ejercen acciones de participación comunitaria en salud en el territorio municipal, con especial énfasis en territorios rurales y dispersos, así como tema de interés y las preferencias en materia de participación en salud en el marco de los planes públicos pantro de la dirección territorial de salud como de otras dependencias que involucran determinantes sociales de la salud y que tengan incidencia directa sobre estas comunidades.
- Identificación de las instancias de participación en salud legalmente constituidas y sobre las cuales el municipio como ente territorial tiene la obligación de impulsar con sus propias capacidades. Esto implica además contextualizar las opciones de viabilidad que permitan promover una participación Auténtica en espacios y mecanismos institucionales que hayan sido reconocidos por las comunidades como espacios democráticos o que

estén probando su eficacia en términos de transformaciones en materia de salud. Sobre el inventario, el ente municipal debe definir las garantías para activarlo garantizando el completo acceso de las comunidades rurales dispersas a los espacios tomando en cuenta las distancias geográficas, las barreras lingüísticas y la periodicidad de las convocatorias para su ejecución.

- Informar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación e implementación de los ejercicios de participación ciudadana, involucrando el liderazgo de la dirección local de salud, la oficina de planeación, y dependencias de apoyo
- Desarrollo de estrategias para garantizar servicios de atención al ciudadano, por medio de los cuales se suministra información sobre los múltiples aspectos del derecho a la salud (no solamente los concernientes a la atención a la enfermedad), y por otro lado, funciona como la vía para recepcionar y gestionar en el interior de la institucionalidad, las diversas formas de dar respuestas al derecho a la salud, que permitan prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud, ubicando los procedimientos y actores responsables. . Para ello se debe realzar el papel de los servicios de atención al ciudadano / usuario por la vía de los SAC en los entes territoriales (servicios de atención a la comunidad) y verificar el impacto de los SIAU (sistema de información y atención al usuario) en las IPS. El gobierno municipal tiene un rol sustancial para dictar directrices sobre la eficacia de estos instrumentos, ordenándolos como medios exigibles para todos y garantizando que emitan información inteligente para la toma de decisiones.
- Identificar las actividades (presenciales y/o virtuales) adelantadas/programadas por la Entidad territorial, en las que se involucren espacios de participación ciudadana en alguno de los ciclos de la gestión y establecer el cronograma anual de participación ciudadana, de modo que

se fijen metas, periodicidades, y efectos ya sea sobre los programas de salud o sobre el empoderamiento comunitario

- Definir los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación comunitaria e institucional. Los mecanismos institucionales deben soportarse en recursos que permitan que la población rural pueda llegar a los espacios participativos. Entre tanto, los procesos de participación comunitaria, deben tomar en cuenta los recursos para que la institucionalidad llegue a los lugares remotos, garantizando que haya acceso a lugares donde todas las partes puedan desplazarse geográficamente.
- Instituir la participación comunitaria en salud en los programas y estrategias públicas que tenga a su haber la alcaldía. Esto significa darle coherencia a las normas y obligaciones que tiene el gobierno local en relación con las demandas de participación que se legitiman en esas normas. tanto la Constitución de 1991 cómo las leyes sectoriales de salud obligan a que las autoridades locales de salud y los actores del sistema de seguridad social en salud dispongan las herramientas y procesos que exigen la inclusión de los usuarios comunidades y organizaciones sociales en los procesos de toma de decisiones control y acceso a la información en materia de salud. Los planes de salud colectiva relacionados con el plan de salud pública, así como las obligaciones derivadas del acceso a los servicios de salud (resolución 3280 de 2018) establecen una serie de medidas para adaptar los programas de salud a las condiciones contextuales y culturales de las comunidades así como darles mayor pertenencia en función de los principios del enfoque diferencial que validan los derechos de las comunidades étnicas y campesinas. Se debe orientar un proyecto de inversión que soporte los recursos financieros, logísticos y humanos para la ejecución de procesos de participación.

- Los entes municipales deben considerar su articulación con el gobierno departamental, especialmente en lo relacionado con las competencias del departamento para la asistencia, complementariedad y subsidiariedad hacia los municipios no descentralizados en salud. Las principales asignaturas deben ser que haya una corresponsabilidad en materia de alinear las agendas territoriales en torno a cómo facilitar la participación social en salud en el marco de las garantías diferenciales frente a los derechos de los grupos étnicos y campesinos. Los instrumentos de política pública como la asistencia técnica, la mesa interétnica departamental y los planes de salud pública deben estar alineados con los procesos participativos donde toman asiento los municipios y los delegados de los territorios étnicos y campesinos.

## **LÍNEA 2. ESTRATEGIAS DE BASE COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD Y EL MONITOREO DE CONDICIONES DE SALUD**

La PCS implica atender las demandas de respuesta de los servicios de salud en el lugar donde ocurren afectaciones de salud que ponen en riesgo la vida y el bienestar físico y emocional de las personas.

Lograr una PCS enérgica y sostenida demanda que los servicios de promoción y prevención estén alineados con procesos de incidencia y decisión desde y con la población de comunidades y organizaciones sociales.

Los programas de salud comunitaria deben estar en sintonía con las posibilidades reales de llevarse a cabo, y especialmente deben reconocer el potencial de ubicar recursos locales para atender problemas del lugar auscultando las necesidades en salud y propiciando respuestas de base comunitaria.

### **Acciones estratégicas:**

- **Los programas de Atención Primaria en Salud basados en Agentes comunitarios de salud (ACS) son efectivos cuando se otorgan condiciones mínimas y se hacen en comunidades desatendidas.**

Las autoridades deben desplegar la estrategia de APS con participación comunitaria como lo ordena el marco legal vigente; y en ello, se deben invertir recursos y esfuerzos para mantener una fuerza de agentes comunitarios de salud (ACS) de base territorial. La responsabilidad final de los ACS es apoyar mejoras equitativas en la salud de la comunidad a la que sirven, tanto mejorando el acceso a los servicios de salud como desarrollando la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para proteger su propia salud. Por lo tanto, los esfuerzos para fortalecer los programas de ACS deben buscar la participación de la comunidad en la planificación, el apoyo y el seguimiento de la implementación de los servicios para garantizar que los servicios sean apropiados, la cobertura de servicios de calidad sea alta y que los beneficios lleguen a quienes más los necesitan.

Se requiere administrar de manera efectiva el programa de ACS, para que -integrado con un sistema de atención primaria de salud- proporcione un vínculo crucial entre los miembros de la comunidad y el sistema de APS, proporcionando así un medio para un continuo de atención. Se debe fortalecer el potencial del ACS actuando sobre factores sociales, culturales y de gestión, que están inextricablemente vinculados con la posición de los ACS entre el sector de la salud formal y la comunidad. Fomentar el desarrollo de la confianza interpersonal, institucional y comunitaria es fundamental para que los programas de ACS sean efectivos.

Las comunidades con altos niveles de capacidad comunitaria —definida como la fuerza individual y agregada de los miembros para superar las barreras y cultivar oportunidades para mejorar el bienestar general de una comunidad y sus individuos — están asociadas con comportamientos de salud mejorados y acciones colectivas continuas para la salud. Este logro se alcanza con un

importante apoyo entre ACS y organización comunitaria. Es menester ocuparse de la estructura que soporte y administre el programa de ACS, al vincularlos a un plan de salud pública que los integre al sistema de atención en salud; lo cual le exige que deba formarlos y monitorear sus progresos, con un fuerte vínculo a la red de servicios primarios de salud. Si en vez de ello, es la autoridad propia de los gobiernos étnicos la que los vincula al territorio, entonces deben articularse con las formas propias de la organización para que cumplan sus deberes, no sin antes establecer vínculos con el plan de salud pública desde donde pueden aunar esfuerzos con el gobierno municipal.

Se trata entonces de que la autoridad municipal de salud brinde las directrices de un programa de ACS con el apoyo del ente territorial departamental, lo que a su turno debe dar paso a una lectura de adecuación local de esas orientaciones según se desprenda de las características socioculturales del territorio.

- **Formar agentes comunitarios de salud (ACS) de base comunitaria**

Estos agentes pertenecen a las comunidades y organizaciones étnicas en procesos de cuidado de la salud y fomento de procesos preventivos para contener enfermedades que exijan su manejo adecuado a los patrones alopáticos, respetando la medicina propia y los recursos de cuidado basados en cuidadores tradicionales.

El proceso formativo reconoce que los ACS son parte del talento humano en salud, lo cual exige que el gobierno municipal y departamental desarrolle cursos, diplomados y opciones semipresenciales o virtuales para capacitarlos tanto en componentes de la salud y enfermedad como en la promoción de la participación social en salud (especialmente en derechos de los usuarios y exigibilidad), tal como lo exige el marco normativo vigente. Dichos recursos humanos deben estar alineados con los procesos organizativos de las comunidades étnicas y por ende un componente que se debe fortalecer es su

capacidad para llevar procesos de salud propia, aplicación de la medicina tradicional y reconocimiento de los recursos comunitarios que pueden ayudar a prevenir o paliar los padecimientos de salud física y mental. Estos ACS también pueden tener un rol central en el acompañamiento a la telemedicina, la prescripción electrónica y el apoyo a pacientes que accedan a portales electrónicos o Apps. Potenciar su rol como navegadores del sistema de salud local, puede ayudar a la población y a los usuarios a resolver más eficientemente sus necesidades sanitarias, especialmente en relación a padecimientos crónicos y eventos agudos de alta externalidad.

- **Identificar, seleccionar y habilitar a agentes sociales y cívicos**

Los agentes sociales estimulan los procesos de comunicación, información y empoderamiento en aspectos cruciales de las comunidades apartadas. Los líderes de congregaciones religiosas, los maestros y maestras, los líderes comunitarios (parteras, junta de vecinos, ancianos), delegados de programas sociales, y agentes de organizaciones sociales de base comunitaria deben ser identificados, vinculados, entrenados y monitoreados para que sirvan como agentes de cambio especialmente en procesos de información y comunicación con las instituciones de salud (Direcciones locales, IPS, EAPB), con las que pueden generar un mejor acercamiento entre comunidad/usuarios e institucionalidad. Tales procesos pueden implicar coordinar campañas de salud, jornadas extramurales y atención programada de la prestación o aseguramiento en salud. Los procesos formativos y de monitoreo deben implicar a las direcciones territoriales de salud y a las organizaciones y gobierno étnico.

### **LÍNEA 3. MONITOREO COMUNITARIO Y PLANEACIÓN**

El monitoreo comunitario así como la planeación local en salud son herramientas de incidencia en los procesos de implementación de servicios como de toma de

decisiones que realizan los gobiernos en conexión con las comunidades cuando se activan mecanismos institucionalizados de participación.

- Estimular **ejercicios sostenibles de monitoreo comunitario**, lo que implica convocar, activar, motivar, desarrollar capacidades y permitir que la comunidad y sus representantes como organizaciones comunitarias de base, sistemas propios de gobierno, organizaciones voluntarias y representantes comunitarios, puedan recibir retroalimentación directamente sobre el funcionamiento de los servicios de salud individuales y colectivos, incluyendo y rescatando sus aportes para mejorar la planificación de los mismos. La comunidad y las organizaciones de base deben estar en capacidad de monitorear la demanda y necesidad, cobertura, acceso, calidad, efectividad, comportamiento y prestación de servicios en los puntos de atención, la posible denegación de atención y la negligencia. El proceso de seguimiento incluirá los servicios de atención extramural, los establecimientos de salud pública y el sistema de remisión de casos.

Algunos de los mecanismos en los que se debe estimular el monitoreo comunitario son:

1. Plan de Salud territorial.
2. Exigibilidad de Derechos.
3. Funciones y responsabilidades de la Dirección local de salud.
4. Servicios de Salud Pública que deben entregar las IPS en las comunidades.
5. Garantías para prestar los servicios.
6. Carta del ciudadano, en las que se consignan los compromisos del gobierno en materia de atención en salud general y diferencial.

Las siguientes actividades deben ser fortalecidas dentro del proceso de monitoreo comunitario:

- Incluir a las organizaciones comunitarias en la planificación de la salud.
  - Informar y movilizar a las comunidades sobre las disposiciones que garantizan el ejercicio del derecho a la salud.
  - Formación y fortalecimiento de la Comunidad, especialmente sus organizaciones y espacios de gobierno propio
  - Orientación y capacitación de los integrantes de los comités de salud o espacios que se le asimilen en el nivel de comunidad.
  - Orientación y capacitación a prestadores de servicios sobre monitoreo comunitario.
  - Implementar ejercicios de monitoreo a nivel de comunidades rurales y de las instalaciones donde se prestan servicios de salud (puestos de salud o lo que se le asimile como jornadas extramurales).
  - Preparación de Informes de calificaciones por cuenta del monitoreo (por ejemplo, banderas de la salud que indiquen el estado de salud y la calidad de las prestaciones).
  - Compartir tales calificaciones y experiencias a través de reuniones y audiencias públicas en diálogo con autoridades municipales de salud.
- Es de especial importancia que los gobiernos locales se interesen por generar **cartas de derechos ciudadanos** donde queden consignados los compromisos de la administración pública para garantizar el derecho humano a la salud como derecho fundamental bajo el soporte de su rol rector.

Las Cartas por ende buscan proporcionar un marco que permita a los ciudadanos saber: - ¿Qué servicios están disponibles?; - La calidad de los servicios a los que tienen derecho; y, - Los medios a través de los cuales se atenderían las quejas sobre denegación o mala calidad de los servicios.

Los objetivos deben incluir: Poner a disposición de los ciudadanos los servicios de atención médica y las instalaciones correspondientes; y, Brindar asesoramiento, tratamiento y apoyo adecuados que ayuden a resolver los problemas y padecimientos de salud en la medida de lo posible.

- **Movilización comunitaria y formación de los comités de salud:** La comunidad es el foco principal de las actividades de monitoreo comunitario. La comunidad es una entidad heterogénea, que tiene sus propias dinámicas y grupos de población. Para que el proceso de monitoreo comunitario sea un éxito. Entonces, en lugar de impulsar el proyecto desde afuera, debemos trabajar para que la comunidad se apropie del proceso y el proyecto y lo vea como esencial para el empoderamiento del pueblo y la mejora de los servicios de salud. Por lo tanto, la movilización de las comunidades es una parte importante del proyecto de monitoreo comunitario.

Deben ser **objetivos de la Movilización Comunitaria:**

1. Concientizar a las comunidades sobre sus derechos relacionados con la salud.
2. Tener una comprensión compartida de los problemas de salud de la comunidad.
3. Facilitar la formación o expansión del Comité de Salud o lo que se le asimile.
4. Buscar la apropiación sobre los servicios de salud pública.
5. Desarrollar conciencia sobre los determinantes de la salud.
6. Preparar el Perfil de Salud de la comunidad.

El **rol de los comités de salud** debe estimular metas en torno a:

- Crear conciencia pública sobre los aspectos esenciales de los programas de salud con énfasis en el conocimiento de los derechos de las personas para permitir su participación en el monitoreo.
  - Discutir y desarrollar un Plan de Salud de la comunidad basado en una evaluación de la situación y las prioridades identificadas por la comunidad.
  - Analizar las cuestiones y los problemas clave relacionados con las actividades de salud a nivel de la comunidad, dar retroalimentación sobre estos a los funcionarios pertinentes.
- Llevar a cabo una “**evaluación participativa**” para determinar los principales problemas de salud. Este mapeo también debe tener en cuenta los recursos de salud y las influencias nocivas dentro de los límites de la comunidad. El mapeo de la salud proporcionará datos para construir la **BANDERA DE LA SALUD** para comprender el perfil de salud. Estos serán información de la comunidad y sus familias (número de hogares, distribución geográfica, acceso a fuentes de agua potable, estado del saneamiento, riesgos físicos y sistema de transporte) y el patrón de morbilidad sentida. Esto implica:
- Mantener el registro sanitario de la comunidad y la bandera además del calendario de información sanitaria. El registro y la bandera de la salud colocados en la sección más frecuentada de la comunidad deben tener información sobre los servicios obligatorios, junto con los servicios realmente prestados. Del mismo modo, fechas de visita y actividades previstas a realizar durante cada visita de los funcionarios de salud se puede mostrar y monitorear por medio de un calendario de salud del pueblo. Este será el documento más importante que mantenga a la comunidad informada sobre el estado de salud y la disponibilidad de servicios de atención médica. También servirá como instrumento para la verificación y validación de datos.

- Recibir un informe bimensual de prestación de servicios de salud de los proveedores de servicios de salud durante su visita a las comunidades. Discutir estos informes y tomar las medidas apropiadas
- Tomar en consideración los problemas de la comunidad y de los proveedores de atención de salud y sugerir mecanismos para resolverlos.

#### LÍNEA 4. AFIRMACIÓN DEL MODELO DE SALUD PROPIO Y LA SALUD INTERCULTURAL

Es sobresaliente el papel que juega la medicina ancestral en el logro del bienestar físico, espiritual y mental de las comunidades étnicas, a las que se les han reconocido derechos colectivos y diferenciales que deben ser garantizados por el Estado. Se desconoce que los mecanismos reales para la implementación de un modelo intercultural de salud están basados en el reconocimiento de derechos, la participación activa y efectiva en salud y la concertación entre los actores involucrados.

El **abordaje étnico** se basa en las dinámicas propias de los pueblos y comunidades, sus posibilidades y potenciales de autodesarrollo, y sus cosmovisiones que dan sustento a lógicas y conocimientos diversos, visibles en fenómeno social y cultural identitarios y colectivos. Esto significa comprender las identidades étnicas y las diferencias culturales como algo que debe ser valorizado a la luz del reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de las sociedades, abandonando así el paradigma negador y homogeneizador predominante. Las relaciones entre culturas permiten reconocer la diversidad y la diferencia cultural, a la vez que incluir en las estructuras sociales a grupos de condiciones diferentes. La interacción entre culturas configura la interculturalidad, que va más allá de un simple contacto, expresando variados intercambios, establecidos en términos equitativos, en condiciones de igualdad. La interacción va generando una modificación de las estructuras sociales disminuyendo los conflictos entre sí, pero demandando mejores respuestas de los gobiernos en

torno de sus necesidades diferentes, pero comunes. **La interculturalidad** toma vigencia al posibilitar la interacción social entre las culturas, mediante relaciones de respeto y valoración, en condiciones de equidad e igualdad, fundamentadas en el intercambio de saberes, conocimientos y prácticas, y en el reconocimiento del otro como diferente, mas no inferior (Consultar el Plan decenal de salud pública 2022-2031).

**La salud propia** no es sino la legitimación de que las comunidades étnicas en base a su cultura y patrimonio de tradiciones cuenta con un acervo y prácticas propias que hacen del cuidado de la salud un aspecto crucial que determina sus vidas, en conexión con dimensiones espirituales, ambientales y de la realidad metafísica. Reconocer y patrocinar este tipo de salud es la base del respeto por la autonomía de los pueblos indígenas y las comunidades afrocolombianas.

**La participación en la construcción del modelo de salud propia** reconoce que los agentes, las redes, las organizaciones y las formas de gobierno propio deben estar alineadas en procura de sostener e impulsar la salud cultural como un derecho legítimo del cual se pueden prestar para armonizar sus vidas y proyectos colectivos.

Los grupos y comunidades étnicas tienen derechos especiales sustentados en el convenio 169 de 1989, la ley 12 de, y la Constitución Política de 1991. Especialmente -dice la ley- tienen derecho al territorio, a participar en las decisiones que los afectan y a tomar parte en el desarrollo de sus territorios.

Es por eso vital, el siguiente conjunto de acciones:

- **Pensar la ruralidad** como realidad diferencial y objeto de garantías institucionales. La puesta en marcha de ejercicios de participación requiere de estrategias diferenciadas entre la ruralidad y las urbes, dado que las características de sus habitantes y las condiciones en las que viven son distintas. La población rural es más dispersa que la urbana, enfrenta mayores dificultades para movilizarse y tiene menor acceso a los medios de comunicación, lo cual

dificulta su convocatoria y asistencia a ejercicios participativos. Se debe garantizar que las metodologías y recursos pedagógicos a utilizar se correspondan con las capacidades de los habitantes en cada territorio, aplicando recursos y logísticas acordes con los desplazamientos fluviales o terrestres, la distancia entre centro y periferia, y los requerimientos técnicos (incluyendo telecomunicaciones) que hagan viable desarrollar los ejercicios en los espacios participativos.

- **Promover un modelo de salud intercultural**, dejando a un lado pretensión homogeneizante de la salud desde la medicina occidental. Las políticas públicas deben ser desarrolladas desde la salud intercultural, entendida como un proceso en el que las distintas percepciones y prácticas de salud enfermedad-atención actúan desde los distintos sistemas médicos (ancestral u occidental). Se ponen en juego, se articulan y se complementan en el proceso de atención las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación de la enfermedad, el accidente y la muerte en contextos pluriétnicos. Implica, además, la integración de las prácticas culturales ancestrales, así como la incorporación de los actores tradicionales junto a promotores interculturales, el empleo de las lenguas originarias en el sistema de atención de salud y adecuaciones a las formas y prácticas de atención en salud desde lo occidental hacia lo tradicional y viceversa.
- **Un(a) promotor(a) intercultural inserto en las IPS o EAPB puede** ser una medida progresiva en este sentido. Su presencia institucional cobijada por un respaldo y voluntad de los niveles gerenciales, pasa a ser una medida de escucha y navegación de los pacientes y usuarios con identidad étnica. Apoyan el trabajo de la red asistencial, fortalecen la identidad y la organización de las comunidades afro y pueblos indígenas, brindan soporte a la relación equipo de salud/paciente; desarrollan actividades de capacitación y sensibilización del equipo de salud en materia de interculturalidad y asesoran y acompañan en procesos de derivación entre sistemas médicos.
- Promover las prácticas de cuidado de la salud desde las opciones que brindan los propios agentes naturales de cuidado que se insertan bajo el concepto de

**sabedores y sabedoras tradicionales.** Reconocer estos agentes a los cuales se suman promotores(as) de salud o auxiliares de enfermería voluntarias de comunidad y promotores(as) interculturales, es una prioridad para focalizar acciones educativas y de movilización con ellos y ellas.

- Garantizar el **diálogo intercultural** entre los agentes formales del sistema de salud (especialmente las direcciones territoriales de salud) y los representantes de los sistemas de salud propios (indígena y afro) en procura de sostener un modelo de acción sanitario que garantice el derecho a la salud bajo los preceptos culturales y ancestrales de estas comunidades.
- **Capacitación intercultural del personal de salud obligatoria**, es decir, desde el médico o médica tratante hasta quien recibe al paciente en el centro de salud o quien se encarga de ir a su domicilio para hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De acuerdo con la conformación de equipos para la atención en salud de los pueblos indígenas, se debe fomentar la implementación de **planes de formación continua dirigido a los equipos**, que incorporen de manera transversal el enfoque intercultural; en concordancia con el modelo de salud propio e intercultural de cada pueblo. En los casos donde se considere pertinente integrar en sus equipos agentes comunitarios en salud, deberán recibir formación complementaria en salud con enfoque intercultural.
- Reconocer las **prácticas de cuidado, la situación de salud, los avances en la construcción de modelos de cuidado de la salud propios** e interculturales y las necesidades de talento humano en salud para su implementación con la participación de las Autoridades Indígenas y los Sabedores Tradicionales.
- **Medidas progresivas** como: Empleo de la lengua indígena local, oficinas interculturales, señalética cultural, arquitectura concertada, alimentación tradicional, albergues comunitarios, diálogos respetuosos con médicos o sabedores y sabedoras tradicionales, empleo de plantas tradicionales, atención

humanizada e intercultural del parto, equipamiento con elementos locales, horarios flexibles y facilidad de apoyo espiritual y acompañamiento religioso.

- **Reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional o ancestral.** Se deben tomar las medidas pertinentes para garantizar el reconocimiento y protección de los conocimientos colectivos, recursos y sabiduría de la medicina tradicional o ancestral, respetando el ejercicio de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos. Propiciando que la implementación de políticas, estrategias, planes y programas se desarrollen con la participación de los propios pueblos.
- **Desarrollo de servicios de salud con pertinencia cultural y articulación entre sistemas médicos.** realizarán las acciones pertinentes para ofrecer servicios de salud integrales y de calidad con pertinencia cultural, que aseguren acceso y cobertura; que incluyan procedimientos, guías, protocolos, normas y reglamentos; así como facilitadores interculturales, ajustes de horarios, señalización, materiales y diseños arquitectónicos que respondan a la realidad cultural de las poblaciones.
- El personal de salud deberá respetar los sistemas médicos tradicionales o ancestrales, el desarrollo de modelos de atención propios y buscarán articular los servicios con la práctica de la medicina tradicional o ancestral y otros sin pretender integrar las medicinas y sus nosologías; permitiendo así dar respuesta a las necesidades de los pueblos en su contexto cultural y en el territorio que habitan. Deberán garantizar que la gestión en salud intercultural tenga base en la consulta y participación a través del diálogo intercultural con los pueblos, considerando sus propias dinámicas de organización y participación comunitaria en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes y programas adecuados.
- Garantizar la aplicación de la consulta previa como derecho de consulta y participación de los pueblos indígenas y tribales. La consulta previa puede ser definida como un mecanismo de diálogo intercultural entre el Estado y los pueblos

indígenas, mediante el cual se les informa de forma clara, precisa, de buena fe y según sus tradiciones, sobre el impacto que un determinado proyecto de desarrollo pueda tener sobre su territorio, y respecto de otras decisiones legislativas o administrativas de alcance general susceptibles de afectar sus intereses. Con la consulta previa se debe alentar un proceso de participación diferenciada, para que los pueblos indígenas puedan expresar sus puntos de vista e influenciar la toma de decisión con relación a un proyecto específico o una decisión estatal de alcance general, como leyes y actos administrativos, incluyendo la salud.

## **LÍNEA 5. EL TERRITORIO RURAL, LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA SALUD Y LA PAZ EN MUNICIPIOS AFECTADOS POR EL CONFLICTO ARMADO Y EN POSTCONFLICTO**

Los mecanismos de participación en el posconflicto materializan en cierto grado las necesidades de autonomía e inclusión que se requieren para la planeación del desarrollo en un país diverso. Por una parte, atienden a la necesidad de crear espacios de deliberación y decisión política en el territorio, ampliando las oportunidades de planeación de los ciudadanos y las entidades públicas locales, y reduciendo en cierto grado la injerencia excesiva de los poderes centrales. En este sentido, permiten construir el desarrollo territorial desde abajo, mediante la formulación ciudadana de planes y programas que toman en cuenta las necesidades, intereses y fortalezas de los actores locales, y que serán posteriormente -en lo posible- aprobados y ejecutados por entidades u organismos locales obligados a rendir cuentas. Y, por otra parte, los procesos favorecen la inclusión de (casi) todos los sectores sociales, particularmente de los sectores económicos, cuyo conocimiento del mercado y las oportunidades productivas locales pueden favorecer la adopción de planes de desarrollo exitosos.

El mejor ejemplo de todo esto es quizá la implementación de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), previstos en el punto 1 del Acuerdo, cuya finalidad es “lograr la transformación estructural del campo y el ámbito rural,

y un relacionamiento equitativo entre el campo y la ciudad” (punto 1.2.1). En la primera etapa, los PDET se están implementando en diecisiete territorios golpeados por la pobreza, el conflicto armado, la debilidad institucional y el narcotráfico (Decreto 893 de 2017). Además, están fundados en un modelo participativo y territorial de planeación. Por una parte, los representantes de diversos sectores sociales pudieron intervenir en las etapas de construcción, implementación y seguimiento de los PDET a través de mecanismos creados por entidades estatales, y los grupos étnicos pudieron hacerlo -además- a través de un “mecanismo especial de consulta para su implementación, con el fin de incorporar la perspectiva étnica y cultural en el enfoque territorial”.

Es por ello esencial este conjunto de acciones:

- **Mantener vivo el enfoque de “Paz Territorial” resaltando su carácter participativo.** Hablar de paz territorial, enfatizar en lo “territorial”, evidencia una grave falla estructural que Colombia ha sufrido durante toda su existencia: un centralismo agudo que ha ocasionado muchos de nuestros problemas, entre estos varios conflictos violentos. De ahí que se deben invertir esfuerzos en procura de la paz territorial. Las propuestas de paz territorial en municipios PDET deben recoger: iniciativas de participación pública (incluyendo la salud como eje de desarrollo) que vinculen a organizaciones y tejido social de las comunidades étnicas; recursos culturales disponibles que son propicios para la paz como los agentes culturales y los y las sabedoras ancestrales; y los procesos de trabajo en redes informales que son baluarte para la construcción de una salud propia.
- **Planear el territorio y territorializar la salud en los lugares rurales.** Tiene sentido que la ruralidad donde se asientan negros, campesinos e indígenas sea la base territorial de los procesos de paz y desarrollo de la salud. Los programas de desarrollo y paz (PDP) y los procesos de planeación concertación impulsados en el posconflicto deben ser potenciados como escenarios de concertación donde la salud como derecho haya sido considerada una prioridad. La salud debe ser incorporada como un asunto que cubra el territorio, concibiéndola desde otros

referentes como la vida, el agua o la sostenibilidad, que logren recoger las visiones y posturas políticas de los actores locales sobre su territorio. Se insta a las alcaldías y gobernaciones a que realicen procesos de asistencia donde consideren estos elementos en el contexto de construcción de paz y desarrollo territorial.

Es fundamental en este propósito, fortalecer las capacidades de actores claves del territorio (alcaldías, consejos municipales, consejos de planeación y organizaciones sociales de base) para comprender las dinámicas territoriales e incidir en los procesos de planeación territorial. Es esencial que los mecanismos estén orientados a producir resultados concretos, de manera que los ciudadanos valoren no solo la importancia y el respeto hacia sus necesidades e intereses tienen las instituciones, sino también el valor del mecanismo como instrumento para la generación de bienestar individual y comunitario. En este sentido, la efectividad de los mecanismos de participación ciudadana no puede medirse con base en criterios puramente formales, tales como la creación de las instancias a nivel territorial, las reuniones periódicas. Fuera de estos aspectos formales, también es fundamental que los mecanismos estén orientados a la implementación exitosa de las políticas públicas y al logro de los objetivos propuestos.

## **LÍNEA 6. GARANTÍAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y DE BASE COMUNITARIA**

En general se asume que la participación se hace convocando a líderes y organizaciones comunitarias; pero no se advierte que estas organizaciones deben tener unas garantías para ejercer libremente su derecho de participación.

La PCS no es un asunto libre de riesgos entre las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, por cuanto se ven amenazadas la integridad de los procesos y de las personas que los impulsan. Es por esto, que se hace necesaria una acción estatal que -comprometida con sus instrumentos de política- pueda respaldar a las

organizaciones sociales y de base comunitaria para que puedan ejercer el derecho a la participación. Esto está en coherencia con lo dispuesto por el estatuto de participación democrática de 2015, y exige de los gobiernos una serie de medidas que ayuden a institucionalizar la participación como derecho de los ciudadanos y sus organizaciones, y deber constitucional del estado.

### **Acciones recomendadas:**

- **Derechos y garantías de reconocimiento y respeto de la autonomía.** Estas garantías apuntan al reconocimiento de las organizaciones sociales como sujetos autónomos, interlocutores legítimos y legales del Estado, representantes de intereses, con derecho a participar y a ejercer acciones de incidencia, control y movilización social en temas sensibles de salud.

Esto implica:

- Reconocer los diferentes espacios de participación, institucionales y no institucionales, como escenarios legítimos de participación a nivel comunitario, municipal, distrital, departamental y nacional.
- Valorar los saberes ancestrales de los pueblos étnicos así como las experiencias y trayectorias de sus organizaciones en procura de la promoción y mantenimiento de la salud.
- Reconocer a las organizaciones sociales especialmente a las organizaciones de víctimas de conflicto armado como actores fundamentales de la verdad, la convivencia y la salud.
- Reconocerá los campesinos y campesinas como sujetos de especial protección y en particular las garantías materiales para ejercer su derecho a la participación activa en la planificación, ejecución y control de políticas, planes, proyectos y asuntos que afecten su vida y el ordenamiento del territorio.

- Reconocimiento de la autonomía de las organizaciones haciendo que el estado y los corresponsables aborden a las organizaciones con respeto, para que se logre el ejercicio efectivo de la participación comunitaria en salud.

El Estado en los municipios por tanto, debe implementar medidas para respetar:

- Las diversas formas de articulación que las organizaciones sociales decidan asumir para el ejercicio de la participación.
- La elección de sus propios dignatarios y de sus representantes a los espacios de participación.
- Las formas propias de gobierno en los territorios configurados como autónomos y colectivos, tales como resguardos indígenas, consejos comunitarios, etc.
- **Derechos y garantías de acceso.** Aluden al acceso a los espacios de participación ciudadana, a la información pública, a los medios de comunicación públicos y privados; la eliminación de barreras para la participación.

Los espacios de participación ciudadana deben ser escenarios de representación democrática, cuya reglamentación asegurará procedimientos de convocatoria amplia, pública y abierta, postulación autónoma de candidaturas y elección democrática de sus representantes por parte de las organizaciones sociales.

El gobierno y los corresponsables del servicio público de la salud deberán aplicar un enfoque diferencial en la conformación de los espacios de participación, para lo cual aportarán los recursos necesarios para eliminar las barreras físicas, económicas, institucionales, operativas y legales para el acceso a ellos. El gobierno departamental y municipal concertará con las y los interesados los protocolos necesarios para hacer efectiva esta garantía. Adicionalmente, deberá formar a los servidores públicos en el enfoque diferencial y de género, para propiciar la participación de poblaciones históricamente discriminadas.

- **Derechos y garantías para el fortalecimiento de las organizaciones sociales.**

Son los derechos de las organizaciones sociales a registrarse oficialmente, a recibir apoyo para su fortalecimiento y a empoderarse en el marco de la promoción de la salud y la gestión socio comunitaria.

Las organizaciones sociales tienen derecho a recibir apoyo para fortalecer su rol participativo, lo cual incluye apoyos financieros, recursos para la formación política, e incentivos.

- **Derechos y garantías para la promoción de las organizaciones sociales.**

Estas buscan el fomento, la conformación y el desarrollo de las organizaciones sociales, y que sean reconocidos y promovidos públicamente como actores fundamentales de la democracia y la construcción de paz, reconciliación y convivencia.

La obligación de las autoridades debe ser impulsar acciones que promuevan y valoren públicamente a las organizaciones sociales, mediante campañas masivas que difundan el derecho de asociación, de modo que se reduzcan los niveles de estigmatización y de exclusión política y cultural.

- **Derechos y garantías para ampliar la incidencia de las organizaciones sociales.**

Esta categoría se refiere a los derechos de las organizaciones sociales a que sus propuestas presentadas en instancias de participación sean valoradas y respondidas por las autoridades; a que se establezcan espacios y agendas permanentes de diálogo social; a exigir seguimiento y cumplimiento de los compromisos, a ser consultados sobre los asuntos que los afectan y conciernen; a activar los mecanismos de participación ciudadana en el nivel municipal; a participar en el ciclo de proyectos y en ejercicios de presupuestación participativa; a ejercer la veeduría social; a que las instancias y las iniciativas sociales y autónomas de planeación del desarrollo sean reconocidas y formen parte de los diferentes procesos de planeación institucionales.

## LÍNEA 7 : REPRESENTACIÓN Y LEGITIMIDAD DE LOS PARTICIPANTES

**Garantizar la legitimidad de todas las partes, incluidos los técnicos, los interesados y los representantes de las organizaciones y las comunidades, de modo que se brinde legitimidad al proceso participativo**

La credibilidad de un espacio participativo está estrechamente interrelacionada con la legitimidad, lo que nos lleva al punto de la representación y la representatividad. Con frecuencia las partes interesadas tienen autopercepciones muy diversas de su propia legitimidad y representatividad. En general, el gobierno, los expertos y los profesionales de la salud tienden a cuestionar principalmente la representatividad de los legos y la sociedad civil basándose en argumentos de representatividad estadística y una búsqueda de “expertos comunitarios” que suele ser ficticia y acomodada. Los miembros de la población, las comunidades y la sociedad civil a menudo ven sus puntos de vista y experiencias individuales como legítimos en sí mismos, que vale la pena mencionar y discutir para beneficiar el interés colectivo más amplio.

Una fuente de poder es claramente la legitimidad que un participante pueda tener, o que se perciba que tiene, a través de su representatividad de un grupo, circunscripción o comunidad. Algunas partes interesadas pueden tener su experiencia (p. ej., académicos, profesionales de la salud) o cargos gubernamentales (p. ej., funcionarios de la Dirección Territorial de Salud) para legitimar su presencia y contribución en los espacios participativos. Para los participantes legos o las organizaciones de la sociedad civil, por lo general no es tan sencillo. A menudo dependen de la representación de un grupo, comunidad o idea como su principal fuente de legitimidad y, por lo tanto, de poder e influencia.

Por ende, es importante un conjunto de acciones donde:

- El gobierno o los servicios de salud convoquen con la transparencia debida a los representantes de comunidad y organizaciones de base, a fin de que

haya claridad sobre los objetivos de la convocatoria, ojalá fundada en informes o datos claros y consistentes;

- Se establezcan parámetros de a quién convocar y para qué; de modo que se delimite el alcance de la participación en función de qué se busca y con quiénes se garantiza mejor un proceso participativo, pues consultar es diferente a decidir (por ejemplo, sobre un presupuesto).
- Desde la perspectiva del gobierno, uno de los objetivos de un espacio participativo debe ser obtener y comprender puntos de vista "representativos". Las razones que se esgrimen según los tomadores de decisiones deben valorar 'singularidad' representativa, que es lo que se busca en la diversidad, con lo que deviene una obligación estatal de promover este enfoque sin que medien desviaciones sobre valorar la voz de los diferentes, especialmente los minoritariamente representados.
- Los formuladores de políticas deben invitar a los participantes a dialogar a un espacio participativo para obtener sus puntos de vista ya sea que represente: una comunidad donde estos representantes tienen interacciones regulares con personas de ese territorio, y se debe escuchar su voz; una organización que representa a una comunidad ya que se quiere escuchar la experiencia o punto de vista que se considera potencialmente característico o tipo de esa comunidad; o, una idea o una perspectiva basada en conocimientos técnico de quienes representan a una comunidad.
- Para lograr una mayor legitimidad es necesario ser explícito sobre la representación. Es decir, especificar la representación y la contribución esperada de cada participante. Para lo cual el público objetivo debe tener claro por qué se necesita la presencia de cada participante, frente a lo cual debe quedar claro el objetivo del proceso participativo.

**Integrar a los/as representantes comunitarios exige reconocer sus experticias, capacidades y tradiciones**

- El gobierno debe insistir en buscar personas o representantes de las comunidades con expertismo social y cultural. Conviene entonces que se convoque a expertos y personas y organizaciones común y corriente para lograr una mezcla en la participación. La experiencia de los representantes comunitarios es y debería ser mejor reconocida como una fuente de legitimidad. Por lo tanto, debe hacerse un esfuerzo en sumar esos expertos experienciales, que están entre líderes y personas de a pie.
- “No dejar a nadie atrás” es (debería ser) un principio subyacente clave de las políticas de salud. En general los procesos de selección de participantes que se enfocan en la representatividad cualitativa tienden a ser más exitosos en traer voces diversas. Traer voces variadas y marginadas significa dar más peso a sus puntos de vista en relación con los puntos de vista de la mayoría, abandonando así el principio básico de representación cuantitativa.

### **Entender y atender la población y organizaciones de la comunidad para que puedan asumir diferentes roles en los espacios participativos**

- Hay al menos tres públicos que se deben saber mezclar en las invitaciones de participación. El público abierto o lego; el público afectado pueden ser cuidadores, familiares o miembros de la comunidad que viven en un lugar determinado (su conocimiento vivencial es lo que se busca); y los grupos organizados son los más heterogéneos ya que pueden comprender grupos de interés, defensores, organizaciones no gubernamentales que representan un tema o subgrupo de población, una organización comunitaria, etc. El punto principal aquí es que los organizadores de espacios participativos deben saber cómo atraer y hacer participar a representantes de este público en función del tema o problema de salud a resolver.

- La participación de la sociedad civil involucra en la mayoría de los casos a voluntarios que toman tiempo y recursos de su trabajo diario normal o deberes de participación. Como primer paso, esto debe reconocerse, incluidas las consecuencias que esto puede tener sobre la representatividad, en concreto el gobierno debe saber bajo qué condiciones se invitan a participar. No se debe olvidar que la dependencia excesiva de voluntarios tiende a excluir a los pobres, la clase trabajadora (cuyo costo de oportunidad de participar es alto), los padres y madres solteras (que tienen poco tiempo), los grupos minoritarios (falta de motivación o comprensión).

**Integrar a los grupos marginados, comunidades étnicas y sus representantes delegados por sus autoridades autóctonas.**

- Se debe incentivar la participación de representantes privilegiados (funcionarios, algunas ONG) y contrapesarla con invitados delegados de aquellos con menos recursos y poder. Se debe hacer el intento constante de crear un campo de juego nivelado; y una forma de hacerlo es revisar regularmente quién no está en los espacios participativos y encontrar formas de llegar a esos grupos. No hacerlo podría dar lugar a una falsa sensación de inclusividad en la que las opiniones de algunos públicos son eliminadas. Los esfuerzos a corto plazo incluyen grupos de consulta homogéneos, donde pueden sentirse más cómodos entre 'iguales', yendo físicamente a donde se encuentran dichos grupos para escucharlos en su propio entorno y/o buscándolos en su lugar de trabajo o durante sus actividades cotidianas con el fin de superar la barrera de agendas copadas por labores y obligaciones propias. Es especialmente importante acompañar a las comunidades donde hay autoridades autóctonas, mediante reuniones locales que las convoquen para escuchar sus intereses.

**La transparencia y la formulación clara de roles brindan a los participantes la legitimidad para estar en los espacios y justificar sus contribuciones.**

- Se debe garantizar la transparencia de la información cuando se convoca a espacios participativos, especialmente porque cualquier distorsión podría dar al traste con estos esfuerzos. La falta de términos de referencia explícitos y la ambigüedad resultante en la función de los participantes genera confusión en las tareas y preocupaciones sobre la representatividad. No se debe olvidar que los funcionarios del sector salud deben tener claro a quiénes convocan y cuáles son los roles que la población debe asumir en los espacios participativos.
- Establecer explícitamente los roles representativos proporciona un punto de partida para negociar y adaptar esos roles según las necesidades de la comunidad. Cabe resaltar que con frecuencia los funcionarios del sector salud dialogan con autoridades comunitarias que tienen un rol superior al de ellos en virtud de la autoridad y del marco legal que protege a las comunidades étnicas, y ellos desconocen ese alcance y se cometen errores respecto a cómo facilitar la participación, tomando en cuenta el grado de poder que tienen las comunidades.

### **Preparar a los participantes con información equilibrada y objetiva**

- La preparación del público general, los grupos comunitarios y la sociedad civil es un prerrequisito crítico para un proceso participativo eficaz. Mediante el suministro de información objetiva equilibrada antes y, en algunos casos, durante el evento, los participantes tienen la posibilidad de obtener una buena comprensión del tema y emitir juicios informados basados en evidencia, asumiendo así legítimamente su función de representación.
- Se puede preparar a los participantes ofreciéndoles aclarar ciertos problemas antes de algún proceso deliberativo o de consulta más formal. El objetivo entonces no es solo hacer que los participantes se sientan más cómodos y confiados para hablar o sentirse en un ambiente no

amenazador, sino también fomentar una perspectiva y experiencia más pública.

### Capacidades pertinentes frente a la representación

Las capacidades de la población, las comunidades y la sociedad civil influyen en su habilidad para representar legítimamente a su comunidad. Las capacidades de los representantes del proceso participativo pueden apoyar o validar su rol de representación para tener y/o ser percibidos con un nivel máximo de legitimidad en los espacios participativos. Por ello, los responsables de promover la participación comunitaria en salud deben observar estas recomendaciones:

- **Capacidad para hablar en nombre de una comunidad o de una organización y representar puntos de vista colectivos.** Cuando se busca un representante de este tipo es importante demostrar que conoce a su comunidad y a sus representados, y con estos elementos y conocimientos transmitir esas posiciones que dan cuenta de los intereses que representan. Si esto se da, es más probable que otros participantes incluidos los cuadros gubernamentales consideren estas contribuciones como válidas y puedan entonces influenciar una nivelación gradual del campo de juego que es el espacio participativo.
- **El conocimiento técnico y la capacidad de comunicar las necesidades de la comunidad es un asunto que debe impulsar el gobierno.** Se trata de que los representantes de la comunidad y las organizaciones puedan incorporar su evidencia experiencial de terreno entre las discusiones y objetivos más amplios del sistema de salud cuando se comunican y abogan con los tomadores de decisiones y los prestadores de servicios de salud. Dicho de otra manera, los representantes del gobierno deben facilitar que la comunidad exprese sus experiencias, comunicarlas como evidencia, e integrarlas en el diálogo con los tomadores de decisiones.

- Es importante tomar en cuenta que algunos grupos de la comunidad u organizaciones o autoridades propias puedan tener un conocimiento técnico elevado en ciertos temas de salud y eso pueda generar cierta brecha en el diálogo con las autoridades institucionales. Para ello, es necesario equilibrar las miradas y los puntos de vista haciendo uso de una buena capacidad de comunicación y desprendiéndose de algunas prerrogativas o intereses que impidan un ejercicio fluido de concertación.
- El objetivo de la creación de capacidad (dirigida por el gobierno) en este ámbito es aumentar los conocimientos técnicos sobre temas de salud, así como las habilidades relacionadas, como leer y escribir, alfabetización en Internet, habilidades lingüísticas, etc., con el objetivo de que la sociedad civil esté en igualdad de condiciones con los expertos y los cuadros del gobierno.

Los gobiernos deben reconocer la representatividad y la legitimidad de un espacio participativo, para lo que se necesitan habilidades técnicas y de comunicación sólidas.

- Es necesario desarrollar la capacidad del Gobierno para garantizar la representatividad y disipar las tensiones entre los diferentes participantes. Hay que superar la desconfianza de los servidores públicos con respecto a los actores no estatales, en quienes no encuentran un actor calificado; lo cual exige capacitación previa y dar claridad acerca de los objetivos de la participación.
- Las capacidades gubernamentales incluyen: (1) la disposición del Gobierno a la interacción con la población y la comunidad, lo que aumenta sus habilidades y destrezas; (2) asignar tiempos y recursos para los equipos del Gobierno que participan de estos espacios.

## LÍNEA 8. CAPACIDADES PARA UNA PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA

### Empoderando a la gente se mejora la salud

Los gobiernos requieren capacidades específicas para comprender el valor agregado de participar en la participación social y trabajar de manera proactiva en colaboración con una amplia gama de partes interesadas de una manera que sea beneficiosa para su negocio principal de formulación de políticas.

Para el objetivo de garantizar la igualdad de condiciones, el concepto de empoderamiento es fundamental, especialmente con respecto a la participación igualitaria. El empoderamiento es un proceso de acción social que crea en las personas, organizaciones y comunidades un sentido de confianza para emprender acciones hacia objetivos colectivos. El empoderamiento posibilita la acción de ser parte y/o influir en las decisiones que afectan a los empoderados.

Se deben entonces cristalizar dos componentes principales del empoderamiento: Uno, el empoderamiento gerencial que se basa ampliamente en la idea de que es necesario mejorar las habilidades técnicas de los equipos de gobierno y de las instituciones; y dos, el empoderamiento cívico que se refiere a las capacidades que se necesitan para abordar las necesidades sociales y comunitarias.

Se recomienda las siguientes acciones:

#### Habilidades técnicas

- Los gobiernos deben desplegar los métodos y herramientas apropiadas para la promoción de la participación, así como diseñar los procesos más apropiados, lo cual depende de los actores involucrados, el contexto y el contenido del espacio participativo. Esto es esencial para que los procesos y los métodos coincidan con los antecedentes, las habilidades y las capacidades de los involucrados de modo que sus voces estén en pie de igualdad.

Por ende, se debe recuperar y valorar el conocimiento experiencial de las comunidades tanto como el conocimiento técnico, sobre todo porque el primero garantizará la apropiación de las medidas que se diseñen para intervenir problemas de salud.

- Los gobiernos harían bien en aprender cómo simplificar su lenguaje cuando interactúan con las poblaciones que no son hábiles en conocimientos técnicos, a fin de encontrar puntos en común. Esto implica las siguientes recomendaciones:
  - Los temas técnicos deben relacionarse con la vida de las personas;
  - Se debe evitar la jerga técnica;
  - Los detalles técnicos necesarios para participar deben proporcionarse y ser fácilmente accesibles;
  - Es necesario abordar las barreras prácticas a la participación (acceso a Internet, tiempo de viaje, costo de oportunidad de la participación);
  - Se debe valorar la experiencia personal (conocimiento experiencial) y no solo la evidencia técnica.
  
- Las **oportunidades de aprender haciendo** deben estimarse en términos de potencial para crear capacidades. El desarrollo de capacidades ocurre al mismo tiempo que el proceso de participación. Entonces se deben propiciar entornos que estimulen la práctica de participación a partir de las propias experiencias locales donde se vinculan personas y organizaciones comunitarias. Será siempre importante que los gobiernos y direcciones de salud se vinculen a los procesos de participación comunitaria en salud, de lo cual surgen oportunidades para acompañar técnicamente y para respaldar iniciativas de base comunitaria.

### **Habilidades de reconocimiento**

- La capacidad de reconocer que la participación en los procesos de planificación y formulación de políticas es una posibilidad que puede ser beneficiosa para los objetivos propios, es una habilidad fundamental para un compromiso participativo significativo. Esto además está ligado a que el reconocimiento es un asunto de obligación legal para facilitar la participación en salud.

El reconocimiento se relaciona con la capacidad de ser asertivo y enfático con respecto a las necesidades y puntos de vista percibidos. Así, el reconocimiento incluye aspectos como ser críticamente consciente de lo que sucede en su entorno, comprender la importancia de la responsabilidad pública y percibir lo que podría ser mejor para uno mismo y para la comunidad.

- Se necesitan capacidades para que los gobiernos comprendan el valor agregado de la participación y garanticen que se mejore la alfabetización de la participación para un compromiso igualitario tanto en la sociedad civil como en las instituciones gubernamentales. Los gobiernos que se toman en serio asegurar una participación social significativa y sostenible deben: (a) ser capaces de reconocer que la participación es esencial para la planificación y la formulación de políticas de salud, y (b) estar dispuestos a crear espacios equitativos para la participación basada en la rendición de cuentas del gobierno a la población. Esto implica construir un entorno de confianza para todos los involucrados y comprender las relaciones de poder y su impacto en los procesos participativos.
- Además de los funcionarios de alto nivel que valoran las ganancias políticas de apoyar la participación, todo el personal de niveles medios e inferiores debe comprender las ideas y fines de la participación social sobre todo aquellos que manejan programas y presupuestos. Se deben invertir recursos y tiempo en esfuerzos hacia la aceptación interna de los procesos participativos en las instituciones gubernamentales de prestación de servicios y administradoras de seguros de salud.

- En este propósito se debe convocar a grupos seleccionados y focalizados para evitar las barreras jerárquicas, como por ejemplo foros para mujeres, espacios para trabajo con grupos de población indígena, etc. Consultar directamente en los entornos familiares de las personas (escuelas, centros religiosos, centros de salud, centros de recreación comunitarios, casetas comunales, centros deportivos, etc.) para evitar la naturaleza desalentadora de los entornos de reuniones oficiales (como edificios gubernamentales, escenarios donde normalmente se espera un lenguaje más formal).
- Invertir tiempo en comprender las jerarquías, tomar conciencia de sus consecuencias en términos de participación y abordar las barreras que se derivan de ellas están ciertamente dentro del ámbito de lo que debe hacer un organismo gubernamental que gestione un proceso participativo, pero ampliando las habilidades, la capacitación y el apoyo necesario para lograrlo. Es importante que las autoridades reconozcan y comprendan el poder y la legitimidad que tienen las autoridades propias es decir los cabildos y los consejos comunitarios a propósito de la gobernabilidad que ellos tienen en sus territorios, de modo que el diálogo entre autoridades autóctonas y autoridades institucionales del Estado sea fluido y que se reconozcan los límites de una y otra, pero especialmente las posibilidades de sinergia a fin de intervenir los problemas de salud local.

### **Habilidades de Comunicación**

- La capacidad de escuchar es un aspecto central de la capacidad de comunicarse e intercambiar información. Aceptar puntos de vista contrarios en los debates, asumir responsabilidades y adaptar la comunicación para diferentes audiencias son capacidades de comunicación que están estrechamente relacionadas con el reconocimiento y las habilidades técnicas necesarias para apoyar la formulación de argumentos. Para las comunidades remotas este es un recurso muy valioso, pues en general la comunicación con ellas es bastante difícil y se espera que los servicios de salud y los gobiernos puedan implementar herramientas sociales y tecnológicas que permitan recoger las percepciones y las evaluaciones de la

comunidad para integrarlas en la evaluación de los servicios y en la planificación de la salud; podrían servir entonces las grabaciones de audio o las comunicaciones vía internet o vía dispositivos de comunicación inteligente para escuchar las voces de las comunidades.

- Interactuar con los medios de comunicación masiva o con los medios locales es una parte relevante de la capacidad de comunicación ya que puede ser un desafío para la sociedad civil así como para los gobiernos. Por eso es importante utilizar las emisoras locales o las radios disponibles a fin de emitir mensajes o generar espacios de diálogo entre autoridades y comunidades y viceversa.
- Vinculado a esto está la capacidad de los actores gubernamentales para traducir y comunicar temas y conceptos abstractos del sistema de salud en problemas de la vida real concretos y relacionados. Por lo tanto, los gobiernos requieren capacidades no solo para “escuchar” mensajes en lenguaje coloquial y destilar de ellos lo que es relevante para la política, sino también para transmitir mensajes en un lenguaje más simple a diferentes audiencias a través de plataformas participativas para orientar la discusión y el debate hacia opciones de política viables.
- Ciertas capacidades pueden ser especialmente estimuladas entre las organizaciones de la sociedad civil (formales, semiformales), como la capacidad de formular su misión, objetivos estratégicos y motivar a las personas y organizaciones a participar en el logro de estos objetivos. Además, la capacidad de traducir las preocupaciones de salud locales en actividades de promoción puede ser muy relevante para las organizaciones de base. Las capacidades administrativas, principalmente relacionadas con el funcionamiento organizacional y el financiamiento, son necesarias para negociar con el gobierno y los servicios de salud.
- La capacidad del gobierno para simplificar los aspectos técnicos y percibir los problemas técnicos desde la perspectiva de la población es especialmente

importante en la preparación de información de antecedentes para los procesos participativos. Simplificar problemas complejos manteniendo un matiz relevante no es una tarea fácil y puede requerir varias rondas de pruebas para garantizar el mensaje correcto para el público objetivo correcto.

- Se deben crear espacios de participación para mejorar la comunicación. Esencialmente, ofrecer espacios de participación adecuados, por ejemplo, a través de reuniones específicas para escuchar a la sociedad civil, asientos en juntas y consejos, institucionalizar consultas a nivel comunitario durante los procesos de políticas, etc., es uno de los esfuerzos más importantes que puede hacer el gobierno. La exposición que ofrecen estos espacios permite el desarrollo de capacidades de aprender haciendo, además de profundizar en la comprensión de los diferentes puntos de vista, ya sea que se llegue a un acuerdo o no. Las capacidades que se construyen interactuando repetidamente entre sí están tanto del lado del gobierno como de la sociedad civil.
- Algunos aspectos de la comunicación (por ejemplo, la formulación de argumentos, la negociación) se pueden aprender a través de una capacitación estructurada, pero esos esfuerzos son más efectivos cuando las barreras socioeconómicas (por ejemplo, la comunicación con las jerarquías) relacionadas con el reconocimiento son reconocidas y tomadas en cuenta por quienes organizan el desarrollo de capacidades.
- Superar desafíos estructurales: **(a)** Incapacidad para invertir tiempo o recursos en actividades participativas o de desarrollo de capacidades; lo cual incluye costos para el transporte, el cuidado de los niños, permiso de trabajo, logística para las reuniones. El gobierno debe invertir recursos adecuados superando el riesgo de que otros grupos con tiempo y financiación desplacen la voz de los que tienen barreras para llegar a los espacios. **(b)** Jerarquías socioculturales que impiden el uso y la creación de capacidades; implica que las autoridades de las alcaldías puedan entenderse con las autoridades autóctonas sin que medie la confrontación o la queja. Lograr la igualdad de condiciones requiere una buena dosis de

voluntad del Gobierno que exige reconocer la apertura general hacia la comunidad y las organizaciones sociales.

- El éxito de la creación de capacidad depende de la medida en que las nuevas habilidades, competencias y conocimientos entren en la vida cotidiana de las personas y sean relevantes para sus necesidades contextuales. Por ello es imperante que los gobiernos tengan la sensibilidad para detectar las oportunidades de desarrollo y poder articular mejor las iniciativas de participación a aquellas demandas de desarrollo social que hacen las comunidades. La salud no siempre está relacionada con padecimientos sino con determinantes de mayor fuerza como la afectación del medio ambiente (por ejemplo), lo cual exige hacer una lectura de oportunidad para integrar ese contexto local a las demandas de participación social en salud, de modo que se pueda correlacionar los canales de participación con las necesidades medioambientales.

## **LÍNEA 9. DEL COMPROMISO A LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD**

### **Adopción política de los resultados del espacio participativo**

Desde la perspectiva de los involucrados responsables de las políticas, la adopción de políticas no es necesariamente la prioridad ni el objetivo del proceso participativo, pero de hecho puede ser un objetivo de la participación pública en general. Pasar del espacio de consulta o deliberación a la toma de decisiones implica una cultura de participación con la que se espera aumentar la probabilidad de que los aportes de la participación pública se traduzcan en políticas. Surgen dos preguntas: ¿Cómo se puede fomentar una cultura de participación? y ¿Hasta qué punto los procesos participativos en salud se traducen en decisiones políticas?. Enseguida se formulan una serie de acciones recomendadas (World Health Organization, 2021).

### **Voluntad y compromiso político**

- La voluntad política y el compromiso del tomador de decisiones aumenta la integración de la voz pública en las políticas. El éxito de las iniciativas de participación pública depende en gran medida del compromiso y la autoridad de los líderes políticos. Como tal, generar un compromiso político genuino es muy importante para lograr la influencia pública en las decisiones políticas. El nivel de autoridad gubernamental desempeña un papel fundamental, tanto en términos de compromiso gubernamental de alto nivel como de apropiación por parte de los responsables de la toma de decisiones dentro de las instituciones gubernamentales que controlan los presupuestos e influyen en el contenido de las políticas de salud (a menudo, administradores a nivel de director, cuadros medios de gobierno y/o funcionarios de carrera).
- Hay necesidad de vincular el proceso participativo con la entidad de toma de decisiones correcta que tiene jurisdicción sobre el tema en cuestión y tiene la autoridad para actuar sobre los resultados pensados. Los formuladores de políticas de alto nivel pueden estar más dispuestos a respaldar aportes basados en la participación si se los percibe como representativos de las personas y/o grupos de población que intentan cambios en salud.
- Se puede distinguir entre dos enfoques diferentes de los tomadores de decisiones para la participación y los procesos participativos en salud: uno que tiene el objetivo principal de mejorar la prestación de servicios de salud; y otro que tiene el objetivo principal de garantizar la buena gobernanza del sector de la salud, que se centra más en escuchar y capturar la voz de las personas para establecer un sistema de salud responsable y receptivo. Naturalmente, los dos enfoques se superponen en la práctica, ya que gran parte de la voz de la población que se captará en relación con la salud estará estrechamente vinculada a la disponibilidad y calidad del servicio de salud. El enfoque de gobernanza tiene el interés explícito de tener un flujo de comunicación bidireccional, siendo de particular interés el flujo de personas hacia las autoridades de salud.

- El concepto de espacios 'invitados versus reclamados' se pueden ver en la realidad local, siendo los primeros espacios donde el gobierno o aquellos con poder de decisión están invitando. Los últimos, los 'espacios reclamados', se refieren a espacios creados por la sociedad civil que no necesariamente (pero ciertamente pueden) influir en la política. Los espacios 'reclamados' creados por las comunidades y la sociedad civil son igualmente críticos para la cultura participativa, y son complementarios a los espacios invitados. Ambos son necesarios y superponerlos es clave para que los tomadores de decisiones entiendan la cultura local y ejerzan confianza con los ciudadanos de estas comunidades y organizaciones sociales.
- Los marcos legales pueden respaldar los aportes de la participación pública para la toma de decisiones en salud. En Colombia hay una legislación importante en materia de participación ciudadana política y participación social en salud, lo cual refleja lo nutritivo de los mecanismos que el Estado propone desde la institucionalidad para fomentar la participación ciudadana en los servicios de salud, en las políticas de salud y en las decisiones que afectan la salud de las poblaciones. Es menester ocuparse de estos marcos legales y entenderlos de modo que se pueda visualizar cómo se articulan a los procesos locales de promoción de la participación, especialmente para determinar su pertinencia, su funcionamiento y su alcance; pues no todos están vinculados a la toma de decisiones y el espectro puede ir desde la información hasta la colaboración y finalmente hasta la incidencia y cooperación (ver decreto 1757 y resolución 2063).
- La transparencia en la toma de decisiones y la retroalimentación facilitan la adopción de políticas. Uno de los mecanismos del compromiso político que hace que la participación pública sea más eficaz es el "círculo de retroalimentación" entre los responsables políticos y los participantes de un ejercicio de deliberación. Este ciclo de retroalimentación sirve para informar al público sobre cómo la organización que lideró el ejercicio de deliberación utiliza (o no) sus aportes. El gobierno debe dar cuenta de sus responsabilidades derivadas de los espacios

participativos que estimula, dando muestra de su coherencia con las demandas sociales y entregando su capacidad para resolver dichos compromisos en coherencia con las obligaciones sobre fomentar la participación ciudadana.

- Un enfoque simbólico no lleva a que la opinión pública influya en la política. Quienes acuden con conocimientos experienciales a un proceso de consulta se encuentran muchas veces en una posición de dependencia frente a los profesionales-expertos, con un riesgo inherente de instrumentalización por parte de éstos. Hay que tener cuidado de que los funcionarios no se aprovechen de los participantes que vienen de las comunidades utilizándolos como un volumen de personas u organizaciones que solamente representan simbólicamente la comunidad y por ende se les rechaza su voz; en estos casos hay que tomar en cuenta cómo la confianza es difícil de crear y fácil de perder. Un enfoque genuino sin decisiones predeterminadas es claramente la mejor práctica, sin la cual los procesos de participación posteriores serían onerosos, y cargados de desconfianza.

### **El diseño del proceso participativo debe coincidir con el contexto y las necesidades relacionadas con las políticas**

El diseño de un proceso participativo es crucial para aumentar la probabilidad de adopción de políticas. Los aspectos de formato y diseño más relevantes para la adopción de políticas son:

- La representatividad (incluida la percepción de representatividad) de los participantes, en la que los formuladores de políticas deben ser conscientes de los múltiples públicos y grupos dentro de la sociedad y encontrar formas de garantizar la inclusión de grupos difíciles de alcanzar que generalmente no están representados a través de los representantes habituales;
- La disponibilidad de experiencia e información para formar puntos de vista informados para lograr el interés individual. Poner la información a disposición de los participantes de manera oportuna y adaptada tanto a los

niveles de conocimiento de los participantes como al objetivo de la política es una habilidad de comunicación específica que las instituciones gubernamentales deben fortalecer

- Regularidad de los intercambios (reuniones periódicas). Las reuniones periódicas y/o eventos para intercambiar y contribuir a las decisiones permiten a los participantes construir una relación de confianza o, al menos, llegar a un entendimiento de puntos de vista diferentes.
- Se debe favorecer la creación de alianzas entre la sociedad civil y los subgrupos de población. Un formato que obliga a diferentes grupos (organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas similares, grupos de población afectados por el mismo problema, académicos que investigan el mismo tema, etc.) a coordinarse entre sí, formar redes e intercambiar regularmente entre ellos puede conducir a soluciones más factibles y, por lo tanto, favorece la toma de decisiones. Una voz coordinada con posiciones políticas ya reflexionadas es más fácil para que los gobiernos se involucren.
- Las recomendaciones basadas en el consenso pueden encontrarse más fácilmente en las decisiones de política, con la salvedad de que deben existir ciertas condiciones o características relacionadas con el proceso para que el consenso sea factible. El consenso es más fácil cuando existe un interés común subyacente y una solución identificable a la vista. Algunas condiciones para el consenso son: reglas claras y vinculantes; agencia y liderazgo; funcionarios facilitadores-moderadores que sepan manejar el conflicto.
- Algunos temas se prestan más fácilmente a un resultado tangible del que se debe rendir cuentas. Los resultados intangibles de la participación pública son provocados por cuestiones y temas ambiguos y amplios que promueven la noción de que nada puede salir de ello. El tema en discusión, el contexto y la capacidad de respuesta para atender el problema son

determinantes de la solución que se proponga por los participantes; por lo cual es importante que los involucrados sobre todo en el nivel local y comunitario aborden temas y problemas que se puedan resolver con las capacidades locales y el interés de que se puedan resolver en corto tiempo. Parece que tanto las orientaciones estratégicas amplias como las cuestiones políticas específicas y bien definidas pueden someterse a consultas de población. La característica clave es tener un objetivo y un resultado tangibles y claros de cada etapa de la participación de la población, la preparación y la información adecuados para lograr ese objetivo, y resultados claros y tangibles.

### **Capacidades implicadas en el proceso de toma de decisiones**

- El papel de las organizaciones de la sociedad civil como intermediarios es clave para llevar las voces de la comunidad a las estructuras formales relevantes. La sociedad civil en muchos escenarios juega un papel significativo en capturar la voz de la comunidad y llevar las preocupaciones de la comunidad a las estructuras formales relevantes. Este apoyo lo debe brindar el gobierno a fin de facilitar las condiciones para que las organizaciones de base, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil puedan interactuar con las estructuras de poder. La influencia de la organización mediadora (sociedad civil) depende de tener las redes, estructuras y recursos para mantenerse conectado con las bases para reflejar legítimamente sus puntos de vista y aspiraciones.
- Es deber del gobierno alentar las alianzas entre comunidades y organizaciones comunitarias con OSC. Las organizaciones de base comunitaria y además las autoridades étnicas de gobierno pueden forjar una red para establecer un espacio reclamado, articulándose con otras organizaciones que les permita tener una voz más coherente y un poder de diálogo con el gobierno para tratar los temas de salud más sensibles. Las organizaciones de la comunidad al realizar procesos de monitoreo pueden

generar reuniones de retroalimentación con las autoridades de salud como una plataforma reivindicada donde los hallazgos del monitoreo alimentan la toma de decisiones.

- La capacidad para llegar a las comunidades está en el centro de representar legítimamente la voz de las bases y llamar la atención de los responsables políticos. Es por esto que las autoridades y los servicios de salud deben de alcanzar al mayor número de grupos interesados en los temas de salud; por ejemplo, los comités de salud, los grupos de mujeres y los jóvenes suelen ser puntos de referencia al ser consultados para que sumada a sus percepciones se pueda consolidar una perspectiva acerca de cómo afrontar los problemas de salud que los aquejan. De paso el gobierno que estimula este tipo de nexos puede ganar más confianza y tiene más posibilidad de resolver los problemas de salud de la población especialmente de la rural y dispersa. El punto crítico aquí es que aquellos que son verdaderamente capaces de escuchar, comprender y canalizar la voz de la comunidad hacia los formuladores de políticas son muy valorados por sus aportes; esto puede dar peso a esos grupos comunitarios y de la sociedad civil a los ojos de quienes toman las decisiones.
- La capacidad de los formuladores de políticas para dirigir, convocar, tratar con intereses creados, manejar puntos de vista divergentes y negociar consensos y soluciones es un asunto crítico hacia la toma de decisiones en salud. La capacidad de crear un entorno abierto para la toma de decisiones y sopesar cuidadosamente el valor de las diferentes respuestas de manera transparente, debe ser parte de los esfuerzos de la autoridad sanitaria. Es menester entonces la necesidad de más orientación y entrenamiento para los tomadores de decisiones sobre cómo traducir los aportes de la participación en políticas.
- Se requiere un conjunto de habilidades específicas de los cuadros gubernamentales para permitir la adopción de políticas. Corrientemente la

adopción de políticas viene a ser un paso posterior a la participación en los espacios diseñados para tratar temas sensibles de salud. No sería muy conveniente que los tomadores de decisiones en un espacio aparte definan las políticas. Como sea, es importante que los organizadores de los procesos participativos tengan conciencia de cómo se toman las decisiones en salud, quién las toma, en qué momento son más oportunas, y en qué espacio suelen legitimarse tales decisiones. Esto será clave para no equivocarse de cara a la transparencia que debe tener la participación y el conocimiento que deben tener los participantes acerca de dónde, cómo, y quién toma las decisiones.

- Los gobiernos no aceptarán los aportes participativos si no les interesa hacerlo. Los gobiernos pueden necesitar una mayor interacción con la sociedad civil y los grupos de población a través de mecanismos estructurados para comenzar a comprender cómo la información y los comentarios que emanan de tales intercambios pueden agregar valor a su trabajo. Los servidores públicos a nivel estatal se convierten en aliados cuando comienzan a darse cuenta de la rica e importante fuente de información de implementación que tiene la sociedad civil. Un gran impedimento para la aceptación política de los aportes basados en la participación es cuando los funcionarios del gobierno ven el proceso participativo como una competencia en lugar de un complemento.

## **8. ELEMENTOS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

La PCS es una apuesta para la democracia local y una oportunidad para que los municipios rurales y sus comunidades étnicas y dispersas geográficamente puedan incluirse e incidir en las decisiones que los afectan. Los lineamientos no son más que una serie de recomendaciones para la política pública de salud, en cuanto a la promesa planteada en el marco legal de la salud y de la ciudadanía.

Por ello, orientar esfuerzos a su sostenibilidad en el tiempo debe inspirar a quienes tienen el control sobre esos contextos, por demás ambiguos e inciertos en cuanto a las dimensiones políticas; pero más claros y estructuralmente viables cuando se abordan como espacio de oportunidad para hacer crecer la participación. Veamos enseguida algunas pautas que pueden ayudar en el horizonte de la sostenibilidad.

### **8.1 Formalización e institucionalización de los espacios participativos y de las políticas que fomentan la participación**

Las repercusiones de la formalización e institucionalización pueden ser significativas en términos de las posibilidades de acción de los involucrados en los

procesos participativos. Lograr que dichos espacios se formalicen o que estén embebidos por instancias ya reguladas, ayuda a que la participación sea más consistente en el tiempo.

Lo que implica la formalización es que los gobiernos y comunidades tengan un plan de trabajo y un presupuesto para alentar la participación. Un paso adicional, será institucionalizar el proceso participativo a través de políticas y directivas locales. De ahí que sea importante que los gobiernos aprueben medidas para implementar las políticas de participación social en salud, adaptadas al contexto local y sociocultural.

## 8.2 Financiamiento estable y de largo plazo

Asegurar que los espacios participativos se mantengan en el tiempo implica un financiamiento estable y predecible. Se deben hacer esfuerzos amplios en materia de estabilidad y previsibilidad, en lugar de grandes presupuestos asignados. Pero los fondos que se asignen a cuestiones claves son determinantes, como por ejemplo transporte, apoyo logístico, capacitación, e incentivos que promuevan la participación.

Es importante tener en cuenta que también se necesita una financiación estable para las propias tareas del gobierno de mantener y gestionar los espacios participativos. La falta de una partida presupuestaria fija puede hacer que el espacio participativo sea más susceptible a la voluntad política y de los funcionarios públicos de turno.

### **8.3 Los mecanismos de seguimiento ayudan a mantener la motivación para participar**

Un elemento clave en la participación, es que ver los frutos del esfuerzo realizado para participar es un motivador poderoso para que las personas continúen participando.

El seguimiento a los compromisos es un aspecto central para generar credibilidad, lo cual debe dar la impresión de que se está cumpliendo con lo concertado. Esto con frecuencia requerirá un mecanismo formal de seguimiento, por lo que se sugiere que sea un espacio institucionalizado desde donde se haga el monitoreo de compromisos.

Tener resultados transparentes para un proceso participativo implica que las partes involucradas tengan claro en primer lugar cuáles deben ser los resultados esperados. Los encargados de formular políticas y organizar los espacios participativos deben describir suficientemente los objetivos y los resultados esperados de un proceso participativo. No hacerlo puede distorsionar las expectativas de las personas, causar decepción y disminuir la motivación para participar.

### **8.4 Los representantes de la comunidad localmente respetados y confiables son recursos cruciales**

Está demostrado que los líderes comunitarios y de la sociedad civil tienen un papel importante que desempeñar para aumentar y mantener los niveles de participación de la población, la comunidad y la sociedad civil.

Estos liderazgos deben contar con dos condiciones: estar vinculados a procesos de participación auténtica; y, no reforzar las jerarquías de dependencia hacia estos líderes y lideresas.

La participación comunitaria estará bien sostenida mediante el uso de estructuras comunitarias preexistentes, que faciliten el uso de los recursos locales y su alineación con los intereses de la comunidad.

Adicional a esto, será importante consultar las voces menos escuchadas como son las mujeres, cuidadores, jóvenes y personas con diversidad sexual mediante grupos de consulta o talleres específicamente dirigidos a ellos(as).

Claramente, no todos los líderes locales son iguales; los gobiernos interesados en mantener la participación de la comunidad deben encontrar la forma de buscar líderes con la experiencia y los conocimientos (locales) necesarios.

## **8.5 La alta capacidad de los grupos comunitarios y la sociedad civil, así como del gobierno, contribuye a una perspectiva a largo plazo para la participación**

Los grupos u organizaciones de alta capacidad, como los miembros de los Consejos Comunitarios o los Cabildos indígenas pueden involucrarse mejor con los tomadores de decisiones e incidir mejor en el proceso de adoptar o mejorar las políticas. Su capacidad está ligada al conocimiento y experiencia con una comunidad o debido al manejo de ciertos temas. Una sociedad civil robusta tiene interés en asegurar que los espacios participativos continúen existiendo y se mantengan y financien adecuadamente a lo largo del tiempo.

Las sólidas capacidades gubernamentales en el área de la gobernanza participativa también son clave para anidar el pensamiento participativo en el

modus operandi del sector de la salud. Los cuadros gubernamentales que no entienden la necesidad de espacios participativos ni se sienten seguros para emprender acciones participativas son obviamente más propensos a dejar de lado las tareas relacionadas con el compromiso participativo. Las diferentes dimensiones de la capacidad, comenzando con el reconocimiento, siguiendo con las habilidades técnicas y las habilidades de comunicación se refuerzan mutuamente, e invertir en ellas puede sentar las bases de una fuerte mentalidad participativa en el sector de la salud.

El apoyo del gobierno a las iniciativas de desarrollo de capacidades es un factor motivador para que las organizaciones comunitarias y los voluntarios continúen brindando su apoyo.

## **8.6 Capitalizar la motivación intrínseca para participar**

Los gobiernos deben aprovechar de manera más eficaz la motivación intrínseca de las comunidades y la población para contribuir al desarrollo local a fin de garantizar una participación sostenida. Entre estos factores se cuentan: el altruismo, el capital social previo, las estructuras comunitarias preexistentes, el prestigio de los y las líderes sociales, la cohesión social y la integración que exista en la comunidad es producto de la capacidad de los pobladores de sentirse conectados entre sí a través de sus similitudes en el trabajo, valores, lazos familiares y creencias.

## **8.7 Alianzas para mantener el compromiso participativo**

Las redes, asociaciones y alianzas entre organizaciones de la sociedad civil, o entre grupos comunitarios y OSC, o el gobierno y las OSC, pueden contribuir a

una base sólida para una participación sostenible. Las alianzas y asociaciones contribuyen a construir la cultura de la sociedad civil que puede impactar más que el esfuerzo individual.

Los gobiernos deben facilitar la conexión de los grupos locales y sus líderes con organizaciones sociales de segundo o tercer nivel, espacios donde se agregan intereses colectivos que pueden ayudar a generar más conciencia y coherencia entre las comunidades afectadas por problemas de salud. Mantener estas coaliciones ayuda a construir plataformas que se salen de “lo local”, pero se anidan en sus experiencias para aspirar a objetivos mayores.

## **8.8 Gobernanza en el plano intergubernamental: Alcaldías pequeñas - Gobernación del departamento**

La participación concebida como política pública exige una serie de competencias que se ilustran en la resolución 2063 de 2017, en la que se dan obligaciones a los municipios de categorías superiores, más no a los de escaso desarrollo institucional. Esta situación que se suele resolver con el rol de la gobernación, no es un asunto menor.

Aquí se presentan dos desafíos. Por un lado, las alcaldías no descentralizadas en salud deben empeñarse en generar sus propias estructuras de gobernanza y capacidad de respuesta para atender la participación en salud. Deberían aplicarse dos herramientas. La primera, las instancias de participación (Copaco, CTSSS) que deberían potenciarse en un aspiración a convocar un espacio territorial que vincule las diversas expresiones locales (rurales, campesinas, según ciclo vital) con el gobierno; y, la segunda, desarrollar procesos de planeación y gestión en salud pública que cuentan con normas claras para que los planes de salud territorial se acompañen de elementos progresivos de participación comunitaria.

El otro desafío está en el lado de la gobernación del departamento. Se debe tomar en consideración cómo la gobernación puede entrar a potenciar los esfuerzos subregionales y locales de participación mediante los instrumentos de asistencia técnica y cooperación en proyectos que estimulen plataformas de participación institucional y social, bajo los cuales se diferencien las medidas para hacer que la participación local rural sea tomada en cuenta como una seria aspiración de democratizar los asuntos sanitarios. Esto puede implicar ser más “agresivos” en el sentido de favorecer la inclusión diferencial mediante medidas afirmativas que privilegien ciertos espacios participativos que puedan institucionalizarse, como podría ser el caso de la mesa interétnica del departamento del Cauca.

El diálogo coordinado entre alcaldías y gobernación debe rendir frutos en el horizonte de la inclusión y la participación. Los proyectos de desarrollo regional (o subregional) sumados a una fuerza empoderada de servidores que hacen asistencia y acompañamiento -no sólo supervisión o interventoría- pueden ser beneficiosos para acrecentar la confianza entre las partes tanto del gobierno como de las comunidades y sus organizaciones.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelson, J., & Gauvin, F. (2004). Engaging citizens: one route to health care accountability. *Health Care Accountability Papers*, 2(Canadian Policy Research Networks), 1-53.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de la salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemas psicosociales complejas. *Rev psicoperspectivas*, 13(12), 109-120.

Bazzani, R. (2010, Abril). Gobernanza y salud: aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev Salud Pública*, 12(1 supl), 1-7.

Blacksher, E. (2013). Participatory and deliberative practices in health: meanings, distinctions, and implications for health equity. *Journal of public deliberation*, 9(1).

Blandón-Lotero, L., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2018). Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, 26, 91-117. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Blandón-Lotero, L., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2020). Communities on the move: community participation in health in rural territories of Buenaventura District in Colombia. *Int J Equity Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01239-8>

Briceño-León, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de saúde pública*, 14(2), 141-147.

Constitución política de Colombia 1991, 125 (1991).  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%20202015.pdf>

Cornwall, A. (2009, Junio). Locating citizen participation. *IDS Bulletin*, 1-11.  
10.1111/j.1759-5436.2002.tb00016.x

Douglas, D. J. (2018). Governance in Rural Contexts: Toward the Formulation of a Conceptual Framework. *Echo Géó*, 43. <https://doi.org/10.4000/echogeo.15265>

Florín, D., & Dixon, J. (2004). Public involvement in health care. *BMJ*, 328, 159-161. 10.1136/bmj.328.7432.159

González, H., Caro, I., & Bedoya, I. C. (2011). Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. *Tend Ref*, 16, 79-91.

Jaramillo-Mejía, M., Cancelado, H., Gil Forero, J., Osorio, O., & Bermudez, P. (2018). *Proyecto "Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico colombiano"*. Universidad Icesi, Universidad Santiago de Cali, Universidad Libre-seccional Cali y Universidad Javeriana-Cali.

Kenny, A., & et al. (2013). Community participation in rural health: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(64).

Ley 10 de 1990, Pub. L. No. 10 (1990).  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421#FichaDocumento>

Ley 100 de 1993. Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral. Libro II. Sistema General de Seguridad Social en Salud., Pub. L. No. Ley 100 (1993).

Ley 1438, Pub. L. No. 1438, 51 (2011).

Ley 1757 de 2015, Pub. L. No. 1757 de 2015 (2015).  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=65335>

Marshall, A., Kantamaturapoj, K., Kiewnin, K., & et al. (2021). Participatory and responsive governance in universal health coverage: an analysis of legislative provisions in Thailand. *BMJ Global Health*, 6.

Ministerio de salud y protección social. (2017). *Resolución 2063 de 2017*. MSPS.

Molina, A. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad. Saúde Pública*, 34(1), 1-12. e00075117

National Institute for Health Care and Excellence. (2016). *NG44. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>

Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario: examen de los aspectos esenciales*. WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39398/1/924356126X.pdf>

OECD. (2006). *El nuevo paradigma rural: políticas y gobernanza*. OECD.

O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, D., & et al. (2013). *Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis* (Vol. 1.4). NIHR. <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/phr/#/>.

OMS. (1986). Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, Ottawa.

Pato, I. (2020). La gobernanza para la salud en el siglo XXI. *Revista eSalud.com*, 7(28), 1-9.  
[https://www.redpilares.net/sobre-la-red/Documents/CHAVEZ\\_LA%20GOBERNANZA%20EN%20EL%20SISTEMA%20DE%20SALUD%20COLOMBIANO.pdf](https://www.redpilares.net/sobre-la-red/Documents/CHAVEZ_LA%20GOBERNANZA%20EN%20EL%20SISTEMA%20DE%20SALUD%20COLOMBIANO.pdf)

Pazo, C. A. (2020). Salud y participación social en Colombia. Análisis y reflexiones de las condiciones actuales para el ejercicio de la democracia. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 33(3), 76-86.

Porto-Gonçalves, C. W. (2002). Da Geografia às Geografias: um mundo em busca de novas territorialidades. In *La guerra infinita: hegemonía y terror mundial*. (pp. 217-256). CLACSO.

Porto-Gonçalves, C. W. (2009). De Saberes y de Territorios - diversidad y emancipación a partir de la experiencia latino-americana. *Polis*, 22, 1-12. <http://journals.openedition.org/polis/2636>

Resolución 3280 de 2018., Pub. L. No. 3280, 348 (2018). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

Rovere, M. (1999). *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de salud pública / AMR, Instituto Llazarte.

Rowe, G., & Frewer, L. (2005). A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*, 30(2), 251-290.

Speer, J. (2012). Participatory governance reform: a good strategy for increasing government responsiveness and improving public services? *World Dev*, 40, 2379-2398. 10.1016/j.worlddev.2012.05.034

World Health Organization. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion: Track 1: Community empowerment*. WHO. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

World Health Organization. (2021). *Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage*. WHO.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2019). *Participation as a driver of health equity.* WHO.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324909/9789289054126-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=>

# LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD EN ÁREAS RURALES Y DISPERSAS CON GRUPOS ÉTNICOS Y CAMPESINOS DEL PACÍFICO Y NORTE DEL CAUCA

## Financiación:

Ministerio de ciencias, tecnología e  
innovación

Universidad Icesi

Universidad libre

## Universidad libre- Seccional Cali:

Sonia Botero Restrepo

Lina Marcela Serrano

Luz Elena Triana Vidal

Naydu Acosta Ramirez

coinvestigador

## Investigadora Principal:

Marta Cecilia Jaramillo-Mejia

## Personal de Apoyo Técnico:

Delfidia Góngora Angulo

Luis Felipe Guzman Reyes

Liliana Janeth Flórez

## Equipo de Coinvestigadores:

### Universidad Icesi:

Helena Maria Cancelado Carretero

Henry Arley Taquez Quenguan

Mercedes Fajardo Ortiz

Diana Maria Dávalos Pérez

Laura Catalina Blandón Lotero

Victoria Andrea Gonzalez Hurtado

## Asistente de investigación:

Lina Marcela Rivas-Tafurt

Santiago

