

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 dispone, en su artículo 12, 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;

Que por su parte, la Ley Estatutaria 1757 de 2015 adopta una serie de disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación en especial en aspectos como la planeación, el control social a lo público y la financiación;

Que, la Resolución número 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), señala en el numeral 6.3 del artículo 6°, que el Modelo Integral de Atención requiere procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño y de los resultados en salud, lo cual determina la necesidad de implementar planes que incorporen cambios de procesos en relación con la participación social, mecanismos de incentivos de financiamiento, mecanismos de difusión e información;

Que, en cumplimiento de lo anterior, el Ministerio adelantó la formulación de la Política de Participación Social en Salud, mediante un proceso participativo que pasa por un ejercicio sistemático de recolección de información que combinó análisis de fuentes secundarias y primarias, a través de un proceso deliberativo con ciudadanos y trabajadores del sector salud definidos como grupos de interés en la participación social en salud;

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto y campo de aplicación.* La presente resolución tiene por objeto adoptar la Política de Participación Social en Salud (PPSS), incluida en el documento técnico, que hace parte integral de este acto administrativo y aplica a los integrantes del Sistema de Salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Artículo 2°. *Principios.* La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los principios contenidos en las Leyes Estatutarias 1751 y 1757 ambas de 2015 y en la Ley 1438 de 2011.

Artículo 3°. *Coordinación y asistencia técnica.* Las funciones de coordinación y asistencia técnica de la PPSS, estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. Las entidades territoriales asumen la garantía y gestión sobre los procesos de participación social en salud, en cuanto a la operación de la PPSS y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias de participación, respetando su autonomía.

Artículo 4°. *Implementación.* La PPSS requiere el desarrollo gradual de instrumentos que permitan su implementación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales. En consecuencia, los integrantes del Sistema, en el marco de sus competencias, en el plazo de un (1) año a partir de la publicación de la presente resolución, deberán:

4.1. Disponer el alistamiento institucional que permita el desarrollo de la PPSS con los recursos humanos y logísticos que se requieran, y

4.2. Formular los planes de acción que garanticen, a través de la definición de las metas, líneas de acción, actividades y recursos financieros, el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de los ejes estratégicos de la PPSS.

A partir del segundo año de la publicación de la presente resolución, los integrantes del Sistema deberán evaluar el plan de acción y formular uno nuevo a partir de dicha evaluación de forma tal que al cuarto año sea posible identificar los alcances, logros y aprendizajes de la PPSS. Este ejercicio deberá realizarse anualmente.

Artículo 5°. *Seguimiento, monitoreo y evaluación.* Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Grupo para la Gestión y el Fomento de la Participación Social en Salud, realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la PPSS que permita identificar los alcances, logros y aprendizajes de la misma por parte de los integrantes del Sistema, a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro).

Artículo 6°. *Inspección, vigilancia y control.* La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 7°. *Vigencia.* El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de junio de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,

*Alejandro Gaviria Uribe.*

Política de Participación Social en Salud<sup>1</sup>

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN

1. METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN DE LA PPSS

1.2 DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

2. ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COLOMBIA

3.2 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

4. MARCO NORMATIVO – LOS DESARROLLOS DE LA CONSTITUCIÓN

5. MARCO SITUACIONAL

## RESOLUCIÓN NÚMERO 002063 DE 2017

(junio 9)

*por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS).*

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades, en especial, de las contenidas por los numerales 42.11 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 25 del artículo 2° del Decreto-ley 4107 de 2011 y en desarrollo de los artículos 3°, numeral 3.10, y 136 de la Ley 1438 de 2011, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política destaca, en su preámbulo, que las finalidades que se persiguen con el ordenamiento que se expide se deben realizar “dentro de un marco jurídico, democrático y participativo” y en sus artículos 1° y 2° resalta ese valor y principio como fundamental dentro de la organización del Estado;

Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 153, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, establece como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su numeral 3.10, la participación social, que es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Sistema en conjunto;

Que la Ley 1438 de 2011 señala, en su artículo 136, que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social definirá una política nacional de participación social, PPSS;

<sup>1</sup> Agradecemos especialmente la participación de los referentes territoriales por la colaboración y apoyo para la elaboración de este documento. Su compromiso y dedicación fue vital para este resultado.

## 5.1 SITUACIÓN DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

- 5.1.1 Información básica
- 5.1.2 Estructura y organización
- 5.1.3 Nivel de desarrollo
- 5.1.4 Universo de estudio
- 5.1.5 Servicio de atención a la comunidad
- 5.1.6 Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS)
- 5.1.7 Comité de Participación Comunitaria en Salud (Copaco)
- 5.1.8 Veedurías ciudadanas

## 5.2 CATEGORIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

- 5.2.1 Condiciones que debilitan la participación social en salud
- 5.2.2 Problemática planteada en el marco institucional

## 6. MARCO ESTRATÉGICO

### 6.1 PRINCIPIOS ORIENTADORES

### 6.2 ALCANCE DE LA POLÍTICA

### 6.3 OBJETIVO GENERAL

### 6.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### 6.5 EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

- 6.5.1 Fortalecimiento institucional
- 6.5.2 Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud
- 6.5.3 Impulso a la cultura de la salud
- 6.5.4 Control social en salud
- 6.5.5 Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión

## 7. MECANISMOS Y ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN

## 8. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y TERRITORIAL

## 9. GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PPSS

## 10. DE LAS RESPONSABILIDADES QUE GENERA LA PPSS

### 10.1 GARANTÍA DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

### 10.2 RESPECTO DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

### 10.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

## 11. DE LOS DEBERES FRENTE A LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

### 11.1 DEFENSA DE LO PÚBLICO

### 11.2 RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS ASOCIADOS

## 12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

## BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas se definen como: “(...) proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública, con fines de satisfacer las necesidades de una sociedad”<sup>2</sup>. En tal sentido, son instrumentos que permiten la realización de respuestas a las necesidades de grupos y poblaciones.

De esta manera, la Política Pública de Participación Social en Salud (PPSS) busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y, por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud. (Artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, Capítulo II, que retoma en buena medida la Observación General 14 de 2000, y artículo 136 de la Ley 1438 de 2011).

La metodología de construcción de la PPSS se basó en un proceso participativo cualificado entendido como un ejercicio sistemático de recolección de información que combinó análisis de fuentes secundaria y primaria; esto último se realizó a través de un proceso deliberativo con ciudadanos y trabajadores de la salud definidos como grupos de interés en la participación social en salud con trayectorias y experiencias significativas con lo cual sus aportes tienen un alto valor dado sus discursos, prácticas y niveles de representatividad.

El presente documento recoge los acumulados históricos elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las voces ciudadanas calificadas que participaron en el proceso de deliberación y que son representativas de los espacios y mecanismos de participación social en salud y de los trabajadores en el tema de participación social de todo el país, así como algunas posiciones de la academia o expertos en la temática.

Si bien el documento recoge diferentes perspectivas sobre la participación social en salud, su objeto es generar los marcos o lineamientos de política en relación con el derecho a la participación social en salud y su vínculo con el derecho a la salud. La PPSS se convierte en la referencia para organizar los procesos de participación social en salud en el país en el marco de las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social. Su finalidad consiste en fortalecer los procesos de participación social en salud para que la ciudadanía haga parte del proceso de adopción de las decisiones que tienen que ver con ese derecho fundamental.

El siguiente gráfico intitulado “Mapa de Formulación de la Política Nacional de Participación en Salud”, muestra la ruta seguida para dicha formulación:



En tal sentido, el documento contiene los marcos de la PPSS teniendo en cuenta la metodología acogida por este ministerio. Así, el documento está estructurado de la siguiente manera:

1. Metodología de formulación.
2. Antecedentes de la participación social en salud.
3. Marco Conceptual: Referido a la reflexión teórica sobre la participación social en salud.
4. Marco Normativo: en el cual se identifica la normatividad que regula los procesos de participación social en salud.
5. Marco Situacional: en el cual se contextualiza la problemática referida a los procesos de participación social en salud en el país, y
6. Marco Estratégico: en el cual se proponen alternativas de solución para dar respuestas a las necesidades identificadas y operar la PPSS.

La PPSS se convierte en un instrumento para cualificar los procesos de participación de los actores del Sistema y, de esta manera, mejorar la salud para la población residente en el territorio nacional.

### 1. METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN DE LA PPSS

La PPSS se construyó a través de un proceso “participativo cualificado”. Las voces ciudadanas que se escucharon corresponden tanto a las personas que son representativas de los espacios y mecanismos de participación social en salud como a los trabajadores que a lo largo de su trayectoria demostraron capacidades fruto de sus experiencias y años al frente de los procesos de participación en salud en todo el país. Fue un ejercicio sistemático de recolección de información que combinó análisis de fuentes secundarias y primarias y, respecto de las últimas, se realizó un ejercicio deliberativo.

El análisis de fuente secundaria se realizó a partir de documentos teóricos que referencian análisis de expertos en el tema de participación social; así como la revisión de documentos que sistematizan experiencias o procesos participativos previos realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, producto de: **i)** Mesas de trabajo sobre el Decreto 1757 de 1994, incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social (arts. 2.10.1.1.1. a 2.10.1.1.23); **ii)** La encuesta sobre la situación de los mecanismos de participación que fue diligenciada por las entidades territoriales.

Por su parte la recolección y análisis de fuente primaria se organizó a través de talleres de formulación y deliberación, el cual se ordenó de la siguiente manera: **i)** Diseño de lineamiento metodológico; **ii)** Documento base de discusión; **iii)** Talleres de formulación, cada taller estaba diseñado en tres (3) momentos: discusión del documento base, aportes y reelaboración, plenaria de consensos y disensos; **iv)** Sistematización de los aportes realizados en cada uno de los talleres; **v)** Momento de validación; **vi)** Documento final con memorias de los aportes.

El proceso de deliberación se organizó con ciudadanos y trabajadores de la salud, definidos como grupos de interés cualificados en la participación social en salud con trayectorias y experiencias significativas, con lo cual sus aportes tienen un alto valor dado sus discursos, prácticas y niveles de representatividad.

De esta manera, teniendo como referencia que las políticas son directrices que parten de una problemática, para generar respuestas y que las dos situaciones anteriores trascurren en redes de relaciones como: contextos, marcos normativos, discusiones o debates conceptuales, el proceso metodológico se desarrolló en tres (3) fases que se detallan a continuación:

En la **primera fase**, la recolección de fuente secundaria partió de la identificación de discusiones sobre participación en lo concerniente a lo contextual, conceptual y legal. De igual forma, se recogió información a través de encuestas sobre la situación de las formas de participación social en el país, trabajo que realizaron los referentes de participación social en salud y los líderes de los espacios de participación social en salud en Colombia. Durante esta fase, también se realizó un primer taller nacional con servidores públicos de todas las

2 En Graglia, J. Emilio, En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS) Argentina, Buenos Aires, 2012, pág. 19.

regiones (2014). En este sentido, en el taller nacional de formulación con servidores públicos de 2014 participaron los responsables de los procesos de participación de los departamentos de: Antioquia, Amazonas, Atlántico, Boyacá, Cundinamarca, Cauca, Córdoba, Chocó, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima, Vichada, Valle y Casanare, y en los distritos de: Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural y de Santa Marta, Distrito Turístico, Cultural e Histórico. El fruto de estos ejercicios se consolidó en el diagnóstico sobre la participación y el control social.

Durante el 2015, se retomó este documento y se realizó un ajuste y actualización teniendo como referente básico la normatividad actual y en especial la ley estatutaria en salud que plasma una visión de derecho y determina a la participación como elemento sustantivo del derecho a la salud. Se continuaron los ejercicios de construcción y validación con talleres y participantes del Distrito Capital de Bogotá, los departamentos de Cundinamarca, Quindío, Santander, Valle, Sucre, Antioquia, Tolima, Meta, Nariño y Cauca.

El documento ajustado se denominó: “Documento base para la discusión de la PPSS”. El mismo contiene cinco (5) ejes de reflexión: **i)** Marco situacional, **ii)** Marco conceptual, **iii)** Marco normativo, **iv)** Marco estratégico y **v)** Marco operativo.

La **segunda fase**, recolección de fuente primaria, se desarrolló a través de un proceso deliberativo, que tuvo como propósito escuchar y recoger las voces de la ciudadanía, así como las de los servidores públicos y trabajadores de la salud que ejecutan procesos de participación social en salud en el país.

Esta fase partió del reconocimiento de actores claves teniendo como criterio de participación los grados de representatividad de los mismos, con lo cual se buscó generar un proceso cualificado que garantizara el reconocimiento de saberes, prácticas y experiencias de participación en salud desde diferentes lugares, no solo referido a lo territorial, sino también, al reconocimiento de los diversos espacios y mecanismos de participación que se constituyen en el marco del sistema de salud y que son la práctica central de participación en salud en la actualidad.

La participación en el proceso deliberativo y de validación se distribuyó así: doscientos cuarenta y cinco (245) líderes representativos de las asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, comités de ética, Copacos, organizaciones y defensores de derechos humanos. También se contó con la participación de ciento sesenta (160) servidores públicos trabajadores de la salud en los procesos de participación, atención al ciudadano, promoción de la salud y sesenta y un (61) funcionarios de EPS e IPS privadas y un (1) estudiante para un total de cuatrocientos sesenta y siete (467) personas. Cabe precisar que el criterio de convocatoria se basó en la representatividad de los participantes en los espacios formales y para los servidores públicos que realizaran acciones con relación a la participación.

Durante el proceso deliberativo se fue alimentando y retroalimentando el documento base para la discusión de la PPSS con sus respectivos ejes con lo cual se logró que la ciudadanía se pronunciara sobre todos los componentes de la política.

Adicionalmente, se realizaron cuatro (4) entrevistas a personas expertas en las políticas públicas en salud y/o participación social en salud, que fueron seleccionadas por sus trayectorias académicas, o por sus experiencias y proyección profesional específica en el tema. Los aportes fueron ubicados en los diferentes marcos de la PPSS.

En la **tercera fase**, de socialización, la política se retroalimentó gracias al apoyo de los servidores públicos referentes de participación social de los departamentos ubicados en las Direcciones Territoriales de Salud.

### 1.2 DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

El proceso de deliberación partió del reconocimiento de actores claves teniendo como criterio de participación los grados de representatividad de los mismos, con lo cual se buscó generar un proceso cualificado que garantizara el reconocimiento de saberes, prácticas y experiencias de participación en salud desde diferentes lugares, referido a lo territorial y al reconocimiento de los diversos espacios y mecanismos de participación que se constituyen en el marco del Sistema de Salud y que son la práctica central de participación en salud en la actualidad. Este proceso de deliberación presentó los siguientes porcentajes de participación:



En el proceso deliberativo, participaron líderes representativos de las asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, comités de ética, Copacos y defensores de derechos humanos, así como funcionarios públicos y de entidades privadas (EPS e IPS) que desarrollan o agencian este tipo de procesos.



Durante esta etapa se fue alimentando y retroalimentando el documento base para la discusión de la PPSS con sus ejes, con lo cual se logró que la ciudadanía se pronunciara sobre todos los componentes de la política, con mayor intervención de mujeres.



## 2. ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen. En tal sentido, la misma corresponde a procesos que se constituyen en el tiempo en el marco de las relaciones intersubjetivas y con el Estado. De esta forma, la participación es contextual, teniendo en cuenta, tanto las formas en que los ciudadanos expresan sus necesidades, intereses y expectativas, como la forma en que la institucionalidad se transforma o modifica; uno y otro en permanente relación van configurando formas de ordenamiento de la vida colectiva.

Durante el siglo XX, la década de los sesenta se considera como un momento de auge en la participación social en el entendido que hubo un gran número de proyectos comunitarios en diferentes países que se extendieron al ámbito de la salud. Diversas modalidades aparecieron en esta época en todo el mundo, dentro de diferentes tendencias ideológicas. Al respecto, se impulsaron las leyes de participación en los Estados Unidos. En Centroamérica, se desarrollaron experiencias pioneras tales como: “Donde no hay doctor” de México y la de Hospital sin paredes en Costa Rica, las cuales recibieron reconocimiento y apoyo al consolidarse la Atención Primaria de Salud como estrategia mundial aprobada en Alma Ata<sup>3</sup>.

En Cuba se crearon las Comisiones de Salud del Pueblo, las que estaban respaldadas por el principio declarado para la salud pública según el cual las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada. La participación popular en la implementación de los programas de salud, sobre todo en los primeros años, ha sido decisiva para el éxito del sistema de salud cubano.

También surgieron los llamados Consejos Sociales (en la antigua U.R.S.S.), los cuales desarrollaron los principios de la sanidad pública e incorporaron a la población en las soluciones de problemas de salud y las campañas patrióticas sanitarias (en China). En Tanzania, se fomentaron actividades de autoayuda y en Indonesia se formaron los Comités Coordinadores Mixtos para solucionar problemas de interés grupal.

Varios países consideraron la participación como un elemento fundamental en el proceso de estructuración de sistemas de salud, pero como lo destaca el texto de Sanabria<sup>4</sup>, es con la Declaración de Alma Ata: “Salud para todos en el año 2000” en donde este aspecto adquiere mayor protagonismo: “Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio”.

En Colombia, se crearon los Comités de Salud que dieron lugar a los Consejos Locales de Salud<sup>5</sup>, así como las juntas de acción comunal en los inicios del Frente Nacional<sup>6</sup>.

3 Sanabria, Griselda. Escuela Nacional de Salud Pública. Participación Social en el campo de la Salud. Rev. Cubana Salud Pública 2004, págs. 3 y 4.

4 Ibídem.

5 Ibídem.

6 Arévalo, Decsi Astrid, Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de salud, Rev. Salud Pública, 6 (2), Bogotá, 2004, págs. 110 y 111.

Si bien en la década de los años ochenta del siglo XX se produjo un proceso de descentralización en el país que incrementó el modelo de participación, fue con la Constitución Política de 1991 que se generaron condiciones legales sólidas para avanzar en una democracia participativa a través de espacios y mecanismos para que los actores expresaran las necesidades, con lo cual se dio paso a la “legitimidad” de algunos procesos comunitarios y se dio un reconocimiento y proyección a la construcción de sujetos sociales y políticos.

Dentro del desarrollo de la misma, “la participación social en salud se fortalece a finales de la década de los años noventa del siglo pasado, en donde el enfoque enfatiza el sentido de la participación referido al apoyo y colaboración de las comunidades en los programas de atención primaria, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apuntara a disminuir los costos asistenciales y a la vez permitiera una mayor cobertura. Los programas a los cuales dio origen, estaban dirigidos hacia la población infantil y tenían como propósito básico el control de enfermedades infecto-contagiosas, la promoción de la salud materno-infantil, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento básico en el marco de la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS)”<sup>7</sup>.

Ahora bien, existen por lo menos dos (2) grandes vertientes para definir y entender la participación en salud: por un lado, es concebida como un ejercicio ciudadano en lo público, es decir, la intervención de los grupos o los actores sociales en procesos institucionales de planeación, ejecución y vigilancia de la salud y, especialmente, en los de consulta e información. Por otro lado, se conceptualiza como un ejercicio ciudadano de protección de derechos, cuyo resultado es el goce efectivo de los mismos. Adicionalmente, existe una tercera faceta que se deriva de las otras dos y tiene que ver con el hecho de que la participación es valiosa en sí misma en la medida en que incorpora al ejercicio de lo público, la deliberación incluyente como uno de los elementos sustanciales de la democracia, tal y como lo han planteado autores como Habermas y Fraser<sup>8</sup>.

En el marco de la modernidad, el sistema político democrático está abocado a una crisis de representatividad en la medida en que no logra establecer circuitos para dar voz a las minorías, en donde el abstencionismo es una muestra de dicha crisis, en el trasfondo está la pregunta de cómo el sistema político mejora los procedimientos de consensos antes que la lógica de la imposición de las mayorías. Este es el desafío más grande de las democracias contemporáneas. Dicho planteamiento, no es ajeno a los procesos de participación social en salud: cómo constituir representatividades que logren expresar consensos ciudadanos frente a las necesidades en salud.

De esta manera, la respuesta a la crisis de representatividad ha consistido en ahondar ámbitos al rescate del ciudadano como “animal” de esa polis<sup>9</sup> de la que ha sido expulsado. Como un ideal, constituye el referente permanente de una sociedad que así se piensa y actúa invariable en la mayoría de sus actos a manera de “forma de vida, valiosa por sí misma”<sup>10</sup>. Consistiría en la réplica diaria que reafirma al ciudadano dentro de una sociedad, estrechamente asociado con el mundo de la vida al que se refiere Habermas, como esa red de acciones comunicativas<sup>11</sup>. Desde esta perspectiva, la misma debe estar en todos los intersticios en donde una decisión afecta a una persona y confluir en diversas formas de expresión.

Ahora bien, como indica la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, “la participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético (tomar en cuenta a las personas afectadas) o político (de profundización de la democracia), sino que también, obedece a una necesidad técnica del sector salud, como lo ha sostenido, puesto que ha contribuido efectivamente a:

“1. La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud, ya que la atención de salud se organiza considerando diversos aportes y opiniones, en especial la de los usuarios, permitiendo centrar mejor las acciones para responder a las necesidades, expectativas y problemas de la población.

2. La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores (sociales y técnicos), que reconocen su cuota de responsabilidad en el proceso de producir la salud, aportando sus recursos disponibles (materiales, humanos y financieros) y potenciando o reforzando entre sí sus diversas acciones en beneficio de la comunidad usuaria.

3. La adecuación de programas y la generación de nuevos servicios que respondan a las necesidades de la población, debido a que se incorpora en los distintos momentos de la planificación y elaboración de programas y servicios de salud, la visión, opinión, expectativas y demandas de los diversos actores sociales, en especial, de los usuarios de los servicios.

4. La promoción de la salud, proceso que requiere del compromiso de la comunidad usuaria de los servicios del sector, como actor fundamental para mejorar su situación de salud.”<sup>12</sup>

Como se observa, la participación fortalece el sector salud y contribuye notoriamente a su desarrollo y profundización. Es claro, que el hecho de que la salud sea una construcción social implica que quienes dirigen las políticas incorporen la participación de los afectados para poder no solo validar las decisiones, sino también, para lograr constituir la salud como valor social.

7 Carmona, L, y Casallas A. Tesis. La participación en salud base para construir ciudadanía. Cinde - UNP 2005. p. 81.

8 Fraser, Nancy, Habermas and the Public Sphere, ed. Craig Calhoun (Cambridge, MA: M.I.T. Press, 1991).

9 Sartori, Giovanni, ¿qué es la democracia?, Altamir ediciones, Bogotá, D. C., 1994, pág. 142. De esta índole es la crítica a los comunitaristas que efectúa Cortina, Adela Ética aplicada y democracia radical, ed. Tecnos, Madrid 2001, pp. 13 y ss., sin que ello desvirtúe en su totalidad la participación.

10 En Adela Cortina, *Op. cit.*, p. 93.

11 Habermas. Jürgen, Facticidad y validez, Editorial Trotta, tercera edición 2001, Madrid, p. 434.

12 Cordero Isaías, Urbina Alcides, y otros. Propuesta Política de Participación Social en Salud. Comisión Especial de Participación Ciudadana de la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS). El Salvador, 2006. p. 11.

Sobre el particular, en Colombia, uno de los estudios pioneros en la década de los años ochenta del siglo pasado es el del profesor Carlos Agudelo que diseña un método de evaluación de la participación “comunitaria” en salud<sup>13</sup>. En él se define la participación como la integración de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea este de atención primaria o de otro tipo. Por comunidad se entiende un grupo humano residente en un área geográfica determinada con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, y con conciencia de pertenencia, donde las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar.

Un enfoque en el marco de la APS, es el que se identifica con la estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), en el cual la participación social es esencial para el desarrollo de la salud. En esta concepción, los distintos sectores de la sociedad están llamados a involucrarse en la toma de decisiones y en la formulación de propuestas para la producción de la salud. “La negociación, la concertación, la formación de alianzas y pactos sociales y la construcción de consensos son promovidas desde este enfoque para facilitar la participación de la sociedad civil”<sup>14</sup> (OPS, 1994)”.

Por su parte, la OPS ha liderado procesos encaminados a fortalecer la discusión acerca del concepto y las prácticas de participación en salud, en procura de impulsar el enfoque de producción social de la salud en los sistemas locales y en los municipios saludables; este impulso en Colombia se ha realizado a través de la formalización de las competencias del funcionamiento del sector que se inició con la Ley 10 de 1990, asignando la responsabilidad del primer nivel de atención a los municipios y el segundo y el tercer nivel de atención a los departamentos. Esta ley estableció mecanismos específicos para modernizar y reorganizar el Sistema Nacional de Salud bajo la perspectiva de lograr mayor eficiencia en la utilización de los recursos, estimular el esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, incorporar la democracia participativa en la gestión de la salud y por supuesto la descentralización en el marco de los sistemas locales de salud y con los procesos de participación a partir de la conformación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos).

Como ya quedó expresado, la Constitución Política de 1991 en el artículo 1°, estableció, entre otras cosas, que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, con lo cual determinó como elemento sustantivo la participación de la ciudadanía en la construcción del Estado colombiano.

En este contexto, la formulación de la Política Pública Nacional de Participación Social en Salud (PPSS) se convierte en una oportunidad y en desarrollo de nuestro Estado Social de Derecho, en la medida en que se propone generar reglas de juego que permitan garantizar el derecho a la participación de acuerdo con la Carta Política, la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, entre otras disposiciones normativas.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COLOMBIA

La participación está consagrada en la Constitución Política. Normativamente y frente al ordenamiento de 1886 y sus reformas, el cambio constitucional fue evidente, pues existe un esfuerzo de reiteración desde lo general (principios) hasta lo particular (situaciones específicas de la participación). Al respecto, tanto el Preámbulo como los artículos 1° y 2° de la Carta invitan a la participación en los diferentes niveles de la organización política. Uno de los motivos privilegiados para expedir ese ordenamiento fue entonces el escenario participativo que permite un orden político, económico y social justo. Los principios fundamentales lo incluyen en la organización de la República y en los fines esenciales. Tales premisas desembocan en los artículos 40, que pretende resumir la noción de ciudadanía en una democracia representativa y participativa, y 41, en el que se precisa que la educación tiene un componente participativo fundamental.

Pero la participación trasciende ciertos sectores de la población, como es el caso de los jóvenes (artículo 45) y el derecho de negociación colectiva para regular las relaciones laborales (artículo 55); es decir, la mirada desde el trabajo, que coexiste con aquella del consumo, ya se trate de un bien o servicio (educación, por ejemplo, artículos 68 y 78) o el acceso a la propiedad que el Estado enajene su participación en una empresa (artículo 60). También se precisa que los servicios de salud se deben organizar “con participación de la comunidad” (artículo 49).

Así mismo, en materia ambiental, se establece la garantía de que la comunidad participe en las decisiones que puedan afectarla (artículo 79). La participación se impulsa en acciones judiciales novedosas dentro del ordenamiento, como son: la acción de tutela (artículo 86), la acción de cumplimiento (artículo 87) y las acciones populares (artículo 88), sin pasar por alto la posibilidad que tienen los ciudadanos de presentar derechos de petición e información (artículo 23). Aunado a lo anterior, la Constitución contempla como una de los deberes de la persona y el ciudadano, el de “participar en la vida política, cívica y comunitaria del país” (numeral 5 del artículo 95).

En el Capítulo I del Título IV de la Carta Política, se alude expresamente a las formas de participación democrática, dentro de las que se encuentran: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto y la iniciativa legislativa entre otros. Se alude luego al voto programático en el artículo 259 y a la responsabilidad política que tienen los elegidos frente a sus electores con relación al cumplimiento de las obligaciones propias de su investidura, en el artículo 133. Igualmente en el artículo 270 se hace mención a las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública.

Adicionalmente, uno de los temas privilegiados del municipio, como entidad fundamental de la división política administrativa, es la promoción de la participación comunitaria

13 Agudelo Carlos, Bol Of Sanz Panom 95(3), Participación comunitaria en salud. conceptos y criterios de valoración, 1983.

14 Cotes Cantillo, Karol Patricia, Participación social en salud y democracia: una reflexión a partir de la experiencia de Fausalud en Bogotá, 1999-2005, trabajo de grado de magíster en salud Pública, Universidad Nacional, Bogotá, 2006, pág. 17.

(artículo 311). Este tema también se evidencia en las funciones que se le asignan a los territorios indígenas (artículo 330).

Finalmente, se incorpora la participación de la Nación, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas en la concesión de subsidios en los servicios públicos domiciliarios (artículo 368). De este recuento es posible concluir que la Constitución tiene una orientación participativa coherente.

Ahora bien, profundizando en lo previsto en el Título IV de la Carta, el artículo 103 establece los mecanismos de participación democrática. Allí se resalta la vinculación entre la participación y la soberanía, la cual reside exclusivamente en el pueblo (artículo 3°) y, por ende, se ordena al Estado que contribuya a: “(...) la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan”.

En el documento “Balance de la participación ciudadana en Colombia”<sup>15</sup> se plantea que la participación puede asumir un papel determinante en la orientación de las políticas públicas y en la transformación de las relaciones entre la ciudadanía y el gobierno local. Sin embargo, concluye que: “(...) esa posibilidad depende, de por lo menos dos condiciones: de una parte, una decidida voluntad de los gobiernos (nacional, regionales y municipales) de crear las oportunidades para el ejercicio de la participación. [...] De otra, la existencia de ciudadanos y ciudadanas, de organizaciones sociales y de agentes participativos que hagan uso de esas oportunidades y las traduzcan en acciones encaminadas a democratizar y cualificar los resultados de la gestión pública”<sup>16</sup>.

De esta manera, se pretende que la participación social logre instalarse como cultura, es decir, como fundamento de las formas de relación, producción, creación, y reproducción de la sociedad. Para ello, deberá ser interiorizada por individuos y actores sociales como una manera cotidiana de relacionarse con otros, lo cual, sin duda, fortalecerá los escenarios de paz que se impulsen para superar conflictos. De hecho, Téngase en cuenta, adicionalmente, que el propio Constituyente de 1991 consideró la paz como un derecho y un deber obligatorio (artículo 22), aspecto que se traduce en un necesario fortalecimiento de los mecanismos que alimentan el tejido social y generan relaciones de convivencia y diálogo.

De acuerdo con lo planteado, la participación por sí misma no puede garantizar soluciones pero sí puede contribuir a crear condiciones propicias para que estas se den en la práctica. Puede estimular la generación de iniciativas de desarrollo por parte de la población a través de programas, proyectos específicos, y por medio de la gestión pública, con lo cual puede promoverse un uso más eficiente y adecuado de los recursos públicos por parte de las autoridades locales, que permita atender las necesidades y demandas de la población que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar y la sostenibilidad del desarrollo.

### 3.2 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Con la declaración de Alma-Ata, en el año 1978, se estableció que la Atención Primaria en Salud (en adelante APS), es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos, las familias y la comunidad en general a través de su participación. Al respecto, Puerto C. y Agudelo A., 2012, han identificado cuatro (4) niveles de comprensión sobre el concepto de participación en salud:

“(...) la primera y más general, es reconocer en la participación un proceso social: la incidencia que un sector o grupo tiene sobre la sociedad. Proceso en el que, particularmente, la acción influye en un proceso de ordenamiento, planeación, ejecución y evaluación en el ámbito de lo público”. (...)

La segunda definición asume la participación como la manera en la que el ciudadano se acerca o se vincula con los gobiernos y sus instituciones: (...) “la participación es entendida como la organización y movilización de grupos para formar parte de acciones programadas por las instituciones estatales”<sup>17</sup>.

La tercera comprensión entiende que la participación se asimila a un recurso, poder o capital del individuo, que le posibilitaría incidir en su mundo social. El actor social se convierte en agente. “Ello implica pensar en una reconfiguración de las relaciones de poder entre ciudadanos y actores institucionales, de modo que la naturaleza política de la participación se pone de relieve en tanto proceso social de contestación y negociación”<sup>18</sup>.

Finalmente, en cuanto a la cuarta comprensión, los autores mencionados señalan:

“(...) la vincula con el ejercicio de derechos y deberes, pues ella es considerada, al mismo tiempo, derecho y deber; esto es, ejercicio ciudadano, para mantener su salud personal, familiar y comunitaria. (...) Así pues, cuando se hace referencia al rol ciudadano en salud, significa el cumplimiento de responsabilidades que lo hacen más activo, e incluso propositivo, y le permiten desempeñarse mejor en el sistema.

Conocer los deberes y los derechos, así como los mecanismos para la protección de los últimos, son condiciones básicas de esta forma de participación”<sup>19</sup>.

En el panorama mundial marcó un hito la declaración de Yakarta (1997), fruto de la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Nuevos Actores para una Nueva Era, Guiando la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI. En ella se reconoce como un

elemento fundamental para avanzar en la equidad en salud, la generación de procesos de empoderamiento dentro de un enfoque de determinantes, estableciendo que los prerrequisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo, “la pobreza es la mayor amenaza a la salud”<sup>20</sup>.

En dicha conferencia se plantea que la participación es esencial para mantener los esfuerzos en salud. Destaca que la gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos de toma de decisión para hacerlas efectivas.

En el año 2008, la OMS en su publicación del Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), asume que la salud es una resultante de modos, condiciones y estilos de vida, donde lo individual y lo colectivo se superponen de forma permanente, lo cual se traduce en la necesidad de realizar ajustes y/o transformaciones en las políticas sociales, en la infraestructura y los servicios así como en el desarrollo de aptitudes y actitudes de la comunidad, que favorezcan lo saludable, en el entendido que no es posible el desarrollo de proyectos vitales individuales y colectivos mientras se mantengan las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

Por su parte, en la Declaración Política de Río de Janeiro, 2011<sup>21</sup>, sobre los determinantes sociales de la salud y adoptada en la Conferencia Mundial, se manifiesta el compromiso político mundial con la ejecución del enfoque basado en los determinantes sociales de la salud a fin de reducir las desigualdades en materia de salud. Se espera que la Declaración de Río ayude a impulsar la formulación de planes de acción y estrategias nacionales dedicadas a este tema dentro de los países.

En dicha declaración se plantea un compromiso de fomento de la participación tanto en la formulación como en la aplicación de políticas, elementos que son importantes para una gobernanza que facilite una actuación eficaz sobre los determinantes sociales de la salud.

En Colombia, con la expedición de la Constitución Política de 1991, se facilitó la participación ciudadana y comunitaria institucionalizada y a partir de la Ley 100 de 1993 y su Decreto Reglamentario 1757 de 1994 (hoy compilado en el Decreto Único Reglamentario de Salud y Protección Social 780 de 2016), se desarrollaron nuevas posibilidades para su materialización en las instituciones del sector.

En el 2011, con la Ley 1438, se dio un paso importante en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS). En este sentido, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, determina que la concertación o los espacios de interacción y los mecanismos de participación comunitaria son transversales a todas sus dimensiones. En armonía con lo anterior, el PDSP, en diversos apartes, enfatiza en la permanencia y el fortalecimiento de la estrategia y los mecanismos de participación social existente en cada entidad territorial en los procesos de la planeación, es decir, en el análisis de la situación de salud, la identificación de las necesidades prioritarias, la identificación de los recursos, la definición de los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones de promoción, gestión del riesgo, seguimiento y evaluación en cada una de las dimensiones prioritarias y transversales que define el PDSP. Al respecto, el desafío es cómo lograr la participación efectiva y autónoma de la ciudadanía y sus organizaciones.

De igual forma, la presente política establece que la participación como derecho y práctica social es la posibilidad material de producir bienestar y la realización del derecho a la salud en el entendido que significa que todos los actores sociales de una comunidad hacen parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad, en el entendido que la salud es un bien público. Esto incluye lo planteado en la norma en relación con la capacidad de participar en las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas, así como para evaluar los resultados en salud (artículo 12 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015).

Es decir, la participación permite:

i) Garantizar que la gestión de las políticas públicas tengan legitimidad y vayan encaminadas a generar programas saludables;

ii) Fortalecer el control social ejercido por la ciudadanía o la comunidad organizada a través de mecanismos de participación formal e informal. El control social está establecido por mandato constitucional, promoviendo el derecho a informarse, participar en la planeación, controlar y evaluar la gestión pública;

iii) Fortalecer la promoción de la salud y la educación para la salud entendida como proceso de transformación y promoción de autonomía;

iv) La presupuestación participativa como una potente herramienta de relación permanente del gobierno con la población, un modelo de gestión pública democrática, donde la ciudadanía participa de forma directa, voluntaria y universal.

Los enfoques de género y diferencial se reconocen como parte de la realización del derecho a la salud y a la participación, y corresponden específicamente al desarrollo de los principios de igualdad y equidad establecidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ratificado por el Estado colombiano en 1978. En tal sentido, la PPSS se debe articular y armonizar con estos enfoques, en el entendido que los grupos poblacionales y los trayectos de vida tiene desarrollos propios que deben ser tenidos en cuenta, sin perder de vista que ya existe una serie de prácticas y normas que protegen los procesos participativos de los grupos étnicos, de las víctimas, de la población LGBTI, de las mujeres, de los jóvenes, de los niños y las niñas; es decir, la presente política

15 Fundación Foro Nacional por Colombia, Fundación Corona, Fundación Social, CIDER. Balance de la participación ciudadana en Colombia, 2003.

16 Velázquez Fabio y González, Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Fundación Corona, Bogotá, D. C., 2003, págs. 77 y 78.

17 Puerta Claudia y Agudelo Alejandro. Modalidades de interacción en el régimen subsidiado de salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. Hacia la promoción de la salud, Volumen 17, No. 1 enero-junio 2012, p. 16.

18 Ibídem.

19 Ibídem, p. 17.

20 Declaración de Yakarta Sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, Yakarta, República de Indonesia; 21-25 de julio de 1997.

21 Declaración Política de Río de Janeiro, Cerrando La Brecha: La Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS Río de Janeiro, Brasil, 19 al 21 de octubre de 2011.

demarca una ruta general de participación social en salud y en relación con estas poblaciones y enfoques debe ser armonizada partiendo del reconocimiento de los avances existentes.

#### 4. MARCO NORMATIVO – LOS DESARROLLOS DE LA CONSTITUCIÓN

Como ya se indicó, la Constitución de 1991 contiene una serie de disposiciones relacionadas con la participación. Con antelación a ese nuevo ordenamiento constitucional, el Decreto 1216 de 1989 estableció los inicios de la organización de los Comités de Participación Comunitaria (CPC) en puestos, centros de salud y hospitales. Por su parte y también anterior al nuevo ordenamiento constitucional, la Ley 10 de 1990, por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, estableció como una de sus finalidades, la organización y el establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud.

Ya en vigencia de la Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece que además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras de este sistema, entre otras, la participación social. En consecuencia, este sistema estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del mismo, debiéndose establecer los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que lo conforman.

El entonces Decreto 1757 de 1994 (actualmente compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016), por medio del cual se reglamentó dicha ley, aludió a la participación como: “(...) el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, que buscan el bienestar humano y el desarrollo social.”, (Cfr. Artículo 2.10.1.1.2 del Decreto 780 de 2016), a través de los Copacos como instancias de planeación local en salud y en las instituciones del Sistema de Seguridad Social por medio de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria. (Cfr. Decreto 780 de 2016, artículos 2.10.1.1.10 a 2.10.1.1.14). De igual forma, la Ley 100 de 1993 plantea, en su artículo 175, la creación, en las entidades territoriales, de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud como instancias asesoras.

Por su parte, en la Ley 715 de 2001, por la cual se establecen las competencias del sector salud a nivel nacional y territorial y los criterios de distribución de los recursos del sector, se fija como competencia de la Nación establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.

Así mismo, la norma anterior le determina a los departamentos la competencia de promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud. Lo propio acontece con los municipios a quienes se atribuye el impulso de los mecanismos de participación para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, que también se entiende incorporado a las competencias de los distritos.

De otro lado, la Ley 850 de 2003 de carácter estatutario, establece la normatividad en relación con las veedurías ciudadanas, el procedimiento para su constitución, sus principios rectores, sus funciones, sus derechos y deberes.

Por su parte, en el numeral 4 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, se incorpora como uno de los ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, la atención al usuario y la participación social. A su vez, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, se señala en el literal h) del artículo 39 *ibídem*, que dicha superintendencia desarrollará el objetivo de promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema. Lo anterior, es concordante con lo señalado en el artículo 136 de la Ley 1438 de 2011, en el que se instó al entonces Ministerio de la Protección Social a definir una política nacional de participación social.

Así mismo, la precitada Ley 1438 de 2011 establece, en su artículo 3º, numeral 3.10, dentro de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la participación social, que se define como la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

Con la normativa anterior se abrieron nuevos espacios de participación de la comunidad, en temas como en el desarrollo de la política de salud que se había visto reflejado a través de lo desarrollado en el Decreto 1757 de 1994, hoy compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, los cuales deben fortalecerse haciendo visible la participación en el ciclo de políticas del sector salud; las posibilidades de participar y exigir una mejor atención de salud debe darse adicionalmente en la definición de los presupuestos de las entidades territoriales, en el fortalecimiento de la participación en el ejercicio del autocuidado y en profundizar en la implementación de los ejercicios de control social del sector salud, enmarcados en la Ley 850 de 2003, modificada por la Ley 1757 de 2015.

En este sentido, la reforma contenida en la Ley 1438 de 2011 permite, entre otras cosas, definir un proceso a través del cual la población participa en la definición de los valores de los ingresos y gastos del presupuesto público y a su vez en establecer las prioridades de su inversión. La decisión de implementar este objetivo en el marco de una política de Estado permite dejar de lado la concepción del presupuesto como instrumento técnico y político para pasar a considerarlo como un instrumento con alto contenido social, en la medida que el sentir popular hace parte de las decisiones relativas al destino de los recursos públicos.

En cuanto al marco institucional, el Decreto 4107 de 2011, “*Por el cual se determinan los objetivos y estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social*”, establece en el artículo 2º, numeral 25, como una de sus funciones: “*Promover, de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las*

*acciones de salud*”. De igual forma, en el artículo 14 *ibídem*, se señalan como funciones de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, en el numeral 8: “*Promover la participación social y ciudadana en la gestión territorial de la prestación de los servicios de salud*” y en el numeral 9: “*Promover el desarrollo de las formas organizativas de participación y control social en las acciones de salud pública y prestación de servicios de salud*”.

A la Superintendencia Nacional de Salud se le atribuye la vigilancia de la atención y protección al usuario y la promoción de la participación social, ejercida a través de la Delegada para la Protección al Usuario que tiene dentro de sus objetivos, de conformidad con lo señalado en el numeral 11 del artículo 18 del Decreto 2462 de 2013: “*Desarrollar y liderar estrategias de promoción de la participación ciudadana, protección al usuario y del ejercicio del control social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los regímenes especiales y excepcionales en salud*”.

Adicionalmente, el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 plantea 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. A su turno, la Ley Estatutaria 1757 de 2015 “*Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática*”, que modifica algunas de las disposiciones de la Ley 850 de 2003, regula lo relativo al derecho a la participación democrática, la cual impacta la participación en salud, con los diferentes elementos que ello comporta, específicamente lo relativo al control social y la financiación.

Con la Resolución 1536 de 2015, la cual tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación para la salud, se determina, dentro de las responsabilidades de las autoridades de planeación integral en salud, convocar la participación de las instancias consultivas de planeación integral en salud (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y el Consejo de Política Social), así como organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del Plan Territorial de Salud y realizar el monitoreo y evaluación a la ejecución y al cumplimiento del plan territorial de salud y realizar la rendición de cuentas en salud.

Ahora bien, con la expedición de la Resolución 518 de 2015, se establecen las directrices para la implementación de los procesos de gestión de la salud pública en las entidades territoriales y los parámetros para la formulación e implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Esta norma determina la participación como un elemento sustantivo en la salud pública con el objetivo de lograr que la ciudadanía y las comunidades, incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública y aumentando la capacidad de gobernanza en salud, mediante el ejercicio de la participación, la interacción social y la concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido adelantando, a través de la Resolución 330 de 2017, un proceso de construcción de los mecanismos que garanticen la participación en el cumplimiento de lo contemplado en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el cual señala, entre otras cosas, que el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Señalada por la anterior normativa, no puede dejarse de lado la expedición de la Resolución 429 de 2016, mediante la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, con la cual se define un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que adopta herramientas para orientar la intervención de los diferentes agentes del sistema, cuyo propósito es la integralidad en el cuidado de la salud, bienestar de la población, y pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo. La implementación, resultados y evaluación de los procesos propuestos en el MIAS, de acuerdo con el artículo 6º de la precitada resolución, requiere el desarrollo concomitante y coordinado, a cargo de todos los integrantes del SGSSS, para lo cual se fija dentro de sus competencias en el numeral 6.3 del artículo 6º, los mecanismos de retroalimentación y planes de mejora.

A su vez, la normatividad ha reconocido diversas formas de participación, con el fin de promover y garantizar los derechos de las poblaciones vulnerables. Tal es el caso de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 “*Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*”, disposición normativa que regula el tema en los artículos: 22 (participación en la vida política y pública), 23 (control social), 24 (participación de las personas con discapacidad y de sus organizaciones) y 25 (participación de las mujeres con discapacidad).

De igual manera, la Ley 1346 de 2009 por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, alude en el artículo 29 a la participación que deben tener estas personas en la vida política y pública. Igualmente, por su parte, la Ley 691 de 2001, alude a la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Por su parte, la Ley 1361 de 2009, por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia, dispone en su artículo 4º, numeral 2, el derecho que tiene la familia a la participación y representación de sus miembros, la cual debe ser garantizada por el Estado y la sociedad.

De otro lado, la Ley 1251 de 2008 “*Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores*”, aboga por propiciar la participación del adulto mayor, tal y como se evidencia en el literal c), numeral 2 del artículo 6º de la citada disposición normativa. A su vez, la Ley 1448 de 2011 “*Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*”, propende por la participación activa de las víctimas del conflicto, tal y como se señala en su artículo 14. Por su parte, en la Ley 1641 de 2013 “*Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones*”, también se alude a la participación social como uno de los principios de la política pública social para habitantes de la calle, de conformidad con lo señalado en su artículo 5º, literal c).

Como se observa, existe una normatividad de base y un desarrollo consistente del ordenamiento constitucional de 1991 que incorpora una serie de derechos y deberes en materia de participación social y que lo asocia indisolublemente a la configuración del derecho fundamental a la salud. Es más, es claro que el Estado, en todos sus niveles, debe impulsar los mecanismos de este tipo de participación.

## 5. MARCO SITUACIONAL

En el sector salud existen una serie de modalidades de participación con evidentes niveles de fragmentación que se traducen en una multiplicidad de grupos con intereses no armonizados y con bajos niveles de compatibilidad entre ellos, que buscan influenciar el proceso de elaboración de políticas e intervenciones de diferente índole buscando que las acciones les sean beneficiosas. Así mismo, no existe una articulación apropiada de los mecanismos y modalidades con las instancias que adoptan las decisiones, ni los mismos son siempre fácilmente accesibles ni plantean soluciones a problemáticas concretas.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social busca identificar en el sistema de salud las necesidades y las oportunidades de mejora de los mecanismos de participación existentes y determinar otros como una forma de promover y fortalecer los espacios de participación y control social, como una herramienta para la formulación de políticas sectoriales en el tema, con un liderazgo continuo en el nivel nacional y un monitoreo y seguimiento permanente en las instancias territoriales que deben garantizar estos espacios de participación.

De esta manera, realizar un análisis situacional de la participación en salud, pasa por determinar el nivel de desarrollo de las modalidades de participación social en el sector salud, a partir de la aplicación de las encuestas diseñadas para ello, teniendo en cuenta las características de los espacios constituidos formalmente para el desarrollo de las prácticas participativas, como referente básico, así como el análisis de los desarrollos planteados y los aportes de la comunidad en el proceso de deliberación y construcción de la política.

### 5.1 SITUACIÓN DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

El entonces Decreto 1757 de 1994, actualmente compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 (artículos 2.10.1.1.1. y siguientes), regula el tema referente a la participación en salud, que es la forma más generalizada del ejercicio participativo en salud en el país a partir de 1993.

El Ministerio de Salud y Protección Social, para el levantamiento de la información relacionada con el funcionamiento de estos espacios de participación en salud, utilizó un proceso de recolección y análisis de la información que comprendió varias etapas:

1. Diseño del instrumento para la recolección de la información para cada uno de los espacios de participación. Al respecto se estructuró una encuesta con tres (3) categorías: Información básica, estructura y organización, y nivel de desarrollo.
2. Orientación sobre el instrumento a los profesionales encargados del diligenciamiento del mismo y de la comunicación con los territorios.
3. Consolidación, análisis y socialización de los resultados.

#### 5.1.1 Información básica

Se refiere a los datos generales necesarios para la sistematización de la información como información de identificación del departamento, distrito y municipio y los datos de la persona que diligencia el formulario, quien será el contacto principal con el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### 5.1.2 Estructura y organización

Se refiere a los datos legales referidos a la conformación y formalización de los espacios de participación y los recursos con los que cuenta. Este aspecto es de gran importancia al momento de hacer la caracterización dado que permite evaluar la capacidad organizativa y de gestión que tiene cada espacio de participación.

A través de este ítem se registra información que permite cualificar el desempeño, las limitaciones y los obstáculos preponderantes en el funcionamiento de los espacios de participación al evaluar aspectos relacionados con los recursos humanos con los que se cuenta, materiales disponibles para el desarrollo de los procesos técnicos y operativos que se realizan y aspectos administrativos como: año de constitución, existencia de reglamento interno, bases de datos de sus integrantes, periodicidad, reuniones realizadas en el año e identificación de temas de formación recibidos y necesarios.

#### 5.1.3 Nivel de desarrollo

Hace referencia a las acciones y herramientas que permiten la operatividad de la instancia de participación como guías, reglamentos, planes de acción y desarrollo de sus funciones. Cada una de las dimensiones descritas permite no solo valorar los espacios desde dimensiones diferentes, sino que se pueden establecer relaciones que eventualmente darán cuenta de dónde se están concentrando los principales obstáculos y oportunidades para así establecer los niveles de responsabilidad de cada uno de los actores del sistema en salud.

El alcance primordial de este proceso es identificar, visibilizar y/o fortalecer, según sea el caso, las modalidades de participación en el sector salud, como espacios de construcción, concertación, acompañamiento, consolidación y seguimiento de la política pública de participación social.

#### 5.1.4 Universo de estudio

Los espacios de participación Social en salud objeto de estudio fueron: Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) y veedurías ciudadanas en salud.

Es importante mencionar que la norma señala la creación de los Comités de Participación Social en Salud para los municipios. Las otras modalidades se organizan en departamentos, distritos y municipios. Sin embargo, la información referenciada arrojó que departamentos como Atlántico, Caquetá, Casanare, Putumayo y Quindío cuentan con Comités de Participación Comunitaria.

En total se enviaron 224 encuestas distribuidas en 32 departamentos y 32 distritos y municipios capitales.

#### 5.1.5 Servicio de atención a la comunidad

En el artículo 2.10.1.1.4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 se señala que las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud deben contar con un Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. El SAC es la instancia encargada de atender a la comunidad usuaria de los servicios de salud, sirve de interlocución entre la Dirección departamental, distrital o municipal de salud y los actores del Sistema de Seguridad Social, orientada al mejoramiento continuo del servicio público de salud, a través de la atención personalizada del usuario, promoviendo la participación y control social, y la gestión para la resolución de las quejas, peticiones y reclamos de manera oportuna y eficiente.

Las funciones de este espacio de participación se establecieron con el propósito de garantizar un servicio de calidad y de velar por el buen funcionamiento y la buena administración de los recursos por parte de las IPS y de las EPS, al establecer mecanismos de atención a los usuarios, para canalizar y resolver sus peticiones, quejas, reclamos y solicitudes al tomar las medidas correctivas necesarias y mantener informados a los usuarios sobre deberes y derechos en salud. De esta manera, los SAC logran promover procesos de participación local y así dar cumplimiento al derecho legítimo de los ciudadanos de velar por el buen funcionamiento de las EPS y de las IPS al verse impelidas a través de las SAC a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio de salud.

El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) permite a las Direcciones Territoriales de Salud establecer indicadores sobre el funcionamiento del sistema, la calidad y oportunidad de los servicios al conocer la percepción de los usuarios y orientar así la toma de decisiones por parte de los actores responsables del sistema.

Con el establecimiento del SAC en los niveles departamentales, municipales y distritales del país, el Estado pretende establecer canales de comunicación entre la comunidad y las entidades gubernamentales, para que fluya la información en ambos sentidos y exista un grado de ilustración acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) así como del quehacer de las diferentes entidades o dependencias del sector salud.

Por otra parte, es necesario que la comunidad tenga a dónde recurrir para solicitar información sobre la debida utilización de los servicios que necesita, a dónde poder formular peticiones derivadas de las diferentes circunstancias que rodean el servicio recibido o simplemente dónde formular quejas de su inconformidad por la calidad de la atención recibida en las entidades gubernamentales o particulares.

Para el análisis del SAC, se remitieron 64 encuestas, de las cuales se diligenciaron 51; 23 en el nivel departamental y 28 en el nivel municipal y distrital.

#### a) Estructura y organización

El resultado del procesamiento de la información recolectada sobre los departamentos, distritos y municipios capitales que la reportaron, (un total de 51 entidades territoriales), permitió identificar que en los últimos 10 años se registró una conformación mayor del Servicio de Atención a la Comunidad en aumento de 35,29% al 41,18%. Los resultados muestran una lenta asimilación e implementación de la norma en los territorios ya que en los primeros años de vigencia del Decreto 1757 de 1994, incorporado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, solo se conformaron el 13,72% de los existentes. De los 51 SAC reportados, el 100% están activos y el 71% cuenta con acto de constitución.

Considerando la importancia del SAC para una adecuada atención a la comunidad y su estrecha relación con la promoción de salud, se obtuvo como resultado que el 100% de estas instancias se encuentran activas en todas las entidades territoriales que reportaron la información. No obstante, los resultados, en general, dan cuenta de los bajos niveles de apropiación frente a la norma y de los procesos y procedimientos a implementar para el fortalecimiento de procesos participativos y mejoramiento de la calidad de los servicios. Se observa también el bajo nivel de seguimiento, monitoreo, inspección y vigilancia.

Frente a la organización de recursos humanos, técnicos y logísticos, los SAC cuentan con una persona que tiene las funciones de atención a la comunidad. Su nivel educativo fluctúa entre el técnico y universitario. En el caso de los funcionarios profesionales se advierte un mejor nivel de cumplimiento y ejercicio de las funciones, facilitando, de este modo, el logro de los propósitos del espacio de participación donde se encuentra vinculado.

Sobre los recursos técnicos, se pudo establecer que hay un porcentaje representativo de más del 90%, en lo que respecta a contar con oficina y equipo de cómputo, buzón de sugerencias, cartelera informativa y atención preferencial. En menor número y en orden descendente, se cuenta con línea telefónica local exclusiva (32<sup>22</sup>) material impreso para la divulgación de deberes y derechos en salud a los usuarios (30), archivo independiente (30) y servicio de fotocopiado (20). Llama la atención que los recursos para información y difusión a la comunidad están disponibles solo en el 59% de las entidades territoriales reportadas, siendo esta una de las responsabilidades más importantes de los SAC, como instrumento para el desarrollo de sus funciones.

En cuanto a la logística utilizada por el SAC, se puede concluir que los usuarios utilizan mejor algunos recursos como el buzón de quejas, la línea telefónica, seguramente porque poseen un mejor conocimiento de los mecanismos de participación de carácter individual por ser fácilmente identificables. También podría estar influido por el hecho de ser estrategias de comunicación directa utilizadas en establecimientos frecuentados cotidianamente, como los supermercados o establecimientos de venta de bienes o servicios. La línea telefónica se utiliza también para aspectos diferentes a la expresión de opiniones o intercambio de informaciones, sobre todo a la atención (citas, ambulancia, etc.).

Así mismo, se observó una diferencia en cuanto a la estructura orgánica de las entidades territoriales puesto que el SAC en algunos territorios depende de la oficina del despacho del

22 Números absolutos.

Secretario de Salud y, en otros, de la dirección de prestación de servicio, de la unidad de vigilancia y control, de las oficinas de desarrollo social, promoción social, planeación, calidad y aseguramiento de salud pública. Esto muestra la diferencia organizativa y administrativa de los territorios para cumplir con la promoción y fomento de las formas y modalidades de participación y la jerarquía y prioridad que tiene este tema.

#### b) Nivel de desarrollo

La falta de un apoyo administrativo adecuado para los SAC puede mostrar insuficiencia de acciones y herramientas que permitan su operatividad para poder dar respuestas oportunas y satisfactorias, acordes al desarrollo de sus funciones. El 37% de los SAC reconocen no tener protocolos y/o guías para orientar y acompañar los procesos de participación, el 29,4% no hacen reuniones periódicas, mientras que el 23,5% manifestaron no tener manual de procesos, ni realizar acciones de seguimiento.

Teniendo en cuenta que el plan de acción es un modo de asegurar claridad en el SAC con la definición de las estrategias para el alcance de sus objetivos, se obtuvo como resultado que el 80% de las entidades territoriales manifestaron tener plan de acción.

De estos planes de acción, el 70,5% cuentan con objetivos, metas e indicadores. El 64% de los planes de acción tiene en cuenta la realización de capacitaciones y seguimiento y el 60% tiene en cuenta la articulación intersectorial. El 98% de las entidades territoriales realizan la articulación a través del SAC, con entidades públicas, concurrentemente, el 71% articula con entidades privadas, el 31% con ONG y el 10% con otros actores.

Teniendo en cuenta los datos allegados, en cuanto a la periodicidad de función, el SAC se reúne mensualmente en un 64% de las ocasiones, trimestralmente en un 28%, semestralmente en un 5% y de manera eventual en un 3% de las veces. El 92% de los SAC de las entidades territoriales se comunica con las comunidades por medios escritos. El 86% lo hace por medio de charlas con la comunidad, el 51% por medio de campañas radiales y el 34% por medios audiovisuales. Aunque el parágrafo del artículo 4° del Decreto 1757 de 1994, señalaba que: *“El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones (...)”*, solo el 51% de los SAC reconocieron tener los recursos para su funcionamiento.

El 80% de las entidades territoriales consultadas refirió que realizaban encuestas de satisfacción. Es importante destacar que estas son herramientas imprescindibles de los SAC en su responsabilidad de control y seguimiento para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en materia de salud de los ciudadanos y la búsqueda de su intervención para la adecuada atención y oportunidades de mejora.

La información obtenida sobre la encuesta de satisfacción de usuarios es tenida en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con los procesos de calidad de la institución. Su nivel de efectividad depende en gran medida de la periodicidad con que se realizan estos procedimientos, que para el caso del estudio es relativamente baja.

#### c) Cumplimiento de las funciones

Si bien se observó un alto cumplimiento de las funciones señaladas en el Decreto 1757 de 1994, compilado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, vale la pena mencionar que aquellas relacionadas con atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud, entreguen información sistematizada y tomar las medidas correctivas, son las de más bajo cumplimiento. Las funciones esenciales como la recepción e información sobre el funcionamiento de los sistemas de información y atención al usuario de IPS y de EPS y la de promoción de la participación en salud en el municipio, se dejan de lado y concentran su quehacer en lo relacionado con la atención de peticiones, quejas y reclamos que se presentan y en la orientación a los usuarios.

Si se toma en cuenta el papel que el SAC juega frente a la vigilancia del funcionamiento de los Sistemas de Información y Atención a los Usuarios (SIAU) de EPS y de IPS, a la orientación que debe dar a las veedurías ciudadanas y a la promoción de los procesos de participación local, se puede concluir, de acuerdo a los resultados encontrados, que no existe el servicio como tal, sino que se cumple con algunas de las funciones asignadas a través de una oficina denominada atención a la comunidad o atención al ciudadano, la cual centra su quehacer en lo relacionado con la recepción, clasificación y canalización de las peticiones, quejas y reclamos y al suministro de información verbal solicitada por los usuarios y orientación para la atención en las diferentes dependencias de la institución.

#### d) Dificultades

Los referentes de participación de las diferentes entidades territoriales encuestadas opinaron que tienen dificultades con el SAC por diversos motivos, entre ellos:

1. Falta de participación de los usuarios y de promoción de los espacios de participación en las instituciones.
2. Falta de recursos técnicos y financieros.
3. Falta de capacitación, en las modalidades y formas de participación, debido a lo cual no se han logrado los objetivos para los que fueron creados, al igual que la falta de conocimiento de los usuarios, lo cual obstaculiza su participación.

Es muy posible que las dificultades planteadas desmotiven a los actores responsables de llevar a cabo las responsabilidades que les impone la norma.

#### e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon las siguientes propuestas de solución a las dificultades encontradas:

1. Divulgar normatividad, estrategias y lineamientos.
2. Articular con otras instancias dentro de las instituciones gubernamentales de atención a la salud.
3. Asignar recursos (humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, financieros) y normalizarlos.

4. Integrar el organigrama de la secretaría de salud.

5. Mejorar y apoyar capacitación e intercambio de conocimiento desde el Ministerio.

6. Sancionar el no cumplimiento de las peticiones, quejas y reclamos.

#### 5.1.6 Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS)

Son los espacios considerados con más alto grado de incidencia y producen insumos para la toma de decisiones y el desarrollo de políticas concertadas frente al SGSSS y su participación en la construcción, seguimiento y monitoreo de los planes territoriales de salud, teniendo en cuenta las características particulares como la situación de salud y las necesidades e intereses de cada uno de los actores que lo conforman.

Se definió el régimen de organización y funcionamiento de los CTSSS, a través de los Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y en ellos se determinó su conformación, para ello se integra en este espacio a la entidad territorial, a los prestadores de servicios de salud, a los administradores de planes de beneficios, a los empleadores y trabajadores, a las asociaciones de usuarios, a los profesionales de la salud y a la comunidad en general. La importancia de este espacio de participación radica en la jerarquía de sus integrantes, así como en sus funciones de asesoría a las direcciones locales de salud, de promoción de la descentralización y del aseguramiento a la población más pobre y vulnerable, así como también en el análisis y aprobación de los planes territoriales de salud.

#### a) Estructura y organización

Para el análisis de los CTSSS se enviaron 64 instrumentos de recolección de la información, de los cuales, 32 se dirigieron a departamentos y 32 a municipios y/o distritos (incluyendo la ciudad capital). De los remitidos se diligenciaron 41 encuestas. Dichas encuestas arrojaron los siguientes resultados en torno a la conformación del CTSSS: El 47% de las entidades territoriales manifestó que sus CTSSS están conformados hace menos de 5 años. Se aclara que en el periodo inicial de la expedición de la normatividad relacionada con la creación y organización de este espacio, se crearon solamente alrededor de 10% de CTSSS, de acuerdo con la información reportada por las entidades territoriales.

A continuación se muestra una gráfica sobre la conformación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud:



Con las respuestas de los diferentes referentes de participación, se corrobora que el 100% de las entidades que reportaron información tienen conformados su CTSSS como el espacio de toma de decisiones, en el que se desarrollan políticas concertadas frente al SGSSS. No obstante, el 93% de las entidades territoriales que respondieron la encuesta afirmaron tener activo el CTSSS.



Con relación a los recursos técnicos de los CTSSS, el 40% de los estos no dispone de oficina destinada para sus reuniones, el 38% no cuentan con equipo de oficina y cómputo, el 53% no dispone de equipo de línea telefónica, el 63% no cuentan con correo electrónico,

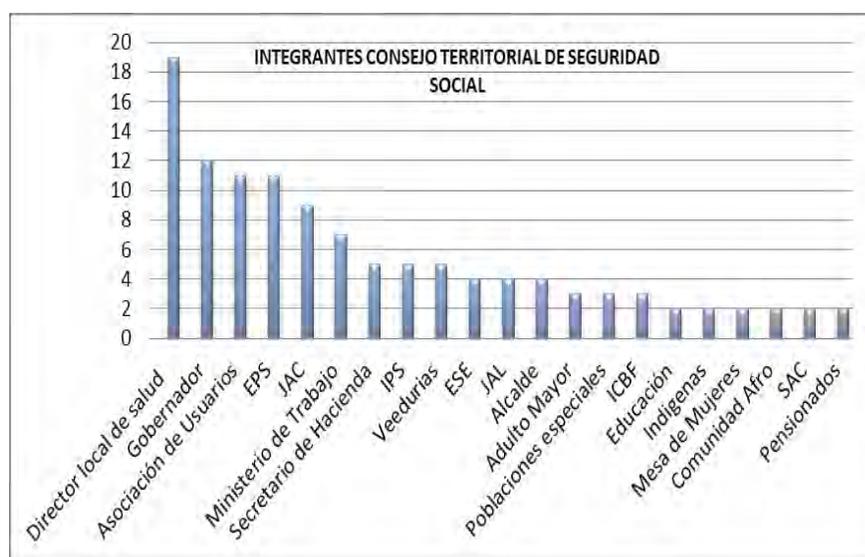
el 58% no dispone de recursos para información y difusión a la comunidad y el 65% de los CTSSS no cuenta con material de consulta permanente.

#### b) Nivel de desarrollo

El 83% de los CTSSS no cuenta con manual de procesos y procedimientos, el 70% de los CTSSS no dispone de protocolos y/o guías para orientar y acompañar los procesos de participación, el 83% de los CTSSS no cuenta con equipo de línea telefónica, el 85% de los CTSSS no dispone de equipo de protocolos y/o guías. El 25% de los CTSSS no realiza reuniones de seguimiento y el 85% de los CTSSS no cuenta con plan de acción. En cuanto a los contenidos del plan de acción, se observa que solo un 35% contempla la articulación intersectorial, un 25% de los planes contempla objetivos, metas, indicadores, capacitación y seguimiento. Los CTSSS se articulan en un 98% con entidades públicas, un 75% con entidades privadas, un 31% con ONG y un 8% con otras instituciones.

El 75% de los CTSSS utiliza los medios de comunicación escritos para comunicarse con la comunidad, el 58% lo hacen por medio de charlas, el 23% a través de campañas radiales, mientras que el 18% utiliza medios audiovisuales, tales como: televisión, videos e internet.

Los resultados evidenciados permiten afirmar que, si bien los CTSSS están formalizados en las entidades territoriales, su funcionamiento y organización no es suficiente para convertirlos en espacios de debate, análisis, asesoría y de promoción para la participación comunitaria. De los 41 CTSSS que reportan información, la mayor participación se concentra en los delegados de la administración, en su orden, Director local de salud 19, gobernador 12, alcalde o delegado 4 y secretario de hacienda 5, representantes de asociación de usuarios 11 (que equivale al 27%), Ministerio del Trabajo 7 (que representa el 17%). La mayor participación de los representantes de la administración se explica en la medida en que el Acuerdo 57 de 1997 les asigna la presidencia y secretaria técnica de este espacio.



Las representaciones institucionales y técnicas que corresponden a prestadores de servicios de salud (en un 31%), administradores de planes de beneficios (en un 10%) y profesionales del sector salud (en un 15%).

#### c) Cumplimiento de las funciones

De acuerdo con el resultado de las encuestas, los CTSSS cumplen con sus funciones esenciales frente a los planes territoriales de salud y realizan seguimiento y monitoreo a las metas definidas en los mismos; además, adoptan, adaptan y proyectan políticas nacionales de salud para el territorio y asesoran en el desarrollo de los proyectos que hacen parte del plan de salud territorial.

#### d) Dificultades

Respecto de las dificultades evidenciadas en torno al funcionamiento de los CTSSS, se advierten las siguientes con la indicación de su proporción:

El 13% de los CTSSS de las entidades territoriales registradas manifiesta dificultad en el conocimiento de la norma, el 45% refiere dificultad con el compromiso de sus integrantes, el 48% expresa dificultad en las responsabilidades de los diferentes actores, el 40% manifiesta dificultad en cuanto al reconocimiento por parte de la comunidad, el 35% presenta dificultades motivacionales, el 43% considera las dificultades en cuanto a la capacitación, el 20% refiere poco reconocimiento de las EPS e IPS de su gestión y el 60% tiene inconvenientes en materia de recursos logísticos y técnicos.

#### e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon las siguientes propuestas de solución a las dificultades encontradas:

1. Mejorar y apoyar capacitación e intercambio de conocimiento a través de este ministerio.
2. Socializar, promover, motivar, comprometer y divulgar la institucionalidad y sus acciones.
3. Asignar recursos (humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, financieros) y actualizar la normatividad.
4. Articular el desarrollo de las funciones de los CTSSS, con otras instancias dentro de las instituciones gubernamentales de atención a la salud.
5. Divulgar normatividad, estrategias y lineamientos.

#### 5.1.7 Comité de participación comunitaria en salud – COPACO

De acuerdo con el artículo 2.10.1.1.7 del Decreto 780 de 2016, el COPACO se concibe como un espacio de concertación entre el Estado, representado en el alcalde, las Direcciones locales de salud, la gerencia de la ESE Hospital y las formas organizativas sociales y comunitarias del territorio municipal.

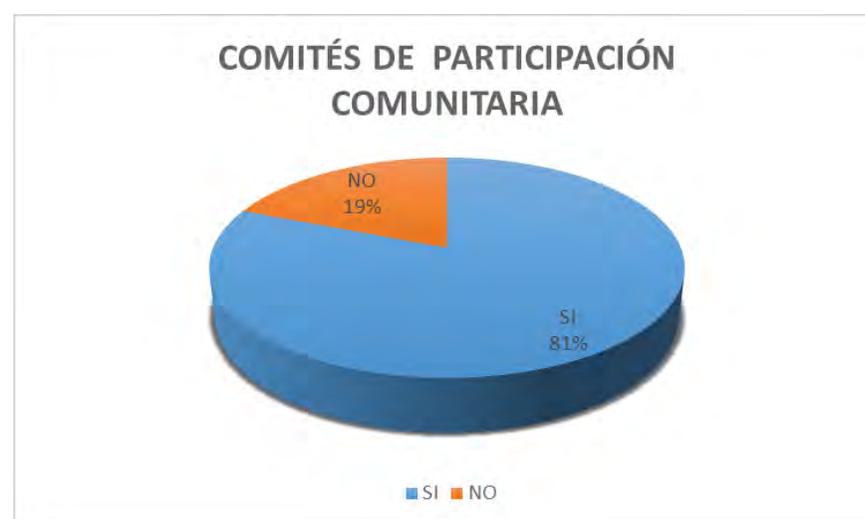
Considerando la inclusión y multiplicidad de actores sociales y comunitarios que integran el COPACO, este espacio posibilita el encuentro de autoridades locales, instituciones y organizaciones comunitarias, en torno al diagnóstico de la situación de salud en el municipio, facilitando a las organizaciones sociales su participación en los planes territoriales de salud y siendo un referente del sector en los procesos de planificación y de control social.

El COPACO es un actor con representación institucional y comunitaria que gestiona la inclusión de planes, programas y prioridades en salud, participa en la toma de decisiones y en la distribución, seguimiento y evaluación de recursos de acuerdo a las fuentes de financiación.

#### a) Estructura y organización

En el levantamiento de la línea base se identifica que de las 32 encuestas, se recibieron 27 diligenciadas. Desde hace 10 años ha ido creciendo el número de COPACOS habiéndose creado el 56% de ellos en los últimos 5 años; lo anterior, no obstante haberse expedido la norma hace 20 años.

De los 27 COPACOS que respondieron la encuesta, el 81.48% están activos, y cuentan con una periodicidad para reunirse trimestralmente un 37% y mensualmente un 32%, lo que se constituye en un indicador de su funcionamiento y en condición para que en su interior se puedan establecer procesos de comunicación e interlocución más efectivos y permanentes entre las organizaciones e instituciones del sector.



#### b) Nivel de desarrollo

Los temas que se consideran necesarios para su fortalecimiento y cualificación hacen referencia al papel estratégico que debe cumplir el COPACO y que evidencia una mayor apropiación de sus funciones en tanto el promedio de temas identificados corresponden a la articulación del COPACO con otros escenarios de participación local, presupuesto participativo, planes municipales, elaboración de proyectos y estrategias para su dinamización. En cuanto a la participación con mayor nivel de efectividad y permanencia en el COPACO, la misma corresponde a las Juntas de Acción Comunal (JAC), EPS, direcciones o Secretarías de Salud con representantes de ellos en diez (10) COPACOS.

En la participación de los actores institucionales se observa una vinculación directa de las Secretarías de Salud, EPS, IPS y alcaldía en el COPACO. A nivel comunitario, las veedurías, asociación de usuarios y madres comunitarias están representados en 6 COPACOS.



Las Juntas Administradoras Locales presentan mayores niveles de participación ciudadana en aquellos municipios o distritos que cuentan con mayor capacidad administrativa, en tanto se circunscriben dentro de un grupo de corporaciones de elección popular y no organizaciones comunitarias. Se observa un comportamiento regular en las organizaciones de programas de salud, gremios productivos y organizaciones del sector educativo, mientras que una vinculación más débil en otras organizaciones de la comunidad tales como mesa de mujeres, adulto mayor, asociación de diabetes, comunidades indígenas, poblaciones especiales, afrodescendientes grupos que solo aparecen registrados en un COPACO.

Realizando la lectura desde un ángulo distinto, en el COPACO no convergen las personas en calidad de ciudadanos sino como delegados de organizaciones sociales y comunitarias.

Estos datos podrían denotar el insuficiente y débil nivel de asociatividad de estos grupos y el bajo nivel de incidencia que tienen en la vida local. El 67% de los COPACOS manifiestan no tener manual de procesos ni procedimientos y el 63% de los COPACOS no cuentan con protocolos y/o guías para orientar y acompañar los procesos de participación.

Teniendo en cuenta que el plan de acción es un modo de asegurar claridad de las acciones del COPACO, con la definición de las estrategias para el alcance de sus objetivos, el 59% respondieron no tener plan de acción. De estos planes de acción, el 65.5% cuentan con objetivos, metas e indicadores, el 51% de los planes de acción tiene en cuenta la realización de capacitaciones y seguimiento y el 59% no realiza articulación intersectorial. El 89% de los COPACOS manifiesta articularse con entidades públicas, el 41% con empresas privadas, el 19% con ONG, y el 77% de los COPACOS utilizan los medios de comunicación enumerados en la pregunta, a saber ¿a través de cuáles medios se comunica con la comunidad?. El 59% hacen charlas con la comunidad y con igual porcentaje, se comunica por medios escritos.

#### c) Cumplimiento de funciones

Los resultados mostraron que los porcentajes de cumplimiento de las funciones estratégicas de los COPACOS, en su mayoría no superan el 50%. Este hallazgo denota que al interior de estos espacios se requiere una evaluación y cualificación respecto a su deber ser y a las exigencias técnicas que demanda el sector y esta forma de participación.

#### d) Dificultades

El 59% manifestaron falta de compromiso de sus integrantes; el 51% reportan falta de claridad en las responsabilidades de sus actores; el 48% manifiesta que sus dificultades están en la falta de recursos logísticos y técnicos; el 33% de los COPACOS manifestaron tener dificultades en cuanto al conocimiento de la norma y el 44% presenta dificultades en cuanto al reconocimiento de la comunidad. En las dificultades reportadas para su funcionamiento y elección de sus integrantes, se puede observar que las respuestas corresponden a la visión institucional por cuanto la mayoría refirió los bajos compromisos comunitarios, una incipiente formación ciudadana para la participación en el sector y en los elementos que se consideran en los presupuestos participativos.

Los procesos participativos denotan uno de los mayores problemas estructurales que presentan las entidades públicas y los funcionarios en tanto estos perciben la promoción de la participación como una obligación menor y no en su verdadera acepción como uno de los fines esenciales del Estado y como el medio más idóneo de democratizar la vida pública municipal.

#### e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon las siguientes propuestas de solución a las dificultades encontradas.

1. Mejorar y apoyar capacitación e intercambio de conocimiento desde el Ministerio
2. Socializar, promover, motivar, comprometer y divulgar la institucionalidad y sus acciones.
3. Asignar recursos (humanos, físicos, tecnológicos, logísticos, financieros) y normalizarlos.
4. Acompañar, seguir y apoyar la creación del COPACO.
5. Divulgar normatividad, estrategias y lineamientos.

#### 5.1.8 Veedurías ciudadanas

La veeduría ciudadana, de acuerdo con la Ley 850 del 2003, modificada por la Ley 1757 de 2015, es un mecanismo democrático de representación de los ciudadanos o de las organizaciones comunitarias, que permite vigilar la gestión pública de autoridades y entidades estatales o privadas, o de organizaciones no gubernamentales, en aquellos ámbitos, aspectos y niveles en los que total o parcialmente se empleen los recursos públicos.

#### a) Estructura y organización

Se observa un crecimiento progresivo en el proceso de conformación de las veedurías, iniciando con un 1.33% hace 20 años, e incrementándose aceleradamente en los últimos 10 años, hasta llegar a un 77% en los últimos 5 años. A continuación, se presenta una gráfica sobre la conformación de las veedurías.



Respecto a la conformación de las veedurías, el 94% tienen acto de constitución, el 98% de ellas se encuentran activas, el 78% se encuentran registradas en la personería municipal, el 9% en la Cámara de Comercio, y un 20% en otras entidades (Superintendencia Nacional

de Salud, Secretarías de Salud y en el espacio comunitario de control social), el 15% cuentan con herramientas tecnológicas, el 45% dispone de materiales para el desarrollo de su labor y el 65% cuentan con espacio físico para adelantar sus reuniones.



#### b) Nivel de desarrollo

Los resultados muestran que solo el 12% de las veedurías cuenta con manual de procesos y procedimiento, el 30% dispone de protocolos y guías para orientar y acompañar los procesos de participación y el 40% cuentan con plan de acción. Estos datos indican que si bien el proceso de control social se ha promovido en su creación y funcionamiento, requiere su fortalecimiento mediante asistencia técnica.

Así mismo, los resultados muestran que el 85% de las veedurías utilizan medios escritos como instrumentos para el ejercicio del control social, los cuales se catalogan de la siguiente manera: derechos de petición (48%), consultas (55%) y 33% utilizan la denuncia, la tutela y las audiencias públicas como instrumentos de control social. Los resultados de la encuesta mostraron un adecuado conocimiento de las funciones de la norma y de los mecanismos de participación formal.

La mayoría de las veedurías ejercen control social a través de instrumentos escritos, seguido por consultas y derechos de petición. Entre el 30 y 40% de las veedurías utilizan alguno de los siguientes instrumentos: solicitudes, instancias de control, denuncia, queja o reclamo, acción de tutela, audiencias públicas y otras acciones.

#### c) Cumplimiento de funciones

Las veedurías que cumplen con todas sus funciones, se destacan por utilizar varios medios de comunicación con la comunidad, por usar varios instrumentos para ejercer control social y por estar coordinados con más de un sector para el cumplimiento de sus objetivos (empresas privadas, ONG y/o entidades públicas). Las funciones de mayor cumplimiento de las veedurías son las relacionadas con la vigilancia de los recursos y las entidades del sector salud.

#### d) Dificultades

Las dificultades expresadas por las personas encuestadas arroja información sobre las posibles causas por las cuales la mayoría de veedurías no cumple con todas sus funciones. Se destacan dificultades como la falta de conocimiento de la norma, la falta de compromiso de los integrantes, de capacitación y de claridad en las responsabilidades de los diferentes actores, los cuales son aspectos internos que debilitan el funcionamiento de las veedurías, afectando el cumplimiento de funciones tales como:

“Vigilar los procesos de planeación para que conforme a la Constitución y la ley se de participación a la comunidad”. “Vigilar que en la asignación de los presupuestos se prevean prioritariamente la solución de necesidades básicas insatisfechas según criterios de celeridad, equidad y eficacia”. “Vigilar porque el proceso de contratación se realice de acuerdo a los criterios legales”. “Vigilar y fiscalizar la ejecución y calidad técnica de las obras, programas e inversiones en el correspondiente nivel territorial”. “Recibir informes, observaciones y sugerencias que presenten los ciudadanos y organizaciones en relación con las obras o programas que son objeto de veeduría”. “Solicitar a interventores, supervisores, contratistas, ejecutores, autoridades contratantes y demás autoridades concernientes, los informes, presupuestos, fichas técnicas y demás documentos que permitan conocer el cumplimiento de los respectivos programas, contratos o proyectos”.

Aspectos externos como la falta de recursos logísticos y técnicos, son dificultades que restan agilidad en los procesos de las veedurías, así como factores de desmotivación que llevan a una falta de compromiso por parte de los integrantes.

La falta de comunicación y de apoyo en la red institucional de veedurías es una dificultad que impide el cumplimiento de la función: “Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas”.

#### e) Alternativas de solución

Las entidades territoriales plantearon propuestas de solución a las dificultades encontradas, las sugerencias fueron: fortalecimiento institucional; promoción de la cultura de participación y de motivación a los miembros de la veeduría; fortalecimiento y articulación interinstitucional; aumento de recursos financieros y otros.

La mayoría de respuestas apuntaron hacia soluciones relacionadas con el fortalecimiento institucional (en un 42%), categoría que vale la pena explicar en detalle por la alta importancia que dieron las personas entrevistadas a este ítem. En esta categoría se agruparon las respuestas que indicaban como sugerencia para mejorar sus funciones la capacitación,

planeación (necesidad de mejorar sus procesos de gestión, seguimiento, ejecución y evaluación) y apoyo en talento humano.

Es de particular importancia la capacitación, pues el 28% de los encuestados planteó la necesidad de recibir mayor capacitación; siendo este ítem el de mayor importancia si se desglosa la categoría de fortalecimiento Institucional.

Por último, en la categoría “otros” (4%) de los encuestados propusieron como alternativa de solución, la “construcción de un nuevo sistema de salud” y “la exigencia de atención inmediata en condiciones adecuadas”.

## 5.2. CATEGORIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Es claro que el avance y desarrollo de la participación no es homogéneo en el territorio nacional. Al respecto se ha indicado:

*“Una mirada general a los desarrollos y procesos de la participación social en salud, muestran que existen múltiples factores que inciden negativamente para alcanzar procesos continuados que generen una dinámica más contundente hacia el empoderamiento y que a la vez posibiliten calidad de vida y la concreción del derecho a la salud como expresión de ciudadanía”<sup>23</sup>.*

En el proceso de construcción de la PPSS se identificaron los siguientes núcleos problemáticos:

### 5.2.1 Condiciones que debilitan la participación social en salud

La situación planteada se organiza por categorías, teniendo en cuenta que la encuesta muestra desarrollos desiguales tanto institucionales como comunitarios y/o sociales en los procesos de participación en salud. En tal sentido, las categorías permiten establecer los problemas o puntos críticos comunes al conjunto de la institucionalidad en salud y a las dinámicas sociales y comunitarias, reiterando que no hay desarrollos iguales pero que lo hallado afecta tanto a la institucionalidad como a las dinámicas sociales de participación en salud que dificultan o debilitan en mayor o menor grado la situación.

#### a) La visión de salud y la forma en que afecta la participación social

1. La visión institucional es una construcción histórica. En tal sentido, ha estado subordinada a la lógica y prácticas vinculadas con una comprensión de la participación como “colaboración” lo que le da un carácter de participación asistida en donde es clara la ausencia de una visión de derecho y, por ende, de la participación vinculada con un ejercicio de autonomía y ciudadanía. La transformación del marco legal y el reconocimiento de la participación como derecho implican la transformación de las lógicas y dinámicas institucionales que posibiliten el reconocimiento de los sujetos y su participación como derecho.

2. Con mayores o menores grados, se debe fortalecer la capacidad institucional para reconocer las lógicas comunitarias y sociales basadas en las dinámicas territoriales.

3. En general, falta mayor comprensión del valor de la participación en relación con la construcción social de la salud, en los diversos lugares institucionales donde se desarrolla la salud. Tal situación hace necesario un reposicionamiento institucional de esta área con el derecho a la salud, pues la misma es vinculante y estratégica para generar legitimidad.

4. A pesar de los avances en el último tiempo del reconocimiento del papel de la participación social en salud y de la necesidad de transversalizarla, no hay dispositivos efectivos para que la participación se introduzca en todos los procesos de gestión de las políticas en salud: diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

5. Por lo general, se asume que la debilidad en la participación se debe a la falta de conocimiento, y por lo tanto, se proponen estrategias educativas en términos de capacitación como alternativa de solución a la problemática, sin olvidar una mirada estructural y de conjunto.

Adicionalmente, los procesos educativos no logran reconocer los lenguajes y dinámicas de los participantes y termina siendo instrumentalizada, es decir, se restringe a dar información o en definitiva se requiere de un enfoque pedagógico que reconozca la autonomía e incluya desarrollos didácticos acordes con los participantes.

#### b) Insuficientes capacidades institucionales

1. Las instituciones en el nivel nacional y territorial no cuentan con suficiente capacidad instalada en términos de recursos: técnicos, logísticos, humanos para responder a los requerimientos y necesidades para potenciar la participación social en salud.

2. A pesar de que existen lineamientos, aún no se logra establecer una coherencia en los mismos, lo que se explica en parte por la fragmentación de la norma.

3. Debilidades en la gestión con insuficientes herramientas de planeación.

4. Desarticulación entre los procesos de participación social y los objetos de la gestión en salud: salud pública, aseguramiento, tales como: programas, planes locales y planes de salud pública.

5. Permanentes cambios institucionales.

#### c) Debilidades encontradas

1. Debilidad en algunos espacios y mecanismos (formas institucionales de participación).

2. Hay una visión de desgaste, en cuanto se considera a estos espacios como lugares de reunión con poca incidencia, que en muchas ocasiones operan bajo una lógica de captura clientelar y que no afectan las decisiones públicas.

3. No hay condiciones y garantías materiales suficientes para la realización y desarrollo de estos espacios de participación.

4. Existe una fragmentación entre uno y otro espacio de participación que no posibilita su fortalecimiento en función del derecho a la salud.

5. Los espacios de participación no logran desarrollar dinámicas y metodologías para generar debates y deliberaciones que potencien los mismos como lugares para profundizar la democracia.

6. Existe bajo poder de convocatoria por parte de las autoridades locales, así como de las instituciones.

7. La participación de la comunidad se hace en muchos casos respondiendo a exigencias coyunturales.

Considerando que el Estado es una construcción histórica y social y que, en un principio, la salud no era reconocida como un derecho fundamental, tanto desde el punto de vista legal como en las prácticas y la cultura democrática, no se garantizaba a profundidad el derecho a la participación social en salud y, por ende, la incidencia de la ciudadanía en la política de salud sigue siendo restringida. En tal sentido, la Ley Estatutaria en Salud es clara en ordenar que se generen garantías y condiciones para que la participación en salud tenga alcance decisivo por parte de la ciudadanía en todos los procesos de la política en salud y sus programas.

De acuerdo con las experiencias de los procesos participativos de carácter formal y representativo (COPACOS, asociaciones, comités y consejos) la institucionalidad en salud ha conducido a prefigurar el sujeto que participa, las condiciones y las reglas, determinando la lógica de la participación de manera subordinada a la institucionalidad.

En los procesos de deliberación, se identificó de manera mayoritaria que la participación en salud ha operado bajo la lógica del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Ley 100 de 1993, en donde no se identifica la salud como bien público, al ser considerada como un servicio individual conectado al régimen al cual el usuario pertenece, el cual obedece a la capacidad de pago, ya sea del afiliado – cotizante o del beneficiario del subsidio – asistido, este elemento es central para determinar el bajo poder de la ciudadanía y un elemento sustantivo para transformar las lógicas y dinámicas de participación en salud.

Por su parte, los COPACOS aún no logran ganar capacidad suficiente para vincular a múltiples organizaciones y sectores en relación con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Parte de la explicación se encuentra en la escasa generación de condiciones para la participación que deben brindar las entidades territoriales (como por ejemplo a través de las alcaldías) que en muchos casos no identifican este espacio como un lugar legítimo y legal para discutir la planeación local en salud.

Las asociaciones de usuarios identifican una serie de problemáticas de diversos órdenes:

La salud está enmarcada en la asistencia en el sistema. Solo hasta hace cinco (5) años se ha logrado apropiarse por parte de un importante número de asociaciones su papel de vigilantes de la garantía del derecho a la salud para los usuarios.

### 5.2.2. Problemática planteada en el marco institucional

A continuación, se presenta una serie de problemáticas de participación que se producen entre las prácticas de participación (realidad) y su deber ser previsto en la normatividad (Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015), en relación con las condiciones efectivas en que se realizan los procesos participativos. La PPSS se convierte en una oportunidad para abordar dichas disparidades e incorporar soluciones coherentes en el plan estratégico. Es claro que la propuesta normativa está encauzada a reconocer la participación social como un derecho vinculado de manera integral e indivisible con el derecho a la salud.

Sin embargo, uno de los mayores problemas para posibilitar que la ciudadanía participe en la definición de la política en salud, tiene que ver con la debilidad institucional, a pesar de que la norma ha insistido en el carácter de derecho de la participación y en ese contexto la obligatoriedad del Estado para garantizarla. Entre los obstáculos para la participación atribuidos a las instituciones está la falta de credibilidad de los procedimientos y mecanismos institucionales porque no perciben ni claridad, ni respuestas oportunas y satisfactorias: *“Nosotros pensamos que para qué participamos, si lo que decimos no se tiene en cuenta, y cuando uno tiene problemas lo mandan de una oficina a otra y lo enreda, uno termina cansado”*. (Taller de formulación de PPSS, Armenia, 2015)<sup>24</sup>.

Algunos mencionan la falta de voluntad y cultura de las instituciones para promover ese comportamiento en los usuarios: *“muchas veces las asociaciones o COPACOS no pueden participar porque no tienen con qué, no hay herramientas y las instituciones no le ponen cuidado a esto, uno no sabe si es por negligencia, o no les interesa”*. (Taller de formulación de la PPSS, Bucaramanga, 2015)<sup>25</sup>.

Otros participantes mencionan como barrera la interacción entre actores que están en desigualdad de condiciones, es decir, el individuo y la institución: *“Tal vez el enfrentarse a la organización misma: no es lo mismo el usuario que está libre, que no depende de nadie, al que está en una institución donde hace parte de la organización, de unas normas que tiene que cumplir. Siempre existe esa barrera entre los funcionarios y la comunidad, la cual tiene que enfrentarse a una institución con poder, la que además los puede estigmatizar”* (Taller de formulación de PPSS, Cali)<sup>26</sup>.

*“El temor, por la incapacidad de las personas a cargo de estas instituciones para afrontar la crítica de la comunidad y de los diferentes organismos sociales que vienen a hacer verdadera participación y veeduría y a cuestionar (...) el temor es de los funcionarios públicos y privados también, que son reacios a permitir que la comunidad y las diferentes personas participen en el control”*.

En los talleres de formulación, también se refirieron a la falta de comunicación con los usuarios y algunas actitudes del personal de salud y administrativo como barreras para la participación social: *“(...) en la participación a la comunidad los funcionarios no nos ven*

23 Carmona y Casallas, *op. cit.*, pág. 81.

24 Taller de formulación de PPSS, Armenia, 11 de septiembre de 2015.

25 Taller de formulación de la PPSS, Bucaramanga, 25 de septiembre de 2015.

26 Taller de formulación de PPSS, Cali, 1° de octubre de 2015.

como personas con derechos, sino como gente cansona que pone lata, solo si se reclama duro nos ponen cuidado”<sup>27</sup>.

Algunos funcionarios de instituciones públicas atribuyeron la falta de participación a la dificultad en implementación de la normatividad, por su complejidad, o la escasez de recursos. “Las leyes son complejas y cada día sale una norma nueva, que muchas veces contradice la anterior y la anterior no se deroga, esto dificulta los procesos”<sup>28</sup>.

Existen muchos espacios que en realidad no tienen un impacto significativo y no se evidencian espacios de participación en la distribución de recursos: “no hay incidencia en las decisiones porque los lineamientos ya están definidos por el Ministerio, la participación se ha centralizado en los mismos líderes y no hay sanciones claras cuando se incumplen los espacios de participación. Es importante que se conforme un solo espacio que realmente sea funcional”<sup>29</sup>.

En general, en los talleres se planteó que no hay unificación de criterios en el funcionamiento de los mecanismos de participación en salud, así como que es necesario unificar el concepto de participación, sin perder de vista que siempre se deben tener en cuenta las dinámicas propias de los territorios: “(...) que la participación se pueda aterrizar a las particularidades de los territorios como por ejemplo, las regiones donde la mayoría de la población es indígena, vive en zonas dispersas y es el grupo poblacional al que más se ven vulnerados los derechos”<sup>30</sup>.

Los espacios de participación social en salud de responsabilidad de las direcciones territoriales de salud presentan resultados, de acuerdo con la información reportada, que permiten concluir que este tipo de instancias no han sido articuladas a la dinámica del sector (definición de políticas en salud) y en la mayoría de los municipios y distritos se convierten en un requisito formal. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud presentan un alto nivel de funcionamiento, pero son débiles en el cumplimiento de sus funciones de promoción de la participación, del control social y de la incidencia en las definiciones de la salud en los territorios. Los participantes consideraron que esto se explica en parte por la lógica vertical que organiza el sistema, ya que en estos espacios solo se valida lo que ya ha sido normado.

El COPACO es el espacio con más bajos resultados de todos los monitoreados. Existe desconocimiento, ambigüedad y omisión de los procedimientos legales y administrativos para el buen funcionamiento y uso de estos mecanismos de participación. Se demuestra la ausencia de resultados e impacto de estos espacios o mecanismos de participación frente al funcionamiento del servicio de salud o el sistema de salud pública; en consecuencia, aquellas entidades competentes no cumplen con los procedimientos y las obligaciones registradas en la norma, por ejemplo, frente a la manera de proceder las sugerencias, observaciones o reclamos de la ciudadanía.

Todo lo anterior pone en evidencia que se requieren ajustar los procesos con las normas que reglamentan estos espacios de participación, dado que en aspectos tan importantes como su estructura y funcionamiento, están descontextualizados frente a la dinámica actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a las realidades administrativas, sociales y políticas de los territorios. También se requiere la capacitación del recurso o talento humano, por cuanto existen trabajadores de la salud que no cuentan con el conocimiento sobre los procesos de participación o el enfoque de derechos y esto es fundamental tanto para promover o agenciar los procesos con la comunidad, como para generar fortalecimiento en la articulación interinstitucional y transectorial.

En este contexto, garantizar el derecho a la participación social, como está contemplado en la norma, requiere de una institucionalidad fuerte que pueda cumplir con su rol de garante, esto implica constituir dispositivos que permitan pasar de la visión asistencial del Estado a la visión de derecho: se requiere que la PPSS logre posicionar la participación como un derecho contemplado en la Constitución Política y a la vez comprender que es vinculante con el derecho fundamental a la salud, entendida como producción social y fruto de los determinantes sociales de salud. Teniendo en consideración lo señalado, es claro que no es posible la realización del derecho a la salud sin participación social.

Lo anterior implica la intencionalidad de transformar la cultura institucional – organizacional lo que pasa por la construcción de un nuevo discurso en donde se ubican a los usuarios como ciudadanos sujetos de derechos y al Estado como garante de los mismos.

En tal sentido, se requiere de la generación de capacidades para agenciar procesos de participación. En la actualidad, para la generalidad de los servidores públicos, la participación corresponde a un área y un grupo determinado y no es considerada un derecho, menos aún una condición sin la cual no es posible la realización del derecho a la salud; es decir, se mantiene organizacionalmente la lógica de especialidades, este es un primer elemento a abordar: ¿cómo hacer para que la participación sea asunto de todos?

Aunado a lo anterior, se asume que quienes tienen la responsabilidad de atender las situaciones relacionadas con la participación, ya cuentan con las capacidades otorgadas desde las profesiones y sus prácticas. Sin embargo, es necesario determinar de mejor manera el campo de intervención y ubicar con mayor precisión el tipo de competencias que se requieren para abordar procesos participativos en salud, más acordes con la visión de derechos, lo que implica la formación del talento humano para que se apropie esta visión y se asuma su rol garantista. De esta manera, es necesario desarrollar las siguientes acciones:

a) La generación de capacidades técnicas. Se requiere potenciar las capacidades de los trabajadores de la salud en competencias específicas del orden pedagógico, comunicativas, de gestión, negociación, entre otras, que permitan la interacción con la ciudadanía en el marco del derecho y una nueva forma de intervención social que reemplace la lógica asistida;

b) Promover que las entidades de control sean las pioneras en el compromiso de la educación frente a las veedurías de los servicios de salud.

No obstante, no es suficiente para cumplir con la normatividad, el fortalecimiento del Estado y su papel. Muchas de las dificultades para cumplir con la norma se relacionan con las capacidades de los ciudadanos (líderes, representantes, usuarios). En tal sentido, se deben fortalecer las capacidades ciudadanas y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga, incida y decida en la formulación de políticas públicas de salud y en sus programas en todo el ciclo: diseño, ejecución, evaluación, ajuste y gestión.

Para los participantes en los talleres es clave el fortalecimiento de capacidades financieras y logísticas para impulsar procesos de participación. Se trata de generar las condiciones materiales que permitan llenar de contenido al discurso del derecho a la participación en salud y a la institucionalidad para cumplir con su rol de garante del mismo. “Que se designe un rubro específico para garantizar la promoción eficaz, funcionamiento de las formas de participación social en salud”<sup>31</sup>.

De acuerdo con lo establecido en el estudio de Delgado M., Vázquez M., Zapata y García M.<sup>32</sup>, la gran mayoría de actores comunitarios atribuyen la escasa participación a factores que se ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. Así por ejemplo, aluden al limitado conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes.

En tal sentido, fue unánime la propuesta, según la cual: “El marco normativo de la salud debe incluirse dentro del sistema educativo en el nivel secundario como cátedra, o en el currículo de cultura de la salud”<sup>33</sup>.

Para impulsar e incentivar el ejercicio de veeduría sobre los recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios como instrumentos básicos para la garantía del derecho a la salud, acorde con lo planteado en la ley, es necesario reconocer que históricamente no hay un control efectivo sobre los recursos y la esfera pública en el marco de la salud por parte de la ciudadanía.

A pesar de la normatividad, se mantienen restricciones para que la ciudadanía ejerza control, lo que pasa por la generación de condiciones, la cualificación de la ciudadanía, la generación de procesos y procedimientos que permitan el control efectivo, lo que va más allá de la obtención de información, pues hay que generar capacidades para interpretar la información y facilitar los procesos.

En cuanto a la democratización de la información y su acceso, la ciudadanía propuso una mayor y mejor información acerca de los mecanismos de participación (exigibilidad); mantener y promover comportamientos y actitudes de confianza y tolerancia entre instituciones y usuarios, así como respeto, diálogo y respuestas frente a las propuestas y demandas de la población. Los usuarios perciben reconocimiento en cuanto a sus logros y la apropiación de experiencias en el trabajo organizado y el conocimiento de los mecanismos de participación, lo que para ellos indicaría un enorme potencial que impulsaría la participación, pues no cabe duda sobre las posibilidades que hay en el control si se aumentan las capacidades de los usuarios en la gestión en salud.

Es importante resaltar que para promover procesos de control y veeduría en la gestión en salud, se requiere sobreponerse a la lógica instrumental de los mismos, es decir, es necesario llenar de contenido el derecho fundamental a la salud y su valor como bien público que le permita a la ciudadanía mayor capacidad y posicionamiento como defensora de lo público en el marco de la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud.

En relación con la promoción de procesos de gestión en salud y la participación en la presupuestación participativa en salud, que propone la Ley 1438 de 2011, la ciudadanía expresó, “A pesar de que existen experiencias de presupuestación participativa en otros sectores en salud aún no se vislumbran caminos al respecto”<sup>34</sup>.

De igual forma, es reconocido que los avances en los procesos participativos aún no logran afectar las decisiones públicas acorde con las necesidades y las voces ciudadanas y que en muchos casos los fallidos intentos de presupuestos participativos generan falta de credibilidad por parte de la ciudadanía hacia el Estado y sentimientos de frustración que terminan invalidando el valor de la participación como instrumento de transformación de las inequidades y las injusticias.

Para el caso de salud, en el sistema existen una serie de dificultades que imposibilitan el ejercicio de la presupuestación participativa: la lógica de paquetes, la segmentación del sistema entre regímenes, la falta de territorialización de las necesidades sociales en salud, la fractura de los recursos. Es decir, este es uno de los desafíos más grande que tiene la política.

La presupuestación participativa en salud pasa por identificar las necesidades sociales en salud en territorios de forma tal que se posibilite la coherencia para poder generar la arquitectura institucional (proceso y procedimientos) que permitan el desarrollo de presupuestos participativos en salud.

Los avances en el tema de participación hacen parte de los planes de acción del departamento, distritos y/o municipios y son coherentes con las medidas de intervención que se diseñan e implementan y los recursos que se invierten. La participación es un tema suelto, no se evidencia interés de los gobernadores y alcaldes. “La comunidad solo participa por conveniencia, no es una prioridad de las administraciones, se identifica a su vez una dificultad de recursos y en muchas regiones la mayoría de la población vive en áreas rurales, no cuenta con las posibilidades económicas para desplazarse a las cabeceras municipales y asistir a los espacios de participación. Los espacios informales de participación son activos pero existe dificultad de los líderes para organizarse y asistir a reuniones: “La problemática

27 *Ibidem*.

28 Taller de formulación PPSS, Medellín, 15 de octubre de 2015.

29 Taller de formulación PPSS, Bogotá, D. C., 26 de agosto de 2015.

30 Taller de formulación PPSS, Sucre, 9 de octubre de 2015.

31 Taller de formulación PPSS, Bucaramanga, 25 de septiembre de 2015.

32 Delgado María Eugenia, Vázquez María Luisa, Zapata Yolanda y García Mariano, Participación Social en Salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa, Rev. Esp. Salud Pública vol.79 no.6 Madrid nov./dic. 2005.

33 Taller de formulación, Popayán, 12 de noviembre de 2015.

34 Taller de formulación PPSS, Pasto, 5 de noviembre de 2015.

es generalizada, no hay una asignación de recursos, al considerarse la participación social como transversal, no se le da la importancia que debería tener y se evidencia falta de claridad en la planeación y la falta de asignación de recursos lo que dificulta el funcionamiento con los recursos físicos y profesionales que se requieren”<sup>35</sup>.

La percepción generalizada es que la participación comunitaria no ha tenido la importancia necesaria por parte de las administraciones departamentales y municipales, la participación es coyuntural y responde a intereses, la normatividad no permite una verdadera participación de la comunidad por falta de claridad, los líderes y las instituciones carecen de recursos para realizar y asistir a convocatorias. “Se recomienda que la norma sea clara, explícita y que asigne recursos, funciones y obligaciones específicas. No hay recursos, existen COPACOS y asociaciones de usuarios de papel, pues no hay recursos para su fortalecimiento. En las instituciones existen planes de acción sin tener en cuenta el tema de participación y en donde forma parte del plan de acción de la entidad territorial (...) con el tiempo la ejecución desaparece y no hay coherencia en la asignación de recursos en contraste con la respuesta que debe darse a los requerimientos de la Superintendencia de Salud y del Ministerio de Salud”<sup>36</sup>.

Lo más próximo a que la comunidad esté en la toma de decisiones sería su representación en las juntas, pero esto no es un ejercicio de presupuestación participativa en salud, “(...) solo se participa a través de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado a través del representante de los usuarios, en la defensa de los derechos de los usuarios”<sup>37</sup>.

Se requiere que la PPSS logre un rediseño institucional que permita a las instancias y mecanismos de participación mayores recursos de poder para lograr afectar las políticas en salud en todo el proceso de gestión incluida la presupuestación. La ciudadanía planteó que en el marco legal se puede plantear un ejercicio de presupuestación participativa del PIC para avanzar posteriormente a otro tipo de proceso de la gestión en salud.

Es importante reiterar que la participación es la base de la democracia, lo que requiere de diseños institucionales y ciudadanías fuertes para convertirla en valor que cualifique el debate público y que incida en las decisiones públicas y en quienes las toman. En este marco, la PPSS debe lograr poner en discusión esta serie de situaciones problemáticas y buscar alternativas adecuadas, reglas de juego justas y estructurar e instalar una lógica de sistema de participación social en salud que garantice el derecho a la participación y a la salud.

En este contexto, es innegable que la ley estatutaria posibilita el ejercicio de la participación social en el marco de un discurso que integra las personas y las pone al alcance de la ciudadanía.

## 6. MARCO ESTRATÉGICO

El Marco Estratégico de la PPSS corresponde a la construcción de respuestas a las necesidades de la ciudadanía, las organizaciones, las formas y los trabajadores del sector salud para fortalecer los procesos de participación; de igual forma corresponde al reconocimiento de los requerimientos de las entidades territoriales y de las instituciones del sector salud. Durante el proceso de deliberación se discutieron todos los marcos de la política; sin embargo, se hizo énfasis en el marco estratégico con la intención de lograr que la ciudadanía tuviera tiempo para realizar las propuestas a las diversas problemáticas planteadas. Todos los departamentos y los actores participantes contribuyeron en la construcción del marco estratégico para lo cual el Ministerio utilizó un mecanismo de sistematización directa de escritura por parte de la misma ciudadanía. Gran parte del ejercicio participativo se concentró en definir los ejes estratégicos, a partir de sus propias experiencias.

A continuación, se define el marco estratégico que está compuesto por los principios, objetivos, alcance, ejes estratégicos y las actividades, entendido como el instrumento de gestión de la Política de Participación Social en Salud.

### 6.1 PRINCIPIOS ORIENTADORES

Los principios se reconocen como orientaciones ético-políticas para todos los actores e instancias que desarrollan procesos de participación social, ordenan las acciones tanto para el Estado, representado tanto a nivel central como a la totalidad de entidades territoriales; de igual forma, direccionan el relacionamiento de la ciudadanía y las instancias de participación social en salud y constituyen elementos para la interpretación de otras normas.

La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los siguientes principios:

a) **Enfoque de derechos.** Los ciudadanos son titulares y sujetos plenos para ejercer el derecho a la participación, y es responsabilidad de los servidores públicos adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de este, incluyendo acciones de afirmación y restitución cuando ellos hayan sido vulnerados;

b) **Territorialidad.** La PPSS tendrá en cuenta las dinámicas territoriales y la diversidad y heterogeneidad de los procesos de participación en la perspectiva de impulsar y garantizar el derecho a la participación, lo que implica reconocer el desarrollo diferencial de los espacios, mecanismos e instancias de participación social;

c) **Diversidad.** Es el reconocimiento y promoción de la pluralidad, la heterogeneidad y la singularidad manifiesta en los planos étnico, cultural, de edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, religiosa o política de los sujetos participantes;

d) **Solidaridad.** Capacidad de acción articulada entre las ciudadanas y ciudadanos, organizaciones e instituciones, en causas que aporten al desarrollo individual y colectivo, privilegiando a quienes se encuentren en desventaja manifiesta frente al ejercicio de su derecho a la participación;

e) **Autonomía.** Es el reconocimiento de la libertad y dignidad de las personas y organizaciones para ejercer el derecho a la participación, para lo cual las autoridades, instancias, espacios y organizaciones, ejercerán libremente sus funciones en materia de participación,

buscando el pleno ejercicio de la libertad y la promoción de la autodeterminación individual y colectiva;

f) **Equidad.** Desde la perspectiva de desarrollo humano, el concepto de equidad implica el reconocimiento de las condiciones desiguales que afectan a las personas para el ejercicio de la participación. El desarrollo de la política pública en participación debe tener en cuenta las asimetrías de poder y los diversos puntos de vista evitando las discriminaciones;

g) **Transparencia.** Hace referencia al establecimiento de mecanismos de acceso a la información, criterios y dispositivos que garanticen la participación en los procesos de gestión de la salud: de inversión en salud, rendición de cuentas, auditoría y contraloría social e interacción entre los funcionarios y/o trabajadores de la salud con la población, en torno al manejo administrativo y gerencial de los recursos públicos, así como el cumplimiento de políticas públicas y programas e impacto en la población. Se debe tener en cuenta el ejercicio del control social de la ciudadanía en los procesos de participación y uso de recursos públicos que se utilicen para tal fin;

h) **Corresponsabilidad.** La política de participación debe favorecer la concurrencia de esfuerzos de los actores sociales concertados y articulados entre sí, en un marco de colaboración protagónica, factibles de realizarse para enfrentar situaciones concretas relacionadas con los procesos de participación social en salud con el fin de lograr un mayor impacto en la calidad de vida.

## 6.2. ALCANCE DE LA POLÍTICA

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 coconstruir 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 cubre a todo el territorio nacional y a todos los integrantes del sistema de salud.

De esta manera y en consideración a las dos (2) normas citadas, a continuación, se define su objetivo general, del cual se desprenden los objetivos específicos, fruto de la construcción colectiva señalada en el acápite de la metodología de formulación de la PPSS.

### 6.3 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la PPSS es definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación social en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

### 6.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.4.1 Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud.

6.4.2 Fortalecer la capacidad ciudadana y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga activamente, incida y decida en la definición, formulación de políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.

6.4.3 Promover la participación social para impulsar y difundir la cultura de la salud y el autocuidado, así como propiciar la defensa del derecho a la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción.

6.4.4 Incentivar el ejercicio de control social y veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.

6.4.5 Promover los procesos de gestión y garantía en salud, y la participación en la presupuestación participativa en salud.

### 6.5 EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

El ejercicio participativo de construcción de la PPSS permitió la identificación de los principales ejes estratégicos, con el fin de desarrollar los objetivos propuestos. Estos ejes se constituyen en las líneas maestras de intervención sistemática, para el desarrollo de la PPSS. Los ejes estratégicos permiten viabilizar los éxitos del desarrollo y neutralizar los fracasos a que está expuesto el desarrollo de la PPSS. Es importante destacar que cada uno de los ejes estratégicos define las grandes líneas de acción que deben impactar, de manera transversal, cada uno de tales objetivos. Señalan los caminos a seguir en cada área estratégica para responder a las exigencias de la comunidad, respetando la diversidad territorial, institucional y poblacional.

En los ejes se agrupan una serie de nudos problemáticos y sus respuestas, de acuerdo con los cuales se definen las acciones por desarrollar. Estos son:

#### 6.5.1 Fortalecimiento institucional

Uno de los principales problemas identificados es la debilidad institucional para la garantía del derecho a la participación. Lo anterior implica el fortalecimiento de las capacidades institucionales para cumplir con su papel de garante. Se debe contar con los recursos técnicos, logísticos, operativos, financieros y humanos. Se fortalecerán las estructuras del nivel nacional y del nivel territorial que lideran la promoción de la participación social en salud. Para el fortalecimiento institucional se debe propender por:

a) Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras administrativas y el recurso humano dedicado al fomento y gestión de los procesos de participación y en el desarrollo de la Política de Participación Social en Salud;

b) Definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social, así como, herramientas pedagógicas, didácticas y tecnológicas que permitan la intervención de la comunidad en el sector;

35 Taller de formulación PPSS, Villavicencio, 9 de noviembre de 2015.

36 Taller de formulación PPSS, Medellín, 15 de noviembre de 2015.

37 Taller de formulación PPSS, Villavicencio, 9 de noviembre de 2015.

c) Desarrollar una estrategia sistemática de asistencia técnica a las entidades territoriales para la implementación de la Política de Participación Social en Salud;

d) Establecer mecanismos de cofinanciación de proyectos de inversión en los diferentes niveles de gobierno destinados a la promoción y gestión de la participación social en salud;

e) Realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud;

f) Definir los lineamientos para las entidades territoriales y entidades del sector salud que propendan por garantizar la participación en la decisión en la gestión del sector salud en el marco del cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación Social en Salud;

g) Transversalizar los procesos y dinámicas de participación social en el ciclo de las políticas públicas del sector salud a nivel nacional y territorial;

h) Incorporar el enfoque diferencial en el desarrollo de los espacios de participación en salud en la definición e implementación de los programas del sector salud;

i) Realizar los ajustes normativos que permitan la participación en la gestión del sector salud en los diferentes niveles territoriales e institucionales para el cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación en el marco de la Ley Estatutaria de Salud.

#### 6.5.2 Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud

Es necesario el desarrollo de capacidades por parte de la ciudadanía para que logre cumplir un rol activo y el desarrollo pleno de la ciudadanía en salud. Se deben fortalecer todas las instancias formales y autónomas que desarrollen procesos participativos para impulsar la incidencia, exigencia y decisión en el marco de la gestión de las políticas, planes y programas en salud.

Se propenderá por la legitimidad en la representatividad territorial e institucional, que facilite la coordinación entre los usuarios del Sistema de Salud y los entes responsables y vinculados con la salud, para garantizar la defensa de los derechos de salud y de participación social. Se trata de dotar de herramientas a las instancias, formas y organizaciones para que cumplan con su papel y se posibilite la garantía del derecho fundamental a la salud, lo que implica la coordinación entre instancias de participación y los mecanismos de coordinación entre los diferentes actores que les permita canalizar demandas relacionadas con la salud. Un elemento central de esta estrategia es ampliar la base de participantes y generar articulaciones y sinergias en pro del derecho. Para ello es preciso:

a) Crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud;

b) Establecer los incentivos que propicien la participación social y comunitaria;

c) Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud;

d) Fortalecer las estrategias de información y comunicación incluido el acceso a medios, boletines, periódicos que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos;

e) Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud;

f) Gestionar recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud;

g) Definir los lineamientos que permitan a las entidades territoriales el establecimiento en sus presupuestos de los recursos necesarios para garantizar la participación de la comunidad en los espacios requeridos para la deliberación de las políticas públicas;

h) Definir los mecanismos para fortalecer la representación de las comunidades en los espacios de incidencia en la política pública en salud;

i) Definir los mecanismos de consulta y de la transferencia de la información requerida para garantizar la participación de la comunidad, en las definiciones de política integral de salud, en las prioridades en salud, así como en inclusiones y exclusiones.

#### 6.5.3 Impulso a la cultura de la salud

La salud como construcción social se ubica en la esfera pública (lo que es de todos de forma simbólica y material). En tal sentido, el Estado debe fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado (colectivo) y del autocuidado (individual), como elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la salud. Para los fines pertinentes es necesario:

a) Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades;

b) Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria;

c) Promover un programa de formación de formadores comunitarios en salud pública con enfoque de derecho diferencial y de género;

d) Conformar y/o consolidar mecanismos de espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención;

e) Incorporar la política de participación en los lineamientos de salud pública orientados a las entidades territoriales.

#### 6.5.4 Control social en salud

El control ciudadano sobre los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema, es un elemento crucial para la garantía del derecho a la salud y para que la ciudadanía apropie de manera significativa la construcción social de la salud. Por ende, se requiere el fortalecimiento explícito del control social y las veedurías ciudadanas en salud. Para tal propósito es necesario:

a) Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública;

b) Mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía a través de la ampliación de canales de comunicación por parte de las instituciones;

c) Posicionar el control social como elemento básico de la democracia y la transparencia en salud, lo cual incluye el reconocimiento a veedores y a sus redes;

d) Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos;

e) Definir e implementar una estrategia de formación dirigida a los funcionarios y la ciudadanía para el fortalecimiento y promoción del control social en las instituciones del sector salud;

f) Crear un observatorio de participación y control social en salud.

#### 6.5.5 Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión

Esta estrategia permitirá que la ciudadanía apropie instrumentos de gestión del sector salud para impulsar la definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. Este ejercicio pasa por la configuración de dispositivos y condiciones para el ejercicio de la participación como la generación de proyectos, incentivos y otras formas que potencien, de manera efectiva, las capacidades de la ciudadanía. En tal sentido, se hace necesario:

a) Diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestación participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en la identificación, priorización, presupuestación, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno;

b) Implementar los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales;

c) Definir los mecanismos que permitan la participación de la población en la toma de decisiones en la inversión pública;

d) Fortalecer los escenarios para la participación en la decisión.

### 7. MECANISMOS Y ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN

Con el propósito de promover el derecho de la participación en la gestión del sector salud y para que esta se realice con principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública, el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales, EPS, e IPS, se fortalecerán e implementarán escenarios, según el caso, para estimular la participación para el cumplimiento de los objetivos de la PPSS.

En todo caso, las instancias mencionadas deberán cumplir como mínimo con los siguientes criterios, para promover el derecho de la participación en salud:

a) Identificar y disponer los canales de comunicación y los medios electrónicos y presenciales para disponer información a la ciudadanía;

b) Identificar y desarrollar los mecanismos o espacios institucionales para adelantar procesos de discusión, negociación y concertación para analizar y decidir conjuntamente con los ciudadanos;

c) Establecer mecanismos para facilitar las veedurías ciudadanas y la participación de grupos sociales y de ciudadanos en el control social a la gestión institucional;

d) Identificar, por área misional, las iniciativas o temáticas sobre las cuales se pueden hacer ejercicios de participación;

e) Establecer diálogos participativos en las instancias del sector salud como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial;

f) Garantizar el reconocimiento de los representantes elegidos de forma democrática por parte de la ciudadanía para ocupar espacios o escenarios de representación;

g) Implementar la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación para facilitar el acceso a la información y brindar espacios a los ciudadanos para expresar sus opiniones sobre los temas de su interés en salud. La aplicación de las TIC y uso de las redes sociales promoverán la generación de espacios de intercambio de información y generación de relaciones entre la ciudadanía y el Estado;

h) Implementar los diálogos participativos como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial.

### 8. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL Y TERRITORIAL

Las funciones de coordinación y asistencia técnica de la PPSS estarán en cabeza de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. Las entidades territoriales asumirán la garantía y gestión sobre los procesos de participación social en salud, en cuanto a la operación de la Política de Participación Social en Salud; de igual forma, brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias de participación: COPACOS, asociaciones de usuarios, veedurías en salud, elección a juntas directivas de los hospitales, comités de ética, consejos territoriales en salud, consejos de planeación, y todos los espacios de participación social en salud que se conformen en cumplimiento del derecho fundamental a la salud. Se garantizará la transparencia de los procesos participativos y el principio de igualdad de derechos y oportunidades para todos los usuarios, también se reconocerá el derecho a la autonomía de las organizaciones que consagra la Constitución Nacional.

### 9. GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PPSS

La implementación se considerará por fases. En tal sentido, es importante el desarrollo de acciones de las siguientes fases: La fase de socialización y posicionamiento de la PPSS, implica garantizar que esta sea conocida y apropiada, tanto por la institucionalidad, la comunidad y el resto de actores del sistema: Entidades territoriales, EPS e IPS, generando piezas comunicativas de alto impacto. Así mismo las entidades del nivel nacional y territorial en tanto implementen actividades o se relacionen con procesos de participación social vinculados a la garantía del derecho fundamental a la salud deberán incorporar en sus respectivos lineamientos, prácticas y procesos la PPSS.

En la fase de implementación de los ejes de la PPSS se deberán desarrollar las siguientes estrategias operativas que serán gestionadas por los agentes del SGSSS en el marco de sus competencias.

a) Estrategia educativa para servidores públicos, actores del sistema y la ciudadanía, sus formas, mecanismos y organizaciones. La educación es una herramienta para alcanzar equidad en la medida en que cualifica a los sujetos y esto les permite apropiarse de capitales culturales que los posiciona de maneras distintas de comprensión y diálogo, en este sentido, esta estrategia debe garantizar:

1. Cualificar las capacidades, tanto de los servidores públicos como de la ciudadanía y sus organizaciones, para que la participación sea un instrumento efectivo para la realización del derecho a la salud.

2. Realizar una propuesta de pedagogía amplia e incluyente con herramientas y dispositivos pedagógicos adecuados y pertinentes a los diversos actores y públicos.

3. Diseñar programas de formación, tanto para los trabajadores del sector salud, como para los líderes comunitarios, en donde se evidencie el reconocimiento de experiencias desarrolladas por la ciudadanía y los funcionarios.

4. Generar condiciones para lograr tanto en la ciudadanía como en los servidores del sector salud, competencias, conocimientos y apertura hacia la participación;

b) La estrategia comunicativa busca articular a todos los actores y componentes del sistema bajo una perspectiva de acción comunicativa. Esta estrategia es fundamental para el desarrollo de los procesos de participación en la medida en que posibilita la interacción Estado-ciudadanía, a través del acceso a información y de la definición de los mecanismos de producción, circulación y apropiación de la misma.

En tal sentido, la estrategia deberá generar:

1. Procesos de democratización de la información en todos los planos.

2. Mecanismos de divulgación de la PPSS, que propendan por construir planes de medios desde la institucionalidad, articulados con la ciudadanía, que permitan el posicionamiento y la apropiación de la PPSS.

3. Identificación de medios institucionales y comunitarios en la perspectiva de proyectar posibles sinergias y mayor eficiencia en el uso de recursos comunicativos.

4. Mecanismos de articulación con los procesos institucionales internos, externos y comunitarios.

5. Conformación de redes de comunicadores comunitarios que permitan la apropiación de la PPSS, como una herramienta para avanzar en el derecho a la salud.

6. Canales de comunicación abiertos y de doble vía que faciliten la interacción entre Estado- sociedad civil, y la disposición de recursos logísticos y económicos, en aras de facilitar el ejercicio de los derechos de la población en la toma de decisiones en función de la gestión;

c) La estrategia de gestión se refiere a la instalación de todas las condiciones operativas, logísticas y de arreglos o acuerdos institucionales que se requieran para la implementación de la Política. En tal sentido, esta estrategia deberá:

1. Generar mecanismos y dispositivos que permitan al Estado el cumplimiento de su papel de garante del derecho a la participación y la ciudadanía, el desarrollo de sus capacidades para incidir, decidir y exigir a través de su participación el cumplimiento del derecho a la salud.

2. Identificar mecanismos de articulación y de coordinación institucional internos y externos con propuestas concretas de articulación, con la identificación de necesidades para la implementación de la PPSS.

3. Identificar recursos financieros, logísticos y humanos para la implementación de la PPSS, así como la identificación, generación y fortalecimiento de escenarios, espacios y mecanismos de participación social en salud.

La PPSS requiere, por lo tanto, el desarrollo gradual de instrumentos que permitan su implementación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales. En un plazo de un año, a partir de la expedición de la presente resolución, las instituciones del sector en el ámbito nacional y territorial dispondrán el alistamiento institucional que permita el desarrollo de la PPSS y la formulación de los planes de acción que lo garanticen. En el cuarto año de la adopción de la PPSS se evaluarán sus alcances, logros y aprendizajes en la perspectiva de orientarla y fortalecerla.

## 10. DE LAS REPOSABILIDADES QUE GENERA LA PPSS

El desarrollo de la PPSS genera las siguientes responsabilidades:

### 10.1 GARANTÍA DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

El Ministerio, como ente rector del sector salud, a través de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá promover que la PPSS sea el instrumento para garantizar el ejercicio del derecho a la participación social en salud. En este sentido, impulsará el respeto, la protección y la promoción del derecho a la participación en salud a través de las orientaciones y lineamientos que se requieran, así como prestar el apoyo técnico que sea necesario.

### 10.2 RESPETO DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Los integrantes del Sistema de Salud y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, deberán respetar el derecho a la participación en salud para el cumplimiento de los objetivos de la PPSS. En consecuencia, no podrán limitar el acceso de las personas a la misma y, por tanto, deberán abstenerse de realizar prácticas discriminatorias. De igual manera, tampoco estarán facultados para prohibir o impedir la participación social en sus diferentes expresiones conforme a la normatividad vigente sobre la materia.

### 10.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, incentivarán el desarrollo de ejercicios de participación y de control social, y estarán obligados a su protección, así como a propiciar las garantías para su ejercicio, en el marco de lo señalado en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015. Para ello, deberán fortalecer e implementar los espacios de participación social que se requieran para estimular la participación de la ciudadanía en el cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación Social en Salud, en el marco de la normatividad vigente.

## 11. DE LOS DEBERES FRENTE A LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La PPSS produce los siguientes deberes:

### 11.1 DEFENSA DE LO PÚBLICO

Es deber de la ciudadanía y sus organizaciones la defensa de lo público, con base en el principio de prevalencia del interés general. En tal sentido, la defensa de lo público se debe expresar tanto en sus acciones como en la vigilancia de las actuaciones de los otros, así como en la vigilancia de los integrantes del sistema que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, las cuales deberán regirse por la prevalencia del bien general.

### 11.2 RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS ASOCIADOS

Los representantes de la ciudadanía en espacios como las asociaciones de usuarios, COPACOS, juntas directivas, el Consejo Territorial de Planeación, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, las veedurías y otros espacios de participación social en salud que se generen, están obligados a rendir cuentas a los integrantes de dichos espacios o a la ciudadanía en general, con relación a sus actuaciones y participación en dichas instancias, lo anterior, en procura de fortalecer prácticas de transparencia.

## 12. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades del sector a nivel nacional y territorial, en el nivel que sea de su competencia, realizar el seguimiento y evaluación de la PPSS que permita identificar los alcances, logros y aprendizajes de la misma.

### BIBLIOGRAFÍA

Agudelo Carlos, Bol Of Sanzt Panom 95(3). Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración, 1983.

Amador, Fernando. Cuba: la cultura de la salud, Una conquista de la Revolución. La Habana. 1995.

Arévalo, Decsi Astrid: Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud, Rev. Salud Pública, 2004.

Carmona, Luz Dary. Universidad Andina. Tesis: Análisis crítico del gobierno alternativo en salud. Capítulo 5: efectos de la Política de Participación Social en salud de Bogotá D.C. 2015.

Cordero Isaías, Urbina Alcides, et al. Propuesta Política de Participación Social en Salud. Comisión Especial de Participación Ciudadana de la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS). El Salvador, 2006

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Módulo Estado, Políticas públicas y Participación Social. Módulo, 1. Escuela Popular de Líderes en salud y seguridad Social. Bogotá D.C., 2012.

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Módulo, 3. Escuela Popular de Líderes en salud y seguridad Social. Bogotá D.C., 2012.

Cortina, Adela Ética aplicada y democracia radical, ed. Tecnos, Madrid 2001.

Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que dio como fruto la Declaración de Yakarta. 1997

Cunill, Nuria. "Repensando lo público a través de la sociedad: Nuevas formas de gestión pública y representación social", 1997.

Cunill, Nuria. "Participación Ciudadana. Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados Latinoamericanos", Caracas, Venezuela. 1991.

Díaz Barriga, Frida y Hernández Gerardo. Estrategias para aprendizajes significativos. Mc Graw Hill. México, 2002.

Delgado María Eugenia, Vázquez María Luisa, Zapata Yolanda, García Mariano. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica vol.79 no.6 Madrid nov./dic. 2005.

Fundación Foro Nacional por Colombia, Fundación Corona, Fundación Social, CIDER. Balance de la participación ciudadana en Colombia, 2003.

Frazer, Nancy, Habermas and the Public Sphere, ed. Craig Calhoun, Cambridge, MA: M.I.T. Press, 1991.

Garay, Luis Jorge. Repensar a Colombia. Hacia un nuevo contrato social. Bogotá D.C. PNUD, 2002.

Gobernación de Antioquia. Sistematización: Caracterización y estado actual de los espacios de participación social en salud en el departamento de Antioquia. Antioquia, Colombia, 2010.

González, Helena, Caro Isabel, Bedoya, Isabel. Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. Rev. Universidad de La Salle. Bogotá D.C. Colombia, 2011.

Habermas, Jürgen. Facticidad y validez, Editorial Trotta, tercera edición. Madrid. 2001.

Hermann Olga Marina y Naranjo Jorge Enrique. Soporte técnico para la organización social en salud. Secretaria Departamental de Salud. Gobernación del Valle del Cauca, Santiago de Cali, Colombia, 2012.

López de la Roche, Fabio. Izquierdas y cultura política. En Oposición Alternativa. Colección sociedad y conflicto, Bogotá D.C. Colombia. Cinep. 1994.

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Grupo para la Gestión y Promoción de la participación social. Documento Memorias de los Talleres de deliberación: Bogotá D.C. (Cundinamarca), Bucaramanga (Santander), Armenia (Quindío y Eje Cafetero), Medellín (Antioquia), Sincelejo (Sucre), Cali (Valle), Villavicencio (Meta), Pasto (Nariño) y Popayán (Cauca). Bogotá D.C, Colombia, 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Grupo para la Gestión y Promoción de la participación social. Documento de diagnóstico sobre la Participación y Control Social, Bogotá D.C, Colombia, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, Grupo para la Gestión y Promoción de la Participación Social. Documento de Análisis de las Formas de Participación social: Encuesta de las Oficinas de Participación del País. 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C, Colombia, 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la Formulación e implementación y Evaluación de Políticas Públicas y Protección Social. Bogotá D.C, Colombia, 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Conceptuales. Estrategia PASE a la Equidad en Salud [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=pdsp](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=pdsp)

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de gestión integral en salud, en el marco del PDSP 2012-2021. El papel de Gobernadores y Alcaldes: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Documento%20Lineamientos%20Incidencia%20Gobernadores%20y%20alcaledes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Metodológicos, técnicos y operativos para la planeación integral en salud Estrategia PASE a la Equidad en Salud, en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results\\_advanced.aspx?k=pdsp](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=pdsp)

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Metodológicos de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud – PTS: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-monitoreo-eval-pts.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Documento de orientación regional sobre las Determinantes Sociales de la salud en la región de las Américas, Washington, D.C. 2012.

Puerta Claudia y Agudelo Alejandro. Modalidades de interacción en el régimen subsidiado de salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. Hacia la promoción de la salud, Volumen 17, No. 1 enero – junio 2012.

Rangel, Ana; Sánchez, Ligia; Lozada; Mireya. (compiladores). Wandersman (1984). Contribuciones a la Psicología en Venezuela. Tomo III. Edit. Fondo de Humanidades, Caracas, Venezuela, 1995.

Restrepo, Darío. La participación social como construcción del interés público entre el Estado y la sociedad. Revista Nómadas, número 3. Universidad Central, Bogotá D.C, Colombia, 1995.

Sabucedo, Jose Manuel; Sobral, Jorge. Participación Política y Conducta del voto. En revista papeles del Psicólogo <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=265>. 1986. Visitado Noviembre 2 de 2015.

Sanabria Griselda. Escuela Nacional de Salud Pública. Participación Social en el campo de la Salud. Rev. Cubana Salud Pública, (ciudad) 2004.

Sánchez. E. (nombre completo) Todos con la “Esperanza” Continuidad de la participación comunitaria Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades. Comisión de Posgrado. Caracas. (2000)

Secretaría Distrital de Salud. Decreto 530/2010. Política Distrital de Participación Social en Salud y Servicio a la Ciudadanía. Alcaldía Mayor. Bogotá D.C., 2010.

Sartori, Giovanni, ¿Qué es la democracia?, Altamir ediciones, Bogotá D.C., 1994, pág. 142.

Susskind y Elliot. Contribuciones iberoamericanas a la Psicología Social. (1983). En [https://books.google.com.co/books?id=FRykeRu\\_OtwC](https://books.google.com.co/books?id=FRykeRu_OtwC). Visitado octubre 14 de 2015.

Velázquez Fabio, González, Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Fundación Corona, Bogotá D.C. 2003.

Velásquez, Fabio, Crisis municipal y participación ciudadana en Colombia, en revista *Foro*, N° 1, Bogotá, septiembre de 1986.

Villarreal, María Teresa. Participación ciudadana y políticas públicas. Décimo Certamen de Ensayo Político. P 32. En:

<file:///C:/Users/Administrador/Downloads/MariaTeresaVillarrealMartinez.pdf> visitado el 10 de mayo de 2016.

(C. F.).