

---

# **Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón**

---

## **Social and community participation in primary health services – APS.**

---

## **Participação social e comunitária na atenção primária de saúde – APS**

Fecha de recepción: 20-01-09 Fecha de aceptación: 26-03-09

Ofelia Restrepo Vélez\*

Román Vega Romero\*\*\*

---

\* Ph.D en Antropología Social de la Universidad Autónoma de Madrid; Master en Salud Pública del Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS), de la Habana, Cuba. Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional, Colombia. Correo electrónico: orestrep@gmail.com

2 Doctor en Administración y Políticas de Salud. Profesor investigador de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. Director de la investigación “Salud para todos: Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud (APIS)” Fase I. Dirección de correspondencia: Calle 40 No. 6-23, Piso 8, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: roman.vega@javeriana.edu.co

## Resumen

Aprovechando los 30 años de la Declaración de Alma Ata, la Pontificia Universidad Javeriana y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá plantean la investigación “Salud para todos: Aprendiendo de las experiencias de Atención Primaria Integral de Salud (APIS) Fase I. (Período 2004-2007)”. Uno de los objetivos del estudio era identificar, interpretar y analizar las evidencias disponibles sobre experiencias de participación y empoderamiento comunitario en APS, en el Distrito Capital, durante el periodo 2004-2007. Esta administración propone discursos y programas nuevos, como el de Salud a su Hogar (SASH), que prometen condiciones para el empoderamiento comunitario, la participación como derecho y la democratización del poder. Por esto, Bogotá se elige como población sujeto. Como resultados surgen varias categorías de análisis. En este artículo se desarrollan dos de ellas la institucionalización e instrumentalización de la participación comunitaria y las posibilidades y limitaciones de la actual política de participación social para promover y desarrollar la participación como derecho.

**Palabras clave autor:** Atención Primaria de Salud, participación comunitaria, participación ciudadana, democracia, derecho a la salud, equidad en salud.

**Palabras clave descriptor:** Atención primaria de la salud, servicios de salud comunitaria, participación ciudadana, derecho a la salud

## Abstract

In recognition of the 30th anniversary of the Alma Ata Declaration, the Pontificia Universidad Javeriana and the District Secretary of Health of the city of Bogotá conducted the investigation, “Health for All: Learning from the Experiences of Comprehensive Primary Health Care (CPHC) Phase I (2004-2007)”. One objective of this study was to “identify, interpret and analyze the available evidence on participation and community empowerment experiences in PHC in the capital district from 2004 to 2007”. Given that local health administrators have proposed new discourses and programs such as Salud a Su Hogar (SASH), which encourage conditions that foster community empowerment, participation as a right and the democratization of power, the population of Bogotá was the target population in this study. While various categories of analysis have arisen, this report is concerned with those regarding the institutionalization and instrumentalization of community participation as it has occurred in Bogotá and the potential and limitations of current social participation policies with respect to promoting and developing participation as a right.

**Key words author:** Primary Health Care, consumer participation, citizen participation, democracy, right to health, equity in health.

**Key words plus:** Primary Health Care, community health services, citizen participation, right to health care.

## Resumo

Aproveitando os 30 anos da Declaração de Alma Ata, a Pontificia Universidade Javeriana e a Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá apresentam a pesquisa “Saúde para todos: aprendendo das experiências de atenção primária integral de saúde (APIS) Fase I. (2004-2007).” Uns dos objetivos do estudo foram identificar, interpretar e analisar as evidências disponíveis sobre ex-



periências de participação e empoderamento comunitário na APS, no Distrito Capital, durante o período de 2004-2007. Esta administração propõe discursos e programas novos, como o da Saúde no seu Lar (SASH), que prometem condições para o empoderamento comunitário, a participação como direito e a democratização do poder. Por isso, Bogotá foi escolhida como população sujeito. Como resultados surgem varias categorias de análise. Neste artigo se desenvolvem duas delas, a institucionalização e instrumentação da participação comunitária; e as posibilidades e limitações da atual política de participação social para promover e desenvolver a participação como direito.

**Palavras chave:** Atenção primária de saúde, participação comunitária, participação cidadã, democracia, direito à saúde, igualdade na saúde.

**Palavras chave descritor:** Atenção primária de saúde, serviços de saúde comunitária, participação cidadã, direito à saúde.

## Introducción

En septiembre de 1978 los países que firmaron la Declaración de Alma Ata, donde se definió la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), reconocían, aunque con limitaciones, que la participación comunitaria era un derecho y una posibilidad para el fortalecimiento de la autonomía de los pueblos en el mejoramiento de su salud: “Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria” [1]. También hicieron énfasis en la necesidad de promoverla y desarrollarla y se comprometieron con el empoderamiento de las comunidades para su participación activa. Así, por ejemplo, en la declaración se sostuvo:

La atención primaria sanitaria: requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar [1].

En este orden de ideas, APS, con los componentes de educación para la salud y de participación comunitaria se vislumbraba como espacio y oportunidad de empoderamiento comunitario para el ejercicio del derecho de participación, con el propósito de alcanzar “salud para todos en el año 2000”; pero no fue así. Muchos asumieron la comunidad y promovieron su organización y participación simplemente como un recurso, medio o herramienta para lograr objetivos institucionales. Esta visión hizo que, en la práctica, la participación de la comunidad se instrumentalizara e institucionalizara, limitando, desde todo punto de vista, la autonomía y el ejercicio del derecho de la gente para decidir y participar libremente en el proceso de la gestión del desarrollo social, la salud y la democracia. A pesar de los 30 años transcurridos desde la Declaración de Alma Ata y de los planteamientos teóricos renovados de la actual Política Pública de Participación Social del gobierno distrital, esta práctica se sigue dando. Por lo menos esto es lo que demuestra el análisis cualitativo de las evidencias disponibles, a la luz del estudio de caso en la Localidad de Suba, sobre la experiencia de participación y empoderamiento comunitario (PEC) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en Bogotá, durante el periodo de 2004-2007. Algunos de estos resultados son los que se registran en esta investigación.

## **Problema de estudio y pregunta de investigación**

La participación social y comunitaria, desde la Declaración de Alma Ata, se ha concebido como uno de los pilares fundamentales de la APS, orientada al logro de la equidad y el empoderamiento de las comunidades. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que rige desde 1993 se percibe que los desarrollos en materia del fortalecimiento y promoción de la participación comunitaria como derecho y posibilidad de empoderamiento siguen siendo limitados, a pesar de la nueva política de salud y de participación social desarrollada por el Distrito Capital a partir de 2004. El sector salud aún no ha logrado trascender su institucionalización e instrumentalización. La toma de decisiones, el manejo de recursos y la gestión y formulación de políticas públicas siguen siendo tareas institucionales: las comunidades todavía no tienen participación decisiva en estos asuntos.

Sin embargo, en la Política Pública de Participación Social de la actual administración, de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se percibe un discurso nuevo que reconoce la participación social como derecho de la gente. En este sentido, emergen varias preguntas de investigación. Las que se pretenden resolver con esta investigación son dos: primera, ¿Qué estrategias y avances de empoderamiento social, de organización y participación comunitaria se han impulsado y desarrollado como parte de la implementación de la APS en Bogotá durante el periodo 2004-2007? Segunda, ¿los planteamientos teóricos de la actual Política de Participación Social de la SDS han tenido aplicación en la promoción y desarrollo de los programas locales de participación social y comunitaria en la perspectiva del derecho y el empoderamiento?

## **Justificación**

Indagar por la participación de las comunidades, su capacidad gestora e injerencia en las políticas de salud, en la toma de decisiones y el control social de la gestión pública, después de tanto tiempo de la Declaración de Alma Ata, es una pregunta obligada para todos y todas las que trabajamos en el campo de la APS. Por esta razón, y teniendo en cuenta que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en los últimos años viene impulsando una política de participación social con planteamientos abiertos, que hacen especial énfasis en el empoderamiento de las comunidades y la participación como derecho, hemos tomado al Distrito Capital como caso para responder a las preguntas planteadas anteriormente. Esta investigación nos ha permitido identificar y conocer los avances o retrocesos, la coherencia o incoherencia en la concepción y aplicación del mandato de la APS y de la política de participación social en Bogotá.

Así, podemos saber si las instituciones de salud han cambiado su dinámica; si siguen o no utilizando a las comunidades para lograr sus objetivos, canalizar recursos y justificar discursos, o por el contrario, han asumido el compromiso y la responsabilidad social que la APS y la Constitución colombiana les exige como entes estatales en la construcción de una ciudadanía plena de derechos y la ampliación de la democracia.

## **Objetivo**

Identificar, interpretar y analizar las evidencias disponibles sobre experiencias de participación y empoderamiento comunitario propiciadas por la estrategia de Atención Primaria de Salud en Bogotá durante el periodo de 2004-2007.



## Esbozo metodológico

Este es un estudio de caso<sup>1</sup>. Por la escasez de evidencias escritas<sup>2</sup> el énfasis del análisis se ha hecho con información testimonial, lograda con el consentimiento informado de los participantes, mediante la aplicación de técnicas como la etnografía, entrevista en profundidad, grupos focales, reuniones de trabajo, conversatorios y un taller de investigación acción participativa (IAP).

Las categorías que emergieron en el análisis de la información —por la frecuencia de su aparición en las fuentes— se impusieron como puntos de partida y unidades de análisis para orientar la discusión e interpretación de los resultados. Con las preguntas de investigación como ejes, se entretejió la urdimbre discursiva y los argumentos que sustentan los hallazgos<sup>3</sup>.

## Resultados y discusión

### ¿Instrumentalización o participación?

...pues el trabajo no ha sido fácil porque el acercamiento con la comunidad es bien

complicado cuando ha habido un historial, digamos, en el que la población ha sido vulnerada en sus derechos; si, cuando ha sido utilizada (...). Porque es difícil cuando las instituciones dicen “que la gente [léase la comunidad] participa y todo” y en realidad no es así. La gente está cansada de que la utilicen, de ser un idiota útil como dicen ellos, ser un idiota útil para cumplir unas metas, sí; las instituciones cumplen su objetivo, llenan su instrumento o cumplen con su pregunta y ya. Esa es la participación que hay [2].

Los principios filosóficos que orientan la actual política distrital de salud dicen que la Atención Primaria de Salud: “Es la estrategia adoptada para desarrollar la actual política Distrital de Salud, basada en la integralidad de la atención en salud, según las necesidades de las personas”. Y a renglón seguido dicen también que “... para avanzar en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud y lograr su permanencia en el tiempo, más allá del periodo de gobierno actual, es requisito fundamental alcanzar una real participación comunitaria en el desarrollo de todo el proceso” [3].

En este marco conceptual se asume claramente que la participación social y comunitaria es un derecho, componente fundamental para desarrollar la APS, y que el empoderamiento<sup>4</sup> comunitario se debe garantizar para lograr la construcción y participación de una ciudadanía activa. En este sentido, la SDS ha insistido en la necesidad y urgencia de promover y desarrollar, territorial y localmente, una “real participación comunitaria” para avanzar en la estrategia de APS. Y para ello, propone “... la consolidación de espacios de organización social, del conocimiento y

- 1 Se elige como estudio de caso la localidad de Suba (Hospital de Suba), Empresa Social del Estado (ESE) de II nivel, dado que expertos en APS de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, algunos textos consultados y el periódico N° 2 ¡Participación al día! de noviembre de 2006, p. 3 reconocen que esta localidad es una de las que más desarrollos tiene en APS y el programa de Salud a su Hogar.
- 2 Uno de los resultados de esta investigación fue descubrir la escasez de evidencias escritas en el tema de la participación.
- 3 Los testimonios que aparecen en este artículo son escritos textualmente y con la autorización explícita de los implicados (después del consentimiento informado) de que aparezcan en esta publicación. Se extraen de las entrevistas, grupos focales y talleres realizados durante la investigación. Aunque las personas autorizaron la revelación de sus nombres, en este caso se conserva el anonimato, por sugerencia de los evaluadores del artículo.

- 4 Entendido como “Construcción del sujeto en el marco del ejercicio pleno de sus derechos y del desarrollo de sus potencialidades”. Secretaría Distrital de Salud, Oficina de Participación, Documento de apoyo para la formulación de la Política de Participación.

análisis de la problemática de salud y de sus determinantes, continuando con la gestión comunitaria en salud en los barrios y UPZ y logrando la movilización social por la exigibilidad del derecho a la salud” [3].

Sin embargo, llama la atención que siendo estos los principios rectores de la política, en muchos textos analizados y en la práctica el énfasis está puesto en la promoción y desarrollo de la participación comunitaria, principalmente, para identificación y priorización de necesidades y problemas; elaboración de diagnósticos y planes de salud; búsqueda de alternativas y soluciones; ejecución de algunas actividades —sobre todo las definidas por la SDS<sup>5</sup> y los servicios de salud—; control social en evaluación de resultados y calidad de la atención; mercadeo y promoción de servicios institucionales; inclusión al sistema de aseguramiento y ampliación de “coberturas útiles”; y la movilización ciudadana para conseguir recursos y nombrar delegados de la comunidad como representantes ante las instituciones y espacios participativos reglamentarios [4].

Tanto los documentos que le dan cuerpo a la política como la normativa de las formas organizativas y espacios de participación social en salud (Decreto 1757 de 1997: comités de participación comunitaria (Copacos), asociación de usuarios, comité de ética hospitalaria y comités de veeduría en salud) dejan por fuera o plantean muy tímidamente la horizontalidad y efectividad en la comunicación; la información y conocimiento; la participación en la distribución y redistribución de los recursos; el control del gasto; las contrataciones, asignación de recursos y presupuestos; la evaluación y seguimiento de la gestión pública en todos sus componentes, etc., que en definitiva son las condiciones y los espacios de participa-

ción que dan poder, autonomía y legitimidad frente al Estado y la gestión pública.

El artículo 8º, numerales 1 y 4 del Decreto 1757 de 1994, reglamenta como funciones de los Copacos la participación en la planeación, distribución y asignación de recursos y la vigilancia y control del gasto del sistema de salud de cada localidad; pero el numeral 6 del mismo artículo restringe esta posibilidad cuando la participación comunitaria se limita “prioritariamente a las actividades de atención preventiva, familiar, extra-hospitalarias y control del medio”.

Lo que pasa es que el Copaco hace un proyecto, lo radica, sale el proyecto por 200 millones pero el Copaco no tiene personería, o tiene personería jurídica pero no tiene todos los requisitos para contratar, entonces se lo dan a una universidad para que lo ejecute. O sea que el Copaco no tiene posibilidades de ejecutar y de manejar la plata ni de contratar (...). La Ley 80 es una ley de contratación general, no solo para salud, es para todo, esa vaina limita, entonces ¿cuál es la frustración del Copaco con todo su proceso? También tienen que tener registro tributario... RUT” [5].

Dentro de la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud, se comprende la participación como un medio y un fin que busca la afectación de determinantes en salud exigiendo transformar entornos a partir de fortalecer la respuesta y gestión social organizada de los ciudadanos, el reconocimiento y comprensión de las necesidades sociales en territorios y ámbitos de vida cotidiana, el ejercicio del control social sobre los recursos y programas públicos, y la movilización social para exigibilidad del derecho a la salud [6].

En este párrafo se nota un quiebre lingüístico que parece ser contradictorio por algunos plan-

5 Los lineamientos que establece la SDS para la atención, son un ejemplo de esto.



teamientos y la intencionalidad de la política. Aquí la participación comunitaria se asigna o imputa como imperativo para lograr salud y calidad de vida. Por lo tanto, deja de ser un derecho para ser un recurso, un instrumento o una herramienta al servicio del sistema. Lo que significa, en otras palabras, es que la responsabilidad del Estado, de garantizar salud y participación, se le impone a la comunidad como obligación. Así, la participación pierde el sentido como derecho, porque se convierte en requisito, fin o instrumento y queda a expensas del logro de otros derechos.

A esta concepción se suma la vieja práctica que siguen teniendo muchos tomadores de decisiones y practicantes de los servicios de salud: solo permiten la promoción y el desarrollo de la participación social y comunitaria “hasta cierto punto, hasta un límite”. Muchas instituciones de salud “tienen miedo a ser cuestionadas y controladas por la comunidad, tienen miedo a que las prebendas que les dan ‘las contrataciones, el mando y el control financiero’ se pierdan y que las ganancias tengan que ser repartidas entre muchos” [7].

En las comunidades los funcionarios llegan hasta cierto punto y dan la información hasta cierto punto. Hasta el punto que le interesa a la institución ¿por qué?, porque si yo le llevo a decir más, digamos (...), como ciudadano usted tiene derecho a esto, a esto, a esto, usted le va a exigir al hospital y de pronto al hospital no le conviene, ni a mí tampoco porque de eso puede depender mi puesto ¿sí? (...) yo lo empodero supuestamente hasta donde a mí me convenga” [8].

Los “miedos”, las limitaciones y viejas prácticas antidemocráticas, siguen presentes a pesar del nuevo discurso y de la intencionalidad de la actual política de participación. La SDS los reconoce como obstáculos para el logro del empoderamiento comunitario y la promoción y desarrollo de la participa-

ción como derecho. En otros términos, los identifica como la fractura entre lo social y lo político; expresión de debilidad de la cultura democrática; institucionalización e instrumentalización de la participación comunitaria por parte del sistema de salud; y la desarticulación distrital de salud [3].

Este miedo a compartir el poder y la visión instrumentalizada de la participación comunitaria que tienen las instituciones de salud se enmascara en la exigencia que hacen de las formas “organizadas” y la representatividad de la comunidad —tener personería jurídica y representación “democrática” o numérica— para poderles reconocer y legitimar su derecho a participar en los espacios institucionales, y la permanencia de programas y actividades que impulsan y desarrollan la participación comunitaria con el fin de hacer diagnósticos, planes, promoción de servicios, evaluación y control de calidad de la atención y ejecutar actividades. En esta dinámica subyace una intención de hegemonizar el poder e impedir que las personas se empoderen, tengan autonomía y puedan participar como sujetos de derechos.

### **Salud a su hogar “la pata que le nació al cojo”**

La Estrategia de Atención Primaria se desarrolla en los territorios más vulnerables a través de Salud a su Hogar -SASH-.

(...)

los equipos de Salud a su Hogar de cada territorio se han convertido en actores fundamentales para lograr el vínculo entre la comunidad, los servicios de salud, otros sectores e instituciones que desarrollan acciones para modificar las condiciones socioeconómicas, ambientales, culturales o políti-



cas que determinan la salud o la enfermedad, buscando un entorno seguro y saludable.

De igual manera, han fortalecido la participación comunitaria avanzando en el proceso de lograr comunidades comprometidas, las cuales vienen haciendo propuestas y asumiendo responsabilidades, acciones y decisiones para mantener y recuperar su salud, así como para avanzar en la satisfacción de sus necesidades básicas y el mejoramiento de la calidad de los servicios [3].

Este programa, por el contacto directo con las comunidades, parecía una oportunidad para empoderarlas y ampliar su participación en la toma de decisiones sobre aspectos cruciales del contenido y de la gestión de la política de salud en la ciudad.

Sin embargo, los resultados del programa evidencian una función más bien instrumental de la participación comunitaria. La mayoría de ellos están relacionados con la participación comunitaria en la identificación de problemas y necesidades sociales; caracterización de la población; elaboración de diagnósticos en salud; promoción de servicios de salud; captación e inclusión de nuevos usuarios para el sistema; sensibilización y educación comunitaria en temas de prevención y promoción; ampliación de algunas coberturas y servicios; y la entrega de subsidios para vivienda a familias del programa [9].

Los alcances de Salud a su Hogar para nosotros han sido en identificación de casos como discapacidad o violencia intrafamiliar que eran cosas que estaban escondidas. Ese trabajo de campo ha permitido que se identifiquen y que se intervengan (...). Lo del aseguramiento es cuento aparte, eso no lo vamos a impactar, lo que vamos a impactar es que el usuario tenga más claridad de cómo moverse en el sistema (...). Es un acompa-

ñamiento para que el usuario se integre al sistema o lo entienda [2,5].

El empoderamiento y participación de las comunidades y la movilización de otros actores y sectores para mejorar la salud y calidad de vida de las familias, afectando determinantes sociales más allá de los servicios de salud y de alguno que otro sector adicional, son objetivos del programa que aún no se logran con contundencia y claridad, de acuerdo con lo originalmente planteado por la Declaración de Alma Ata, que conectó estrechamente la participación comunitaria, a través de la APS, al desarrollo económico, cultural y político de los pueblos, con autodeterminación y autonomía. No obstante, en aquellas localidades como Suba, donde la administración y todo el equipo de salud asumen el compromiso con la APS, la participación comunitaria y el programa Salud a su Hogar, se observan algunos avances en este sentido.

Trascendiendo algunos esquemas y límites de la normatividad y de la Ley 100, en particular, la Política Distrital de Salud y el régimen de contratación laboral que tienen los servicios de salud (contratos temporales y de duración corta), la administración y los equipos de salud involucrados han logrado: fortalecimiento del protagonismo y capacidad gestora de las comunidades en la intersectorialidad; inclusión de familias de estrato 3 en los programas de APS; identificación y atención de patologías “escondidas” —embarazo en adolescentes o menores de edad, suicidios, maltrato y abuso infantil, violencia intrafamiliar, drogadicción y alcoholismo, delincuencia, etc.; identificación y atención de personas con problemas de salud que no acceden al hospital; mejoramiento en la accesibilidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud; actualización de base de datos de las organizaciones sociales y comunitarias de la localidad; entrenamiento y capacitación en temas de salud, gestión social





y de derechos a las organizaciones comunitarias; acompañamiento y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de participación ya existentes; promoción y desarrollo de la interlocución de las comunidades con instituciones de salud, otros entes territoriales y viceversa; fortalecimiento comunitario en el conocimiento y uso de herramientas metodológicas, cartografía social, caracterización de la comunidad, diagnósticos y planes locales de salud.

Es más, yo digo que APS, y Salud a su Hogar en concreto, ha servido (...) para complementar ese proceso que ellos llevan en su barrio como líderes y como comunidad (...). Las herramientas metodológicas que se les daban eran (...), más de cómo darle la información a la gente, de cuándo se puede dirigir, cómo pueden gestionar recursos, cómo pueden hacer los proyectos (...) Y la otra herramienta es la de gestión, no solo con lo público sino con lo privado (...). Y la otra cosa es que yo pienso que, de pronto, el sentido de pertenencia que se les crea es otra herramienta. Decirle a las personas es su comunidad, es su necesidad, miremos a ver qué pueden hacer para dar respuesta a su propia necesidad ... [2].

Estos avances se deben fundamentalmente a dos factores: uno, a la actitud política y a los esfuerzos de la administración local, que “yendo en contravía de lo establecido por el nivel central en los lineamientos y orientaciones” asigna recursos económicos y contrata profesionales idóneos para el trabajo comunitario. Y dos, al compromiso social de los referentes o equipos de profesionales que trabajan en los barrios con la gente. También ellos han trascendido las barreras y normas institucionales. En sus propias palabras, “han ido más lejos de lo que la institución les permite”, “se han quitado la camiseta del hospital y se han puesto la de la comunidad”, “han dejado de ser funcionario público para

convertirse en ciudadano de derechos y parte de la comunidad”. No solo dan información y prestan los servicios establecidos, también acompañan y orientan sobre la gestión de recursos, solución de problemas, acceso a espacios de participación, conocimiento y exigibilidad de derechos, etc.

### **Posibilidades y limitaciones para promover y desarrollar la participación como derecho**

Las evidencias analizadas dan cuenta del discurso renovado que hay en la actual Política de Participación Social. En este se incluyen conceptos tales como: equidad, empoderamiento, derecho a la salud, derecho a la participación social, toma de decisiones, participación en el control y la gestión pública, gestión y movilización social, exigibilidad del derecho, participación democrática, ciudadanía activa, poder, etc., que en su más profundo significado tienen estrecha relación con procesos de reconocimiento y construcción del sujeto político en el marco de una participación real y la democratización del ejercicio del poder.

Esta intencionalidad y perspectiva de cambio se reafirma con enunciados que reconocen explícitamente que la participación “es para la construcción de la democracia; participación como elemento sustancial del derecho a la salud; participación desde el territorio; participación para la defensa de lo público; participación con decisión; participación para la acción transformadora; participación para la planeación; participación para la evaluación y el seguimiento de la gestión pública en salud” [10].

Esta renovación del discurso —a pesar de los quiebres lingüísticos que se detectan— es una oportunidad que permite, desde lo conceptual,

la apertura necesaria para que la participación social y comunitaria se empiece a reconocer y entender como derecho y como acción política. Los planteamientos teóricos son la posibilidad argumentativa para sustentar y reorientar aquellas acciones que buscan el fortalecimiento de las condiciones, conocimientos y habilidades de los actores sociales, para que se empoderen y participen activamente en la toma de decisiones y ejerzan el poder en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

Otras oportunidades para posicionar y promover la participación como derecho son los espacios creados por la SDS: Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano; asambleas distritales por el derecho a la salud y calidad de vida; foros, mesas de trabajo y unidades de análisis comunitario; asambleas y encuentros locales y distritales de Copacos; y asociaciones de usuarios. Estos espacios le permiten a la comunidad la participación en la reflexión, rendición de cuentas y debates acerca de la salud, la calidad de vida y la exigibilidad del derecho a la salud [11].

Además de estas posibilidades, la política también tiene dificultades que se deben tener en cuenta en el análisis. A nivel local muchos de sus discursos pierden sentido porque no se pueden llevar a la práctica. Existe tensión entre la teoría y la práctica. La SDS dice que no se puede promover y desarrollar el derecho de participación porque hay problemas en los procesos participativos que impiden la democratización del poder. “Hay fracturas entre las instancias de participación —cada uno obedece a su propia lógica y no hay puentes de comunicación—; lo distrital y lo local —son dos lógicas y caminos diferentes—; lo social y lo político —en salud se expresa en una confinación de líderes en salud solo en escenarios de participación social, sin destacarse como líderes políticos de sus localidades—; lo individual y lo colectivo —se da un choque

entre intereses individuales y los intereses colectivos—; y líderes sociales y sus bases —hay un choque muy grande entre representantes y representados—”. También reconoce que en el sistema la “participación está institucionalizada, instrumentalizada, desarticulada de lo local y carece de eficacia: lo que quiere decir que muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria” [11]. No permiten los procesos participativos en la perspectiva del derecho.

Con el estudio de caso se identifican como problemas los lineamientos y estructura del sistema que se impone desde el nivel central de la SDS.

Los lineamientos son parte de la política y son iguales para todos los hospitales. Eso hace que toda la intervención sea uniforme en el Distrito. Entonces los diagnósticos locales no sirven para nada porque ellos lo imponen. Nosotros tuvimos que hacer una negociación para decir que los núcleos no los íbamos a hacer por territorio de APS porque la gente no se quería reunir así, sino que los íbamos a hacer de otra manera (...) Así se viene funcionado desde que salieron los lineamientos, desde el 98 (...). Están estandarizando todo eso y nos van a mandar a cambiar los lineamientos en febrero (...). En ningún lineamiento del PAB encuentras participación comunitaria como tal, lo que está metido en el ámbito comunitario y en gestión local, es cada uno tiene como un ... “haga algo con grupos, capacite grupos”. [2,5,8].

## Conclusiones

Después de 30 años de Alma-Ata, y a pesar del nuevo discurso de la actual Política de Participación Social, los mandatos, mecanismos y reglamentos gubernamentales que existen para promover y desarrollar la participación



de la comunidad en el marco del derecho y la democracia, el sistema y los servicios de salud de Bogotá la siguen utilizando fundamentalmente para promover y vender servicios; para lograr objetivos, metas y rentabilidades; y como medio para legitimar discursos y programas, para así obtener recursos. Los componentes que dan poder y capacidad de decisión real a las comunidades no se promueven.

El programa de Salud a su Hogar es un ejemplo de esto. Como programa bandera para promover la participación social y el empoderamiento comunitario ha tenido pocos alcances en la práctica. Los más relevantes son: identificación de necesidades; caracterización y elaboración de diagnósticos; promoción de servicios; captación e inclusión de nuevos usuarios al sistema de salud; sensibilización y educación comunitaria en temas de prevención y promoción; ampliación de algunas coberturas y la entrega de algunos subsidios de vivienda.

La institucionalización e instrumentalización de la participación comunitaria y las tensiones, rigideces e inconsistencias que se encuentran en la política, impiden el compromiso de los que trabajan en su aplicación; obstaculizan el empoderamiento ciudadano y la transformación social e imponen prácticas que vulneran el derecho a la participación. Estas contradicciones, que en mucho obedecen a limitaciones de factores contextuales como las normas nacionales y el alcance de la democratización de la descentralización en la ciudad, son los principales obstáculos para el desarrollo armónico de la política porque no permiten la participación ciudadana en la toma de decisiones ni el ejercicio del poder en la gestión pública.

A pesar de los problemas planteados, la actual Política de Participación Social tiene dos oportunidades a favor de la promoción y el desarrollo de la participación como derecho: una, la renovación del discurso, su

intencionalidad y los principios rectores que sirven como argumentos para replantear las acciones, y dos, la creación de direcciones y espacios de participación social que permiten la participación directa de las comunidades en los ámbitos del nivel central en la SDS.

Entre sus limitaciones, para el empoderamiento comunitario y el desarrollo de la participación como derecho, se destacan: la falta de coherencia entre la teoría y la práctica; la rigidez que impone el Estado a los espacios, recursos y mecanismos para promover y desarrollar la participación social; la falta de herramientas operativas lo suficientemente amplias y la poca apropiación de recursos institucionales —entes locales— para desarrollar la política.

## Referencias

1. OMS-Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. Serie salud para Todos No. 1.
2. Grupo focal trabajadoras sociales con amplia experiencia en participación comunitaria y atención primaria en salud. Hospital de Suba, ESE II nivel. noviembre de 2007, Bogotá.
3. Zambrano HR. Editorial del documento APS Atención Primaria en Salud: Participación social, movilización social por el derecho a la salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2006.
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Periódico Participación al día, 2006; 1 y 2; y 2007; 5, y reuniones de trabajo con el Equipo de Gestión Social, localidad de Suba ESE II Nivel, octubre 2007, Bogotá.
5. Entrevista con la coordinadora Programa de Atención Básica (PAB) y grupo focal de profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública. Hospital de Suba, ESE II nivel. Bogotá, 2007.
6. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Proceso de participación social para el ejercicio de la ciudadanía activa y la exigibilidad del derecho a la salud. Documento borrador sin fecha. Bogotá.
7. Testimonios de profesionales de la salud que trabajan en la parte operativa de los programas de APS, Programa de Atención Básica (PAB) y Salud Pública, en diferentes localidades. Bogotá, octubre de 2007.

8. Grupo focal profesionales del Equipo de Gestión Social Comunitaria y Salud Pública del Hospital de Suba ESE II Nivel. Noviembre de 2007, Bogotá.
9. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Periódico participación al día 2006; 3 y 2007; 6.
10. Secretaría Distrital de Salud: Participación ciudadana para la realización del derecho a la salud. Documento borrador de la Política de Participación Ciudadana en Salud 2004-2007, Bogotá.
11. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. La salud no es un favor... es un derecho. Política pública de participación social en salud y servicio al ciudadano. Documento borrador, Sin fecha, Bogotá.

