

Experiencia de diseño de la política de participación social en salud en Bogotá

Experience of the Design of the Policy of Social Participation in Health of Bogotá

Experiência de desígnio das políticas de participação social em saúde em Bogotá.

Mauricio Torres-Tovar¹
Iván Méndez-Sandoval²
Luz Dary Carmona-Moreno³

Resumen

Introducción: A comienzos de 2007, el Gobierno de la ciudad de Bogotá llevó a cabo una reestructuración organizativa de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), a raíz de la cual creó la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. La tarea central que emprendió dicha dirección fue diseñar, de manera participativa, una política pública que constituyera su horizonte de gestión. **Métodos:** Este artículo narra la experiencia de diseño y formulación de la Política Pública Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, que contó con la participación de personas organizadas de las comunidades y de servidores públicos del sector salud. **Resultado:** La construcción participativa de la política permitió reflexionar sobre las diferentes interpretaciones que existen sobre la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud, todas las cuales fueron importantes para configurar los aspectos conceptuales de la política. Igualmente, permitió caracterizar la situación de la participación social y el servicio a la ciudadanía en Bogotá, que se constituyó en el referente para enfrentar por parte de la política, y brindó elementos propositivos importantes para establecer el contenido de esta. **Conclusión:** La experiencia evidencia que cuando existe voluntad política en un gobierno es posible la construcción participativa de políticas públicas, lo que amplía la legitimidad social de estas, fortalece la construcción de la democracia, el sentido de lo público y la generación de respuestas más adecuadas a las necesidades de las comunidades.

Palabras clave: derecho a la participación, derecho a la salud, ciudadanía en salud, gestión participativa, democracia.

1 Médico, MSc. Exasesor, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la SDS. Profesor Asistente, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

2 Comunicador Social. Exasesor pedagógico, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la SDS.

3 Filósofa, MSc. Candidata PhD. Ex directora, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la SDS. Profesora de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Abstract

Introduction: In early 2007 the Government of Bogotá made an organizational restructure of the District Department of Health, which created the Social Participation and Citizen Service Direction. The central task undertaken by the Direction was to design in a participatory manner a public policy that would constitute the management horizon. **Methodology:** This article recounts the experience of design and formulation of the District Public Policy and Social Service of health to citizens. This included the participation of organized people from the communities and public health sector workers. **Results:** The participatory construction of the policy provided the chance to reflect on the different interpretations of social participation and health service to the public that exist. These were important in shaping the conceptual aspects of the policy. It also made possible the characterization of the situation of social participation and service to the public in Bogotá, which became the reference to face by the Policy and provided important propositional elements for the establishment of the content of the Policy. **Conclusion:** Experience shows that when there is political will in the government, it is possible to develop participatory public policies. This extends the social legitimacy of the policies and strengthens democracy, the meaning of the public and the generation of responses to the needs of communities.

Key words: Participation right, right to health, public health, participatory management, democracy.

Resumo

Introdução: No início de 2007, o Governo da cidade de Bogotá fez uma reestruturação organizacional da Secretaria Distrital de Saúde, que criou a Direção de Participação Social e Serviço ao Cidadão. O trabalho central realizado pela Direção foi de planejar de forma participativa uma política que constitui um horizonte de gestão. **Metodologia:** Este artigo relata a experiência de planejamento e formulação de Políticas Públicas do Distrito em Participação Social e Serviço de Cidadania em Saúde, com a participação de pessoas organizadas das comunidades e funcionários/as do setor de saúde pública. **Resultado:** A construção participativa de políticas permitiu refletir sobre as diferentes interpretações sobre a participação social e o serviço ao cidadão de saúde existente, que foram importantes na formação dos aspectos conceituais da Política. Igualmente permitiu caracterizar a situação de participação social e do serviço ao público em Bogotá, que tornou referência ao enfrentar pela Política; e forneceu elementos importantes para o estabelecimento de conteúdo proposicional da política. **Conclusão:** A experiência mostra que quando existe vontade política no governo é possível a construção participativa de políticas públicas, que aumenta a legitimidade social destas, fortalece a construção da democracia, o sentido cidadão e a geração de respostas apropriadas para as necessidades das comunidades.

Palavras-chave: direito à participação, direito à saúde, cidadania na saúde, pública, gestão participativa, democracia.

Introducción

En 2007, por medio del Decreto 122, el Gobierno de la ciudad de Bogotá hizo una reestructuración organizativa de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con lo cual se creó la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano (DPSSC); fue esa una decisión administrativa y organizativa con la cual la SDS potencia la participación social y el servicio a la ciudadanía como un dispositivo substancial en los procesos de gestión de la salud en Bogotá.

Una vez constituida, la tarea central que emprendió la DPSSC fue la de construir y formular, de manera colectiva, una Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud (en adelante, la Política) que constituyera su horizonte de gestión.

Este artículo narra, por una parte, la experiencia de diseño de la Política, que contó con la participación de personas organizadas de las comunidades y de servidores públicos del sector salud; por otra, describe el análisis de la información obtenida y la formulación de la Política que derivó del ejercicio de análisis, y, por último, aporta un conjunto de conclusiones en una suerte de lecciones de aprendizajes.

Métodos

Para la construcción de la Política se llevó a cabo un diseño metodológico que constó de cuatro pasos, llevados a cabo durante el segundo semestre de 2007: 1) recolección de información primaria, a través de unidades de análisis con miembros de organizaciones sociales de salud y con servidores públicos de salud; también, recolección de información secundaria, a través de búsqueda bibliográfica; 2) sistematización y análisis de la información, y elaboración de la propuesta de la Política; 3) socialización de la propuesta de la Política con los profesionales de la Dirección de Participación, de las Oficinas de Participación de las empresas sociales del Estado (ESE), y con integrantes de las formas comunitarias organizadas de salud, todo lo que llevó a un ajuste y a una versión final; y 4) presentación formal y pública de la Política en el escenario de la Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida.

Las unidades de análisis fueron un componente metodológico para la reflexión y el debate con personas de

la comunidad y con servidores públicos de salud, sobre tres aspectos: 1) la forma como se entendían la participación y el servicio a la ciudadanía en salud; 2) el marco situacional de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud, y 3) la deliberación sobre cuáles debían ser las principales líneas de acción y las estrategias de una política pública en este aspecto.

Las unidades de análisis se orientaron a través de un instrumento que vinculaba los aspectos conceptuales, situacionales y propositivos, y el cual se desarrollaba en dos momentos: el primero, de forma individual, al inicio de la jornada de trabajo; y el segundo, de forma colectiva, por medio del trabajo en grupo.

La implementación de las unidades de análisis permitió generar un ambiente de diálogo donde el análisis y las propuestas emergían y se construían a partir de las comprensiones y las vivencias de cada uno de los participantes.

En total, se desarrollaron 43 unidades de análisis, que involucraron a 1169 personas de las 20 localidades de la ciudad, miembros de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), Asociaciones de Usuarios de Servicios de Salud, comunidades que participaban en los procesos institucionales de gestión territorial, servidores públicos de las Oficinas de Participación y Atención al Usuario de las 22 (ESE) y de diversas direcciones misionales de la SDS.

El gran cúmulo de información que arrojó el ejercicio implicó un proceso de sistematización que se constituyó en una labor de comprensión de sentidos a partir de interpretar las percepciones aportadas por los miembros de las comunidades, así como de los servidores públicos.

La sistematización siguió una metodología que partió de transcribir las respuestas, organizar la información según el papel dentro de la participación (la comunidad o los servidores públicos), ordenar y relacionar los sentidos dados por los participantes —lo que permitió referenciar y organizar categorías— y hacer el análisis de cada una, de donde, a su vez, surgieron las tendencias de comprensión y las diversas proposiciones sobre las cuales se construyó la propuesta de la Política (tabla 1).

Por último, la propuesta de la Política fue presentada en la Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la

Tabla 1. Momentos del proceso de procesamiento y análisis de la información de las unidades de análisis

I.	Transcripción de la información a sistema digital.
II.	Organización y agrupación de la información según criterios como el de pertenencia social: comunidad (Asociación de Usuarios, COPACOS, otros), funcionario, territorio y número de participantes.
III.	Construcción de categorías iniciales: en cada grupo de información se analizaron, se compararon y se contrastaron los enunciados entre sí, para identificar las ideas, los referentes significativos en común o los que generaban diferencias dentro del grupo. Los enunciados que tenían valoraciones y significados afines y que compartían propiedades y características similares o complementarias se agrupaban bajo una denominación en común —categoría—. Esta nueva agrupación se construyó con los fragmentos o los enunciados que compartían o complementaban un mismo sentido. Cada diferencia o cada similitud encontradas constituyeron, cada una, un grupo de sentido, o categoría.
IV.	Ajuste de categorías y subcategorías: el análisis de las nuevas agrupaciones, construidas con fragmentos similares y complementarios, permitió que surgieran propiedades y dimensiones sustanciales, proceso hecho mediante el registro de notas de análisis, notas de interpretación, notas de lenguaje y referentes simbólicos, notas de conceptos o bibliográficas, y demás ideas que fueron surgiendo durante el análisis. Esta fase permitió la caracterización y el ajuste de las categorías como el surgimiento de tendencias o subcategorías.
V.	Una vez encontrados y ajustados el sentido y el significado de cada categoría y de cada tendencia que definieron las características y las dimensiones, se contrastaron con los documentos iniciales, para luego entrar en la etapa de definición y caracterización final, de síntesis y conclusiones.

Salud y a la Calidad de Vida, la cual fue discutida en trabajo de grupo, donde se le hicieron algunos ajustes, aunque, en términos generales, fue validada (1).

Con base en lo anterior, el equipo técnico de la DPSSC responsable de redactar la Política hizo el ajuste, y esta fue divulgada en su versión final, a través de una cartilla (2).

Resultados

Con la información arrojada por las unidades de análisis, se llevó a cabo la sistematización, que, en la práctica, fue un ejercicio de análisis de información cualitativa, entendida como un proceso continuo de comparación y análisis de información, y donde, a partir del cotejo y la interpretación de los documentos, se descubrieron las características, las propiedades y las diferencias de sentido, las ideas, las percepciones y los valores que contenían los textos (en este caso, frente a los aspectos definidos para el ejercicio participativo de diseño de la Política).

A continuación se describen los principales hallazgos en este proceso de sistematización, organizado en torno a los tres aspectos de reflexión en las unidades de análisis.

Comprensión de la participación y el servicio a la ciudadanía en salud

Para los miembros de las comunidades, el sentido de la participación estuvo relacionado con: procesos y actividades de información y comunicación; gestión y organización comunitaria; gestión e incidencia en políticas públicas; uso de servicios de atención en salud; apoyo a las instituciones de salud, y ejercicio de ciudadanía.

La mayoría de personas de la comunidad entienden la participación como “estar informado”, “compartir información” y “conocer sobre el sistema y los servicios de salud”.

Dentro de esta concepción, se hallaron dos tendencias en la manera de entender la información. Una, la que asume la información y la comunicación como un saber que aporta al adecuado funcionamiento y la mejora de los servicios de salud, lo cual implica que va más allá del simple hecho de estar al tanto, o estar enterado. Dos, la que concibe la información como parte del funcionamiento del sistema de salud, donde se debe tener la información necesaria para hacer uso de los servicios, y, por lo general, quien la posee es un intermediario entre los usuarios y el hospital, quien complementa o es funcional a la institución en la difusión de los servicios y los programas.

En cuanto a la visión de gestión y organización comunitarias, se relaciona el sentido de la participación con una forma de buscar soluciones a las necesidades de la comunidad, dentro de una dimensión de ayuda a una colectividad, concepción de carácter altruista y solidario.

Por su parte, la visión de gestión e incidencia en políticas públicas relacionó el sentido de la participación con negociación e incidencia en los presupuestos, los planes y las políticas públicas; es decir, la participación como poder para incidir en las decisiones, con el objeto de mejorar las condiciones de vida.

Otras visiones relacionaron el sentido de la participación con el apoyo y la colaboración a todos los programas y las actividades generados desde el hospital; también, con el uso de los servicios cuando se necesitan (lo cual, a su vez, vincula la participación con el cuidado de la salud), y con una concepción de la salud como derecho, al igual que la participación y la veeduría, y donde el Estado es el responsable de garantizarlos.

En cuanto a la concepción de servicio a la ciudadanía (o atención al usuario)⁴, para los miembros de las comunidades, esta se relacionó con orientación e información; también, con mejoramiento de la atención en los servicios de salud, y con deber institucional.

Por otra parte, la atención al usuario “es un lugar” donde se orienta, se da la información necesaria, se evitan trámites y congestiones y se agilizan la atención y el tiempo para el servicio; se ubica, además, como el sitio donde se obtiene información referida especialmente a los procesos en las instituciones de salud para acceder a los servicios.

Otra mirada comprende la atención al usuario como una mejoría en el servicio de atención, donde el usuario se siente bien tratado y donde le ayudan a resolver sus problemas; es un paso que optimiza la atención médica, las citas y la entrega de los medicamentos.

Para los servidores públicos, la concepción de la participación estuvo relacionada, principalmente, con un asunto de derecho y de responsabilidad social, y

como medio para el logro de objetivos colectivos. Expresan también una forma de comprensión de la categoría de ciudadanía, la cual definen como un conjunto de derechos de los ciudadanos. También se encontró que perciben la participación como la vinculación de la población a una forma organizativa preestablecida desde las instituciones de salud⁵.

Sobre la noción de la atención al usuario, los servidores públicos la ven como un deber ser de las instituciones, una exigencia para ser mejores y ofrecer una óptima calidad del servicio, pues así lo exige la ley. Estos servidores ven la atención al usuario como un servicio para entregar información a la ciudadanía, con el fin de que esté al corriente sobre el uso de los servicios asistenciales de salud. Conciben dicho servicio como un medio para informar y formar a las personas tanto en los derechos como en los deberes que les da el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Estas miradas sobre la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud permitieron categorizar las concepciones en diversas perspectivas referidas a aspectos instrumentales, de ciudadanía, organizacionales y educativo-comunicacionales.

En la visión instrumental se ubicaron las siguientes tendencias:

- **Institucional:** Donde las personas de la comunidad y las organizaciones comunitarias son utilizadas, ya que su presencia y su participación legitiman la institución, y así se genera una relación de dependencia, lo que coarta la autonomía y la construcción de la salud como un derecho.
- **Dádivas:** Dentro de ella, la participación se da a cambio del refrigerio, de las atenciones, de los pequeños privilegios que ofrece quien convoca. Es un efecto que empobrece la participación, y, por lo general, se da con una población cautiva, a la cual hay que estar motivando cíclicamente con las dádivas.
- **Prestigio:** La participación es parte de la construcción del yo social, de la imagen y del prestigio, así

4 En el artículo se utilizan indistintamente los términos servicio a la ciudadanía y atención al usuario, aunque, en la práctica, la Política diseñada, la cual se orientó con un enfoque de derecho, asumió el primer término, en el entendido de que la gente es ciudadana, titular del derecho a la salud y a la participación, y no simples usuarios de los servicios de salud.

5 Se utiliza el término *formas organizativas en salud*, que son formas establecidas por normas, referidas a los comités de participación comunitaria (COPACO), a las asociaciones de usuarios de los servicios de salud, a los comités de ética hospitalaria y a las veedurías en salud.

como de la ascendencia que se puede tener frente a una comunidad, de sentirse el líder reconocido.

Dentro de la perspectiva de la ciudadanía se ubicaron como tendencias:

- **Concepción de lo público:** Donde se ubican quienes ven la salud como una producción social, lo cual implica no solo la participación del sector de la salud, sino la de otros sectores, para su producción, tendencia que se articula con el discurso de calidad de vida.
- **Derecho a la salud:** Son las visiones de la salud como un derecho; su exigencia se sustenta en la organización y en el conocimiento, es una posición más sectorial.

En la visión organizacional, por su parte, se ubicaron como tendencias:

- **Articulación y fortalecimiento:** Hace énfasis en la necesidad de relacionarse con sus pares, de interactuar y crear red; uno de los efectos de ello es la articulación entre las instituciones, la comunidad y entre las mismas funcionarias públicas, para así fortalecer la incidencia.
- **Perspectiva de derechos:** En algunas organizaciones se ha fortalecido la visión de ciudadanía en salud, haciendo uso cada vez más de los mecanismos de exigibilidad, así como de su participación en los procesos de movilización social.

En la visión educativo-comunicacional, la referencia es al conocimiento y al uso de la información que se tiene para participar; en este punto, es interesante ver cómo la información y el hecho de estar informado aparecen como factores de poder, de tener mejores relaciones y acceso, al saber sobre los servicios, el funcionamiento y las demás cosas que pueden otorgar un puesto privilegiado a quien participa.

En el ejercicio de entender y comprender los diferentes sentidos de la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud, se observa que hay un espectro muy amplio, heterogéneo, el cual, para el ejercicio de elaboración de la política pública, llevó la participación a identificarse con una concepción lo más integral posible, reconociendo, en especial, los aspectos

referentes a la información, al derecho, a la organización, a la incidencia y al poder.

La política diseñada finalmente concibió la participación como el ejercicio del poder de cada cual para transformar la esfera de lo público en función del bien común; y la participación en salud, como la posibilidad de los sujetos de construir calidad de vida y salud, como parte de un proceso de acción social y político. Se entendió la participación como una acción ética, de transformación y de poder, que integra todas las esferas de la vida y posibilita constituir la vida social (3).

En el postulado de que a través de la participación se logra, en efecto, construir socialmente la salud, se ubicaron por lo menos dos sentidos, vinculados entre sí:

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

En relación con el servicio a la ciudadanía en salud, la Política lo comprendió como un componente fundamental para el ejercicio pleno de la ciudadanía, pues, por un lado, es la vía para suministrar información sobre los múltiples aspectos del derecho a la salud (no solo los concernientes a la atención a la enfermedad); y, por otro, porque, además, funciona como la vía para la recepción y la gestión dentro de la institucionalidad de las diversas formas de exigibilidad del derecho a la salud, lo cual permite prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud ubicando los procedimientos y a los actores responsables.

Este ejercicio de participación y de servicio a la ciudadanía, enmarcado dentro de las relaciones entre el Estado y la sociedad, establece un conjunto de papeles diferenciados: a los ciudadanos les corresponde el derecho a informarse, a gestionar, a controlar, y a incidir en las políticas públicas y decidir sobre lo que consideran saludable, y que redunde en bienestar para todos. Por su parte, al Estado, le corresponde garantizar las

condiciones para que se realicen los derechos de forma universal, equitativa, integral e interdependiente.

De esta forma, la participación en salud hace parte del proceso de construcción de ciudadanía con la perspectiva de avanzar en la democratización de la vida colectiva, entendida esta como un proceso individual y colectivo a través del cual se accede progresivamente a capacidades y oportunidades para concretar intereses, y donde la ciudadanía es un elemento constitutivo de la democracia, que se logra a través de la acción, de la participación de la sociedad civil en los procesos de desarrollo social, de la consolidación de la identidad colectiva, para mejorar la calidad de vida y conseguir una sociedad con justicia social (3).

Esta perspectiva de ciudadanía es la que posibilita la comprensión de dos procesos articulados: 1) la participación en salud y 2) el servicio a la ciudadanía. Entender de manera amplia la participación como ejercicio de ciudadanía activa implica que la gente, por un lado, se organiza, se moviliza y exige la garantía del derecho a la salud, y, por otro, busca y demanda información y respuestas por parte del Estado, y así obtiene recursos de conocimiento suficientes para desarrollar sus acciones de exigibilidad para la garantía del derecho.

En síntesis, la política diseñada entendió la participación social, junto con el servicio a la ciudadanía, como una acción política organizada que empodera a la ciudadanía, fortalece su tejido social, con miras a construir poder para incidir efectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud, a favor de la resolución de las necesidades sociales y sanitarias (2).

Situación de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad

Al sistematizar el tema de situación de la participación y el servicio a la ciudadanía en las unidades de análisis, lo primero que llamó la atención es que las referencias a las dificultades fueron mayores que a las fortalezas.

Una de las preguntas generadoras que se ubicaron dentro de las unidades de análisis fue cuáles creían que eran las limitaciones y las fortalezas de la participación, así como, a la vez, las consideraciones para que estas se tomaran o se entendieran como fortalezas o delimitaciones. Para su sistematización se fueron creando grupos por las similitudes en las razones

expuestas para considerarlas limitaciones o fortalezas. Una vez ubicadas, se agruparon por similitudes.

Al analizar estos grupos, se encontraron características, propiedades y significaciones en común que posibilitaron la clasificación y la creación de una categoría de acuerdo a unos principios teóricos. Pero en el momento de sintetizar las diferentes categorías, para que pudieran ser materializadas y ejecutadas por una política pública, volvían a ser integradas, según similitudes y complementariedades, en una línea de la política de participación. Ya no solamente se trataba de explicar y dar razón de una percepción, sino que dicha percepción de las fortalezas y las limitaciones se ponían en común y se utilizaban como horizontes de sentido para potenciar y desarrollar la Política.

Entre las fortalezas que las personas de la comunidad ubicaron se destacaron:

- **Organización:** Se da una valoración sobre el sentido comunitario de la organización y la promoción de acciones para resolver las necesidades; en ella se ve una apreciación más colectiva.
- **Veeduría y seguimiento:** La fortaleza se ubica en el alto valor que se le da al seguimiento a las inversiones y a la prestación de los servicios de atención.
- **Apoyo a las formas de participación:** Se reconoce como una fortaleza el apoyo por parte de algunas instituciones, como el hospital y la alcaldía local, a las formas de participación.
- **Calidad de los funcionarios:** Referida a las capacidades y las trayectorias de los funcionarios.
- **Capacitación:** La formación dada por diferentes instituciones es considerada un aporte para mejorar el conocimiento, lo que se convierte en recursos de poder.
- **Información:** El acceso a cierta información que no todos los usuarios tienen; especialmente, sobre el funcionamiento y el acceso a servicios en el hospital.
- **Programas:** Apertura de la participación en programas de corte social, como Salud a su Hogar⁶.

6 Programa que posteriormente pasaría a denominarse Salud a su Casa.

- **Trabajo intersectorial:** La perspectiva de trabajar en red dentro de lo local.

En cuanto a las fortalezas que los servidores públicos ubicaron, se destacó el tema de la inversión financiera, dada por la destinación de recursos por parte de los hospitales y la SDS para la participación.

Con base en los elementos discutidos en las unidades de análisis, de reconocimiento a aspectos positivos en los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía, la Política los recogió y los sintetizó de esta manera (2):

- **Renovación de la perspectiva de la participación:** Impulso a una participación entendida como acción política para transformar y generar condiciones, para que los actores sociales se empoderen, fortalezcan el tejido social y la organización, para construir un poder que incida efectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud y en la calidad de vida.
- **Reorientación del servicio a la ciudadanía:** Se reconoce a la ciudadanía como la razón de ser de las entidades distritales y como el eje de la gestión pública.
- **Creación de nuevos escenarios y espacios para la participación:** La creación de escenarios locales y distritales para la reflexión, la rendición de cuentas y el debate, como las Asambleas Distritales por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida, los encuentros distritales de copacos y asociaciones de usuarios, y las Unidades de Análisis Comunitario, entre muchas otras.
- **Fortalecimiento y gestión de formas organizativas:** Impulso a la puesta en marcha de ejercicios de planeación dentro de las formas organizativas de salud, y ampliación a nuevas organizaciones sociales con trabajo por la salud en la ciudad.

En cuanto a las limitaciones, los miembros de la comunidad destacaron:

- **Falta de apoyo:** Falta de incentivos para la participación; falta de espacios físicos para trabajar y para las reuniones; falta de recursos para los aspectos operativos que demanda la participación.

- La primacía de perspectivas individualistas e intereses particulares que fracturan la construcción de lo público.

- **Reconocimiento y empoderamiento:** Falta de reconocimiento y de empoderamiento, lo que deslegitima la participación y a los líderes frente a las instituciones, e impide procesos de negociación social.

- **La salud entendida como servicio:** No conocer ni asumir la salud como un derecho, sino como vinculada al servicio y la enfermedad, y restándole así poder a lo colectivo.

- **Problemas en la comunicación:** Debilidad en la calidad de la información, en la retroalimentación y en los canales de comunicación entre los líderes y las comunidades, y entre las comunidades y las instituciones.

- **Lógica institucional:** Se institucionaliza la participación; esta se hace nominal y sujeta a las normas.

En cuanto a las limitaciones que ubicaron los servidores públicos, estuvieron:

- **Funcionamiento y organización interna:** Señalan como las principales dificultades para la participación: el funcionamiento de la organización para participar, la forma de enfrentar las contradicciones, la personalización y los continuos conflictos, además de la manipulación.

- **Caracterización de la población que participa:** Las personas que participan son, casi todas, adultos mayores, con una perspectiva tradicional, que participan en diferentes espacios locales y distritales y personalizan la participación; por otro lado, la participación de los jóvenes es muy escasa.

- **Falta de autonomía:** Son organizaciones que no tienen autonomía, pues dependen de las directrices del funcionario, lo que se evidencia en el cansancio entre sus integrantes, la poca incidencia y la baja representatividad.

- **Participación como clientela:** Esta visión se nota más durante las épocas electorales. En ella resaltan los intereses personales de usar las organizaciones sociales como un caudal cautivo de las

tendencias políticas y de los micropoderes de la localidad, lo cual genera un oportunismo político.

- **Recurso humano:** Se llama la atención sobre la falta de contratación de más profesionales para las áreas de participación y servicio en salud a la ciudadanía, sobre el tipo de contrato, que no permite la continuidad de los procesos, y sobre las múltiples funciones que debe cumplir el personal contratado.
- **Falta de incentivos:** Se ve como un punto crítico la falta de incentivos para quienes participan; más, si se toman en cuenta sus necesidades económicas, dado que la población muchas veces termina financiando su propia participación.
- **Falta de cualificación:** Es evidente en algunos funcionarios; sobre todo, en cuanto a los temas de participación, lo que, en gran medida, lleva a que les den más importancia a las actividades que a los procesos.
- **Inversión:** Aunque las instituciones se comprometen verbalmente con la participación, eso no se expresa en inversiones en los procesos, ni para el apoyo o la dotación a las oficinas de participación.
- **Escepticismos y desgaste de la participación:** Hay poca credibilidad en los procesos de participación, y cuando estos se dan, son formas que legitiman la institución. Se confunde la participación con el simple hecho de estar inscrito a una forma orgánica preestablecida desde las instituciones. En muchos casos, la participación se confunde con el clientelismo y la actividad de la politiquería, lo que la convierte en una dificultad para la vinculación de nuevos miembros.
- **Usufructo individual de lo público:** Existe un interés personal, por parte de los líderes, de obtener un usufructo de su papel protagónico; bien puede expresarse en la preferencia para la atención médica, el reconocimiento personal y social, el manejo político, el prestigio u otras dádivas. Por lo general, asumen una posición de exigencia, de lo que “se les debe dar”. En sus comunidades, los líderes no generan consensos ni autonomías, sino un ejercicio de autoritarismo, lo que inhibe la participación de otras personas.
- **Lo público como prestación de servicios:** Las personas que ejercen la participación lo hacen desde

una exigencia del servicio, de la calidad del servicio que se les debe dar, y dentro de la lógica no del derecho, sino como un servicio que se encuentra dentro del marco de un contrato. Es la exigencia al hospital, a los médicos y a los medicamentos, donde resalta el elemento curativo. Ser miembros de una forma de participación en salud los ubica en un puesto importante, desde donde pueden obtener algún tipo de prebendas por parte del hospital; se observa, además, que la representación tiende a desviarse más a satisfacer los intereses y las necesidades individuales o del núcleo cercano, más que las comunitarias.

- **Desarticulación local y distrital:** No hay suficientes puentes de comunicación y articulación entre las instituciones en el orden sectorial, ni en los ámbitos local y Distrital.
- **Canales de comunicación:** Hace alusión a la falta de canales y a la falta de uso de canales eficientes, lo cual hace que la información se pierda, se distorsiones o no llegue a su destinatario.
- **Manejo de la información:** No existe comunicación; esta se reduce a emisiones de información que, por lo general, se desvirtúan, se guardan, se pierden o se alteran. En los casos cuando se da la retroalimentación, esta no se tiene en cuenta ni es incorporada en un nuevo mensaje, por lo cual el proceso comunicativo, el flujo continuo de información, es interrumpido.

Recogiendo este análisis, la Política ubicó como limitaciones para el ejercicio de la participación social en salud (2):

- **Debilidad de la cultura democrática:** Debido a la prevalencia del interés particular sobre lo general, lo que afecta las posibilidades reales de construcción de lo público.
- **Fractura entre lo social y lo político:** No se reconocen con claridad los nexos entre lo social y lo político, lo que produce una tensión y fractura entre la participación social y la representación política.
- **Desarticulación distrital de la salud:** Se presenta entre los diversos niveles del sistema de salud; específicamente, entre las directrices, los lineamientos y las prioridades del nivel central respecto a las

necesidades del ámbito local, y, a su vez, con las de los microterritorios.

- **Fractura entre las instancias de participación:** Cada una de dichas instancias obedece exclusivamente a su propia lógica, y no hay puentes de comunicación. En el caso de la salud es evidente; llega, incluso, a ocurrir que las formas de participación en salud que existen en una misma institución no interactúan.
- **Participación institucionalizada:** Los espacios y la forma de participación en salud están ligados a las instituciones de atención sanitaria, lo cual limita su acción a asuntos relacionados tan solo con la prestación de servicios de salud, sin que se logre integrarla a un contexto más amplio: la salud como calidad de vida.
- **Participación instrumentalizada:** Se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado, sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades.
- **Participación sin eficacia:** Muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente, y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria.
- **Fractura entre líderes sociales y sus bases:** Hay un divorcio entre representados y representantes. Esta situación se evidencia en los escenarios de participación comunitaria en salud, donde son muy débiles los mecanismos democráticos de representación y donde los representantes están lejos de las bases comunitarias.
- **Debilidades de la organización comunitaria expresadas en:**
 - ◇ Baja capacidad de incidencia en el escenario público.
 - ◇ Desempeño, básicamente, en los ámbitos barrial y zonal, sin constituirse en actores locales y distritales.
 - ◇ Reducida capacidad de gestión, insuficiente para posibilitarles que adelanten de forma autónoma proyectos y canalicen recursos.
- ◇ Operan más como aparatos que como instrumentos ágiles de acción colectiva en la consecución de fines sociales.
- ◇ Presentan conflictos internos, derivados de permanentes luchas por micropoderes y afanes de protagonismo. En algunos casos, las lógicas clientelistas dominan las relaciones internas y externas.
- ◇ Poca credibilidad en las instancias del Estado, lo que obedece, en muchas ocasiones, a la falta de reconocimiento, por parte del Estado, de la voz de los ciudadanos en las decisiones públicas.
- **Debilidades institucionales expresadas en:**
 - ◇ Una concepción de participación que no reconoce de manera contundente a los ciudadanos como sujetos de derechos, ni la construcción de la salud como un hecho público y social.
 - ◇ Prevalece la lógica institucional sobre los procesos y las dinámicas locales, debido a la sujeción a la normatividad.
 - ◇ Limitada capacidad técnica, discursiva y de recursos, lo cual le impide a la institucionalidad disponer de medios efectivos que faciliten los procesos de participación.
 - ◇ Desarticulación entre el Área de Participación y Servicio al Ciudadano de las ESE y otras áreas estratégicas, como salud pública, planeación, aseguramiento, y desarrollo de servicios. De igual forma, hay desarticulación entre las instancias distritales y las locales.

Entre las limitaciones para los procesos de servicio a la ciudadanía en salud, la Política ubicó (2):

- **Fragmentación del Sistema de Salud:** Ni los lineamientos ni, incluso, la normatividad vigentes satisfacen las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, lo que genera tensiones entre las áreas de servicio al ciudadano con la ciudadanía, al ser esta última el primer punto de encuentro de la institucionalidad con la comunidad inconforme.

- **Debilidad de cultura de exigibilidad del derecho de forma colectiva:** No obstante haberse avanzado en la socialización de los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud dirigida a las instancias de las formas de participación en salud, no se ha llegado a la exigibilidad de tal derecho de manera colectiva.
- **Fractura entre lo individual y lo colectivo:** Se da un choque entre intereses individuales e intereses colectivos. En el sector salud, esta fractura ha sido impulsada por el propio modelo de salud, que sitúa a los individuos como clientes, y no como ciudadanos, y, por lo tanto, tiende a primar la resolución individual de los problemas subordinando la acción colectiva.
- **Fractura de la comunicación entre las instancias de participación y las de servicio al ciudadano:** No se evidencian vías de comunicación e intercambio claras entre las instancias de participación social y las áreas de servicio al ciudadano, lo que impide una articulación entre los procesos de movilización social, información y exigibilidad del derecho a la salud.
- **Falta de articulación intrainstitucional:** Esta ha implicado asumir que el responsable de la solución de los problemas es la instancia de servicio al ciudadano, y parece que las otras áreas misionales no tuvieron responsabilidad en ello.
- **Prevalece la lógica institucional:** Sobre la dinámica y los diagnósticos de necesidades evidenciadas a través de los diferentes canales de atención al ciudadano en salud, lo cual conlleva que ni los lineamientos ni las directrices contractuales con los prestadores de servicios de salud satisfagan las necesidades y las expectativas de los usuarios.
- **Limitaciones para la gestión:** El desarrollo de las actividades de servicio al ciudadano no dispone de la documentación suficiente; se evidencia una gestión de forma reactiva, con escaso desarrollo tecnológico.

De manera específica frente al tema normativo (otro aspecto del contexto situacional de la participación y el servicio a la ciudadanía), la mayoría de los miembros de las comunidades plantearon que la norma limita, y dicha limitación es por diferentes causas:

- 1) las normas no son claras;
- 2) las normas permiten diferentes interpretaciones, ponen obstáculos y límites tanto a la participación como a los servicios;
- 3) las normas no se difunden, no se dan a conocer, y
- 4) son normas que favorecen a las instituciones, y no a la comunidad.

Otra mirada menos amplia desde las comunidades es que las normas sí han facilitado tanto la participación como la prestación de los servicios, que han legitimado algunos espacios de participación, aunque de una forma no integral, y que es necesario ampliarlas y profundizarlas.

Frente a este contexto normativo, los servidores públicos plantearon diversos aspectos, entre los que destacaron: 1) las contradicciones entre la normatividad nacional y las políticas distritales, contradicción que se expresa en el aseguramiento y en las demás formas de vinculación al sistema y al servicio; 2) existe un desconocimiento, por parte tanto de los funcionarios como de los usuarios, de las normas y las leyes que los rigen; 3) no hay claridad en cuanto a las funciones y las responsabilidades; la norma permite interpretaciones, y, por tanto, se puede asumirla desde diferentes puntos de vista; 4) hacen falta normas que clarifiquen más las competencias de las formas de participación en salud, así como de las diferentes oficinas y programas; 5) son necesarias más limitaciones al control social, en tanto la mayoría de las normas hacen énfasis en la falta de establecer responsabilidades, límites de intervención y los requisitos disciplinarios para ser veedor. La norma no es clara en cuanto a las responsabilidades; en especial, las de los órganos que supervisan o asumen controles sociales.

La Política retomó esta discusión normativa y ubicó un grupo de dificultades en los procesos de participación social en salud y servicio a la ciudadanía derivados de este componente, y entre las cuales se mencionaron (2):

- Proliferación de mecanismos de participación ciudadana y el desconocimiento de su operatividad, lo que genera una multiplicidad de espacios sin un norte suficientemente claro.
- Algunas formas de participación en salud han dado lugar a una creciente burocratización. Son múltiples los espacios definidos y habilitados por las normas, y frente a la escasa participación de la

ciudadanía hacen que los mismos líderes estén en muchos de ellos, sin mayor capacidad para impulsar procesos, y sí, por el contrario, concentrando información y poder con una perspectiva burocrática, y sin mayor capacidad de incidencia real en los procesos públicos.

- La institucionalidad y sus normas definen una lógica de representatividad que fractura las posibilidades de generar procesos capaces de constituir sentidos compartidos en torno a la calidad de vida o la salud, lo cual, a su vez, termina produciendo que el objetivo de la participación sea ganar la representación de la comunidad en los espacios institucionales.
- El hecho de que las distintas formas organizativas han apropiado una regulación interna a manera de estatutos, muchos de los cuales desbordan las disposiciones legales que las regulan, conlleva que con dichos reglamentos se viole o se limite el derecho a la libre asociación, y eso constituye una barrera para el proceso de participación social. Las formas organizativas pueden entenderse, de alguna manera, porque buscan imponer en sus reglamentos disposiciones encaminadas a garantizar intereses de índole personal, como, por ejemplo, su permanencia en la dirigencia de la organización o la posibilidad de acceder a cargos de representación ante otras instancias, como a la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado (ESE).
- Está vigente una normatividad de la participación por sectores que no logra asumir de manera integral los problemas ni las necesidades sociales, por lo cual cada institución actúa por aparte, con sus propios mecanismos de participación, lo que ahonda la multiplicidad y la fragmentación de la participación en la ciudad.

De esta manera, la Política consideró que los impulsos a la participación deben tener una base institucional-normativa, pero fortaleciendo una perspectiva de autonomía de las comunidades, en el entendido de que la salud es una construcción social, y, por ello, les corresponde a todas las personas involucradas asumir responsablemente dicha construcción, lo que demanda un amplio debate sobre la manera como las normas conciben y buscan desarrollar la participación.

Con este balance situacional, dado por el ejercicio de las unidades de análisis, se concluyó que permanece la necesidad de reorientar los procesos de participación ciudadana y servicio a la ciudadanía en salud buscando superar los problemas identificados, y partiendo de los acumulados que se tenían, con el fin de avanzar en la realización del derecho a la participación en salud en la ciudad.

Las líneas de acción de la Política pública de participación

El ejercicio colectivo de discusión y debate en las unidades de análisis brindó una gran riqueza de propuestas y alternativas para mejorar los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en Bogotá.

Recogiendo las propuestas de los miembros de las comunidades y de los servidores públicos, y teniendo como marco los aspectos situacionales de la participación en salud en la ciudad y la postura conceptual sobre la participación que asumió la Política, así como el conjunto de las normas en participación, se organizaron los objetivos y los lineamientos de la Política Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano en Salud.

El objetivo general establecido por la Política fue fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad, con miras a profundizar la democracia en la ciudad.

Los objetivos específicos establecidos por la Política fueron:

- Aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud, para avanzar en la garantía del derecho a la salud.
- Aportar a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana, tanto en el interior del sector salud como en la ciudad, impulsando la constitución y la puesta en escena del Sistema Distrital de Participación y la Política Sectorial de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud.
- Fortalecer la institucionalidad del sector salud para que aporte en la consolidación de los procesos de

participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad.

- Contribuir en la democratización de las formas institucionales de participación ciudadana en salud.
- Apoyar la construcción y la consolidación de las diversas formas organizativas sociales en salud de carácter autónomo.
- Aportar en la construcción social de la salud.
- Ejercer rectoría sobre todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los órdenes distrital y local, en lo que compete a los procesos de participación social en salud.
- Ejercer rectoría sobre el componente de Servicio a la Ciudadanía en Salud dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad y la Política Distrital de Servicio al Ciudadano, orientando la articulación sectorial y transectorial de las Oficinas de Atención al Usuario/Servicio al Ciudadano con la perspectiva de proteger y promover el derecho a la salud de toda la ciudadanía.

Se establecieron cinco líneas de acción de la Política; a saber:

- **Línea 1:** Fortalecimiento del reconocimiento de la ciudadanía activa en salud: frente a la baja participación social en salud en la ciudad, se hace necesario impulsar una amplia cultura política que tenga como centro que los miembros de las comunidades se reconozcan a sí mismos como titulares del derecho a la salud y activen su ejercicio de ciudadanía en el sector salud, para que participen de manera activa y permanente en la vida política del barrio, la localidad y Bogotá, y desarrollen a procesos de exigibilidad por el derecho a la salud.
- **Línea 2:** Fortalecimiento institucional para profundizar la ciudadanía activa en salud: frente a las debilidades institucionales para promover los procesos de participación social y el servicio a la ciudadanía en salud, se fortalecerán las estructuras institucionales que tienen como responsabilidad promover y desarrollar los componentes de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en los ámbitos locales y en el distrital.

- **Línea 3:** Fortalecimiento de la organización social autónoma en salud y de las formas de participación en salud: la participación social es posible en tanto se configuren organizaciones, procesos y escenarios que la impulsen y la sostengan. Por tal razón, y según el planteamiento de la necesidad de que las comunidades avancen en ejercer de manera autónoma la ciudadanía en salud, se impulsará el desarrollo de la organización social autónoma en salud, que, a su vez, debe nutrir y fortalecer las diversas formas normadas de participación en salud que hay en la ciudad. Así mismo, dicho fortalecimiento autónomo de las organizaciones sociales debe posibilitar que los desarrollos de servicio a la ciudadanía en salud se den de manera fluida y democrática, con el fin de que doten a las organizaciones de información fundamental para el impulso a los procesos de exigibilidad del derecho a la salud que deben adelantar.

- **Línea 4:** Articulación de acciones locales, distritales, regionales, nacionales e internacionales para potenciar la ciudadanía activa en salud: con la perspectiva de superar la fragmentación de la participación social y de los procesos de servicio a la ciudadanía en salud, se generará un proceso de articulación entre diferentes ámbitos: intrasectorial; entre los diversos sectores (transectorial); entre lo local y lo distrital, y con lo regional, lo nacional y lo internacional.

- **Línea 5:** Fortalecimiento de la gestión social territorial para la garantía del derecho a la salud: el sentido último de la participación es lograr respuestas al conjunto de necesidades sociales y sanitarias de la población en territorios específicos, razón por la cual se impulsarán procesos de gestión social integral que posibiliten reordenar las respuestas institucionales y comunitarias para enfrentar las necesidades, con el fin de incidir en las afectaciones de los determinantes de la calidad de vida y la salud. Esto demanda un proceso de trabajo articulado con el conjunto de instituciones y de formas organizativas que hacen presencia en los territorios.

El impulso a las mencionadas líneas se hizo a través de un conjunto de estrategias y acciones de tipo comunicativo, educativo, organizativo, movilización social, gestión territorial, rectoría y producción de conocimiento, que fueron impulsadas en las 20 localidades

de la ciudad por el equipo de trabajo de la DPSSC y los de las Oficinas de Participación de las ESE⁷.

Por último, cabe mencionar que, en un esfuerzo por instituir la Política, se elaboró una propuesta de norma en conjunto con representantes de la comunidad, elegidos en la Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida. Tras un largo proceso de debates y ajustes entre la DPSSC y la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, se sancionó el Decreto 530 de 2010, con el cual se adoptó la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital (4).

Discusión

El uso de metodologías para el diseño participativo de políticas públicas juega un papel central para que dichos procesos permitan involucrar al mayor número de personas y aprovechar al máximo la riqueza de sus saberes y sus prácticas (5). Al mismo tiempo, se sabe que las políticas diseñadas de manera participativa tienen mayor legitimidad y mejor implementación, en contraste con las que han sido elaboradas sin participación. Es el caso de las evidencias de que la participación de las comunidades ha contribuido a constituir sistemas de salud equitativos, por su enfoque centrado en las personas y en la población, en la acción intersectorial por la salud y en el empoderamiento y en la movilización social (6-9).

Igualmente, se sabe que donde las comunidades se involucran directamente en sus asuntos de salud, se organizan y participan, tienen la posibilidad de hacer oír su voz, incidir en la orientación de las políticas públicas de salud y hacer seguimiento a través de ejercicios de control social, y así conseguir impactos positivos en sus condiciones de salud, de bienestar y de equidad social; por todo ello, la participación se reconoce como un determinante protector de la salud (5).

En la experiencia de diseño de la Política descrita en este artículo la metodología de las unidades de análisis permitió, sin lugar a dudas, recoger la enorme riqueza de conocimientos y praxis de los miembros de la comunidad y de los servidores públicos involucra-

dos en el ejercicio, lo que, a su vez, permitió conocer las diversas maneras de comprender la participación y el servicio a la ciudadanía en salud, analizar la situación de estas en Bogotá y recoger un conjunto de iniciativas para configurar la Política.

En relación con los resultados obtenidos del ejercicio de sistematización de las unidades de análisis, resaltan varios elementos que vale la pena discutir:

Por un lado, se encontró que las formas de comprender la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud tienen un espectro muy amplio y heterogéneo; en tal sentido, como elementos más relevantes en las concepciones se ubican los aspectos referidos a la información, la organización y el derecho.

La referencia al acceso a la información aparece como un factor de poder, en tanto posibilita conocer el funcionamiento de los servicios y establecer relaciones, lo que le otorga un lugar privilegiado a quien participa. Este asunto evidencia como tema de mayor interés en la participación el funcionamiento de los servicios de salud, lo que tiende a limitarla a los aspectos asistenciales, y así descuidar aspectos más amplios e integrales de la determinación social de la salud (10).

Tal comprensión de la participación se articula con la del servicio a la ciudadanía, entendida como un mecanismo institucional para entregar información a la ciudadanía con el fin de que esta sepa cómo puede hacer uso de los servicios de salud. Se entiende que dicho servicio es un medio para informar y formar a la gente, tanto en los derechos que le da el SGSSS como en los deberes, y ello equipara los deberes con el derecho (incluso, los antepone), por lo cual se plantea que antes de que la gente exija derechos debe cumplir con los deberes, asunto que amerita recalcar que los derechos tienen una mayor jerarquía y no pueden estar sujetos a precondiciones, sin que ello obvie actuaciones de corresponsabilidad de los individuos.

Estas miradas evidencian el sentido que se tiene sobre la participación y la atención al usuario, ligadas ambas a la lógica de la salud como atención a la enfermedad y en la lógica de servicio que ubica a las personas como usuarios o clientes, y no como ciudadanos (11).

La participación entendida como vinculación en formas organizativas (principalmente, en las formas organizativas normadas) es una comprensión que liga

7 Cabe comentar que se evaluó la implementación de la Política, y ello generó una línea de base. La metodología y los resultados de esta evaluación se describen en otro artículo.

actuación con articulación colectiva, solo que, para este caso, dichas formas de organización colectiva no han sido propiamente iniciativa de las comunidades, sino que han sido propuestas y controladas desde la institucionalidad de salud.

Del anterior postulado surgió la reflexión en torno a las tensiones producidas entre la institucionalización de los procesos de participación en salud, en comparación con procesos autónomos organizativos. La Política, en tal sentido, hizo una apuesta por el impulso a la autonomía, en el entendido de que es la vía para replantear las relaciones entre Estado y sociedad civil, y donde la institucionalidad respalda y apoya los procesos de participación, pero no los coopta ni los instrumentaliza, asunto que posibilita avanzar en la configuración de una democracia real y con poder real para la gente (12).

Por otra parte, la participación entendida como un derecho humano es una mirada renovada, que la entiende como un derecho establecido constitucionalmente, como una responsabilidad del Estado. De esta comprensión emergió la categoría de *ciudadanía en salud*, la cual permite comprender que las personas son portadoras de la titularidad del derecho tanto de participación como de salud (13,14). De ahí se desprende que la participación debe ser para el impulso y el fortalecimiento de la ciudadanía en salud, aspecto clave que posibilitaba avanzar en otra dirección, en sintonía con el enfoque de derechos del plan de desarrollo de la ciudad.

A su vez, esta perspectiva de ciudadanía fue la que posibilitó la comprensión articulada de la participación en salud y el servicio a la ciudadanía, al entender de manera amplia la participación como ejercicio de ciudadanía activa, lo cual implica que la gente se organice, se movilice y exija la garantía del derecho a la salud y demande información y respuestas por parte del Estado, y así obtenga recursos de conocimiento suficientes para desarrollar sus acciones de exigibilidad para la garantía del derecho (3).

Con estos elementos para comprender la participación, la Política reconoció como un precepto fundamental que la participación se halla fuertemente relacionada con el ejercicio de poder; es decir, la participación es un asunto de relaciones de poder (12,15), donde quienes tienen mayores recursos de poder orientan las decisiones a favor de sus intere-

ses, razón por la cual se requiere contribuir a dotar a las comunidades de recursos de poder, y esperar que, por esa vía, las decisiones tomadas favorezcan lo público, lo colectivo.

Por otro lado, los resultados obtenidos del análisis hecho frente a la situación de la participación y el servicio a la ciudadanía en salud permitieron evidenciar diversos asuntos, reconocidos también en otras investigaciones (3,16,17), y relativos a diversos temas.

Uno de tales asuntos se refiere al liderazgo, que suele ser personalizado, contrario a una experiencia colectiva de consensos. La primacía de la perspectiva individual fortalece una perspectiva del interés privado por encima del público, lo que, a la vez, lleva a la burocratización, pues no se quieren perder privilegios, y a que se les cierre a otros la participación, lo cual dificulta ampliar las bases de las organizaciones, tendencia propia de nuestra cultura política clientelar e individualista.

El mencionado tipo de liderazgos también plantea preguntas acerca de su legitimidad, al evidenciar problemas sobre cómo son elegidos sus detentadores, sobre cómo establecen relaciones con la gente, sobre los métodos de trabajo y de toma de decisiones que establecen, sobre las rendiciones de cuentas que presentan y sobre la capacidad de control que tiene la gente sobre ellos.

Tal situación implicaba retomar la representación y la participación sustentadas en el consenso de las comunidades y dentro de las formas normadas de participación, revisar los requisitos para ser miembro, los ejercicios de elegir la representación y sus renovaciones.

Se hizo notoria la presencia de una fractura entre lo individual y lo colectivo, que genera choques entre intereses individuales y colectivos. En el sector salud, dicha fractura se ha profundizado, producto del modelo de salud que sitúa a los individuos como clientes y no como ciudadanos, y, por tanto, tiende a primar la resolución individual de los problemas, a la cual se subordina la acción colectiva (18).

Otra dificultad reconocida tiene que ver con el funcionamiento de la organización para participar, la forma de enfrentar las contradicciones, la personalización y los continuos conflictos, además de la manipulación.

Es importante resaltar cómo en este punto los funcionarios asumen una posición de dirección de las formas de participación, lo cual les impide verlas como una organización que debe ser autónoma, y por ello asumen que allí hay unas personas que apoyan la realización de algunas actividades determinadas por los funcionarios, asunto que vuelve a remitir a la institucionalización y la instrumentalización de la participación.

La falta de contratación de más profesionales para estas áreas, el tipo de contrato (que no permite la continuidad de los procesos) y las múltiples funciones que debe cumplir el personal contratado fueron otros de los problemas ubicados, y se relacionan con el modelo laboral de tercerización, donde la contratación se da a través de empresas intermediadoras; para el caso del sector salud, esa ha sido una modalidad muy extendida (18).

Otro problema evidenciado es la desarticulación entre los hospitales y las instituciones distritales con presencia local, lo cual lleva a una desarticulación en las políticas distritales, al no permitir la interinstitucionalidad o el trabajo en red.

Como un último tema por destacar de la situación, se encuentra el de la estructura normativa. Allí se encontró que la mirada y la acción del sector salud en la ciudad se han concentrado en el desarrollo y el fortalecimiento de los mecanismos de participación comunitaria en torno a las dinámicas propias de las instituciones y a la entrega de información básica sobre el acceso a los servicios de salud, así como a una lista de derechos y deberes de los usuarios en el sgsss, y ello ha ocasionado que la participación y el servicio a la ciudadanía hayan quedado fuertemente contenidas en la institucionalidad, en el componente de prestación de servicios de salud y en los temas de atención a la enfermedad, lo cual ha despojado a la participación social y al servicio a la ciudadanía de temas centrales, relacionados con la garantía del derecho a la salud, referentes a los procesos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los bienes, los programas y los servicios de salud.

Finalmente, los resultados en torno a los aportes hechos para dar salida a las problemáticas y establecer los aspectos centrales de una política de participación evidenciaron las capacidades interpretativas y propositivas de las comunidades, y permitieron así reconocer que hay acumulados de saberes y de trayectorias

que pueden jugar un papel importante en el diseño de respuestas públicas a las necesidades comunitarias.

Las salidas propuestas fueron de un amplio espectro relativo al fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía, al fortalecimiento institucional para el desarrollo de los procesos de participación y servicio a la ciudadanía, al apoyo y el impulso a las organizaciones sociales que trabajan en el tema de salud, la generación de procesos de articulación en los diferentes ámbitos distritales, y el impulso a procesos de gestión social territorial, como camino para lograr la intersectorialidad respondiendo a las necesidades concretas de las comunidades en sus territorios de vida.

Las propuestas hicieron un especial énfasis en la necesidad de desarrollar procesos de formación y comunicación, metodologías para los procesos organizativos y de movilización social, desarrollo de la rectoría en participación y servicio a la ciudadanía por parte de la institucionalidad, así como producción de conocimiento a partir de las experiencias de participación en salud en Bogotá.

Conclusiones

La experiencia hace evidente que cuando hay voluntad política en un gobierno es posible la construcción participativa de políticas públicas, lo que amplía la legitimidad social de estas, fortalece la construcción de la democracia, el sentido de lo público y la generación de respuestas más adecuadas a las necesidades comunitarias.

La experiencia de diseño participativo de la Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud evidenció el valor de las interpretaciones y las propuestas de las comunidades, relacionadas con sus acumulados de saberes y de trayectorias, que jugaron un papel importante en el diseño de la Política.

Las metodologías con las que se impulsa el proceso de diseño participativo de políticas públicas son un aspecto clave, en tanto si se es asertivo con ellas se podrá involucrar un número importante de personas y aprovechar al máximo la riqueza de sus saberes y sus experiencias.

En cuanto a la tensión entre institucionalización y autonomía de la participación, se requiere una apuesta

por el impulso a la autonomía organizativa en el entendido de que esa es la vía para replantear las relaciones entre Estado y sociedad civil, donde la institucionalidad respalda y apoya los procesos de participación, pero no los coopta ni los instrumentaliza, pues por esa vía es posible avanzar en una democracia real.

Otro elemento importante es el reconocimiento de recursos de poder en el juego de la participación. El ejercicio adelantado permitió evidenciar que la información y el conocimiento son recursos importantes de poder, por lo cual su control siempre se halla en disputa.

Por último, es importante destacar que se requiere ahondar en los ejercicios de diseño participativo de las políticas públicas y ampliar la participación en las decisiones importantes de salud en Bogotá, incluyendo las metodologías de presupuestación participativa, para concretar el ideario de una ciudad de derechos con una ciudadanía activa y una democracia real.

Agradecimientos

El diseño y la implementación de la Política Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud fue posible gracias a la participación activa de las comunidades organizadas en salud de Bogotá, al conjunto de profesionales de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano y de las Oficinas de Participación Social y Atención al Usuario de las ese de Bogotá. A todos ellos, un sincero agradecimiento.

Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud (SDS). Memorias generales. Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Seguridad Social. Bogotá: SDS; 2008.
2. Secretaría Distrital de Salud (SDS). Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. Política Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud. Bogotá: SDS; 2008.
3. Carmona LD, Casallas AL. La participación social en salud: una vía para construir ciudadanía [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Pedagógica Nacional; 2005.
4. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 530 del 21 de diciembre de 2010 “por el cual se adopta la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital”. Bogotá; 2010.
5. Vega R, Torres-Tovar M. Participación comunitaria en atención primaria y planeación local en salud. En: Malagón G, Moncayo A (editores). Salud Pública-Perspectivas. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2011. Cap. 4.
6. Vega R, Torres-Tovar M. El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2011;37 [citado 2011 nov. 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662011000200008&lng=es.
7. Vásquez M, Siqueira E, Kruze I, et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria. 2002;16:30-8.
8. Gianella C. El concepto de participación en el diseño de políticas públicas de salud: aportes desde los derechos. Documento presentado en: I Congreso en Gobierno, Administración y Políticas Públicas. Estado del Arte, Desafíos y Propuestas; 2010. Madrid.
9. Uzcátegui JL. La Participación ciudadana en salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica? [tesis doctoral]. [Valencia]: Universidad de Carabobo; 2005.
10. Breilh J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Documento presentado en: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. CEBES 2010; Rio de Janeiro.
11. Torres-Tovar M. ¿Y cómo va el tema de participación en la reforma de salud? Participación Al Día. 2011;32:7.
12. Harnecker M. Democracia y participación popular. En: Construcción del poder local en salud. Descentralización, participación y liderazgo. Cuadernos para el debate No. 3. Caracas; 2003.

13. Berlinger G. Salud y ciudadanía en los finales del siglo. Ponencia en: VII Congreso de Medicina Social. 1997. Buenos Aires.
14. Castro MC. De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. *Región y Sociedad*. 2010;22:283-90.
15. Foucault M. El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*. 1988;50:3-20.
16. Velásquez F. La participación ciudadana en Bogotá. Mirando el presente, pensando el futuro. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2003.
17. Fernández R. Visión panorámica de la participación ciudadana en Medellín entre 1990 y 1999. En: Enlaces y rupturas. Experiencias de participación representativas de una década en Colombia. Bogotá: Diakonia, Parcomun; 2002.
18. Torres-Tovar M. Modelo de salud de Colombia: exportable en función de los intereses del mercado. *Rev. Saúde em Debate*. 2008;32:207-19.

Recibido para evaluación: 21 de noviembre de 2011
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Mauricio Torres-Tovar
mhtorrest@unal.edu.co