



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

La experiencia de la Dirección de Promoción y Prevención.

**Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Gestión para la promoción y la prevención**

Bogotá D.C. Enero de 2016



MINSALUD



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DAVILA
Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención



MINSALUD



**Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Gestión para la Promoción y la Prevención**

***Documento elaborado en el Equipo técnico de Gestión para la Promoción y la Prevención, por:
Diana Victoria Gutiérrez Triana
(En el marco del contrato 132 de 2015)***

Con la supervisión de la Doctora Patricia Caro

Con apoyo y participación de:

Sara Zamora (Subdirección de Enfermedades Transmisibles)
Diana Rodríguez (Subdirección de Enfermedades no Transmisibles)
Jenny Erazo (Subdirección de Salud Ambiental)
Sara Torres (Subdirección de Salud Ambiental)
Andrea Picón (Subdirección de Salud Ambiental)
Sara Ochoa (Área de Poblaciones y Desarrollo Humano)
Marcela Tobón (Subdirección de Salud nutricional, alimentos y bebidas)
Élika López (Subdirección de Salud nutricional, alimentos y bebidas)

En este documento se presentan los avances en la construcción e implementación de acciones o procesos de participación, contemplados dentro de las estrategias lideradas por la Dirección de P&P, del Ministerio de Salud y Protección Social.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
PREÁMBULO	5
SOBRE LOS CONCEPTOS	7
SOBRE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	12
EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN DESARROLADAS POR LAS SUBDIRECCIONES DELA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	25
RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS	28
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	28
SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL	34
SUBDIRECCIÓN DE POBLACIONES Y DESARROLLO HUMANO	39
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	54
SUBDIRECCIÓN DE NUTRICIÓN, ALIMENTOS Y BEBIDAS	63
EQUIPO DE GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	66
ALGUNAS IDEAS FINALES	83



...por el derecho a sentipensar... distinto y transformar... se...

1. PREÁMBULO.-

En la Constitución Política de Colombia, se considera que la participación es un camino para resolver problemas que se asocia, entre otros, a los escenarios de democratización del poder del Estado, gestión para la prestación de los servicios, control y fiscalización de la gestión pública y planeación del desarrollo.

La participación, de acuerdo con la Constitución, es tanto 1) **principio** (que pretende promover y hacer efectiva la incidencia de las comunidades en la vida económica, política, administrativa, cultura y social de la Nación); como 2) **fin** (que pretende facilitar la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afectan) y 3) **Derecho** (a la libre asociación, a la conformación, ejercicio y control del poder político y a la incidencia en la gestión de lo público, que representa el interés de los ciudadanos por hacer parte del desarrollo de los territorios que habitamos)

En tanto Derecho, implica que **la Participación es una oportunidad para el ejercicio de todos los demás derechos** y que la institucionalidad debe brindar las garantías para el mismo. En este último aspecto es necesario evitar la dispersión sectorial y temática de las acciones o procesos de participación que se promueven, pero también es necesario revisar y superar las debilidades normativas, las carencias técnicas de los servidores públicos para orientar este tipo de procesos y la falta de voluntad política para reconocer e incorporar los aportes de la ciudadanía en la gestión de lo público.

La Participación tiene una triple connotación: por una parte es un derecho en sí mismo, por otra, aporta a la garantía de otros (los demás) derechos y tercero se

convierte en un **Determinante social** del proceso de salud, en la medida en que aporta a la construcción del propio proceso de salud (autocuidado), el de la familia, la comunidad y el entorno ambiental (cuidado de los otros y lo otro). Es decir, que la consolidación de redes de tejido social se convierte en una fuente de poder que permite tanto construir experiencias saludables como incidir en las políticas públicas que afectan la salud y la calidad de vida.

Por tanto le corresponde a la institucionalidad y especialmente al sector salud, entre otros aspectos, promover y cualificar la participación promoviendo la construcción colectiva de iniciativas comunitarias por la salud; generando escenarios de información oportuna, adecuada, suficiente y comprensible; construyendo conocimiento con los actores sociales; generando escenarios de deliberación y concertación con la ciudadanía (organizada o no), donde lo acordado sea vinculante para las administraciones gubernamentales; facilitando recursos financieros y técnicos a las organizaciones sociales; re organizando sus procesos y procedimientos internos para mejorar la capacidad de responder a las demandas y necesidades sociales; y, rindiendo cuentas ciertas sobre lo actuado.

Lo anterior pasa por la construcción de un **ethos participativo**, que contrarreste al ethos clientelista, se constituya en centro de nuestra cultura y, desde el cual se fortalezca la idea de que la salud es un derecho que se expresa como servicio y bien público.

Interesa, entonces, ampliar la mirada hacia una nueva **ética participativa: la del cuidado**, que se traduzca en un entramado de ejercicios participativos.

En consecuencia, es menester ahondar sobre la consolidación de una cultura participativa tanto en las comunidades como en las entidades (especialmente las del SGSSS) que nos haga proclives a crear, conjuntamente, escenarios y experiencias que redunden positivamente sobre la salud.

2. SOBRE LOS CONCEPTOS.-

El Estado ya no se concibe sólo desde los elementos pueblo - gobierno, pues con el desarrollo del capitalismo la sociedad ha sido dividida en dos esferas diferenciadas y especializadas: el Estado y la economía (el mercado). En este contexto, surge el concepto de sociedad civil, cuyo fin es generar escenarios por la defensa de los derechos, por la expansión de los espacios de participación política y por la influencia sobre los otros dos ámbitos: el Estado y el Mercado. En este orden de ideas,

“Una sociedad civil politizada y una esfera pública verdaderamente inclusiva, con marcado carácter popular, son aspectos fundamentales para formular un proyecto contemporáneo y renovado de democracia. La sociedad civil es vital para crear una ciudadanía activa y participativa; y la esfera pública es esencial para establecer un vínculo entre la sociedad y el Estado” (Patarroyo, 2011).¹

Es en este marco donde la participación (y la democracia participativa) entran en juego, como forma para que la expresión ciudadana tenga materialmente efectividad. Sin embargo, dado el modelo de desarrollo en el que se desenvuelve nuestro país es claro que la participación tiene una intencionalidad proclive al mismo, expresado en:

“i) Búsqueda de la equidad, pero sin ir en contra del equilibrio fiscal, es decir que el gasto social no excediera la recaudación fiscal, que, a su vez, depende del incremento del producto; ii) Impactar los sectores pobres,

¹ Basado en el documento “Análisis de las condiciones estructurales e institucionales formales para la promoción de la participación en Bogotá”, propuesto por Patarroyo, J. 2011.

aunque mucho de los recursos se ejecutaron como gasto burocrático y otro tanto, fue apropiado por los sectores con mayor capacidad de presión que, por definición, no son los más pobres. iii) Ser técnicamente productivas, encausando bienes y servicios, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, hacia los sectores focalizados por la heterogeneidad de situaciones y de necesidades; iv) Políticas orientadas no sólo a solucionar carencias mediante aportes de bienes y servicios sino a producir efectos socio culturales en los usuarios de manera que en el futuro, sean autogestionarios y no requieran de ese apoyo asistencial.”²

Teniendo en cuenta lo anterior, se comprende por qué la participación en los discursos oficiales generalmente aparece con intencionalidades claras y con fines específicos aunque con una conceptualización difusa.

Por lo anterior, cabe resaltar el hecho de que en el *documento técnico de la política de participación social en salud*³ (en revisión en la OGTD- MSPS), **la participación** se entienda como

Un **derecho que se expresa como proceso social**, y que pretende **incidir**, mediante una acción intencionada, sobre la **transformación** de patrones individuales, familiares- comunitarios y sociopolíticos, con el fin de **producir bienestar y garantizar el derecho a la salud**⁴.

Así las cosas, se reconoce que los procesos de participación suceden en función de intereses diversos en contextos concretos de relaciones sociales y de poder. Por lo tanto, el proceso social participativo exige la **construcción de capacidades, recursos y oportunidades** para que las personas

1) se puedan involucrar en los escenarios de su realidad social (y, para nuestro caso, en los escenarios sectoriales de salud) para aportar a su

² Ibid. página 14.

³ Documento en construcción por parte de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, del MSPS, a cargo de la Dra. Luz Dary Carmona. Bogotá, 2016.

⁴ Se considera que el derecho a gozar de un ambiente adecuado para preservar la salud y acceder a atención integral de calidad (desde la promoción hasta la rehabilitación) es una condición innata. Es un derecho inalienable, del cual somos titulares todas las personas sin distinción, y se basa en atributos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Es obligación del estado respetarlo, protegerlo y garantizarlo. Basado en La salud es un derecho, no un privilegio. EN: <http://www.saludintegralinuyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>.

transformación (de acuerdo con las tensiones y dinámicas territoriales identificadas);

2) se hagan cargo de aportar al mantenimiento de su propia calidad de vida, la de su familia y su comunidad (barrial/ veredal)⁵

La participación, entonces, es una situación que surge en el encuentro de dos dinámicas:

- Una es la **capacidad de participar**; se refiere a las actitudes y a las habilidades que los, llamados a incorporarse en una empresa común, han desarrollado a través de sus prácticas y de la reflexión sobre éstas que han acumulado con anterioridad, y que ellos traen, como aporte a la realización de esta empresa.
- Otra es la **oportunidad de participar**, referida al espacio, incorporado e inscrito en el diseño de las políticas o en la organización de la red, que permite el adecuado ejercicio de la capacidad de participación que aporta el grupo concreto que se incorpora en esa acción colectiva. (Patarroyo, 2011)

En suma, la participación es el **ejercicio del derecho político** que nos permite a todos y todas, en cualquier momento del curso de la vida y desde nuestra diversidad, reconocernos como **sujetos de derecho** y, por tanto, exigir y contribuir a la garantía, protección y restitución de los mismos.⁶ Se trata, entonces, de la expresión concreta que tienen los individuos y comunidades para exigir y aportar a la garantía de su bienestar.

Ahora bien, existe una gama de adjetivos que se suman al sustantivo <participación> y que deberían darnos claridad sobre el objeto y los sujetos de la misma, así como sobre sus recursos y alcances. No obstante parecería que todas estas “sub clases” de participación se toman de manera indistinta, o se definen

⁵ “Estamos empezando a ser cada vez más individualistas y la construcción de capital social muestra bajos porcentajes porque se están perdiendo las acciones de carácter comunitario. Se evidencia una limitada participación en grupos, dado que el 53,7% no participa de 12 a 17 años; el 65,3% de 18 a 44 años; el 60,5% de 45 a 59 años; y 60% de 60 y más años”, afirmó Fernando Ruíz Gómez, Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, en la presentación de la Encuesta Nacional de Salud Mental. MSPS- Bogotá, 2015.

⁶ Decreto 448 de 2007 Por el cual se crea y estructura el Sistema Distrital de Participación Ciudadana. IDPAC- SEGOB. Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007

tautológicamente⁷, impidiendo aclarar a qué tipo de participación se está aludiendo. En este sentido es importante enfatizar sobre las particularidades que implica cada una de estas clases. Para ello se propone la siguiente división:

1. **Participación política**, se refiere a las acciones llevadas a cabo por los ciudadanos cuya acción pretende influir en el proceso político y en el resultado del mismo. Incluye acciones individuales, como el voto para la elección de cargos públicos, y acciones colectivas como la pertenencia a un partido político.

2. **Participación Social**: es aquella que se da en la esfera privada (aunque se trate de intereses colectivos de la sociedad civil –y sus organizaciones sociales-) para construir organización social que sea capaz de aportar a / o gestionar acciones para mejorar la calidad de vida, actuando ante actores políticos y públicos- administrativos, en pos del derecho a la igualdad y la garantía de los derechos sociales a la salud, la educación, la seguridad social, la vivienda, el empleo, la seguridad física, los servicios básicos, la protección del medio y del patrimonio histórico y cultural. Dicho de otra forma, mediante su actuación se ponen en marcha los intereses privados de unos actores sociales ante los escenarios públicos, para alcanzar la igualdad de oportunidades.⁸

Esta incluye:

2.1. **Participación ciudadana**, que pretende constituir sujetos sociales y políticos que incidan sobre la construcción de lo público, especialmente en escenarios de gestión de la política pública (lo que incluye la planeación, la presupuestación participativa y el control). El interés es el de obtener una acción del Estado más eficaz y eficiente en la implementación de soluciones frente a las demandas de los ciudadanos.

2.2. **Participación comunitaria**, es aquella en la que los sujetos se encuentran y organizan para contribuir a solucionar un problema concreto de calidad de vida en sus entornos (familiar o comunitario). En no pocas

⁷ Repetición innecesaria de un pensamiento usando las mismas o similares palabras y que, por tanto, no avanza información. Figura retórica que consiste en repetir un pensamiento expresándolo con las mismas o similares palabras. Tomado de <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=definici%C3%B3n%20de%20tautolog%C3%ADa>

⁸ Basado en Anónimo (31 de Jul de 2009). "La Participación Ciudadana". Dirección URL: <http://www.zonaeconomica.com/participacion-ciudadana> (Consultado el 28 de Abr de 2016)

ocasiones es promovida desde el Estado, como forma para que los ciudadanos organizados se hagan copartícipes del desarrollo territorial, por ejemplo en 1) la organización del trabajo colectivo para la autoconstrucción y la introducción de servicios básicos; 2) la intermediación y gestión ante las autoridades competentes y 3) la formación y desarrollo de líderes populares.

3. Participación individual, es aquella en la que cada individuo decide hacerla parte de su existencia para cambiar estilos de vida; es decir que su objeto es <la auto transformación>.

De esta forma, los **mecanismos de participación “ciudadana”** definidos en la Ley 134 de 1994⁹, podrían ser implementados en cada una de las <sub clases> anteriormente definidas, tanto a nivel individual como colectivo, para lograr los objetivos que los ciudadanos organizados (o no) se han propuesto y para lo cual se requiere la intervención del Estado (o de particulares con funciones públicas). En este mismo sucedería con los **mecanismos para la protección de derechos ciudadanos**¹⁰ (que son aquellos instrumentos para proteger de una pérdida o amenaza a los derechos fundamentales consagrados en la constitución) y con los **mecanismos de control ciudadano para la vigilancia de la gestión pública**.¹¹

⁹ Ley Estatutaria de los mecanismos de participación que regula la iniciativa popular legislativa y normativa; el referendo; la consulta Popular, del orden nacional, departamental, distrital, municipal y local; la revocatoria del mandato; el plebiscito y el cabildo abierto.

¹⁰ Estos incluyen: la acción de tutela, la acción de cumplimiento, el derecho de petición (peticiones de interés general o particular, solicitudes de información, consultas), quejas, denuncias, reclamos, manifestaciones, habeas corpus, habeas data)

¹¹ Incluye: audiencia pública y Veeduría ciudadana.

3. SOBRE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.-

Por otra parte, ya los organismos multilaterales de salud (y demás actores participantes en las Conferencias internacionales) han venido insistiendo sobre la necesidad de incluir procesos de participación social para la construcción de los procesos de promoción de la salud, lo que pasa por la transformación positiva de Determinantes sociales (y ambientales) de la salud. Así las cosas, se pueden evidenciar, entre otros, los siguientes avances al respecto:

DOCUMENTO	año	PRECISIONES SOBRE LA INTENCIONALIDAD DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD
Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud	1978	La salud es un derecho en cuya garantía intervienen otros sectores sociales y económicos. La inequidad y desigualdad en el estado de salud de la población es inaceptable y nos compete a todos. El desarrollo económico y social basado en un Nuevo Orden Económico Internacional es indispensable para lograr el grado máximo de salud. La promoción y protección de la salud es indispensable para el desarrollo sostenible y la paz. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud. La APS es la clave para lograrlo, porque, entre otros aspectos, “entraña la participación de todos los sectores, fomenta la autorresponsabilidad y participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención en salud”.
Carta de Ottawa	1986	Salud para Todos en el año 2000. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse

		al medio ambiente. La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos (eso implica apoyo con educación y financiación) Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa: • la elaboración de una política pública favorable a la salud, • la creación de espacios, ámbitos y/o propicios, • el reforzamiento de la acción comunitaria, • el desarrollo de las aptitudes personales, • la reorientación de los servicios de salud.
Declaración Yakarta	de 1997	La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones. El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades. Una de las prioridades es: Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo (para influir en los factores determinantes de la

		salud.) Dentro de las prioridades para la alianza encontramos: • apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo de la salud, • permitir el aprendizaje compartido, • promover la solidaridad en la acción, • fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud
Declaración de Bangkok	2005	Establece las medidas y compromisos para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. Las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.
Declaración de Adelaida	2010	Salud en todas las políticas: la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. Funciona mejor cuando hay: • procesos sistemáticos que tomen en consideración las interacciones entre los diferentes sectores; • mediación entre los diferentes intereses; • rendición de cuentas, transparencia y procesos de participación; • compromiso de partes interesadas ajenas al gobierno; • Iniciativas intersectoriales prácticas que creen alianzas y confianza.

Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud	2011	La equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: «todos por la equidad» y «salud para todos». Las inequidades sanitarias dentro de las naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables. Existen principalmente cinco esferas de actividad que son críticas para abordar el problema de las inequidades sanitarias, a saber: i) adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo; ii) fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas (gobernanza que facilite una actuación eficaz sobre los determinantes sociales de la salud); iii) seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias; iv) fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo; y v) vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas. El fomento de la participación incluye: 1. fomentar integración y transparencia en materia de formulación, aplicación y rendición de cuentas de políticas sobre asuntos de salud y de gobernanza de la salud, facilitando el acceso a la información, a la justicia y a la participación pública; 2) adoptar medidas para potenciar el papel de las comunidades y reforzar su contribución a la formulación y aplicación de políticas, 3) promover una gobernanza integradora y transparente en la que puedan participar, 4) considerar los determinantes sociales particulares que conllevan inequidades sanitarias persistentes para los pueblos indígenas,
---	-------------	---

		5) examinar las contribuciones y capacidades que puede aportar la sociedad civil en la promoción, movilización social y aplicación de los determinantes sociales de la salud; 6) promover la equidad sanitaria en todos los países, en particular mediante el intercambio de buenas prácticas en lo que se refiere a al aumento de la participación en la formulación y aplicación de políticas; 7) promover una participación plena y efectiva de los países desarrollados y en desarrollo en la formulación y aplicación de políticas y medidas para abordar los determinantes sociales de la salud en el ámbito internacional.
--	--	--

Es claro que en el centro de la promoción de la salud se encuentra el derecho a la participación de las comunidades en la fijación de prioridades en salud y calidad de vida, así como en la toma de decisiones y en la puesta en marcha de estrategias para mejorar el nivel de salud.

Por lo anterior se reconoce que es necesario reforzar la acción comunitaria en la planificación colectiva de los procesos de salud, así como en la asunción de la propia responsabilidad por la misma y en el aumento de control sobre lo que la determina, lo cual pasa por la ampliación de las capacidades de las comunidades para su ejercicio y su real empoderamiento.

La participación es indispensable para el sostenimiento de las estrategias, proyectos, planes y políticas en salud, por lo cual se requiere también, que el Estado proponga y garantice los escenarios para su materialización, en un diálogo con la sociedad civil que permita construir verdadera gobernanza en salud. Así mismo es de capital importancia la documentación de las (buenas) prácticas participativas en el abordaje de los DSS de la salud, con el fin socializarlas y compartirlas con la comunidad internacional.

Lo anterior es retomado en la **Ley 1438 de 2011**¹², en el sentido que reconoce como principio el de la **participación social**, la cual es definida como “la

¹² “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto”.

Así mismo establece que el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)** deberá realizarse mediante un proceso de participación social, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (**APS**), para lo cual habrá de capacitarse a la ciudadanía organizada y no organizada.

De otra parte adopta la APS (Integrada por tres componentes interdependientes: servicios de salud, acción inter y transectorial por la salud y participación social, comunitaria y ciudadana) y establece que el MSPS definirá la **Política Nacional de Participación Social** que tendrá como **objetivos** los siguientes:

- Fortalecer la **capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud**: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.
- Promover la **cultura de la salud y el autocuidado**, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
- Incentivar la **veeduría de recursos del sector salud** y el cumplimiento de los planes de beneficios.
- Participar activamente en los **ejercicios de definición de política**
- Participar activamente en los **ejercicios de presupuestación participativa en salud**
- **Defender el derecho a la salud** de los ciudadanos y **detectar temas cruciales** para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Dando cumplimiento a la Ley 1438 se construyó el documento base de la **Política de Participación Social en Salud**, orientado por la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres –Grupo para la gestión y promoción de la participación social¹³-, que a partir de un análisis normativo, situacional y de resultados de las formas de participación social en salud establece un marco estratégico que define como objetivo principal de la política:

“Planificar y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento, y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación con decisión para el

¹³ Elaborado por la Doctora Luz Dary Carmona, contratista de la OGTED.

cumplimiento del derecho a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud”

La propuesta de política parte de reconocer que la **participación es un derecho vinculado al derecho a la salud**, por lo cual el Estado es responsable de garantizarlo y la ciudadanía es corresponsable en su construcción.

Dentro de sus ejes estratégicos, se encuentran:

- 1. Fortalecimiento institucional para la garantía del derecho a la participación social en salud**
- 2. Fortalecimiento y empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud**
- 3. Promoción de la participación social para impulsar la cultura de la salud, el autocuidado y el derecho a la salud**
- 4. Promoción y socialización de la participación para el control social y las veedurías en salud**
- 5. Promoción de la participación en la gestión con decisión en salud**

El plan de acción ¹⁴ incluye 42 actividades, entre las que se cuentan

¹⁴ El equipo de gestión de la DPP envió a la OGTD una propuesta **de líneas de acción, que incluían:**

Objetivo específico 1: Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud

- Desarrollar capacidades en el talento humano en salud para acompañar técnicamente los procesos de participación social en salud.
- Desarrollar capacidades institucionales (en las Direcciones Territoriales de Salud, EPS, IPS, ARL) para gestionar los procesos territoriales de participación social en salud.
- Articular los procesos de participación liderados por las distintas dependencias del MSPS¹⁴

Objetivo específico 2: Fortalecer las capacidades ciudadanas y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga, incida y decida en la formulación de políticas públicas de salud y en sus programas en todo el ciclo: diseño, ejecución, evaluación, ajuste y gestión.

- Articular los espacios e instancias de participación social en salud a nivel territorial¹⁴
- Desarrollar una escuela de formación para la participación con incidencia

Objetivo específico 3: Promover la cultura de la salud y el autocuidado, y posibilitar la defensa del derecho de la salud de los ciudadanos/as.

- **Construir procesos de cuidado de la salud (de sí mismo, de los otros y de lo otro) como un aporte a la consolidación de la Paz en el país.**

Objetivo específico 4: Incentivar el ejercicio de veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios como instrumentos básicos para la garantía del derecho a la salud.

- Desarrollar capacidades para realizar rendición de cuentas, tanto en las instituciones gubernamentales como en la institucionalidad y los procesos de participación social en salud.

Objetivo específico 5: Promover los procesos de Gestión en salud y la participación en la presupuestación participativa en salud.

- Desarrollar procesos intersectoriales que promuevan la gobernanza en salud en los distintos niveles territoriales.¹⁴

- *Destinación de recursos para el fortalecimiento institucional que permita desarrollar acciones de participación (lo que incluye la asistencia técnica a las entidades territoriales)*
- *Formación constante al talento humano para generar procesos de participación social (incluye el diseño e implementación de una estrategia educativa y comunicativa)*
- *Formación constante a los integrantes de las formas de participación social para ejercer el derecho a la participación social*
- *Fortalecimiento de los procesos participativos en la Estrategia de APS.*
- *Incentivos económicos en coherencia con el fortalecimiento de los procesos*
- *Financiación para iniciativas comunitarias en salud de participación en salud.*
- *Creación de un Observatorio para el control social nivel Nacional*
- *Creación de mecanismos para garantizar la participación en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; en los procesos de definición de prioridades de salud; y en las decisiones que puedan significar una limitación o restricción: en las condiciones de acceso a establecimientos de salud.*
- *Generación y fortalecimiento de escenarios sostenibles para la participación con decisión*
- *Establecer metodologías que permitan la participación de la comunidad en el ciclo presupuestal del sector salud de las entidades territoriales.*

Igualmente, dando cumplimiento a la Ley 1438, en el PDPS se puntualiza que para articular la respuesta sectorial que permita garantizar servicios de salud para todos, y en aras de la consolidación efectiva de la participación social en las decisiones, ejecución y control social de la salud y la generación de sinergias sectoriales público-privadas para incidir en los determinantes sociales, se realizarán procesos de planificación territorial en salud en función de resultados, a través de las siguientes líneas de acción:

Línea de promoción de la salud, que incluye acciones de:

- *Formulación de políticas públicas*
- ***Movilización social***

- ***Generación de entornos saludables***
- ***Generación de capacidades sociales e individuales***
- ***Participación ciudadana***
- ***Educación en salud***

Línea de gestión del riesgo en salud, que incluye acciones de

- *Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial*
- *Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial*
- *Modificación del riesgo*
- *Vigilancia de la gestión del riesgo*
- *Gestión de la calidad de la atención*
- *Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes*

Línea de Gestión de la salud pública (GSP), que incluye acciones de

- *Conducción*
- *Sostenibilidad del financiamiento*
- *Garantía del aseguramiento*
- *Fiscalización*
- ***Intervenciones colectivas***
- ***Mobilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía***

Es así como se define que la participación social estaría incluida en las líneas operativas del Plan, especialmente en la de Promoción social y en la de GSP, lo cual tiene expresión concreta en los objetivos, estrategias y metas establecidas para cada Dimensión.

Dentro de las metas del PDSP que incluyen acciones de participación encontramos, entre otras:

- A 2021, el 100% de municipios y departamentos del país construyen, definen e implementan una agenda social concertada, que unifica la respuesta transectorial de Atención integral a Víctimas del Conflicto.
- A 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los

siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.

- 2021, el 80% de los municipios desarrollan procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.
- En 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud.
- A 2021, por lo menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.
- A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación.

No obstante lo que se evidencia en las metas, en la lectura completa de cada una de las Dimensiones se identifica que entre sus estrategias todas incluyen acciones participativas con la comunidad¹⁵, como

- Movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos
- Alianzas entre los sectores público y privado para el fomento de la corresponsabilidad social empresarial, y la participación activa de todos los miembros de la sociedad civil en la protección de la salud humana, el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y el desarrollo sostenible
- Educación en Salud Ambiental: comprende los procesos dinámicos de participación social (...)

¹⁵ Es conveniente que la Dirección de PyP establezca mecanismos para que tales estrategias se implementen y no se pretenda alcanzar las metas sin el concurso de verdaderos procesos participativos.

- Participación social activa para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa
- Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia, así como el desarrollo de la estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad.
- Alianzas estratégicas entre sectores: articulación de los distintos sectores involucrados en la construcción de la SAN, mediante la conformación y desarrollo de alianzas que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre (...) y la participación ciudadana en temas asociados con la SAN.
- Fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social: incluye la disposición de información, educación y comunicación para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana (laborales, educativos, institucionales, comunitarios), con enfoque de derechos, de género y diferencial (...)
- Participación de niños, niñas y adolescentes en el seguimiento de la calidad de atención en el entorno de las instituciones de salud, de los establecimientos educativos, de educación inicial, y en el espacio público.
- Fortalecimiento de prácticas de buen gobierno en el sector salud como instrumento de lucha contra la corrupción del sector, mediante la aplicación de los principios de transparencia, acceso a la información pública, participación social y rendición de cuentas.
- Promoción de mecanismos de participación ciudadana para el control de la provisión de servicios de salud.

Ahora bien, en la **Ley Estatutaria de Salud, No. 1751 de 2015**, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, se estableció que es **obligación del Estado “respetar, proteger y garantizar” este derecho, que comprende a su vez el derecho de las personas a**

participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que las afecten o les interesen, lo que incluye:

- a) Participar **en la formulación de la política de salud** así como en los planes para su implementación;
- b) Participar **en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;**
- c) Participar **en los programas de promoción y prevención** que sean establecidos;
- d) Participar **en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;**
- e) Participar en los procesos de **definición de prioridades de salud;**
- f) Participar en **decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;**
- g) Participar en la **evaluación de los resultados** de las políticas de salud.

Y por último mediante la **Resolución de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) –No. 429 de 2016-** se genera un cambio de prioridades del Estado como regulador y subordina las prioridades e intereses de los integrantes del SGSSS a los objetivos de la regulación, que deberá **centrarse en el ciudadano, como forma de materializar su derecho fundamental a la salud;** lo cual se concreta en el marco estratégico y operacional expresado mediante el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que en su artículo 6º define que la **implementación, resultados y evaluación de los procesos propuestos en el MIAS,** requiere el establecimiento y **fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud,** que en esta norma es definida como:

Una función de todos los integrantes (del Sistema), que implica i) definir prioridades, ii) realizar procesos de monitoreo y iii) tener mecanismos para la rendición de cuentas.

Así mismo, establece que se deberán definir Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora, basados en los resultados en salud, lo que implica la necesidad de implementar estrategias de “incorporación de cambios de procesos en relación con **participación social**, mecanismos de incentivos de financiamiento y mecanismos de difusión e información” (artículo 6, numeral 3)

Finalmente, es claro que existen avances normativos ciertos que permiten el diseño e implementación de procesos participativos en salud; sin embargo habría que establecer qué tanto han sido apropiados por la institucional sectorial en los diferentes niveles territoriales y qué avances se han logrado al respecto, los cuales deberían verse en resultados concretos en salud.

4. EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN DESARROLLADAS POR LAS SUBDIRECCIONES DE LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Con el fin de caracterizar las experiencias de participación adelantadas desde la DP&P se realizaron entrevistas semiestructuradas a los referentes del tema, definidos por cada subdirector. Adicionalmente se recabaron documentos pertinentes para el análisis del proceso.¹⁶

La entrevista versó sobre los siguientes **tópicos**:

1. **Concepto de participación**
2. **Intencionalidad de la participación** (que promueven o acompañan). Al respecto se proponen los siguientes tópicos posibles:
 - a. Responder a una norma
 - b. Afectar determinantes sociales y ambientales de la salud
 - c. Promocionar estilos de vida saludable
 - d. Gestionar el riesgo en salud (prevención de la enfermedad)

¹⁶ Este ejercicio no pretende ser un estado del arte exhaustivo, porque no se tuvo acceso ni a todas las experiencias, ni a todos los documentos que han sido contruados por los equipos técnicos de la Dirección de P&P, ni a los que han sido contratados mediante Convenios de Cooperación u otras formas de contratación. No obstante sí permite hacerse a una idea muy cercana respecto de las particularidades que, en materia de participación (redes sociales y movilización social, incluidas), se promueven desde esta área del MSPS para la promoción de acciones sociales, comunitarias y ciudadanas que redunden en la gestión de las políticas públicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La información que se encuentra en esta parte del documento fue recabada a partir de lo expresado por los entrevistados, que pertenecen a alguno de los grupos de cada subdirección; por lo anterior no tuve acceso a la información de todos los grupos técnicos.

Adicionalmente, los documentos fueron aportados por los entrevistados, por una parte, y por la otra fueron consultados en el repositorio del MSPS (bajo la palabra clave <participación>).

- e. Promover la incidencia en políticas públicas
- f. Alcanzar metas del PDSP
- g. Lograr movilización social por la salud
- h. Mediar conflictos
- i. Promocionar los derechos en salud
- j. Organizar la comunidad en torno a la solución de problemáticas territoriales de calidad de vida y salud
- k. otra

3. Tipo de participación:

- a. Social
- b. Comunitaria
- c. Ciudadana

4. Procesos de participación adelantados o acompañados

(Se propusieron las siguientes posibilidades)

- a. Instancias o espacios de participación temáticos
- b. Instancias o espacios de participación intersectoriales
- c. Apoyo a iniciativas comunitarias
- d. Planeación participativa
- e. Presupuestación participativa
- f. Conformación o apoyo de redes sociales
- g. Veedurías ciudadanas
- h. Educación ciudadana en salud
- i. Otro.

5. Poblaciones con las que desarrollan los procesos de participación:

- a. No determinada
- b. Niñez
- c. Juventud
- d. Adulthood
- e. Vejez
- f. Familias
- g. Mujeres
- h. Indígenas
- i. LGBTI
- j. Víctimas del conflicto armado
- k. Víctimas de violencia de género
- l. Otro.

6. Espacio, instancia o forma organizativa de participación que lideran o acompañan:

- a. nombre del espacio
- b. definición

- c. norma que lo regula
- d. actores institucionales que lo lideran:
 - Ministerio De Salud
 - Ministerio De Ambiente
 - Ministerio De Educación
 - Ministerio De Agricultura
 - Ministerio De Comercio
 - Ministerio De Vivienda
 - Ministerio De Relaciones Exteriores
 - Ministerio De Justicia
 - Ministerio De Trabajo
 - Ministerio De Defensa
 - Ministerio De Cultura
 - Ministerio De Transporte
 - Ministerio De Comunicaciones
 - Ministerio De Minas Y Energía
 - Ministerio De Hacienda
 - DPS
 - ICBF
 - Departamento Nacional de Planeación
 - Superintendencia de salud
 - Invima
 - Procuraduría
 - Veeduría
 - Contraloría
 - Otro
- e. Carácter del espacio, instancia o forma organizativa:
 - Ciudadano
 - Institucional
 - Mixto
- f. Forma de participar en el espacio, instancia o forma organizativa:
 - Autónoma
 - Por delegación
 - Por representación
 - Otro
- g. Nivel de participación (se propusieron los siguientes tópicos, de acuerdo con la <escalera de la participación>. Hart)
 - Manipulada
 - Decorativa
 - Simbólica
 - Población informada pero con participación asignada

- Población informada y consultada
- Decisiones iniciadas por otros pero planeadas con la población
- Acciones planeadas y ejecutadas por la propia población
- Acciones planeadas por la propia población y coordinadas con agentes externos.

7. Acciones de participación adelantadas

- Resultados
- Documentos de participación elaborados

4.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.

4.1.1. SUBDIRECCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

(Información reportada por la antropóloga Sara Zamora)

Los tres grupos de la subdirección (Enfermedades Endemoepidémicas, Enfermedades raras y desatendidas y Enfermedades infectocontagiosas) desarrollan acciones de participación pero solo hasta ahora se está construyendo un lineamiento de la SET, para que los tres grupos adelanten la gestión de la participación social con base en un marco general de participación y movilización social, que permita establecer un procedimiento similar que incluya acciones de seguimiento y evaluación del impacto de tal gestión (se espera que para el 2016, este lineamiento esté validado y ajustado)

Aunque al momento de la entrevista la profesional encargada del tema en la SET aún no había construido el concepto desde el cual van a definir los lineamientos de promoción de la salud, movilización, participación social de las Estrategias de Gestión Integrada –EGI para esa subdirección, en el transcurso del mes de septiembre ella la envió y se transcribe a continuación:

*“En cuanto al presente lineamiento la definición de participación que se adopta parte de la integralidad de las concepciones precitadas (participación social y participación comunitaria), de tal manera que la participación en salud se entienda como una participación amplia que parte del **derecho a participar en la toma de decisiones, a ejercer fiscalización sobre los servicios y recursos de salud, por medio de sistemas de gobernanza. A la vez que impulsa estrategias de autocuidado y autogestión de la salud en los hogares y la comunidad, por medio de la participación en la construcción e implementación colectiva de estrategias de evaluación y transformación de necesidades en relación a la salud individual y colectiva.**”¹⁷ (El subrayado es nuestro)*

Adicionalmente manifiesta que, “existen una condiciones mínimas que hacen posible al participación, las cuales deben ser fomentadas, estas son: (i) organización comunitaria relativamente estable, (ii) Capacidad para realizar acciones comunes, (iii) habilidad para identificar necesidades y formular soluciones, (iv) clima político favorable o por lo menos permisivo, (v) una actitud favorable del personal de salud para trabajar con la población, (vi) personas que medien entre la comunidad y el personal de salud y (vii) coordinación intersectorial (Kroeger y Luna, 1992).”

La intencionalidad de los procesos que se adelantan desde esta subdirección se basa, sobre todo, en la **participación de la comunidad en procesos de prevención de enfermedad transmisibles y en la movilización social**. Cabe mencionar que no está definido este último concepto.

En este sentido las acciones que con mayor fuerza se despliegan son de **participación comunitaria**, aunque también pueden desarrollar acciones dirigidas a la comunidad y concertadas en espacios o instancias de participación intersectorial desde donde se promueven estrategias de información o de educación en salud a los habitantes de un territorio, como lo realizan los equipos de Enfermedades Transmitidas por Vectores y de enfermedades Desatendidas, que trabajan con los Comités Territoriales de Salud Ambiental –COTSA-; o el equipo de IRA-EDA que trabaja con las mesas de infancia; o el equipo de Infecciones Intrahospitalarias –IAAS- que trabaja con los Copaco; o el equipo de

¹⁷ La profesional Sara Zamora se basó en definiciones de Pineda, 2014, Kroeger y Luna, 1992, Güemes, 2014

PAI que ha trabajado periódicamente con la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema –ANSPE- capacitando a sus promotores sobre el esquema de vacunación, la lectura del carné, la forma de realizar la canalización de los niños, la forma de defender la vacunación –lo cual debe hacerse especialmente con ciertas poblaciones étnicas-¹⁸.

Con estas estrategias de información y de educación se pretende que la comunidad reconozca la existencia de las enfermedades, con lo cual se han logrado impactos puntuales que se evidencian en cambios de comportamiento, especialmente en el tema de vectores.

Por otra parte se promueve el establecimiento de organizaciones de pacientes o de familiares afectados por enfermedades transmisibles, como sucede con la Federación de asociaciones de pacientes de lepra, que ha tenido apoyo de cooperación Alemana (ahora existe una Confederación).

En este sentido, el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis, en su objetivo No. 6, define el desarrollo e implementación de estrategias de participación comunitaria para la prevención y el control de la enfermedad, cuya meta es que a 2015 se hubiera incorporado a grupos de afectados en actividades de control y que se hubieran implementado estrategias de abogacía, comunicación y movilización social, en el 50% de las entidades territoriales¹⁹.

Ahora bien, mediante la estrategia COMBI (Communication for Behavior Impact), que integra movilización y comunicación social, se aporta a afrontar diferentes

¹⁸ En vista de que los promotores cambian frecuentemente se ha hecho necesario desplegar acciones de capacitación periódicamente y por regiones, para cubrir todos los equipos. Con el Convenio MSPS-OIM 2014 se realizaron 2 procesos dirigidos a líderes comunitarios de municipios priorizados, para la promoción de la vacunación. Es decir que se une el proceso de gestión de la participación social con la acción de educación, para formar líderes que se conviertan en promotores de salud y en multiplicadores de la información recibida.

¹⁹ Este objetivo se desarrolla mediante una estrategia que incluye: 1) promover la conformación de pacientes y ex pacientes e incluirlos en actividades de vigilancia con base comunitaria, actividades educativas y comunicativas, 2) impulsar la participación de la sociedad civil mediante grupos organizados, en los procesos de planificación y seguimiento del Plan, entre otros. Plan Estratégico COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010-2015. Consultado el 03 de octubre de 2015. EN:

<file:///C:/Users/Diana/Downloads/Plan%20Estrategico%20Colombia%20libre%202010-15.pdf>

patologías como Dengue, Malaria, Leishmaniasis, Tuberculosis, Lepra, VIH-Sida y Chagas. Esta estrategia está definida por procesos internacionales y cuenta con un fondo (administrado por FONADE) que permite desplegar actividades en entidades territoriales priorizadas y de forma focalizada. Incluye la creación de vigilantes comunitarios y semilleros de personas que promueven la comunicación sobre estas enfermedades²⁰ La estrategia incluye 10 prácticas, que definen acciones de participación durante todo el proceso (dado que es con la comunidad con la cual se definen los comportamientos y acciones a implementar, así como el seguimiento a las mismas). Con la COMBI se pretende formar semilleros de vigilancia para que haya agentes posicionados en los barrios o veredas, de tal forma que promuevan el mantenimiento de los comportamientos formados. No obstante, a pesar de que para algunos programas, como el de Malaria, hay indicadores, no se ha hecho un verdadero seguimiento al impacto de la estrategia (excepto en relación con el número de medicamentos, toldillos, etc., que se entregan o aplican)²¹

El programa de Atención de la Infección Respiratoria Aguda –IRA-, cuenta con un subcomponente de movilización social que propende por la promoción de la participación, en una estrategia similar a la de AIEPI. En suma se pretende generar conocimientos en la comunidad, mediante sus líderes que se convertirían en agentes sociales de cambio. Hasta el momento no se ha desplegado esta estrategia, lo cual pretende llevarse a cabo a través del convenio con OPS (a desplegarse entre los años 2014 y 2015).

En cuanto al programa de Enfermedad Diarreica Aguda –EDA-, se ha avanzado en ejercicios de educación para que la comunidad identifique los síntomas. Para este programa también se va a contratar a la OPS, con el fin de que desarrolle todos los componentes del mismo.

²⁰ Cabe mencionar que esta estrategia nacional enfatiza en el desarrollo de procesos informativos toda vez que quien lo lidera es una comunicadora social y su interés y experticia es el desarrollo de acciones de marketing social que permitan movilizar recursos (lograr inversión) y <reconocimiento de la marca> del programa.

²¹ Para el tema de chincunguña, en el 2014 se realizaron transferencias a las entidades territoriales, con el fin de que adelantaran acciones de promoción de la salud, que incluye la implementación de la estrategia Combi. De estas acciones solo Cundinamarca sistematizó lo que implementó en 21 de sus municipios.

El Equipo de IAAS está construyendo una política nacional que incluye un componente social unido a los Copaco y a las Asociaciones de Usuarios, porque estas enfermedades se presenta en el marco intra institucional. Con los usuarios de las entidades hospitalarias se viene desarrollando una validación del documento.

El equipo de enfermedades desatendidas desarrolla campañas de desparasitación, geo helmintiasis, 2 veces por años, en jornadas masivas donde se suministra el medicamento, de acuerdo con la solicitud que la entidad territorial realiza al MSPS, previa coordinación con los colegios del territorio, a quienes se les informa sobre el proceso (se le da el medicamento a todos los estudiantes, pero no podría decirse que hay ni un proceso verdaderamente educativo ni participativo)

Para el tema de Tracoma se realizan acciones de educación para la salud mediante la formación de profesores rurales, con quienes se va a crear un material didáctico –mensajes e imágenes que les resulten significativas-, el cual va a ser publicado mediante el convenio con OPS (esta estrategia se implementa con poblaciones de territorios rurales dispersas)

Por su parte, para el tema de las enfermedades zoonóticas se está construyendo una Estrategia de Gestión Integral- EGI²², y se adelantó con el concurso de expertos y referentes de entidades territoriales priorizadas, un árbol de problemas que permite priorizar los puntos críticos a trabajar mediante acciones de PyP, que incluirán una estrategia de participación y movilización social.

Con base en lo anterior, podría decirse que las acciones de participación que esta subdirección gestiona **responden a iniciativas institucionales** y pretenden que las comunidades adelanten ciertas acciones de autocuidado o prevención de las enfermedades y, en algunos casos, que adelanten procesos comunitarios orientados a la vigilancia comunitaria de las enfermedades o a su participación en escenarios de información sobre las mismas.

²² Con énfasis en el tema de brucelosis (animales de producción de alimentos, animales de compañía y animales silvestres)

Estos procesos **se dirigen a toda la población pero con adecuaciones socioculturales** a pueblos étnicos, o bien con enfoque diferencial de género, etario y territorial.

Adicionalmente promueven el desarrollo de COVECOM (Comités de vigilancia epidemiológica comunitaria), como espacio que permite reportar y canalizar, desde la comunidad, los casos de enfermedades transmisibles que se hayan identificado en el territorio y realizar el respectivo seguimiento.

Con lo anterior puede decirse que los actores que lideran estas acciones son institucionales aunque se tiene en cuenta la participación de actores comunitarios, que en su mayoría es voluntaria pero también existen escenarios de representación. El nivel de participación es, entonces, de **población informada pero con participación asignada**.

En general podría decirse que las acciones implementadas han generado algún tipo de reconocimiento en la población sobre la existencia de las enfermedades transmisibles y, en algunos casos, ha promovido la organización de grupos de personas afectadas por éstas.

Esta subdirección desarrolló una caja de herramientas sobre el Proyecto de Malaria Colombia y en los lineamientos de las EGI existen acciones de participación y movilización social. Así mismo se han contratado dos documentos (uno con Cedetes²³ y otro con Proinapsa-UIS²⁴) sobre estos conceptos, que servirían de base para la construcción de los lineamientos respectivos (dentro del contrato de la antropóloga Sara Zamora, 2015). Los documentos que han sido contratados incluyen una revisión de conceptos y normas y definen unas líneas

²³ Este documento había sido revisado por la autora del presente producto, encontrando que había confusión en la definición de los conceptos de información y comunicación y entre los de movilización social y participación. Por otra parte se encontró una aparente intencionalidad de cooptar la movilización social y la participación de los actores sociales para <<encauzarla>> institucionalmente, lo cual contradice su esencia (Es claro que hay algunos procesos de movilización social promovidos desde la institucionalidad pero otros son y serán del resorte de las comunidades organizadas); y, por último, no presenta elementos concretos para el diseño de políticas y lineamientos de Educación y comunicación para la salud y para el proceso de Movilización social en salud, ni se mencionan directrices para hacerlas operables. Concepto elaborado en agosto de 2014, DPP, MSPS.

²⁴ Guía para validar, denominada “Huellas que nos unen: guía de participación y movilización social para la salud integral”.

de trabajo; no obstante se evidencian diferencias en la conceptualización entre los dos documentos.

Así mismo para la vigencia 2014 se contrata con la OPS un documento de movilización social, participación social y educación para la salud.

4.1.2. SUBDIRECCION DE SALUD AMBIENTAL.

(Información reportada por las ingenieras Sara Torres y Jenny Erazo e información consultada en los documentos Conpes 3550, PISA 2015, Entornos 2015 y Propuesta metodológica para el fortalecimiento comunitario en la gestión de la salud ambiental- 2015, construido por la ingeniera Andrea Picón)

Aunque no existe una definición de participación acuñada por esta subdirección, se puede colegir su intencionalidad, de lo consignado en el Conpes 3550 de 2008, en la Política Integral de Salud Ambiental –PISA- (2015), en el documento de Entornos (en construcción por parte de toda la DPP) y en la propuesta metodológica para el fortalecimiento de la acción y la respuesta comunitaria (en construcción por parte de la subdirección de salud ambiental).

En este sentido, en el **CONPES 3550** se define que, de acuerdo con el Código Nacional de Recursos Renovables y de Protección al Medio Ambiente (Decreto Ley 2811 de 1974) es necesario *lograr la máxima participación para el beneficio de la salud y el bienestar de los presentes y futuros habitantes del territorio nacional.*

Por lo anterior y teniendo en cuenta el diagnóstico de la gestión de la salud ambiental en el país, se definió entre sus problemas el *limitado enfoque del riesgo para la salud ambiental*, que ha estado centrada en la superación de eventos indeseables, pero no ha abordado la prevención y mitigación de riesgos físicos y sociales derivados del medio ambiente, ni ha considerado la participación de la sociedad y la familia en el esquema de abordaje del riesgo, ni la capacidad de los diferentes agentes para enfrentar y recuperarse del mismo.

Con base en el nuevo enfoque de riesgo a adoptar ***se requiere que las familias (y la sociedad civil) corresponsablemente adopten acciones, actitudes, mecanismos de protección, mitigación y superación que disminuyan la vulnerabilidad y la exposición a amenazas, lo cual se logra cuando la sociedad se pone de acuerdo para protegerse frente a las contingencias que afectan negativamente su calidad de vida*** y para lo cual deberán implementar medidas de prevención, promoción, mitigación y superación.

Para tal fin se define la necesidad de expedir una Política Integral de Salud Ambiental, en cuyos lineamientos es necesario tener en cuenta ***la promoción de una amplia participación social en el diseño e implementación de las políticas, estrategias, estándares y regulaciones ambientales.***

Es así como se establece la necesidad de ***crear Instrumentos de planificación y espacios de participación comunitaria activos, dinámicos y con capacidad de decisión; fomentar espacios de participación para analizar, construir y evaluar alternativas y políticas en los temas de salud ambiental; fortalecer a las organizaciones sociales y comunitarias para que participen de procesos de toma de decisión y de procesos comunitarios territoriales; y proponer acciones de información y formación a la comunidad sobre el impacto ambiental y la salud de la calidad del aire, el agua y las sustancias químicas.***²⁵

Por su parte la PISA, pretende incidir en el ***mejoramiento de la gestión integral de la salud ambiental y en el aumento del nivel de gobernanza, que disminuya la carga de enfermedad atribuida al ambiente y logre posicionar a la salud ambiental en la agenda pública nacional y territorial como un determinante del mejoramiento de la calidad de vida***, mediante la articulación de acciones intersectoriales y con la sociedad civil.

²⁵ Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química. Documento CONPES 3550, 2008. http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Documentacin%20en%20Salud%20Ambiental/Conpes%203550%20%20DNP%20Salud_Ambiental,2008.pdf Consultado el 28 de octubre de 2015.

De lo anterior en la PISA se definen acciones participativas, que diluyan el poder hegemónico del Estado, y promuevan una gestión adecuada y una ***movilización social no convencional***, que, entre otros aspectos, aporte a la solución de los conflictos ambientales –que afectan principalmente a sectores campesinos, indígenas, pequeños pescadores y mineros–.

Lo anterior se relaciona con el ejercicio de la responsabilidad social de las empresas y de la puesta en marcha de ***procesos de rendición de cuentas, interpretación técnica de las demandas de los pobladores, difusión de información comprensible para la ciudadanía e implementación de estrategias de acción resolutivas que promuevan la democracia participativa.***

Su **estrategia No. 3 “Participación social y comunitaria”** pretende ***impulsar iniciativas organizativas y estrategias de educación en salud ambiental, a través de redes comunitarias y de gestores ambientales, para facilitar un rol activo de la comunidad en la toma de decisiones, en el manejo de conflictos ambientales, en el control social y en la generación de entornos saludables.***

Así mismo pretende lograr el compromiso de la población en su **autocuidado y la protección ambiental**, la abogacía por el desarrollo de procesos de responsabilidad social empresarial y de corresponsabilidad frente a los efectos adversos en la salud debidos al deterioro ambiental.

Dentro de las acciones de esta estrategia se encuentran:

- Articular las estrategias de educación ambiental y entornos saludables, orientadas a la comunidad para el *reconocimiento de las necesidades* de intervención en salud ambiental.
- Apoyar e implementar *iniciativas sociales y comunitarias para la generación de entornos saludables.*

- Realizar abogacía para la *concertación de alianzas entre la empresa privada y la comunidad, en la definición de estrategias de salud ambiental* dentro de los procesos de responsabilidad social empresarial y desarrollo sostenible.
- Desarrollar protocolos o *rutras de respuesta intersectorial con enfoque diferencial frente a solicitudes, necesidades y problemáticas particulares* o reconocidas por veedurías y organizaciones comunitarias relacionadas en eventos en salud ambiental.²⁶

Ahora bien, en el documento que se está construyendo de **ENTORNOS SALUDABLES**²⁷, se define que estos son “escenarios de la vida cotidiana en las que los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen (...)y donde las personas, las familias y las comunidades conviven y produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea”.²⁸ **Dentro de sus características se menciona el hecho de que promueven la participación social y la movilización en torno a la generación de condiciones de bienestar y calidad de vida** (especialmente se considera esta particularidad para el entorno comunitario)

Dentro de la **operación de los entornos** se definen, entre otros, el componente de políticas y normatividad para la promoción del desarrollo humano y la calidad de vida, entre cuyas líneas de acción se encuentran: **a) la construcción participativa de políticas; b) la participación en la implementación, consolidación y seguimiento.** Y el componente de Participación para el desarrollo humano y la calidad de vida, cuyas líneas de acción son: **a) generación y garantía de condiciones para los procesos de participación social; b) fortalecimiento de la ciudadanía para la participación social y c) conformación y fortalecimiento de redes o grupos de gestión para la movilización y el control social.**

Y en el documento **de Propuesta Metodológica para el Fortalecimiento de la Acción y la Respuesta Comunitaria** –que está siendo construido por la ingeniera

²⁶ Política Integral de Salud Ambiental. Documento Borrador. 10 de junio de 2015. Bogotá, .D.C.

²⁷ Documento que está siendo construido con participación de profesionales de las 5 subdirecciones de la DPP-MSPS. Versión junio de 2015.

²⁸ Op. Cit. página 25

Andrea Picón-, a implementarse dentro del proceso de Entornos Saludables y de los Comités Territoriales de Salud Ambiental –COTSA-, se especifican **elementos metodológicos para la construcción conjunta y concertada entre la institucionalidad y la comunidad de**

“procesos que generen la participación activa en ejercicios de reconocimiento de los determinantes sociales, promoción de la salud, protección de los ecosistemas estratégicos, recuperación, cuidado y aprovechamiento del espacio público y (construcción de) alternativas de accesibilidad al agua y saneamiento básico”, lo cual se logra mediante procesos de educación y comunicación para la salud, capacitación, organización y movilización social, que promuevan la vinculación de los ciudadanos a espacios de toma de decisión, materializando de manera real la gobernanza en salud.²⁹

La intención es fomentar la organización y participación social en torno a temas de salud ambiental a partir de ejercicios comunitarios localizados, el fortalecimiento de redes sociales y la gestión comunitaria e intersectorial.

En este documento se propone tanto una ruta que puede ser adoptada y adaptada por las Direcciones Territoriales de Salud como la definición de indicadores de seguimiento respecto del avance e impacto de los procesos comunitarios implementados.

Los COTSA, por su parte, tienen entre otras las funciones de 1) desarrollar estrategias e instrumentos que promuevan la participación comunitaria y la corresponsabilidad social en la gestión de la salud ambiental y 2) apoyar la implementación de iniciativas sociales y comunitarias para la generación de entornos saludables.

Para ello, la mesa de entornos del COTSA de cada entidad territorial realiza con la participación de los demás sectores de la administración y la comunidad, una caracterización ambiental y social donde dé cuenta de las dinámicas de los

²⁹ Picón, Andrea. Propuesta Metodológica para el Fortalecimiento de la Acción y la Respuesta Comunitaria. Subdirección de salud ambiental, DPP-MSPS. Documento borrador, junio de 2015.

actores sociales, sus necesidades, los equipamientos con que cuentan, entre otros aspectos; y, con base en esta información se construyen las acciones de los PAIES (Plan de Acción Intersectorial de Entornos saludables)

4.1.3. SUBDIRECCIÓN DE POBLACIONES Y DESARROLLO HUMANO³⁰

(Información reportada por la psicóloga Sara Ochoa)

Se puede identificar que ha habido un desarrollo diferencial tanto en la conceptualización como en la práctica para la promoción de la participación en los grupos que conforman esta subdirección, por lo que puede decirse que no existe unidad al respecto. Especialmente el grupo Curso de Vida³¹ ha desarrollado mayor número de documentos y orientaciones al respecto, seguido del grupo de Derechos Sexuales y Reproductivos (de acuerdo con lo que aparece registrado en el Repositorio del MSPSP)

³⁰ No fue reportada información del grupo funcional de Desarrollo humano y convivencia social correspondiente a las acciones de prevención de consumo de SPA. En relación con los temas de, atención a víctimas del conflicto armado, convivencia social y sexualidad y DSR solo se tuvo acceso a documentos que reposan en el repositorio institucional del MSPS o fueron facilitados por el equipo de Gestión de la Dirección de Promoción y Prevención.

³¹ Se destaca el ejercicio que ha adelantado el grupo de **Curso de Vida**, quienes han venido desarrollando una serie de sesiones con participantes de todas las subdirecciones con el fin de identificar las acciones que en materia de participación y movilización social (además de otros temas, como la calidad en la atención a los niños y niñas), implementan las demás subdirecciones, lo cual permitiría reconocer experiencias significativas en la atención a la niñez y la juventud, establecer posibles sinergias en territorio y potenciar las respuestas que esta Dirección y el Ministerio adelantan en territorio, en relación con la atención de la primera infancia.

Con este fin realizaron una exploración con cada subdirección, con base en preguntas orientadoras sobre las estrategias y acciones que adelantan, los elementos comunes y los divergentes en los lineamientos técnicos para la atención de la infancia, los sujetos de desarrollo de capacidades (y los territorios priorizados) y las herramientas con las que cuentan para el proceso.

A partir de la identificación del propósito y las acciones de desarrollo de capacidades relacionadas con la atención en salud a la infancia que cada subdirección adelanta con las entidades territoriales, se podrían establecer planes de asistencia técnica conjuntos o complementarios, en relación con tres ejes: 1) Gestión de la Política, 2) gestión de servicios con calidad y humanización y 3) **participación y movilización social. VER. Guía de trabajo para el ejercicio de coordinación de asistencia técnica en infancia de las diferentes áreas de la Dirección de Promoción y Prevención. DPP- MSPS. Marzo de 2015.**

En este sentido se identifica que para el grupo **Curso de Vida** la intencionalidad del proceso de Participación es la de promover la incidencia de los **niños, niñas, adolescentes** en la gestión de las políticas públicas, desde un ejercicio democrático que se posicione en las agendas políticas y sociales y les permita: a) contar con información relevante, b) conocer sus derechos y los medios para su exigibilidad; y c) proponer iniciativas para su desarrollo. Así se reconoce que la participación es un derecho fundamental, social y jurídicamente.

Lo anterior implica generar espacios y condiciones para que esta población pueda participar y construir (con ella) escenarios donde a) se analice la situación de salud, de atención a sus necesidades y del ejercicio de sus derechos en los entornos en los que transcurren sus vidas, b) se articulen propuestas institucionales y comunitarias; c) se evalúen los resultados de las acciones implementadas.

Para ello se basan en el reconocimiento del estatus de ciudadanos de los niños, niñas y adolescentes, el derecho que tienen a la participación, de acuerdo con lo establecido por el Comité de los Derechos del Niño de la ONU, la Convención Internacional sobre los derechos del niño, la Constitución Política de Colombia, la Ley 1622 de 2013 (Estatuto de Ciudadanía Juvenil), el Código de Infancia y Adolescencia, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y demás normas conexas.

Resalta que, en relación con el desarrollo de su salud, la participación de todos los individuos (incluyendo los NNA), es tanto un medio como un fin para la construcción de salud y bienestar en todo el curso de vida y par la configuración del sistema de salud y sus servicios.³²

No obstante lo anterior, también se reconoce como participación el proceso de autocuidado y de cuidado de los otros (familias, cuidadores, ambiente), por tanto podría concluirse que el **tipo de participación** que promueve el grupo de curso de vida es tanto **ciudadana como comunitaria**. Y, en tal virtud, aboga por la

32 Ver el lineamiento "Participación de niñas, niños y adolescentes en la atención y la gestión del sector salud y protección social". Grupo Curso de Vida. DPP, MSPS. 2014.

conformación de **espacios de participación** donde se escuche a los NNA³³, se les apoye en la construcción de propuestas, se les brinde información pertinente para su salud y su bienestar y se les forme y acompañe para la toma de decisiones y la acción. Se pretende lograr que esta población defina sus prioridades, asuma sus propias decisiones y aporte en la puesta en marcha de acciones planeadas con ella misma, con el apoyo institucional. En suma, son escenarios para la gestión del mejoramiento de su calidad de vida, en los que se propone, adicionalmente la convocatoria a los demás sectores de la administración con el fin de generar las sinergias que requiere este proceso.³⁴ En este contexto, el grupo Curso de Vida ha construido diversas guías entre las que se encuentran:

- **Guía metodológica para los encuentros participativos de concertación de prioridades entre actores institucionales y comunitarios sobre la situación de los derechos a la salud alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes y de identificación de alternativas de respuesta para la atención integral en salud a infancia y adolescencia** (a partir del cual se pretende definir prioridades de intervención, así como el correspondiente plan de acción)
- **Guía metodológica para desarrollar el (los) encuentro(s) participativo(s) de reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños, adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades**
- **Guía metodológica para desarrollar encuentros participativos con familia y comunidad.**

En el tema de **Adulthood**, se considera como uno de los elementos del componente Socioemocional la capacidad para desarrollar procesos de participación social y política, como formas de enseñar a otros lo que se ha aprendido (2015, Morales)

33 El mayor desarrollo en relación con la promoción de la participación en el curso de vida se ha dado respecto de la población infantil y juvenil, aunque ha habido construcción documental en relación con la población adulta y adulta mayor (2015)

34 En un documento en construcción relacionado con el <entorno hogar>, la psicóloga Sara Ochoa está construyendo un módulo sobre la participación de los niños y las niñas en la gestión de la salud pública, en donde se resalta que los resultados del proceso se analizarán a la luz de los indicadores: nivel de conciencia, nivel de decisión, nivel de acción.

En el **lineamiento de Familia Y Comunidad en la Atención Integral en Salud**: Una propuesta para la acción estatal en Salud para Primera Infancia, Infancia y Adolescencia³⁵, mediante el cual se pretende *orientar a los equipos de salud y actores sociales en la construcción de capacidades de las familias y comunidades para apoyar la promoción y desarrollo integral de sus miembros* (especialmente menores de edad), resalta que en el PDSP se le da un papel relevante a las familias y comunidades como pilares de la APS, en el sentido de promover procesos de participación y movilización social por la salud, por lo que el lineamiento pretende incidir en el fortalecimiento de estas capacidades para gestionar políticas públicas en salud.

En este sentido definen la **comunidad** como un sistema de relaciones que se produce en un espacio tiempo histórico definido, en donde se integran y comparten necesidades e intereses. Relacionada con esta acepción se encuentra la definición de **Redes sociales**, como el conjunto de acciones individuales y colectivas (autónomas) que desarrollan los sujetos para incidir en la transformación de la realidad, tomar decisiones, liderar acciones, proponer alternativas, resolver conflictos, auto gestionar proyectos, controlar y hacer seguimiento a procesos y aportar a la garantía de derechos³⁶.

De esta forma reconocen a la comunidad (y a la familia) como un <determinador social> de la salud y el desarrollo de las personas, desde la infancia y por tanto proponen adelantar un trabajo de **fortalecimiento de capacidades para propiciar el desarrollo integral**, que se enmarque en el enfoque de derechos y pretenda la construcción de gobernanza territorial en salud, desde una práctica de la gestión social participativa.

En ese marco, proponen que los equipos de salud aprendan a fortalecer las capacidades de las familias y las comunidades en relación con la participación y la movilización social; para lo cual se requiere proponer procesos de gestión participativa orientados a *“construir colectivamente alternativas para garantizar la atención integral en salud a infancia y adolescencia, con participación de todos los*

35 MSPS. Dirección de Promoción y prevención. Grupo Curso de vida, Bogotá, 2014.

36 Al parecer, de acuerdo con el documento, hacen una diferenciación ente Redes sociales y Redes comunitarias. En esta última se inscribirían las dinámicas sobre las cuales las organizaciones sociales se relacionan entre sí y con la institucionalidad para la toma de decisiones y la concreción de actividades.

actores territoriales”, partiendo de la comprensión de que la comunidad es un sujeto con capacidad de agencia (2014: 30). Dentro del Fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias a favor de la atención integral en salud para la infancia y adolescencia, identifican tanto la promoción de prácticas de cuidado y crianza como las prácticas de incidencia en las orientaciones de la política pública territorial que propenda por el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes (implica participar en todas las etapas de gestión de las políticas) – en total están referenciadas 9 capacidades-.

Por su parte, el **grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales Reproductivos** ha desarrollado procesos conceptuales y metodológicos especialmente relacionados con la participación como proceso y estrategia para visibilizar e involucrar a los adolescentes y jóvenes en la implementación de políticas para garantizar los Derechos sexuales y reproductivos.

En tal sentido se encuentran, entre otros, los siguientes:

- ❖ **El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes**³⁷: que pretende orientar a los actores del SGSSS encargados del proceso de gestión de la salud y de las intervenciones dirigidas a adolescente y jóvenes, para que generen espacios y formas de atención integral y diferencial a esta población, ofreciendo una propuesta metodológica que puede ser adaptada por las organizaciones sectoriales, de acuerdo con sus particularidades territoriales.

En suma, el componente de participación tiene tres niveles:

- **Participación juvenil** (individual y colectiva): El centro del modelo es la participación de los adolescentes y jóvenes, con quienes se identifican las necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se conciertan alternativas adaptadas a su realidad, se les enseñan herramientas para la exigibilidad de sus derechos y para que asuman la responsabilidad frente al cuidado de su (la) salud y se les forma para

37

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>

que hagan parte de los escenarios de participación sectoriales y aporten en todo el proceso de gestión del modelo.

- **Coordinación intra e intersectorial:** especialmente se realiza con el sector educación, con quienes se pretende formular conjuntamente los currículos para desarrollar competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud; implementar proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media, la promoción de proyectos de ambientes saludables, entre otros.
- **Participación social y comunitaria:** también se tiene en cuenta a grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados (incluye los mecanismos de participación social en salud, definidos en el Decreto 1757 de 1994), con quienes se desarrolla un trabajo de empoderamiento frente al servicio, orientado a lograr su sostenibilidad, se establecen acuerdos de trabajo conjunto y se les tiene en cuenta en la planificación del servicio así como en la evaluación del mismo y se les forma para que funjan de multiplicadores de saberes en relación con los DSR y la SSR.

El modelo pretende promover el desarrollo para su área de influencia, involucrando a todos los actores clave en la producción de la salud (y la SSR), para lo cual se requiere, adicionalmente, de la participación de diversos profesionales de la salud y del equipo humano institucional, toda vez que el servicio debe ser asumido por las IPS mediante actos administrativos y materializarse de acuerdo con la normatividad vigente (donde, entre otros aspectos, aparecen los servicios que se deben ofrecer y adoptar-adaptar para los adolescentes y **jóvenes**).

- ❖ **La “Guía conceptual y metodológica. Modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes:** Una estrategia de atención primaria en salud en manos de adolescentes y jóvenes” elaborada en el año 2014, y cuyo objetivo es

“garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven, promoviendo su fortalecimiento como sujetos de derechos, agentes de cambio y protagonistas en la construcción de su salud y desarrollo humano individual y social, a la vez que en la formación de ciudadanía”. Pg. 26

Entre otras, las pretensiones de esta estrategia son:

- formar a los adolescentes y jóvenes para ejercer el derecho a la participación (y el control social) – especialmente en salud y en la implementación de los servicios amigables-
- generar los escenarios para que los adolescentes y jóvenes propongan acciones para eliminar barreras de acceso a estos servicios
- generar acciones afirmativas para el ejercicio pleno y exigibilidad de los derechos humanos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes
- apoyar procesos de movilización social por la salud (Especialmente en relación con los DSR) –acción política que tenga incidencia en la transformación de modelos de atención para esta población-
- aprender a incidir en la construcción de los procesos de planeación territorial (planes de desarrollo, de salud, PIC), mediante la construcción de capacidades como las de concertación, comunicación, toma de decisiones y ejercicio de control, entre otras.

En el mismo sentido se encuentran **los procesos participativos desarrollados en torno al tema de VIH Sida:**

❖ **Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita Colombia 2011 – 2015,**³⁸ cuyas líneas estratégicas y actividades generales son:

- Promocionar la salud en la comunidad
- Empoderar a la comunidad sobre el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el fomento del inicio temprano del control prenatal, involucrando siempre a las parejas.
- Diseñar y desarrollar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas al individuo, familia y comunidad para la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, derechos del usuario en el SGSSS, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las ITS/VIH/Sida y la reducción del estigma y discriminación.

38

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PLAN%20ESTRATEGICO%20ELIMINACION%20TRANSMISION%20MATERNO%20INFANTIL%20%20VIH%20-%20SIFILIS%202011.pdf>

- Detectar barreras e implementar estrategias que permitan el acceso de las gestantes a los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Implementar estrategias de información, educación y comunicación orientadas a inducir la demanda de control prenatal y canalización de las gestantes hacia los servicios de salud.
- Capacitar a los grupos de base comunitaria para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida, con énfasis en los grupos de gestantes, mujeres con intención reproductiva y sus parejas.
- Empoderar a la comunidad en sus derechos y deberes dentro del SGSSS, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (SSR).
- Implementar acciones de abogacía y sensibilización a tomadores de decisión para la inclusión de estas temáticas en la agenda pública.

Y por último el **grupo de Desarrollo Humano y Convivencia Social**, en alianza con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Corporación Visionarios por Colombia (Corpovisionarios) construyó los **Lineamientos Técnicos para la Promoción de la Convivencia Social** ³⁹ mediante los cuales se pretende aportar elementos técnicos para la transformación de las normas sociales y el fortalecimiento de los principios de la cultura ciudadana, que se traduzcan en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del país.

En este documento se identificó que en relación con los procesos de convivencia, la violencia de pareja es la que representa la mayor participación en el país, relacionada con aspectos de intolerancia, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas; en segundo lugar se encuentra la violencia interpersonal, expresada sobre todo en riñas, muchas veces relacionadas con el disfrute del tiempo libre. Por otra parte, el mayor aporte a estos casos de violencia se da en la adolescencia y la juventud.

El planteamiento central define que se pueden lograr mejoras sustanciales en convivencia a través del **cambio cultural pacífico** (y no solo mediante acciones

³⁹ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Documento_lineamientos_final.pdf

jurídicas y de control), lo cual debe traducirse en la modificación voluntaria de creencias, actitudes y comportamientos.

Así, la convivencia no es una responsabilidad exclusiva del Estado y se debe procurar que la ciudadanía participe como agente activo del cambio cultural, lo cual facilita la sostenibilidad de las acciones que se emprendan.

Se pretende que la implementación de estos lineamientos se realice mediante la participación ciudadana, con el objetivo de ***construir ciudadanos con capacidad de agencia, deliberantes, críticos y participativos en la construcción de los modelos políticos, sociales y culturales en los que viven*** (pg. 9); participación que debe superar los típicos escenarios culturales y deportivos, para pasar cada vez más a actividades colectivas, comunitarias, políticas y de gestión de políticas públicas.

Se establece que la participación ciudadana es uno de los principales retos de las democracias latinoamericanas -que aportaría a la construcción de gobernabilidad- porque es uno de los derechos ciudadanos menos ejercidos (pg. 70), por lo que es necesario que desde el Estado se garantice la posibilidad de que los ciudadanos ejerzan este derecho, lo cual pasa por: enseñar a valorar lo público, propiciar el interés en los asuntos de la administración pública, acercarse a las demandas de los ciudadanos y actuar con transparencia desde los gobiernos, entre otros aspectos.

Dentro de las **acciones que en materia de participación** se proponen se encuentran:

- formulación de un **plan general de participación local** que permita generar espacios pedagógicos para comprender el funcionamiento de la democracia.
- estrategias de **mutua regulación para multiplicar los comportamientos positivos** e incentivar la participación de los ciudadanos.

En general, estas acciones deben incentivar la mutua regulación, el reconocimiento social, la prevención de comportamientos violentos, la educación

para la resolución de conflictos y las medidas para intervenir poblaciones en riesgo por alta conflictividad.

La **participación social y el mejoramiento de la salud y la calidad de vida son interdependientes**: el fortalecimiento de la primera hace parte de la promoción de estilos de vida saludables, en la medida en que aporta a la construcción de equilibrio entre actores y sectores para la solución de conflictos y la comprensión común de problemas y necesidades prioritarias para las diversas comunidades en contextos específicos.

Por último, se identifican ciertos indicadores sobre participación, que permiten identificar los escenarios y actividades en los cuales las personas se integran; se definen acciones a implementar por parte de individuos, familias y comunidades, de acuerdo con diversos ejes temáticos (ej.: conocimiento y educación de las emociones, cultura colectiva, cultura de la legalidad, etc.)

Por otra parte, este grupo contrató con Proinapsa el desarrollo de una **Guía de Educación y Comunicación para la Salud: Una ruta para su aplicación estratégica a favor de la salud integral** (2014), que pretende servir para orientar la práctica de estas actividades para el desarrollo de los planes de salud pública.

En este documento definen que la salud integral está determinada por las condiciones en que vivimos y que se logra más allá de los servicios de salud, por lo cual se requiere del concurso de otros sectores de la sociedad. Así mismo explicitan que la salud es un producto social que se construye tanto de manera individual como colectiva, desde los espacios cotidianos.

Resaltan que la educación para la salud supera la simple enseñanza de comportamiento que desde la perspectiva biomédica se consideran saludables, y se trata más bien de reconocer el rol político que le compete, en el sentido de generar creatividad, participación y conciencia crítica, más que moldear conductas o suscitar hábitos.

Dentro de las posibles actividades educomunicativas para la salud (ECpS) que identifican se encuentran:

- Individual

- Grupal
- De Producción de materiales
- Para la movilización social en salud

Esta última busca el “*desarrollo comunitario, la modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes y alianzas; además pretende lograr el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas*” (Proinapsa, 2014: 46)⁴⁰

En un sentido similar contrataron con la **OPS (desarrollado por CEDETES)**, en el marco del convenio de cooperación técnica No. 310 de 2013:

- ❖ **Elementos para el diseño, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y estrategias de información, educación, comunicación y movilización social en salud (IECMS), con enfoque contemporáneo, participativo y dirigido a varios grupos de población.** En este documento se presentan los resultados de unos talleres para establecer elementos para la construcción de una política nacional sobre información, educación y comunicación en salud.

Al respecto, algunos de los acuerdos sobre el tema de **movilización social (MS)** fueron:

- MS significa construcción de ciudadanía activa y autónoma con capacidad de interlocutar con el Estado, para la promoción de la salud.
- MS pretende que las comunidades y organizaciones populares lleguen a escenarios de toma de decisiones con capacidad para incidir en asignación de recursos, y colaborar
- MS tiene un carácter de estrategia por cuanto se juega y construye con otros distintos y porque no se impone sobre una lógica y discurso homogenizante.
- MS tiene como un objetivo principal convocar a ciudadanía y sus organizaciones para incidir sobre los servicios de salud y sobre los

⁴⁰ En este documento se hacen reiterativos llamados a otro documento construido también por la UIS-Proinapsa, denominado **Huellas que nos unen: guía de participación y movilización social para la salud integral**, donde se podrían encontrar mayores desarrollos respecto del tema, sin embargo no tuve acceso al mismo.

determinantes sociales de la salud y la equidad, convocando a la mayor cantidad de intereses sociales posibles.

- La MS tiene dinámica propia, es estratégica, debe ser planificada y no puede ser controlable.

❖ **Propuesta de lineamientos generales para el diseño, formulación, ejecución y evaluación de estrategias de Información, Educación, Comunicación y Movilización Social en Salud conforme al rol y las competencias de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Entidades Territoriales, Aseguradores, prestadores y comunidad.**

En este documento se define que la participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la promoción de la salud, por lo cual es necesario crear estrategias y estímulos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas y de formar parte de la agenda operativa de la salud. En tal sentido, es necesario crear una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condicionantes; es decir, se trata de crear poder, de crear condiciones para que los individuos y grupos (especialmente los más excluidos) adquieran poder de decisión y control sobre los asuntos que afectan sus vidas cotidianas.

Diferencian entre **empoderamiento personal, organizacional y comunitario**: el primero se refiere a la formación de procesos psicológicos (en el orden de la auto eficacia), el segundo se relacionan con la capacidad de los individuos para incrementar su control dentro de una organización y de ésta para influenciar políticas y decisiones en la comunidad, y la tercera se refiere a los recursos individuales y organizacionales para **transformar su entorno**.

Por otra parte definen la **comunicación (participativa) en salud** como el estudio y uso de métodos para influir en las decisiones individuales y comunitarias que permitan mejorar la salud y, en tal sentido, se trata de lograr comportamientos activos en la comunidad, siempre y cuando ella participe de la construcción de los programas y campañas de comunicación (OPS, 2014: 18, 19 y 20)

En relación con la **educación para la salud**, destacan su contribución a la promoción de la salud, en la medida en que favorece que las personas definan

sus problemas, comprendan sus comportamientos, desarrollen habilidades individuales y colectivas para actuar ante los determinantes en salud.

En suma, consideran que la educación y la comunicación son conceptos relacionales que, desde un proceso participativo, pueden incidir en distintos niveles (individual, familiar, comunitario, etc.), para construir salud, actuando no solo en torno a comportamientos sino en torno a reivindicaciones en relación con problemas estructurales.

La **movilización para la salud**, por su parte, la definen como

“una forma de acción colectiva, resultado del fortalecimiento de los mecanismos de participación social en salud, (que pretende formar a una) ciudadanía cada vez más deliberante, la cual se apropia de contenidos de salud (...) y adopta prácticas para mejorar la salud individual y colectiva, (mediante) el empoderamiento comunitario -gestión comunitaria y abogacía- (...), que crea las condiciones para producir propuestas consensuadas en instancias de decisión, de viabilidad a acciones conjuntas de corresponsabilidad, en el marco de actividades relacionadas con los determinantes sociales de la salud ...” (OPS, 2014: 52, 53 y 54).

Su presupuesto es el de dar trámite a las reclamaciones por los derechos de la ciudadanía: defensa de posturas sociales (pg. 49) y por tanto debe considerarse como un marco estratégico para la promoción de la salud pública (y no como un grupo de acciones coyunturales para resolver problemáticas de inmediata solución)

Proponen, entre otras medidas, las de abogacía, cabildeo y gobernanza, para lo cual se requiere fortalecer y cualificar la participación de los grupos, de modo que se garantice su constitución como actores sociopolíticos competentes para discutir, reflexionar y construir políticas públicas en salud.

- ❖ **Propuesta de lineamientos generales para el diseño, formulación, ejecución y evaluación de estrategias de Información, Educación, Comunicación y movilización social en Salud (IECMS), orientada a grupos étnicos y elaborada con participación de líderes de organizaciones priorizadas**, en la cual se plantea el “desarrollo de acciones de investigación participativa para la identificación de alternativas de interacción desde los

procesos de educomunicación frente a los problemas de salud priorizados por y para los grupos étnicos” y establece, entre otras las siguientes medidas(OPS: 2013, 25 Y 26):

- Fomentar la participación y articulación de las comunidades en el diseño, validación, implementación y evaluación de intervenciones de IECMS.
- Desarrollar alianzas estratégicas con los actores institucionales y comunitarios para la concertación de procesos de investigación en este campo.
- Conformar observatorios interétnicos comunitarios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad considerando los contextos urbano y rural.
- Promoción y acompañamiento de acciones de control social

Por su parte el grupo que trabaja el tema de **víctimas del conflicto armado (VCA)**, mediante el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (**PAPSIVI**) reconoce que

“La participación de las víctimas es un derecho ciudadano fundamental y, además, es deber moral del Estado y de la sociedad garantizar espacios y condiciones para la participación activa de las víctimas en cada momento del proceso de reparación. Esto significa que las víctimas más allá de ser consultadas sobre todos los asuntos públicos que puedan afectar sus proyectos de vida, deben hacer parte activa de los procesos de decisión que desde el Estado se pretendan desarrollar, tales como políticas, estrategias, planes o programas para su atención; con mayor énfasis si se trata de procesos de reparación”⁴¹

En este marco, garantizar la participación activa de las víctimas en los procesos de reparación es imperativo para su reconocimiento como sujetos de derechos,

⁴¹ Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, En el marco de la ley 1448 de 2011. Versión 2 (ajustada). Elaborada por la Oficina de promoción social con la colaboración puntual de las direcciones de promoción y prevención y prestación de servicios. MSPS. Bogotá, 2013, pg. 105

sujetos políticos que <re-arman> su vida y potencian sus capacidades y recursos individuales y colectivos (pg. 105)

Dentro de las **garantías de NO repetición**, se define el “**Fortalecimiento de la participación efectiva de las poblaciones vulneradas y/o vulnerables**, en sus escenarios comunitarios, sociales y políticos, para contribuir al ejercicio y goce efectivo de sus derechos culturales”; lo anterior en consonancia con el reconocimiento de las **necesidades psicosociales** de los individuos y las comunidades víctimas, entre las que se encuentran

“el trato digno, la seguridad y la protección, el reconocimiento de la experiencia traumática, el acceso al ejercicio de sus derechos como víctimas, **la participación en la toma de decisiones que afectan sus vidas**, la atención en los procesos de duelo (apoyo emocional individual mediante grupos de apoyo o apoyo terapéutico) y el fortalecimiento de los lazos de soporte afectivo y social”⁴²

Por lo anterior, se establecen **acciones del PAPSIVI que deben realizarse con participación de las víctimas**, como la caracterización psicosocial de las comunidades, sus familias e individuos; la evaluación del proceso de atención; la evaluación de la implementación del plan; la toma de decisiones en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos que les atañen así como en relación con los procesos de salud de su colectividad; la construcción del plan de acción territorial con enfoque diferencial para la atención de las VCA; y la constitución y funcionamiento de las mesas de participación de víctimas (Decreto 4800 de 2011)

Existe, además, una norma mediante la cual se adopta el Protocolo de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado (Resolución 388 de 2013 –desarrollo de la Ley 1448 de 2011-), que permitiría, entre otros aspectos, evitar la dispersión sectorial y temática en la gestión de políticas públicas dirigidas a esta población así como fortalecer las mesas de víctimas en todo el país, generando puentes de coordinación entre las diversas instancias y espacios de participación de las víctimas, (para lograr su incidencia en relación con las iniciativas y recursos que se destinen para su atención).

⁴² ibíd. pg. 44

4.1.4. SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

(Información reportada por la psicóloga Diana Rodríguez)

Grupo de Gestión integrada para la salud mental

En el marco de la Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental, se define que ésta deberá garantizar la participación con efecto vinculante de la población (especialmente de los consultantes, sus familias y cuidadores) en la gestión de los planes de beneficios y planes de salud pública relacionados con el tema.

En tal sentido la SENT (Diana Rodríguez) elabora, en el año 2014, un documento denominado **“Asociaciones, Corporaciones y Fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores: su participación en las redes y grupos de apoyo para la prevención y rehabilitación, en el ámbito de la enfermedad mental”**.

Este documento está enmarcado en los desarrollos normativos relacionados con los <mecanismos de participación social en salud>⁴³ y la implementación de la APS, en la medida en que se reconoce que en el país ya existen instancias, espacios y formas de participación en salud cuya intencionalidad se relaciona con el logro de incidencia de la comunidad en la solución de sus problemas y necesidades, entre las que se encuentran las de prevención de problemas y trastornos mentales y la promoción de la salud mental (Rodríguez: 2014, 11). Por su parte, la Ley 1438 de 2011 establece como uno de sus pilares el de la participación social en salud (para lo cual define la necesidad de que el Ministerio de Salud y Protección Social, expida una política al respecto; documento que está en discusión en la Oficina de Gestión Territorial)

⁴³ entre ellos: Copacos –que cuentan con una comisión de trabajo denominada de Salud Pública o Gestión de la Salud-, Asociaciones de Usuarios, etc.

De esta forma se presentan las funciones y la conformación de cada instancia, con el fin de definir cómo las Asociaciones o Alianzas de personas con problemas o trastornos de la salud mental⁴⁴ (así como sus familias y cuidadores) podrían hacer parte de ellas, para tomar decisiones en relación con: planes operativos anuales, tarifas y cuotas de recuperación, manuales de funciones, entre otros; es decir, se trata de tener injerencia sobre la calidad, oportunidad y eficiencia de los servicios de salud mental.

No obstante también se reconoce la necesidad de revisar la pertinencia normativa que define las funciones de estas instancias (Copacos, Comités de ética hospitalaria, Asociaciones de Usuarios), toda vez que la participación en estos escenarios está siendo cooptada por la institucionalidad que, además, parece no comprender el alcance de la misma (en relación con lo establecido en la Constitución Nacional del país), por lo que termina siendo un ejercicio meramente consultivo, en el mejor de los casos, que no responde a las demandas de la población.

En suma, la apuesta es por **construir la oportunidad de que las personas relacionadas con esta condición de salud representen sus intereses** ante las IPS y EPS, especialmente, en relación con el logro de acciones de atención y rehabilitación adecuadas.

Por lo anterior, la intencionalidad es la de **promover, fortalecer y acompañar la participación de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores**⁴⁵, para que hagan parte de las instancias de participación (normatizadas) y gestionen lo que requieren para mejorar su calidad de vida y salud.

⁴⁴ Se entiende que las **Asociaciones de pacientes son grupos de personas naturales o jurídicas que comparten una patología**, están afiliadas a una o varias EPS, reciben servicios de salud en una o varias IPS, y pueden organizarse bajo diversas modalidades como las fundaciones o las corporaciones, siempre y cuando sean sin ánimo de lucro. “Agrupan a los profesionales vinculados a la salud mental y *afilia a los usuarios con el fin de conseguir un pleno desarrollo de la salud mental a través de la educación, la investigación, la rehabilitación y el servicio*. Promueven la salud mental, la prevención de trastornos mentales y la *conciencia colectiva sobre la salud mental*. También actúan como consultoras en salud mental para los profesionales y para el público en general, y ofrecen herramientas para que la salud mental sea *más humana, digna y libre de estigmas y prejuicios* “. Ibid, páginas 12 y 33.

⁴⁵ Ibid. página 11

La autora propone, como **forma para fortalecer los procesos de participación social de las organizaciones de personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores** (“organizaciones de salud mental”) lo siguiente:

COMPONENTE	DEFINICIÓN	LÍNEAS DE ACCIÓN	OBSERVACIONES
Acceso a la información	Pretende que las autoridades sanitarias, aseguradoras, administradoras y prestadoras de servicios de salud, se encuentren y armonicen en procesos de información eficiente o en procesos de comunicación que permitan la concertación de intereses. ⁴⁶	Fortalecimiento de la comunicación en derechos	Las DTS deberán implementar una estrategia de comunicación con estas organizaciones y todos los actores deberán contar con plataformas informativas con información pertinente y de fácil acceso para todos los actores.
		Actualización del sistema de información territorial, municipal y local.	Las DTS deberán actualizar e integrar la información y Bases de datos en salud mental.
		Impulso a la interacción directa entre el Estado, los aseguradores y prestadores de servicios de salud y las organizaciones.	Los actores institucionales deberán generar espacios de diálogo y concertación que faciliten la interacción de las organizaciones de salud mental con los mecanismos de participación social en

⁴⁶ Para las organizaciones de personas en procesos de salud mental es importante, entre otros aspectos, la información sobre sus derechos y deberes en salud, el funcionamiento del sistema, los contenidos de los paquetes de beneficios, las rutas de acceso. Mientras que para los actores institucionales es importante conocer las necesidades y propuestas de los <usuarios>. Ibid. pg. 23

Formación a organizaciones			salud, establecidos. Se tratar de promover la representatividad de tales organizaciones, de modo que sus propuestas sean tenidas en cuenta.
		Promoción de actividades participativas	Se trata de generar espacios de análisis situacional, planeación, redes, movilización social, intercambios de experiencias (como foros, conversatorios, etc.)
		Formación para su organización, administración y sostenimiento.	Se relaciona con el desarrollo de la capacidad organizativa, que se traduzca en la construcción de un portafolio de servicios comunitarios que complemente al sistema local de salud (lo que exige conocer, así mismo, elementos del sistema de salud pública)
		Formación en liderazgo	Pretende garantizar la legitimidad política frente al estado y desarrollar la capacidad para generar impactos positivos que se traduzcan en el mejoramiento de la salud de las personas

Apoyo a la gestión		en procesos de salud mental (Bien sea actuando en escenarios comunitarios o en espacios de toma de decisiones en los mecanismos de participación social en salud)
	Promoción de sistemas de articulación y redes	Pretende el desarrollo de la capacidad para operar en red (implica saber articularse, aprovechar y compartir potencialidades y recursos, construir portafolios)
	Contextualización de lo político y lo público	Se orienta a la comprensión del contexto político local y de cómo opera el SGSSS, de modo que las organizaciones puedan adelantar las acciones de control, veeduría, evaluación, de las gestiones de los actores institucionales en salud.
	Pretende que las organizaciones de salud mental actúen con competencia y autonomía en la elaboración y posicionamiento	Fortalecimiento de la imagen y presentación de las organizaciones Se trata de formarlos para que estructuren portafolios de servicios y para que desarrollen herramienta que les permitan acceder a recursos de cooperación

Fortalecimiento de la	de programas y proyectos (que sean viables dentro del SGSSS)	internacional, empresa privada, etc.
	Motivación de formas de cogestión	Implica el acompañamiento a las organizaciones para que gestionen acciones con otras corporaciones o fundaciones, lo cual aumentaría su capacidad de incidencia política.
	Investigación para el desarrollo	Pretende vincular a las organizaciones en procesos de investigación, con capacidad para generar información.
	Sistematización de información	Se orienta a la construcción de información que las organizaciones realizan a partir de las acciones que adelantan y que se pueden convertir en evidencia de intervenciones costo-efectivas para la prevención o rehabilitación de personas en procesos de salud mental.
	Incentivos a la participación	Se trata de asesorar a las organizaciones para aumentar su

participación

participación en escenarios locales y regionales (hacia la inclusión social y la calidad en el servicio de salud)

Desarrollo de habilidades y competencias

Formar y acompañar técnicamente a las organizaciones para que desarrollen sus capacidades de operación, gestión social y control político, así como de concertación y posicionamiento de propuestas.

Mejoras metodológicas

Se trata de cualificar a las organizaciones para mejorar procedimientos internos (como estatutos, roles, etc.) y externos (actuar de acuerdo con coyunturas sociales, comprender intereses políticos y culturales, etc.)

Sostenimiento de las organizaciones

Pretende el desarrollo de capacidades para contratar, acceder a recursos y generar los propios.

Convenios de asociación

Los Ministerios, los Gobernadores y Alcaldes pueden favorecer la sostenibilidad de los procesos de organización social a través de los Convenios de Asociación, sustentados en el

artículo 335 de la Constitución Política, reglamentados en el Decreto 777 de 1992 y en el artículo 96 de la Ley 489 de 1998.

Proyectos de cofinanciación

Pretende orientar a las organizaciones en relación con las diversas formas de financiación compartida entre varias entidades para ejecutar un único proyecto; acceso a donaciones y fondos de cooperación.

Por otra parte destaca, como escenarios de participación comunitaria, a los **grupos de apoyo mutuo**⁴⁷, mediante los cuales sus participantes se ayudan y orientan psico-afectivamente, para generar estabilidad y recuperación (más allá de los procesos médico científicos)

De esta forma, los grupos de apoyo permiten:

- Aprender sobre su condición y a manejar la enfermedad (implica la toma de conciencia sobre la causa de su situación)
- Reflexionar positiva sobre la propia condición de los participantes
- Intercambiar experiencias
- Generar recursos de afrontamiento ante los sentimientos y situaciones negativas
- Reducir el aislamiento y la estigmatización
- Generar vínculos afectivos y sentimientos de comprensión

⁴⁷ Espacios donde se comparten conocimientos adquiridos por la experiencia de sus miembros para comprender y conocer la enfermedad, concientizarse de ella y comenzar procesos de recuperación (Asociación Colombiana de Bipolares, citado por Diana Rodríguez en su documento, página 29)

- Proponer estrategias de acción (sencillas) con objetivos alcanzables.

Se propone que **los grupos de apoyo constituyan redes territoriales** y nacionales, con el fin de actualizar conocimientos, desarrollar herramientas para sobrellevar los procesos de salud mental, gestionar conjuntamente recursos económicos y construir fuerza política que puede ser orientada hacia las organizaciones de salud mental, de modo que se canalice tal fuerza hacia las instancias normatizadas por el Estado.

En consecuencia, el documento relaciona acciones de participación comunitaria (que se lograrían mediante los diversos tipos de grupos de apoyo: de acogida, de apoyo socio afectivo, de resocialización), que pueden constituir acciones de participación social mediante la conformación de redes que, a su vez, construyan incidencia política sobre los escenarios de participación ciudadana establecidos legalmente dentro del SGSSS.

NOTA: De acuerdo con lo manifestado por la entrevistada, el Subdirector de Enfermedades No transmisibles, decidió que los demás grupos técnicos de la Subdirección se orientaran por este documento y por el de entornos (citados en el aparte de la Subdirección de Salud Ambiental). No obstante el grupo de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable viene implementando un ejercicio de construcción de redes que pretende incluir a todas las áreas de la Dirección, en torno a una única propuesta conceptual y operativa. Así mismo en este grupo se está adelanto un ejercicio para definir las capacidades que se requiere construir o fortalecer en los diversos actores del SGSSS para conformar redes sociales (de acuerdo con lo definido en la Resolución 518 de 2015)

4.1.5. SUBDIRECCIÓN DE NUTRICIÓN, ALIMENTOS Y BEBIDAS

(Información reportada por las profesionales Marcela Tobón y Élika López)

De acuerdo con las profesionales, los desarrollos que hay en relación con la participación la salud alimentaria y nutricional se enmarcan en las acciones adelantadas para la implementación de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - **CISAN**⁴⁸ y de los demás instrumentos de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional⁴⁹, que pretenden desplegar el marco institucional que promueva la coordinación entre los sectores de la administración pública relacionados con el tema y la participación de los consumidores y demás actores de la cadena alimentaria en la definición de los respectivos planes.

Entre las funciones de la CISAN, encontramos:

- Presentar el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PLAN SAN
- Monitorear y evaluar los impactos del PLAN SAN que permita medir sus avances e impactos.
- Concertar el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional sobre la base de las líneas de políticas establecidas en el Documento Conpes 113 de 2008⁵⁰, o el documento que lo reemplace, con los sectores de la sociedad civil organizada que tengan relación con el tema.

⁴⁸ Creada mediante el Decreto 2055 de 2009 para el fortalecimiento de los mecanismos de gobernabilidad y coordinación de las entidades rectoras de la política (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo Rural, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Departamento Nacional de Planeación). Desde el año 2015 esta comisión es presidida por el Ministerio de Agricultura.

⁴⁹ **Plan Nacional y los planes territoriales de SAN** -[PNSAN](#) -PTSAN (objetivos, metas, estrategias y acciones que desde el Estado y la sociedad civil tiene como objeto proteger a la población del hambre y alimentación inadecuada, asegurar el acceso a los alimentos y coordinar intervenciones intersectoriales) y **Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional** -[OSAN](#) (análisis de información y gestión de conocimiento para fundamentar el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la SAN)

⁵⁰ Según el [CONPES Social 113 de 2008](#), la Seguridad Alimentaria Nacional “se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”.

Consultado en <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/seguridad-alimentaria-y-nutricional.aspx>

- Propiciar la conformación de instancias de seguimiento y control de los proyectos por parte de las comunidades directamente involucradas, así como de rendición de cuentas por parte de las entidades responsables en los diferentes ámbitos de la seguridad alimentaria y nutricional.

Lo anterior estaría en consonancia con algunas de las estrategias del componente de salud alimentaria y nutricional definida en el PDSP:

“Alianzas estratégicas entre sectores (...) que conlleven a la conformación de pactos y acuerdos orientados a la lucha contra el hambre en los ámbitos nacional y regional, tanto rural como urbano, la promoción y apoyo a los procesos de planificación descentralizados y la participación ciudadana en temas asociados con la SAN.

Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos de SAN: que genere un mayor sentido de pertenencia y responsabilidad en las acciones que se emprendan para lograr los objetivos propuestos.

Planes territoriales de SAN: contruidos a través de instancias legitimadas por las Asambleas Departamentales o los Concejos Municipales, con participación social y comunitaria”

Ahora bien, aunque no hay una definición del proceso de Participación y por tanto no puede clasificarse el tipo ni los procesos que adelantan, sí se identifica que las acciones realizadas responden a la normativa citada y al tipo de actores con los cuales se desarrollan; por ejemplo, con Red Unidos se realizan acciones dirigidas a/ o desarrolladas con las comunidades; o bien con los actores indígenas se realizó la respectiva consulta para la construcción del capítulo étnico de la Política de SAN.

Las acciones se dirigen a todas las poblaciones, de acuerdo con el plan definido en la CISAN, entre las que se encuentran las contenidas en las estrategias del Plan decenal de salud alimentaria y nutricional 2012-2019. Desde este espacio se coordinan, armonizan y articulan las acciones de salud alimentaria en todo el

país y, de acuerdo con las estrategias definidas por las políticas públicas sectoriales, las mesas y submesas de la Comisión diseñan las líneas de acción que cada entidad deberá asumir desde sus competencias.

No se promueven espacios, instancias o formas organizativas de la sociedad civil al respecto, aparte de los espacios de concertación y articulación intersectorial que deben construir los Planes territoriales de SAN. Es decir son espacios institucionales de coordinación intersectorial pero no de participación (incluso no se definen acciones en relación con este proceso en el Decreto 2055 de 2009, excepto la de concertar el Plan de SAN con actores ciudadanos)

No obstante identifican como acciones importantes logradas en el marco de la CISAN:

- Definición de la forma y los contenidos para realizar la asistencia técnica en todo el territorio nacional
- Acompañamiento técnico para la construcción de los planes territoriales de seguridad alimentaria
- Construcción del plan nacional de seguridad alimentaria (que está en su fase de implementación y se está construyendo el sistema de información e indicadores)
- Fortalecimiento de capacidades para adelantar los procesos de SAN.
- Elaboración de un portafolio intersectorial de las entidades de la CISAN para su difusión en territorios.
- Diseño de rutas de emergencia en SAN (lideradas por la SNAB), por ejemplo en relación con la Desnutrición aguda.
- Construcción de lineamientos de atención de la desnutrición.

A pesar de que la responsabilidad sobre la SAN es intersectorial, lo cierto es que en los avances concretos y, especialmente, en las entidades territoriales se evidencia que muchos de los compromisos siguen siendo asumidos por el sector salud (ej.: seguimiento al plan, constitución de observatorios, asistencia técnica).

El MSPS ha logrado posicionar a nivel institucional el trabajo participativo que es necesario adelantar con las diversas poblaciones (como los afros o los indígenas).

Es así como en esta subdirección se construyó una metodología para adelantar el respectivo capítulo con población indígena, que se definió con actores clave de los territorios.

4.1.6. EQUIPO DE GESTIÓN: DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El equipo de Gestión de la Dirección, viene construyendo los documentos conceptuales que orientarán la acción de los distintos niveles territoriales en relación con la implementación de los procesos de salud pública en el país. Con ello se aporta al cumplimiento a la **Misión de la Dirección de Promoción y Prevención:**

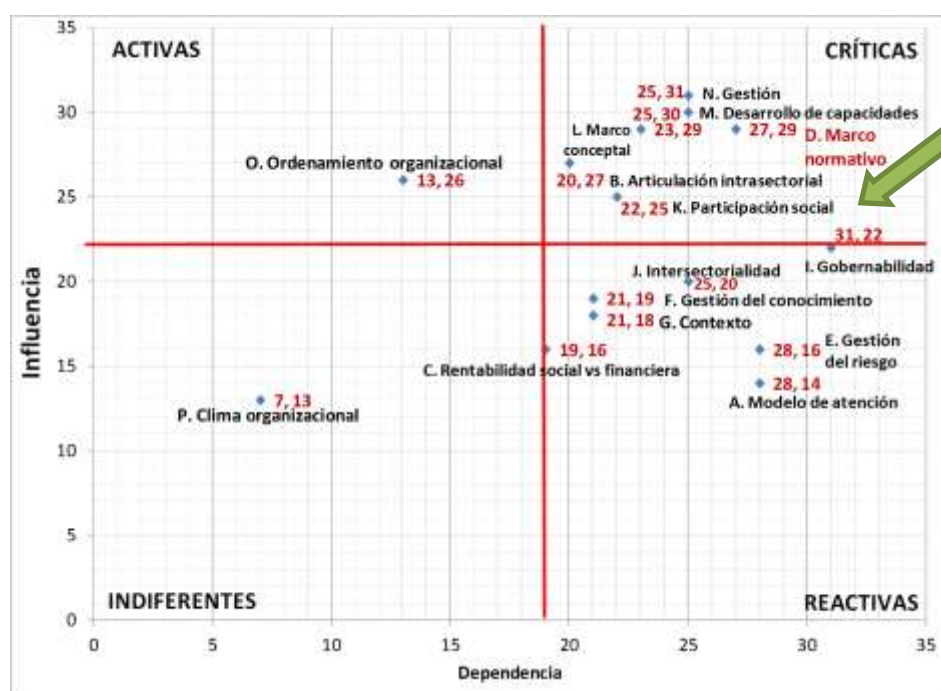
Dirigir el sistema de Salud y Protección Social en Promoción y Prevención a través de la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas; la coordinación intersectorial y el fortalecimiento de capacidades institucionales, territoriales y comunitarias con el fin de contribuir a la equidad y el ejercicio del derecho a la salud para los habitantes de Colombia.

Ahora bien, con el fin de organizar la operación de la Dirección en el año 2013 se realizó un taller con la participación de todos los equipos técnicos, en donde se evidenciaron las dificultades que se presentan para implementar las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todo el país. Así mismo se indagó sobre los problemas internos de la Dirección para adelantar su trabajo y lograr la misión.

Al respecto se realizó el *ejercicio de Meta Plan* en torno a las siguientes preguntas orientadoras:

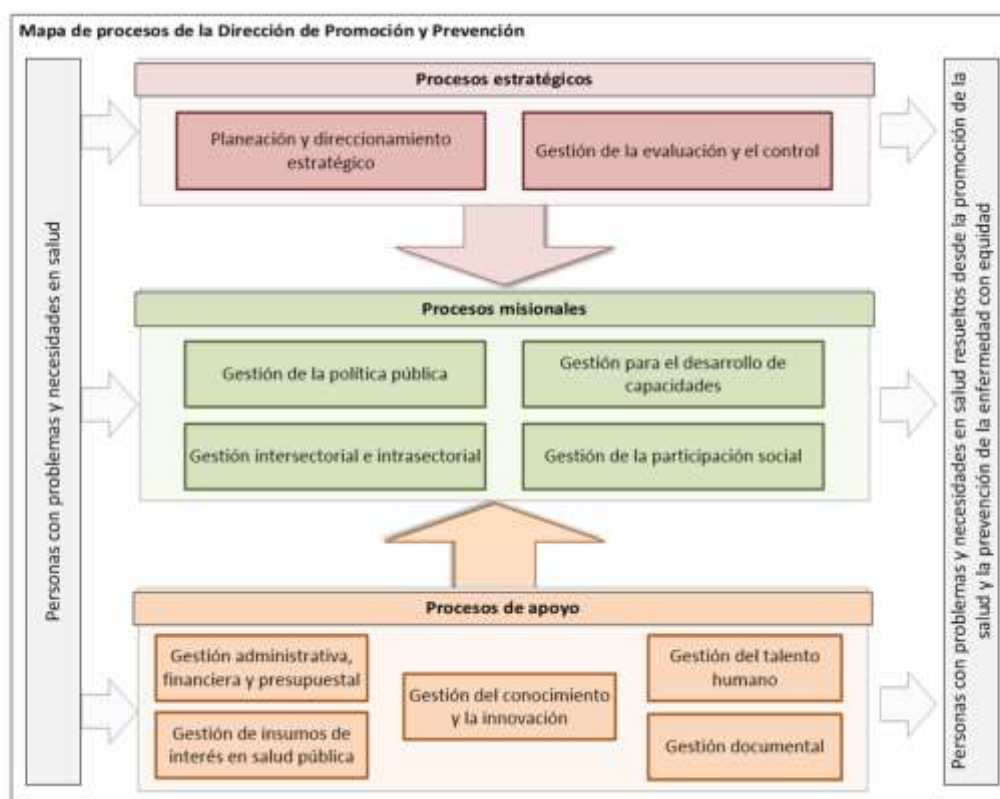
- Cuáles son los principales problemas (vacíos, dificultades, debilidades, obstáculos) que tenemos que enfrentar relacionados con la promoción de la salud en Colombia
- Cuáles son los principales problemas (vacíos, dificultades, debilidades, obstáculos) que tenemos que enfrentar relacionados con la prevención de la enfermedad en Colombia
- Cuáles son los principales problemas (vacíos, dificultades, debilidades, obstáculos) que, para cumplir con nuestra misión, afrontamos al interior de la Dirección de Promoción y Prevención.

Después de cada pregunta se realizó una lluvia de ideas y a continuación se clasificaron por categorías, lo que permitió identificar catorce (14) frentes de acción de la Dirección, de acuerdo con los siguientes resultados:



La ubicación espacial de los problemas en la figura correspondiente facilita la clasificación de los problemas identificados. En el cuadrante superior derecho se evidencian los Problemas críticos⁵¹, en donde se encuentra la Participación Social.

Con base en estos resultados se extrajeron los elementos necesarios como sustento técnico para organizar la estructura operativa de la Dirección, lo cual incluyó la elaboración del **mapa de procesos** en el que se destaca el proceso misional de GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL⁵²:



⁵¹ Se entienden como problemas de múltiple causalidad. Requieren gran cuidado en su análisis y manejo ya que **de su intervención dependen en gran medida los resultados finales**. EN: Aplicación de la Matriz de Vester. chiimbila@ext.upr.edu.cu

⁵² Tomado de la presentación de power point elaborada por el Coordinador del equipo de Gestión de la DP&P, César Castiblanco, en reunión de coordinadores, desarrollada el 12 de diciembre de 2013, sobre el Ordenamiento Organizacional de la Dirección.

Partiendo de este esquema, la Dirección está caracterizando los respectivos procesos y procedimientos. A continuación se encuentra el **Procedimiento de Participación Social**:

	PROCESO:	GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS E INDIVIDUALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD				
	PROCEDIMIENTO:	PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD				
	PROPÓSITO:	Desarrollar lineamientos de participación social para la implementación de estrategias y mecanismos que le permitan a la ciudadanía incidir en la gestión de políticas, programas, planes y proyectos de Promoción y Prevención, a través del acompañamiento técnico a ciudadanos, organizaciones, Entidades administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicios de salud y talento humano sectorial e intersectorial.				
	ALCANCE:	Inicia con la definición de lineamientos para la gestión de participación social y finaliza con el seguimiento y evaluación a la implementación de la participación social.				
	CÓDIGO:	GIP-P02	VERSIÓN:	1	FECHA:	

DEFINICIONES:	MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud CISP: Comisión Intersectorial de Salud Pública PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
GENERALIDADES:	Decreto 1757 de 1994 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994 en sus Artículos 1 y 2. En el Decreto en mención, se definen las siguientes formas de participación social en salud: a. Participación Ciudadana b. Participación Comunitaria Archivar la documentación respectiva teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el Programa de Gestión Documental del Ministerio de Salud y Protección Social, ver Proceso GDO- Gestión Documental.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	PC	SALIDAS	CLIENTES O USUARIOS
1	Director Subdirectores Coordinadores de Grupo Servidores Públicos y Contratistas de la Dirección de Promoción y Prevención	Definir mecanismos para la gestión participativa en los programas, planes, proyectos o estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a incluir en la Política Nacional de Participación Social en Salud. Ver Procesos GPP- Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social y ADD- Proyectos de Actos Administrativos Regulatorios del Sector Salud y Protección Social.		Política Nacional de Participación Social en Salud que incluye líneas de política para la gestión participativa de Promoción y Prevención, divulgada a la entidades territoriales y demás actores del sistema	Otras dependencias del MSPS Entidades Territoriales de Salud Entidades Administradoras de Planes y Beneficios Administradoras de Riesgos Laborales Empresa Social del Estado Instituciones Prestadoras de Servicios Comunidades Organizadas Ciudadanos
2	Director Subdirectores Coordinadores de Grupo Servidores Públicos y Contratistas de la Dirección de Promoción y Prevención	Establecer directrices, lineamientos y orientaciones para el desarrollo de la participación social, en la implementación de programas, proyectos, estrategias o iniciativas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad a través de la cual se incluyan los siguientes aspectos: a. Diagnóstico de capacidades comunitarias y ciudadanas para su respectiva participación b. Acompañamiento técnico al proceso de Participación de la ciudadanía (con el fin de que sea vinculante en los procesos de gestión institucional de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad) c. Lineamiento pedagógico para el fortalecimiento de la Participación en salud de las organizaciones sociales d. Veeduría ciudadana para ejercer vigilancia sobre la gestión pública de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. e. Promoción de la cultura de la salud, el cuidado y el autocuidado e implementación de procesos de rendición de cuentas institucional sobre las acciones de Promoción y Prevención. f. Asesoría a las Entidades territoriales para el trabajo con consejos territoriales, Copacos y Asociaciones de Usuarios g. Desarrollo de procesos de planeación y presupuestación participativa		Documento con Lineamientos específicos sobre el proceso de gestión de la participación social en la promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad	Dependencias del MSPS Entidades Territoriales de Salud Entidades Administradoras de Planes y Beneficios Administradoras de Riesgos Laborales Empresa Social del Estado Instituciones Prestadoras de Servicios Comunidades Organizadas Ciudadanos
3	Coordinadores de Grupo Servidores Públicos y Contratistas de la Dirección de Promoción y Prevención	Realizar asistencia técnica a los actores del SGSSS para implementar: hacer seguimiento y evaluación de los mecanismos para la gestión participativa en la formulación, ejecución y evaluación de programas, proyectos, estrategias o iniciativas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad (incluye el ajuste de procesos organizativos y formación del Talento Humano en Salud). Ver Procesos ATE- Planificación, Implementación y Evaluación de la Asistencia Técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social, CPS- Calidad y pertinencia en los Programas y Escenarios de Práctica de la Formación del Talento Humano en Salud. Ver Guía ATE-G01 para la Planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el ministerio de salud y protección social Nota: En esta actividad, se realiza reconocimiento de experiencias significativas de participación ciudadana y comunitaria en la gestión de políticas, programas y proyectos de Promoción y Prevención.	x	Informe y/o documentos soporte de Actividades y estrategias para el fortalecimiento de capacidades, implementadas o en implementación Consolidación de los informes de evaluación de participación social territorial realizada y retroalimentada en/con los actores del SGSSS. Listados de Asistencia a reuniones SIG-F08 Actas de reunión SIG-F10 Documentación y publicación de experiencias significativas en esta gestión	Dependencias del MSPS Entidades Territoriales de Salud Entidades Administradoras de Planes y Beneficios Administradoras de Riesgos Laborales Empresa Social del Estado Instituciones Prestadoras de Servicios Comunidades Organizadas Ciudadanos

El equipo de gestión está construyendo el documento que da directrices para la implementación de los procesos de Gestión de la salud pública, en donde se definen las acciones que los distintos actores del SGSSS - que cumplen funciones públicas- deben llevar a cabo con el fin de lograr resultados que respondan de manera adecuada a las tensiones y las dinámicas de salud y calidad de vida en cada territorio.

Para ello definió la caracterización de estos (Catorce) procesos –en consonancia con la Resolución 518 de 2015-, identificando cuáles son misionales, cuáles estratégicos y cuáles de apoyo. Al respecto, la Gestión de la **Participación Social se encuentra como proceso estratégico:**

Diagrama de los elementos y agentes facilitadores, procesos y finalidades de la Gestión de la Salud Pública⁵³

⁵³ Directrices para la caracterización, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos para la Gestión de la Salud Pública. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo de Gestión para la promoción y la prevención. MSPS, Bogotá, abril de 2016.



Dentro de las directrices para la puesta en marcha del proceso de participación social en todo el territorio nacional se le definió un alcance, de acuerdo con la normativa actual, y se identificaron algunas herramientas a tener en cuenta. Así mismo se definieron las competencias de acuerdo con la categoría del municipio:

Directrices generales para la caracterización, ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos de Gestión de la salud Pública

PROCESO	PARTICIPACIÓN SOCIAL
Definición	Proceso de gestión de la salud pública que pretende lograr que la ciudadanía, familias y comunidades se organicen e incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de la Política de Atención Integral en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública y a la gobernanza en salud.
Propósito	Lograr que la ciudadanía, familias y comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud y la calidad de vida, aportando a la consecución de la Política de Atención Integral en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública, a la solución de las tensiones territoriales identificadas y al mejoramiento de la capacidad de gobernanza en salud.
Alcance	Inicia con el reconocimiento de la situación de salud de la población y las tensiones de cada territorio, continua con el acompañamiento técnico a los ciudadanos y organizaciones sociales para que incidan en la gestión de políticas, programas, proyectos y estrategias de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad; participen en la adecuación institucional para que los resultados de la participación social sean vinculantes; trabajen conjuntamente con el Gobierno en la afectación positiva de los determinantes de la salud y concluye con la implementación de procesos de planeación participativa, presupuestación participativa y participación en la ejecución de iniciativas o proyectos de salud o prácticas de control social de la gestión pública.
Elementos clave para el desarrollo de este proceso	1. Reconocer e implementar los principios de la Política de Participación Social en Salud como orientaciones ético- políticas y operativas para todos los actores e instancias que desarrollan proceso de participación social en salud. 2. Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud. 3. Fortalecer la capacidad ciudadana y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga, incida y decida en la formulación de políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste. 4. Acompañar técnicamente a los ciudadanos, las organizaciones, las instituciones prestadoras de servicios de

salud y el talento humano sectorial e intersectorial para promover la participación social en salud

5. Promover la participación social para impulsar y difundir la cultura de la salud y el auto -cuidado y el derecho a la salud de los ciudadanos.

6. Adoptar estrategias y mecanismos de comunicación para proveer información pertinente sobre el Sistema de Salud, a la ciudadanía.

7. Incentivar el ejercicio de control social a través de la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.

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

Algunos espacios institucionales de participación son:

a. **Consejos departamentales, distritales, municipales de participación ciudadana** (fundamentados en los artículos 40, 103, 270 y 319 de la Constitución Política Colombiana y en la Ley Estatuta 1757 de 2015, art. 81). Objetivo: En los municipios de categoría especial, de primera y de segunda categoría, se encargarán de la definición, promoción, diseño, seguimiento y evaluación de la política pública de participación ciudadana en sus territorios, junto con las autoridades competentes, así como de la articulación con el Consejo Nacional de Participación.

b. **Comité de Participación Comunitaria (COPACO);** Asociación de Usuarios en Salud y Comités de Ética Hospitalaria (fundamentados en los artículos 49 y 103 de la Constitución Política Nacional y en los Decretos 1757 de 1994 y 1616 de 1995). Objetivo: planeación y gestión de servicios de salud.

c. **Consejos departamentales y municipales de alimentación y nutrición** (fundamentados en los artículos 43, 44, 64, 65 h 66 de la Constitución y en el CONPES 113 de 2007: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PNSAN 2012-2019; y en el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera: hacia un nuevo campo colombiano: reforma rural integral). Objetivo: según lo que se plantea en el Acuerdo: “el establecimiento de consejos departamental y municipales de alimentación y nutrición con representación de Gobierno y amplía la representación de la sociedad y las comunidades, con el fin de

proponer y participar en la definición de los lineamientos para el diseño y puesta en marcha de las políticas alimentarias y nutricionales a través de los planes departamentales y locales, movilizar recursos de la región, monitorear el riesgo y hacer seguimiento al cumplimiento de metas”, páginas 28 y 29.

d. Comités de desarrollo y control social de servicios públicos domiciliarios (fundamentados en el artículo 367 de la Constitución Nacional, la Ley 142 de 1994 y la Ley Estatutaria 1757 de 2015, título V). Objetivo: Proponer planes y programas para el mejoramiento de la prestación de los servicios públicos domiciliarios y presentar quejas y reclamos de los usuarios.

e. Consejos departamentales, municipales, distritales y locales de juventud (fundamentados en el artículo 45 y la Ley estatutaria 1622 de 2013). Objetivo: concertar y generar acciones colectivas de la juventud en un territorio, para adelantar trabajo colectivo y articulado con otros actores...”

Normatividad Relacionada

a) Constitución política Nacional de 1991

b) Ley 134 de 1994 Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana

c) Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias (para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros).

d) Ley 850 de 2003 por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas.

e) Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

f) Ley 1757 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

g) Ley 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

h) Decreto 1757 de 1994 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994.

i) Decreto 1876 de 1994, por el cual se regula el funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado.

j) Decreto 859 de 2014, por la cual se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública

k) Resolución 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

l) Resolución 1536 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

m) Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC.

n) Resolución 388 de 2013. Por la cual se adopta el Protocolo de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado con lo establecido en los artículos 194 de la ley 1448, 285 del Decreto 4800 de 2011 y demás normas concordantes.

o) Acuerdo 25 de 1996, por el cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

a) Lineamiento de Participación de niñas, niños y adolescentes en la atención y la gestión del sector salud y protección social. Grupo Curso de Vida. DPP. 2014

b) Guía metodológica para los encuentros participativos de concertación de prioridades entre actores institucionales y comunitarios sobre la situación de los derechos a la salud alimentación y nutrición de niños, niñas y adolescentes y de identificación de alternativas de respuesta para la atención integral en salud a infancia y adolescencia. Grupo Curso de Vida, DPP. 2014.

Herramientas

c) Guía metodológica para desarrollar el (los) encuentro(s) participativo(s) de reconocimiento de situación de los derechos de niñas, niños, adolescentes, con énfasis en los derechos a salud, alimentación y nutrición, e identificación de prioridades. Grupo curso de vida. DPP. 2014

d) Guía metodológica para desarrollar encuentros participativos con familia y comunidad. Grupo Curso de vida. DPP. 2014

e) Orientaciones y recomendaciones para la Atención Integral en Salud, con pertinencia cultural, a niñas y niños de grupos étnicos. Grupo curso de vida. DPP. 2014

f) Modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Guía conceptual y metodológica. Grupo DSR. DPP. 2014

g) Abriendo Caminos. Veedurías sociales juveniles a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. MSPS DPP-UNFPA. 2014

De acuerdo con lo estipulado en la Ley 715 de 2001 (artículos 43 y 44), donde se define la función de las entidades territoriales de Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, se establecieron los siguientes productos a ser gestionados⁵⁴:

PRODUCTOS ESPERADOS A NIVEL DEPARTAMENTAL/DISTRITAL

1. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) conformados con representación y participación activa de los usuarios del Sistema de Salud.

2. Políticas institucionales, procedimientos, mecanismos o estrategias definidos e implementados en la Dirección Territorial de Salud para la participación social.

3. Políticas, planes, programas y proyectos de salud formulados con procesos incidentes de participación social, comunitaria y ciudadana; incluye los procesos de consulta previa pertinentes y la formulación de presupuestos participativos.

4. Acciones para desarrollar capacidades en los ciudadanos, instituciones, organizaciones sociales, instituciones prestadoras de servicios de salud y talento humano sectorial para la garantía del derecho a la participación social en salud.

5. Mecanismos para la provisión de información

⁵⁴ Tomado del documento de Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá, Noviembre de 2016

y acceso libre a la documentación pública para el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, establecidos y operando.

6. Evaluación de Políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios de salud con participación social.

7. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) organizado, con el seguimiento, control y evaluación de los actores del Sistema de Salud.

8. Comités de Participación comunitaria en salud (COPACO) establecidos, operando y ejerciendo las funciones asignadas por la norma vigente.

9. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) de todos los municipios con seguimiento y evaluación.

10. Servicios de Información y Atención al Usuario funcionando en todas las EPS e IPS conforme lo establece la Circular Única de la Superintendencia Nacional de salud.

11. Experiencias significativas de participación en salud, acompañadas técnicamente y documentadas o sistematizadas.

12. Instancias y mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, tales como las veedurías, implementadas y operando en el territorio.

13. Rendición de Cuentas ejecutada conforme a los lineamientos establecidos en el Manual único de Rendición de cuentas.

PRODUCTOS ESPERADOS EN MUNICIPIOS CATEGORIA E, 1, 2 Y 3

1. Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) conformado con representación y participación activa de los usuarios del Sistema de Salud.

2. Políticas institucionales, procedimientos, mecanismos o estrategias definidos e implementados en la Dirección Territorial de Salud para la participación social.

3. Políticas, planes, programas y proyectos de salud formulados con procesos incidentes de

participación social, comunitaria y ciudadana; incluye los procesos de consulta previa pertinentes y la formulación de presupuestos participativos.

4. Acciones para desarrollar capacidades en los ciudadanos, instituciones, organizaciones sociales, instituciones prestadoras de servicios de salud y talento humano sectorial para la garantía del derecho a la participación social en salud.

5. Mecanismos para la provisión de información y acceso libre a la documentación pública para el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud, establecidos y operando.

6. Evaluación de Políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios de salud con participación social.

7. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) organizado, con el seguimiento, control y evaluación de los actores del Sistema de Salud.

8. Comités de Participación comunitaria en salud (COPACO) establecidos, operando y ejerciendo las funciones asignadas por la norma vigente.

9. Servicio de atención a la comunidad en salud (SAC) del municipio con seguimiento y evaluación.

10. Servicios de Información y Atención al Usuario funcionando en todas las EPS e IPS conforme lo establece la Circular Única de la Superintendencia Nacional de salud.

11. Experiencias significativas de participación en salud, acompañadas técnicamente y documentadas o sistematizadas.

12. Instancias y mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, tales como las veedurías, implementadas y operando en el territorio.

13. Rendición de Cuentas ejecutada conforme a los lineamientos establecidos en el Manual único de Rendición de cuentas.

PRODUCTOS ESPERADOS EN LAS E.A.P.B.

1. Políticas institucionales, procedimientos, mecanismos o estrategias definidos e implementados para la promoción y desarrollo de la participación social.
2. Estrategias de promoción de la cultura de la salud, el cuidado y el autocuidado implementadas, documentadas y evaluadas en conjunto con la DTS.
3. Servicios y atenciones prestados con oportunidad, pertinencia y calidad, de acuerdo con lo concertado con la Asociación de Usuarios.
4. Mecanismos para la provisión de información y acceso libre a la documentación pública en materia aseguramiento y prestación de servicios de salud en salud implementados y con seguimiento, en el marco de la normatividad vigente.
5. Sistema de atención e información a los usuarios (SIAU) establecido y operando conforme a las normas legales vigentes, incluye la canalización, atención y resolución oportuna de las peticiones de los usuarios.
6. Información sobre el sistema de atención a los usuarios sistematizada, disponible y entregada oportunamente a las Direcciones territoriales de Salud.
7. Veedurías ciudadanas de la gestión institucional implementadas.
8. Audiencias públicas de rendición de cuentas realizadas por lo menos una vez al año, de acuerdo con los lineamientos nacionales.

PRODUCTOS / RESULTADOS ESPERADOS EN LAS I.P.S.

1. Sistema de atención e información a los usuarios (SIAU) establecido y operando conforme normas legales vigentes.
2. Asociaciones de Usuarios conformadas y operando conforme a las normas vigentes con el fin de velar por la calidad del servicio y la defensa del usuario.
3. Comité de Ética Hospitalaria conformado y operando.
4. Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado cuentan con los representantes de

las asociaciones de usuarios conforme a lo establecido por la norma.

5. Audiencias públicas realizadas, por lo menos una vez al año, con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión técnica, administrativa y financiera, en las cuales se presenten resultados en salud y satisfacción de los usuarios.

Adicionalmente a la definición del proceso de Gestión de la Participación Social que se encuentra en la Resolución 518 de 2015, también podemos encontrar ejercicios o escenarios de participación comunitaria y ciudadana en las intervenciones PIC de:

- Rehabilitación Basada en Comunidad (desarrollo de capacidades comunitarias para la implementación de los componentes de la estrategia);
- Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales (organización comunitaria, participación en escenarios de gestión de políticas, desarrollo de capacidades familiares y comunitarias para abordar determinadas situaciones, desarrollo de procesos de interacción para construir condiciones favorables para la salud);
- Intervención de la población trabajadora informal (conformación de instancias organizativas como forma de participar en la protección de su salud, construcción de planes de respuesta integral),
- Educación y comunicación para la salud (proceso de construcción de conocimiento mediante el diálogo de saberes, diseño conjunto del proceso formativo con los actores territoriales, acompañamiento al desarrollo de proyectos de intervención ciudadana para solucionar las tensiones – problemas- identificadas, desarrollo de acciones educativo-participativas)

También se encuentran sinergias entre el proceso de gestión de la participación social y la **movilización social**, en la medida en que ésta última se define como

“El conjunto de acciones resultado de la iniciativa de la comunidad o de las instituciones públicas o privadas, que motiva e involucra a diferentes actores o agentes sociales en torno a un interés o propósito común en salud a fin de impactar en la calidad de vida y el buen vivir, promoviendo el empoderamiento de

*la comunidad, el desarrollo de acciones de abogacía y el análisis e implementación de esfuerzos interrelacionados y complementarios por parte de diversos actores -públicos, privados y/o comunitarios”.*⁵⁵

Y otro tanto se puede decir de la relación entre el concepto de participación social y el de **gobernanza**, que en el documento de Directrices para la implementación de los procesos de GSP se define como

*“El proceso en el que la definición del sentido de dirección de la sociedad, de las formas de organizarse para realizar los objetivos (resolver problemas, enfrentar desafíos, crear futuros de valía) y del modo como se distribuyen los costos y beneficios no es obra exclusiva del Gobierno, considerado como el actor único, sino que es el resultado de la deliberación conjunta - interacción - interdependencia - coproducción - corresponsabilidad - **asociación entre el Gobierno y las organizaciones privadas y sociales**, en el que cada uno juegan roles cambiantes con acoplamientos recíprocos según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales”.*⁵⁶

En la Resolución 518 de 2015 se establece como una de las acciones a tener en cuenta para **Promover la Salud**, “el empoderamiento de los individuos y de los colectivos en relación con el mejoramiento de la salud y la calidad de vida, mediante la cohesión, la **participación y la movilización social** (comunidad organizada y capacitada como sujeto de su propio desarrollo y cogestora con las entidades sectoriales y la administración gubernamental)

En suma, podría decirse que existen avances en la construcción de los conceptos y escenarios para que desde la participación social se aporte a la construcción de procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (con énfasis en participación ciudadana, desde la Gestión, y con una mixtura entre participación ciudadana y comunitaria, desde el PIC). El proceso de su gestión está definido (tanto para los diversos niveles de la administración territorial como para los distintos actores institucionales del sector), así como el procedimiento interno de la DPP. Se visibilizó y se le dio gran relevancia dentro de la Resolución 518 de 2015, lo cual hace imperativo el seguimiento y la evaluación a los resultados del mismo en todo el país.

⁵⁵ Ibid. página 17

⁵⁶ Ibid. página 16

5. ALGUNAS IDEAS FINALES...

Las acciones de participación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, generadas desde la Dirección, en general, están normatizadas (en las políticas o lineamientos temáticos) y pretenden gestionar el riesgo en salud, promocionar estilos de vida saludable y, en ciertas ocasiones, generar la organización de la comunidad en torno a la solución de problemáticas territoriales.

Cabe mencionar que en el discurso se asimilan procesos diversos como: movilización social, educación y comunicación para la salud, información en salud, procesos de coordinación intersectorial y consulta a actores ciudadanos (institucionales o académicos) para construcción de políticas públicas. Lo anterior demuestra la necesidad de clarificar conceptos, empezando por el talento humano de la Dirección.

Así mismo no hay una clara distinción entre el alcance de los diversos procesos de participación social: ¿se trata de participación comunitaria, ciudadana o política?

Por otra parte se devela que es necesario pasar de la concepción de la participación como una práctica social que sirve a los intereses de la institucionalidad, en términos de alcance de metas, cumplimiento de objetivos programáticos, etc., para fungir como un derecho que debe verse reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida en los contextos concretos en que ésta se desarrolla.

Ahora bien, también es imperativo que a estos procesos se le haga seguimiento y se evalúe su impacto en término de la transformación de determinantes sociales y ambientales de la salud. SE requiere rebasar la respuesta coyuntural para aportar a la construcción de verdaderas iniciativas ciudadanas en salud, con continuidad e incidencia sobre las agendas públicas, privadas (y comunitarias).

Adicionalmente se promueven acciones de participación a desarrollarse con las mismas poblaciones en los mismos territorios pero con objetivos tan diversos como estrategias de PyP (o profesionales vinculados) de la Dirección, existan. Así las cosas, se fragmenta la realidad, no se establece conexidad entre las problemáticas territoriales, no se proponen alternativas metodológicas y

pedagógicas para actuar sobre los DSS, se desaprovechan los escenarios de articulación existentes, se recarga a las poblaciones con lo que a la institucionalidad le resulta conveniente –desde una visión centralizada- para dar cuenta de las políticas y no se parte de las características relacionales y de los avances que en procesos de participación han logrado los pobladores territoriales.

En suma, cada equipo técnico, o en el mejor de los casos, cada subdirección, promueve acciones con la participación de la ciudadanía (lo que no es, necesariamente, un proceso de participación), pero estas acciones no siempre responden a las realidades territoriales ni a los Planes Territoriales de Salud, y su incidencia en lo público es limitada.

Por último, la participación social en salud, en la medida en que es un derecho conexo con el resto de la estructura de derechos, es un proceso que, en estos momentos del país, debe construirse y desarrollarse en clave de pos-acuerdo, con un énfasis importantísimo en el cuidado de los niños y las niñas, toda vez que es de esperarse el aumento de acciones criminales que, usualmente suceden después de un conflicto interno o una guerra, y recaen con mayor fuerza sobre esta población.

Como complemento...

Es de capital importancia que en la Dirección de PyP se asuma la construcción de procesos de participación social para la promoción de la salud, de manera conjunta, de forma que haya claridad estratégica, conceptual y operativa en los procesos que cada Subdirección impulsa.

Así mismo es conveniente establecer un grupo funcional que le dé unidad a las iniciativas que se promueven (dando cumplimiento a los objetivos, metas y estrategias definidas en el PDSP), de modo que se puedan construir sinergias en territorio que conduzcan a procesos con incidencia real tanto en la transformación de estilos de vida (que es lo que más se fomenta mediante propuestas de participación comunitaria, las más de las veces) como en la transformación de los modos y condiciones de vida (que debería fomentarse sobre todo con experiencias de participación ciudadana)

Este grupo funcional que se propone debería construir un marco conceptual para la implementación de las herramientas y estrategias del MIAS que estén a cargo

de esta Dirección, como las rutas de atención (tanto la de mantenimiento de la salud como las específicas de cada evento).

No obstante, aunque haya un grupo que impulse el proceso en la Dirección, esto no quiere decir que solo recaiga en los <referentes> que se designe para ellos. Por el contrario este proceso debe ser comprendido e impulsado por todos los profesionales, ya que todos diseñamos y acompañamos procesos de promoción de la salud que pasan, necesariamente, por alguna acción participativa.

Esto último pasa por la implementación de un proceso de formación del talento humano de la Dirección para comprender lo que significa la participación y cuáles son las herramientas para llevar a cabo procesos participativos con los ciudadanos y organizaciones sociales. Es una condición sine qua non, conocer qué significan estos procesos y cómo debemos y podemos aportar a su desarrollo, para poder obtener resultados positivos en el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de las poblaciones.

Por otra parte hay que conocer el estado de los procesos participativos en el país, ya que es necesario documentar las experiencias significativas que haya habido en las diversas entidades territoriales, especialmente los relacionados con escenarios de gestión de lo público y, muy enfáticamente, en procesos de presupuestación participativa (ya que éste escenario sí define una verdadera incidencia de la población), para compartir los aprendizajes con todos los demás territorios del país y promover el avance en la incidencia de los pobladores sobre su propia salud y sobre las políticas de salud.

Es menester que conozcamos cómo funciona el Estado y cuáles son las funciones de cada sector para poder establecer sinergias, en todos los niveles territoriales con el fin de no atiborrar a los habitantes de los territorios con nuevas y múltiples instancias y espacios de participación que compiten entre sí y no obtienen resultados concretos.

Por otra parte, el desconocimiento de la arquitectura institucional del país hace que desperdiciemos escenarios que resultarían supremamente poderosos para lograr cambios significativos en la calidad de vida de nuestros conciudadanos.

En este sentido hay que comprender que el proceso de gestión de la participación social es diferente del proceso de gestión intersectorial y de las acciones de educación y comunicación para la salud, ya que éste último aunque se realice con la participación de actores de otros sectores y promueva algunas acciones de participación con las comunidades para el posicionamiento de sus estrategias y

proyectos particulares, no tienen la misma intencionalidad, ni los mismos actores, ni los mismos escenarios, ni las mismas herramientas.

También hay que comprender que los procesos participativos, aunque acompañados por la institucionalidad, para ser tales deben ser cada vez más autónomos; por tanto la cooptación de los mismos debe quedar fuera de nuestro panorama.

Es necesario que conozcamos la normativa que existe en el país respecto de la participación social y de la participación social en salud para poder retomar los escenarios, mecanismos, formas, estrategias y demás elementos para el desarrollo de los mismos, sin generar otros nuevos que terminen compitiendo con los que existen o, en el peor de los escenarios, simplemente sean letra muerta.

Además hay que comprender que los procesos participativos tienen particularidades de acuerdo con el tipo de población: por momento (y etapa) del curso de vida, por tipo de condición o situación, por etnia, por territorio que habitan, etc. Eso hace que las estrategias para su desarrollo sean diferentes.

Es conveniente aprender a diseñar las estrategias operativas, con lineamientos comprensibles, que desarrollen los lineamientos que están especificados en los documentos de política, en las normas y en otros documentos como los Conpes.

Es de vital importancia establecer indicadores y mecanismos para hacer seguimiento a los resultados de los procesos de participación en salud que se impulsan, dado que en la medida en que no se evalúe no se sabrá si la estrategia propuesta desde el nivel Nacional ha tenido el impacto que en el PDSP se plantea.

COROLARIO.-

