

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales**



**Maestría en Políticas Públicas para el Desarrollo con Inclusión Social**

Director: Dr. Daniel García Delgado

Tesis de Maestría

**“Incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil en procesos de participación comunitaria: La estrategia de Atención Primaria en Salud en la ciudad de Bogotá”**

**Tesista:** Lic. Ingrid Y. Perdomo M

**Director de tesis:** Mag. Edwin Jaime Ruiz

Bogotá, enero 2021

## INDICE

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
1.1 Presentación.....	8
1.2 Problema de investigación - La salud más allá de lo biológico. Salud-enfermedad, desde lo tradicional individual a lo social participativo .....	9
1.2.1 Concepción tradicional – Componentes ambientales que influyen en la naturaleza humana, equilibrio de humores.....	9
1.2.2 Concepción moderna – Auge de la rigurosidad científica, avances en las interpretaciones subjetivas de la salud.....	12
1.2.3 Concepción posmoderna – la integración de mundos: objetivo, social y subjetivo	14
1.3 Participación comunitaria en salud, sociedad civil e incidencia política, un recorrido desde las Políticas Públicas .....	20
1.4 Ruta estructural de la investigación.....	33
1.4.1 Objetivo general.....	33
1.4.2 Objetivos específicos .....	34
1.5 Estrategia metodológica .....	34
<b>CAPÍTULO 2. Elementos teórico-conceptuales del objeto de estudio .....</b>	<b>41</b>
2.1 Marco teórico.....	41
2.1.1 Participación Comunitaria .....	41
2.1.2 Sociedad civil.....	45
2.1.3 Incidencia Política.....	47
2.1.4 Política Pública .....	49
<b>CAPITULO 3. La participación comunitaria como práctica de lenguaje, libertad, autonomía y flujo de poder .....</b>	<b>53</b>
3.1 Acción colectiva, acción pública, roles, procesos de interacción social que forjan la participación comunitaria.....	53
3.2 Participación comunitaria en prácticas discursivas, un camino hacia la garantía de derechos, libertades y autonomía.....	55

3.3 Niveles y vías de participación comunitaria en los consejos de salud, desafíos y retos en el empoderamiento comunitario.....	58
<b>CAPITULO 4. La sociedad civil de cara a la atención primaria en salud. Identidad y lazos colectivos en la acción pública estatal.....</b>	<b>64</b>
4.1 Heterogeneidad de la sociedad civil, nivel socioeconómico y ciclo vital, una reflexión necesaria en torno a la perspectiva de género .....	64
4.2 De lo privado a lo público, discurso, democracia y libertad. Prácticas de acción colectiva .....	74
4.3 Principios orientadores de la acción ¿Cómo pensar la sociedad civil en la atención primaria en salud?.....	76
<b>CAPÍTULO 5. Relaciones de poder, un análisis de la biopolítica desde y hacia la incidencia política .....</b>	<b>81</b>
5.1 Los procesos de participación comunitaria en la gestión del biopoder .....	81
5.2 La agenda de gobierno, alianzas y estrategias entre multiplicidad de actores.....	84
<b>CAPITULO 6. Las Políticas Públicas y el estilo de participación de los consejos de salud .....</b>	<b>90</b>
6.1 La multiplicidad de actores en el trazado de las Políticas Públicas.....	90
6.2 Modelos de implementación de las Políticas Públicas, una perspectiva local.....	92
6.3 Consejos de salud, participación y Política Pública .....	94
<b>CAPITULO 7. Consideraciones finales y conclusiones.....</b>	<b>98</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>103</b>

## **LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1. Exponentes y planteamientos principales de la concepción salud-enfermedad .....	17
Tabla 2. Características de vinculación de los consejos .....	65
Tabla 3. Aportes de los consejeros (as) de salud en la Política Pública.....	95
Tabla 4. Principales formas de participación de los consejeros (as) en el ciclo de las Políticas Públicas.....	97

## **LISTADO ESQUEMAS**

Esquema 1. Posturas salud-enfermedad .....	2
Esquema 2. Niveles de la participación.....	42
Esquema 3. Ciclo de la Política Pública.....	52
Esquema 4. Elementos de la participación comunitaria.....	58
Esquema 5. Tipo y niveles de participación de los consejeros de salud .....	62
Esquema 6. Elementos de la sociedad civil.....	73
Esquema 7. Principios orientadores de la acción .....	79
Esquema 8. Elementos de la incidencia política.....	84
Esquema 9. Interseccionalidad en las Políticas Públicas.....	94

## **LISTADO FOTOGRAFIAS**

Fotografía 1. Carnaval del ambiente y recuperación del espacio público .....	61
Fotografía 2. Iniciativa de los consejeros (as) para la ocupación del tiempo libre de los niños, niñas y adolescentes del barrio El Palmar .....	96

## **LISTADO DE IMAGENES**

Imagen 1. Mapa de la localidad de Bosa.....	18
---	----

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis infinitos agradecimientos a Dios por enseñarme que los sueños se hacen realidad, a mis padres por su constante apoyo, por su ejemplo de constancia y perseverancia, a mi compañero de vida Jeffer, gracias por su paciencia, por animarme y apoyarme a seguir adelante en este proyecto, a mi amado hijo Joaquín porque con sus abrazos, mimos y ocurrencias recarga mi energía dando un sentido distinto a mis días. Agradezco el apoyo de mis hermanos, a Andrés Felipe por estar siempre ahí.

Un sincero agradecimiento a mi director de tesis, el profesor Edwin Jaime quién acepto este reto, mil gracias por su acertada orientación, tiempo y enseñanzas, gracias por su acompañamiento, motivación y apoyo en el alcance de esta meta.

A la FLACSO y todo el cuerpo docente de la maestría, por abrirme las puertas de la institución y el sendero de nuevos aprendizajes desde otras perspectivas, en especial agradezco a Agustina Gradin, por su disposición, asistencia académica, por leerme y propiciar espacios para despejar dudas.

A los líderes y lideresas que participaron en esta investigación, gracias por sus aportes y tiempo, al hospital Pablo VI Bosa por permitirme crecer profesionalmente.

A mis amigas, Jeimmy y Gaby, gracias por cada experiencia vivida, un día soñamos viajar juntas y sin lugar a dudas ha sido una de las mejores experiencias de mi vida.

¡Desde luego, gracias a la bella Argentina!

## **RESUMEN**

La presente investigación aborda la incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil desde el ejercicio de participación comunitaria de los consejos zonales en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) del hospital Pablo VI Bosa de la ciudad de Bogotá-Colombia. A través de la metodología de investigación cualitativa de carácter descriptivo y aproximación teórica posestructuralista se indagaron los tipos de participación y su aporte en la implementación de la estrategia APS, así como el aporte de las organizaciones de la sociedad civil en la construcción y definición de esta estrategia, identificando a su vez, las acciones de incidencia política logradas por estas organizaciones a través de procesos de participación comunitaria. La recolección de información se realizó mediante el instrumento de entrevista grupal semiestructurada, técnica grupo focal con la herramienta de análisis del discurso. La investigación se estructura en siete capítulos, el primero corresponde a la parte introductoria, que integra el planeamiento del problema desde el abordaje de las concepciones (tradicional, moderna y posmoderna) de la salud-enfermedad, así como el recorrido metodológico, en el segundo capítulo se presenta el contenido teórico-conceptual de la investigación, los capítulos tres, cuatro, cinco y seis representan los resultados de la investigación determinando que la salud más allá de lo biológico es un proceso sociopolítico de actuar colectivo que mediante prácticas democráticas, autónomas y deliberativas buscan transformaciones en las lógicas del biopoder y la biopolítica en la gestión pública, tomando relevancia para el análisis el enfoque de género en el accionar público. En el séptimo y último capítulo se recogen las conclusiones generadas de este proceso investigativo.

**Palabras clave:** Incidencia política, participación comunitaria, sociedad civil, acción colectiva.

## **ABSTRACT**

This research addresses the political incidence of civil society organizations from the exercise of community participation of the zonal councils in the strategy of Primary Health Care (PHC) of the Pablo VI Bosa hospital in the city of Bogotá-Colombia. Through a descriptive qualitative research methodology and a poststructuralist theoretical approach, the types of participation and their contribution to the implementation of the PHC strategy were investigated, as well as the contribution of civil society organizations in the construction and definition of this strategy, identifying in turn, the political advocacy actions achieved by these organizations through community participation processes. Information collection was carried out using the semi-structured group interview instrument, a focus group technique with the discourse analysis tool. The research is structured in seven chapters, the first corresponds to the introductory part, which integrates the planning of the problem from the approach of the conceptions (traditional, modern and postmodern) of health-disease, as well as the methodological route, in the second chapter the theoretical-conceptual content is presented of the investigation, the three chapters , four, five and six represent the results of the research determining that health beyond the biological is a sociopolitical process of collective action that through democratic, autonomous and deliberative practices seek transformations in the logics of biopower and biopolitics in public management , taking relevance for the analysis of the gender approach in public actions. In the seventh and last chapter the conclusions generated from this investigative process are collected.

**Keywords:** Political incidence, community participation, civil society, collective action.

## **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Presentación**

En el campo de la salud, se ha evidenciado en los últimos años, el auge de procesos participativos que invitan a pensarse la salud desde posturas sociopolíticas que abren paso a la actuación de diversidad de actores que además de la demanda por la materialización del derecho a la salud, proponen la participación en salud desde una perspectiva crítica, propositiva y analítica que incorpora aspectos relacionados con las lógicas de poder-saber, la comprensión de lo público y prácticas de actuar colectivo que generan transformaciones en la manera de entender y asumir la salud, aspectos que como bien lo plantean Blandon Lotero & Jaramillo Mejía (2018) se encuentran atravesados transversalmente por los cambios que se han dado al interior del Estado y su relación con la sociedad civil.

Tal es el caso de los consejos de salud, que surgen desde la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, como respuesta a uno de los principales objetivos del gobierno en la implementación la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y demanda de la comunidad ante la necesidad del fortalecimiento de la participación comunitaria en salud como una herramienta de construcción política y ciudadana desde el reconocimiento de los sujetos como actores activos, transformadores de sus condiciones de vida. Viéndose indispensable el fomentar la ciudadanía mediante la exigibilidad del derecho a la información, gestión, control e incidencia en la toma de decisiones sobre lo que se considera saludable y de aporte a la calidad de vida y salud de la comunidad en general.

Para el caso particular de estudio se presenta el análisis de la incidencia política de la sociedad civil organizada durante el periodo 2007-2016, siendo de interés materializar el estudio en el Hospital Pablo VI Bosa, uno de los veintidós hospitales públicos de la ciudad de Bogotá ubicado en la localidad séptima de Bosa, el cual según Vega Romero, Acosta Ramírez, Mosquera Méndez, & Restrepo Vélez (2009) se configura como uno de los hospitales pioneros en la promoción de la participación comunitaria para el abordaje de la salud desde las acciones de la sociedad civil.

## **1.2 Problema de investigación - La salud más allá de lo biológico. Salud-enfermedad, desde lo tradicional individual a lo social participativo**

Desde la revisión analítica en torno a los principales debates y posturas existentes con relación a la comprensión de la salud que trasciende la esfera de la ausencia de la enfermedad y abre paso a la salud desde un enfoque más que biológico social, se encuentran tres posturas o concepciones que abordan el concepto de la salud: la **concepción tradicional** -Hipócrates (2003; 2008), Galeno (2008) y Aristóteles (1873), la **concepción moderna** (Max Weber 1944 y 2001), Émile Durkheim (1986, 2007, 2008) y Hans-Georg Gadamer (2017 - quien entrecruza lo moderno con lo posmoderno) y la **concepción posmoderna** Jürgen Habermas (1992), Gilles Deleuze (2002) y Michel Foucault (1976, 2004 y 2009); siendo esta última postura sobre la cual se fundamenta la presente investigación.

### **1.2.1 Concepción tradicional – Componentes ambientales que influyen en la naturaleza humana, equilibrio de humores**

Así las cosas, para la **concepción tradicional** de la salud, siguiendo a Hipócrates -quien fue considerado como el padre de la medicina-, desde sus planteamientos relaciona el estudio de la enfermedad con el ambiente, en el tratado hipocrático Vol. II sustenta su filosofía en la explicación de que la naturaleza humana se constituye por cuatro humores (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra) atribuyendo que la salud corresponde al equilibrio entre dichos humores; mientras que la enfermedades se originan cuando las propiedades y cantidades de los elementos (aire, fuego, tierra y agua) se alteran (Hipócrates, trad. en 2008).

A su vez, siguiendo al autor, estos elementos -que se encuentran siempre presentes en el hombre- están sujetos a la influencia de las cuatro estaciones del año que se corresponden con las cualidades generales: lo frío, lo cálido, lo húmedo y lo seco. Así se establece un ciclo continuo y periódico en el que cada humor alcanza un cierto predominio sobre los demás durante la estación con la que se le relaciona: la flema - fría y seca en invierno, la sangre - cálida y húmeda, en primavera; la bilis - amarilla, cálida y seca, en verano y finalmente, la bilis - negra, fría y húmeda, en otoño. Este punto supone una transición entre la fisiología

y la patología, al centrarse sobre las relaciones que se establecen entre el ciclo del año y las enfermedades (Hipócrates, trad en 2003, p 16).

Galeno (2008), quien, como fiel seguidor de los planteamientos Hipocráticos, bajo la línea de los humores sostiene que estos están formados por la mezcla de los elementos primarios (caliente, frío, seco y húmedo). Siendo el equilibrio entre los humores y los elementos la base de la salud, mientras que el desequilibrio entre estos, es lo que produce la enfermedad (Galeno, trad en 2008).

Adicional a la filosofía de los humores, Galeno (trad en 2008) aborda la exploración de lo sensorial, abriendo paso a la comprensión de la salud-enfermedad desde la *comunicación verbal* y el razonamiento, logrando desarrollar el concepto de diagnóstico por razonamiento aportando así los principales aspectos del conocimiento anatómico, además de ello, con las contribuciones de Galeno se avanza en la construcción de un modelo de salud-enfermedad que relaciona la naturaleza individual y la naturaleza universal.

Como el referente final de esta postura, se encuentran los planteamientos de Aristóteles quien articula elementos clave que permiten pensar la relación salud-enfermedad desde una postura más amplia, relacionando esta extensión con lo político desde el análisis de la ciudad y lo ciudadano, así como lo adquisitivo y el rol del Estado, ello desde un carácter más social que individual, alejándose de este modo de los postulados Hipocráticos.

Aristóteles, otorga los principios para la comprensión del hombre como un ser social, al aludir que “el hombre es un ser naturalmente sociable” (Aristóteles, trad en 1873, p 12), siendo precisamente esta naturalidad la que permite el surgimiento “instintivo” de la *asociación política*, tanto el Estado como la sociedad y la familia son formas de asociación que buscan alcanzar algún bien, siendo en este caso el bien de la salud. Al igual que Galeno, Aristóteles exalta la importancia de la *comunicación* como forma de expresión de lo justo o injusto -aspectos que diferencian a los hombres de los animales-.

Es importante mencionar que para Aristóteles en la relación Estado, sociedad y familia, es el Estado quien se encuentra naturalmente sobre la familia y cada persona (aspecto que no se aleja de la realidad actual); sin embargo “la asociación de muchos pueblos forma un Estado completo, que llega, si puede decirse así, a bastarse absolutamente a sí mismo, teniendo por origen las necesidades de la vida, y debiendo su subsistencia al hecho de ser éstas satisfechas” (Aristóteles, trad en 1873, p 11).

Ahora bien, el autor realiza una interpretación bastante acertada al indicar que en este flujo de relaciones nace la **ciudad** como forma de pertenencia a los ciudadanos, la cual requiere de salud y agua para su puesta en marcha. La ciudad es precisamente el Estado y la sociedad civil constituida con todas las leyes necesarias para su funcionamiento. Vemos aquí, como aparece el termino de sociedad civil como parte de la asociación de personas que forman una sociedad, es decir, que dicha sociedad civil es para el autor la sociedad política y la sociedad política que se mencionó renglones arriba no es otra cosa que la **sociedad ciudadana**. Estos aspectos dejan entrever la postura de Aristóteles que relaciona el ser del hombre desde lo social pero también desde lo político, civil o ciudadano y es ciertamente el ciudadano quien participa en el poder público.

Luego entonces, lo público se diferencia de lo privado o doméstico, al ser competencia de todos los ciudadanos cuyo fin último es alcanzar la felicidad que se refleja en el buen vivir, mientras que lo domestico o privado corresponde a los intereses y necesidades individuales. Estos planteamientos aristotélicos evocan a la interpretación de la concepción de la salud-enfermedad como un bien público; criticando así desde lo adquisitivo la puesta de la salud como una mercancía ya que la salud es un bien indispensable para la vida.

Hasta aquí se visualizad como la concepción tradicional de la salud-enfermedad, transita entre los componentes ambientales que influyen en la naturaleza humana, desde una relación marcada por los equilibrios o desequilibrios -entre lo que los autores determinan como elementos y humores- los cuales permiten comprender el estado de salud de las personas. Así mismo es interesante ver como desde estos planteamientos tradicionales se inicia a comprender la salud en relación a la integración de otros factores como la comunicación, lo

relacional desde lo individual con lo universal; abriendo así paso a la concepción de la salud desde lo social, político y económico.

### **1.2.2 Concepción moderna – Auge de la rigurosidad científica, avances en las interpretaciones subjetivas de la salud**

Desde estos últimos planteamientos de la postura tradicional, se abre paso a la **concepción moderna** de la salud, postura a la que no se podría remitir, sin referenciar los aportes generados por el contexto histórico dado de la revolución industrial, proceso que sin lugar a dudas generó cambios en la concepción tradicional de la salud con la *emergencia de nuevos conocimientos* y *el auge de la rigurosidad científica* en las prácticas médicas que brindaron aportes a la comprensión de la salud desde lo biológico.

Sin embargo, y a pesar de que la modernidad se enmarcó por la generación de conocimientos más objetivos, para la época existieron quienes se pensaron la salud desde otras posturas que adoptaron lo biológico desde lo social dando paso a las interpretaciones subjetivas de las relaciones humanas. Ante ello, se trae a mención los planteamientos de Max Weber (2001) en su obra *la ética protestante y el espíritu del capitalismo*, donde manifiesta de forma certera la dimensión social del conocimiento científico, para el autor la ciencia de lo objetivo está mediada por la cosmovisión subjetiva cargada de significaciones simbólicas tanto para sí mismo como para el otro. Siendo para Weber al igual que para Galeno y Aristóteles la *comunicación* un factor indispensable en las relaciones sociales y por ende en la comprensión de la salud.

Weber (1944) plantea a su vez, un entramado interesante en línea distante a los postulados de Durkheim, ante la comprensión de la **acción social** como una realidad social cargada de sentido orientado consigo mismo y con el otro, mientras que Durkheim (1986) habla del **hecho social** que tiene un carácter imperativo y coercitivo impuesto al hombre en las formas de actuar, sentir y pensar que son exteriores a las personas, refiriéndose así a las costumbres o creencias existentes en la sociedad que se relacionan con los principios de la moralidad que se pueden traducir en las normas de comportamiento, costumbres y hábitos, los cuales el autor analiza en términos positivistas que permiten la comprobación. En este orden, traemos

a colación los estudios de Durkheim (2007) ante la moral; ya que ello nos permite comprender la salud-enfermedad desde el comportamiento humano en sociedad y comunidad, el autor distingue los hechos sociales de los fenómenos psíquicos; siendo los primeros relacionados con la sociedad y los segundos con lo personal-individual.

Finalmente, es importante mencionar que Durkheim (2008), en la relación salud-enfermedad, retoma los postulados hipocráticos de la influencia del clima y las estaciones del año (invierno, verano, primavera y otoño) con la ocurrencia del suicidio, sí bien los suicidios se presentan en todos los climas y estaciones, existe una tendencia al incremento de casos en determinados momentos del año.

Otro de los pensadores de la salud-enfermedad ubicado en la modernidad, pero que realiza el anclaje epistemológico entre lo moderno y lo posmoderno, es Gadamer (2017), quien comprende que la salud no es una cuestión propia de las ciencias naturales al referir que “los dominios de la ciencia se proyectan siempre sobre la vida cotidiana y cuando se trata de aplicar el conocimiento científico a nuestra propia salud, podemos ser enfocados y abordados de diferentes maneras y no exclusivamente desde puntos de vista científicos. Cada cual tiene sus experiencias y sus costumbres al respecto” (Gadamer, trad en 2017, págs. 9 y 10), aspectos que comparte con los postulados de Durkheim.

Para Gadamer (2017) tanto la salud como la enfermedad se establecen entre la vida y el mundo en el cual se encuentra inmerso el ser humano, siendo así la salud y enfermedad para el autor modos de ser en el que el hombre expresa su existencia. Realiza a su vez toda una interpretación alrededor de lo que se comprende por curar relacionado con el pensamiento Hipocrático y Galeno de los equilibrios, pues según Gadamer el arte de curar es hacer que el paciente se reencuentre con el equilibrio, y este equilibrio corresponde a la reincorporación de los enfermos en sus vidas cotidianas.

Desde los planteamientos de Gadamer (2017) se otorga la primicia ontológica de la salud y de la enfermedad, aspecto que genera la comprensión de la salud más allá de las prácticas científicas-positivas, de identificación y cuantificación de la sintomatología, el autor apuesta

por la interpretación sistémica del organismo que trasciende lo fisiológico a lo social-subjetivo-relacional y que desde una postura filosófica analiza la relación salud-enfermedad desde lo hermenéutico, resultando nuevamente la *comunicación* y el *lenguaje* como elementos centrales ante la comprensión e interpretación de la concepción de la salud.

### **1.2.3 Concepción posmoderna – la integración de mundos: objetivo, social y subjetivo**

Dando paso a la **concepción posmoderna de la salud**; sobre la cual se sientan las bases del presente estudio. Para ello, se retoma el pensamiento de Habermas (1992) quien al igual que Aristóteles comprende al hombre como un ser naturalmente sociable, dando especial énfasis a la importancia de la *comunicación* -propiamente de lo lingüístico- para el desarrollo de las relaciones con los otros, es decir la interacción social, interpretando la acción del comunicar como parte principal de la acción social ya estudiada por Weber.

Este escenario permite comprender que el arte de comunicar representa una herramienta fundamental en la concepción posmoderna de la salud, puesto que las relaciones sociales, políticas y económicas que fluyen en torno a la salud se encuentran mediadas por procesos comunicacionales cargados de sentidos los cuales según Habermas (1992) al negociarse junto con los significados de una sociedad, alcanzan la democracia diferenciada del sistema -entendido este último por el autor- como el mercado, la burocracia y los conflictos de intereses.

Ahora bien, la puesta de Habermas, integra los tres aspectos fundamentales que se han abordado en la comprensión de la salud-enfermedad, pues el autor presenta la existencia de tres mundos: el **mundo objetivo** dado de la ciencia, el **mundo social** relacionado con las relaciones e interacciones sociales y el **mundo subjetivo** que se refiere al mundo propio de las vivencias, y en este mundo subjetivo transcurre el mundo de la vida manifestado en virtud de lo cotidiano y la relación con lo político y económico compuesto por factores culturales, sociales y personales siendo precisamente en este mundo de la vida donde se derivan formas de manifestación social.

Así las cosas, desde los postulados de Habermas, se entiende la transformación del concepto salud-enfermedad desde lo objetivo con los avances propiamente científicos y la interpretación de la salud como el resultado de procesos sociales y políticos contruidos desde las diferentes vivencias personales y comunitarias.

Sí hasta el momento, se ha visto la importancia de la comunicación como parte de la comprensión de la salud, Deleuze (2002) reafirma que el lenguaje determina las relaciones humanas, este autor aporta a la construcción de la concepción de la salud elementos claves como el poder-la fuerza, la dualidad del sujeto-objeto, el mundo de las representaciones y la sociedad de control aspecto que se retoma de Foucault (1976) como el control social del cuerpo.

Para Deleuze (1986) existen distintas formas de entender la realidad de los sujetos. Comprendiendo el sujeto desde su rol activo y con poder, dicho poder según el autor no se tiene, sino que se *ejerce* en el actuar, siguiendo a Deleuze (1986) toda fuerza es un ejercicio de poder, por su parte Foucault (1976) comprende el ejercicio del poder como resistencia. Deleuze (1986) postula una nueva ciencia activa, que otorga facultades a la interpretación de las causas/fuerzas que conforman los hechos y las relaciones que se establecen entre dichas causas, siguiendo al autor en esta nueva ciencia confluyen tres elementos claves: la sintomatología (interpretación de fenómenos que son tratados como síntomas), tipología (interpretación de las fuerzas desde su cualidad que puede ser activa o reactiva<sup>1</sup>) y la genealogía que el autor interpreta como “el valor del origen de las fuerzas desde el punto de vista de su nobleza o de su bajeza, puesto que halla su ascendiente en la voluntad de poder, y en la cualidad de esta voluntad” (Deleuze, 1986, p 98).

Se retoma así, los aportes de Michael Foucault, postura sobre la cual se le da sustento a la presente investigación; pues este pensador ha sido uno de los grandes referentes de la concepción posmoderna de la salud-enfermedad, cuyos aportes revolucionaron los postulados hasta aquí presentados al fortalecer o incluir nuevos elementos como el *rol del Estado, las influencias del modelo capitalista en la salud, las relaciones de poder-saber; la*

---

<sup>1</sup> Deleuze interpreta las fuerzas reactivas como las establecidas desde los límites, los impedimentos.

*normalización, la realidad biopolítica del cuerpo y la salud como practica de resistencia;* siendo estas categorías fundamentales para la investigación. Es de precisar que este autor comprende la medicina como una práctica de lenguaje.

Foucault (2004) considera que la medicina siempre ha sido una práctica social, por tal razón, critica la postura de algunos pensadores que aluden el nacimiento de la medicina social como un elemento de la modernidad. Acerca de la biopolítica Foucault (2009), refiere que el control de la sociedad no se limita al control de la conciencia o ideologías; sino que existe un control social del cuerpo bajo parámetros de lo normal y anormal, siendo el Estado el único administrador y director de la conducta humana, para este pensador la biopolítica se presenta como la expresión más pulida del capitalismo, reprochando así la puesta de la salud como mecanismo de regulación con escenarios mercantilistas. Para el autor las necesidades o problemas de una sociedad como la reproducción, higiene, salud, trabajo, alimentación, educación, vivienda bajo la lógica biopolítica se encuentran englobados bajo la administración estatal.

En contraposición a esta lógica regulatoria, de poder y control estatal, Foucault (2009) considera que “donde existe poder existe *resistencia*”; categoría que brinda soporte al análisis de la evolución del concepto salud-enfermedad al entender la resistencia como proceso de acción activa reflejada en la participación de la sociedad que al organizarse conforman la sociedad civil; la cual busca la transformación permanente de las lógicas de poder y actuación en el ámbito público, siguiendo al autor dichas acciones sociales generan luchas políticas, económicas y sociales como respuesta a la dinámica de un Estado opresor.

Se finaliza aquí, este cambio de paradigma de la concepción tradicional, moderna y posmoderna de la salud-enfermedad (ver tabla No. 1 con el consolidado de los principales exponentes y planteamientos de la concepción salud-enfermedad) con los aportes de este último pensador quien sustenta este análisis desde la comprensión de la resistencia como movilización y despliegue de fuerza representadas en la organización y lucha de la sociedad para el alcance de transformaciones.

**TABLA 1. EXPONENTES Y PLANTEAMIENTOS PRINCIPALES DE LA CONCEPCIÓN SALUD-ENFERMEDAD**

Concepciones concepto de salud	Planteamiento general	Exponentes
Concepción tradicional	Componentes ambientales que influyen en la naturaleza humana desde el equilibrio y desequilibrio de los humores. Integrando elementos sociales, políticos y económicos de transición a la modernidad.	Hipócrates (460 a. C. - 379 a. C.) Aristóteles (285 a. C. - 323 a. C.) Galeno de Pérgamo (129 - 201/216)
Concepción moderna	A pesar de la emergencia de nuevos conocimientos y auge de la rigurosidad científica en las prácticas médicas, se da paso a las interpretaciones subjetivas de las relaciones humanas y la salud.	Émile Durkheim (1858 - 1927) Max Weber (1864 - 1920) Hans-Georg Gadamer (1900 - 2002)
Concepción posmoderna	Retoma la importancia de lo lingüístico para la interacción y las relaciones sociales, políticas y económicas que se construyen en torno a la salud.	Gilles Deleuze (1925 - 1995) Michel Foucault (1926 - 1984) Jürgen Habermas (1929 - )

Tabla No. 1 Concepciones salud – enfermedad. Elaboración propia. 2020

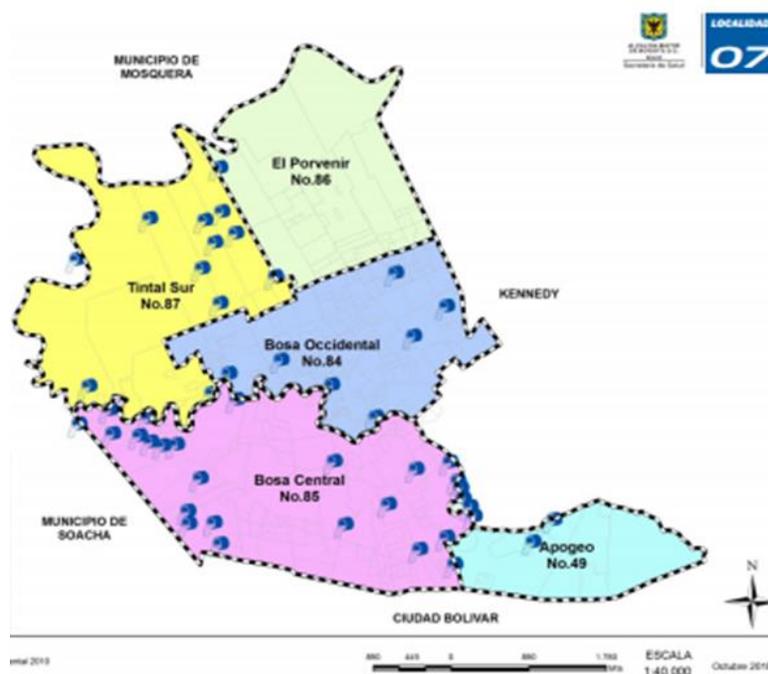
Se ve así, como la concepción salud-enfermedad se presenta como una categoría dinámica y cambiante que lleva a pensarse el rol de la sociedad en cuanto a su relación con la salud, para lo cual se buscó analizar dichas relaciones en el contexto Latinoamericano, específicamente en la ciudad de Bogotá capital de Colombia; en donde ha sido el Estado el principal responsable en la generación de políticas inclusivas que mediante las demandas de la sociedad, buscan la satisfacción de las necesidades básicas en pro del mejoramiento de la calidad de vida. Siendo la promoción de la salud y prevención de la enfermedad uno de los focos de actuación de las Políticas Públicas de la región y que no obstante a ello, históricamente han presentado falencias en su implementación.

Por tal razón, dentro de las prácticas del gobierno y gobernabilidad que ejercen parte del poder, existe una contraparte civil cuya organización y participación alcanzan la construcción política y ciudadana desde el reconocimiento de los sujetos como actores activos, transformadores de sus condiciones de vida. Haciéndose así indispensable el fomentar la ciudadanía mediante la exigibilidad del derecho a la participación (información, gestión, control e incidencia) en la toma de decisiones sobre lo que se considera saludable y de aporte a la calidad de vida y salud de la comunidad en general.

Así las cosas, la presente tesis propone analizar la relación del Estado propiamente desde la Política Pública con la participación comunitaria desde una perspectiva de la sociedad civil cuya actuación activa e incidencia política forman parte central de la Política Pública. Siendo el caso de interés, la forma de organización de la sociedad civil, *llamada consejos zonales de salud*, como escenarios de participación comunitaria contemplados en los planes de gobierno de la ciudad desde la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Estrategia que según el Ministerio de Salud (2012) tiene en cuenta la integralidad en el contexto sociopolítico y económico de la ciudad, enfocada en las familias y comunidades que busca la materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades sociales.

Siendo de interés, el caso específico de los *consejos zonales* de salud del hospital Pablo VI Bosa, ubicado en la ciudad de Bogotá, localidad de Bosa:

**IMAGEN 1. MAPA DE LA LOCALIDAD DE BOSA**



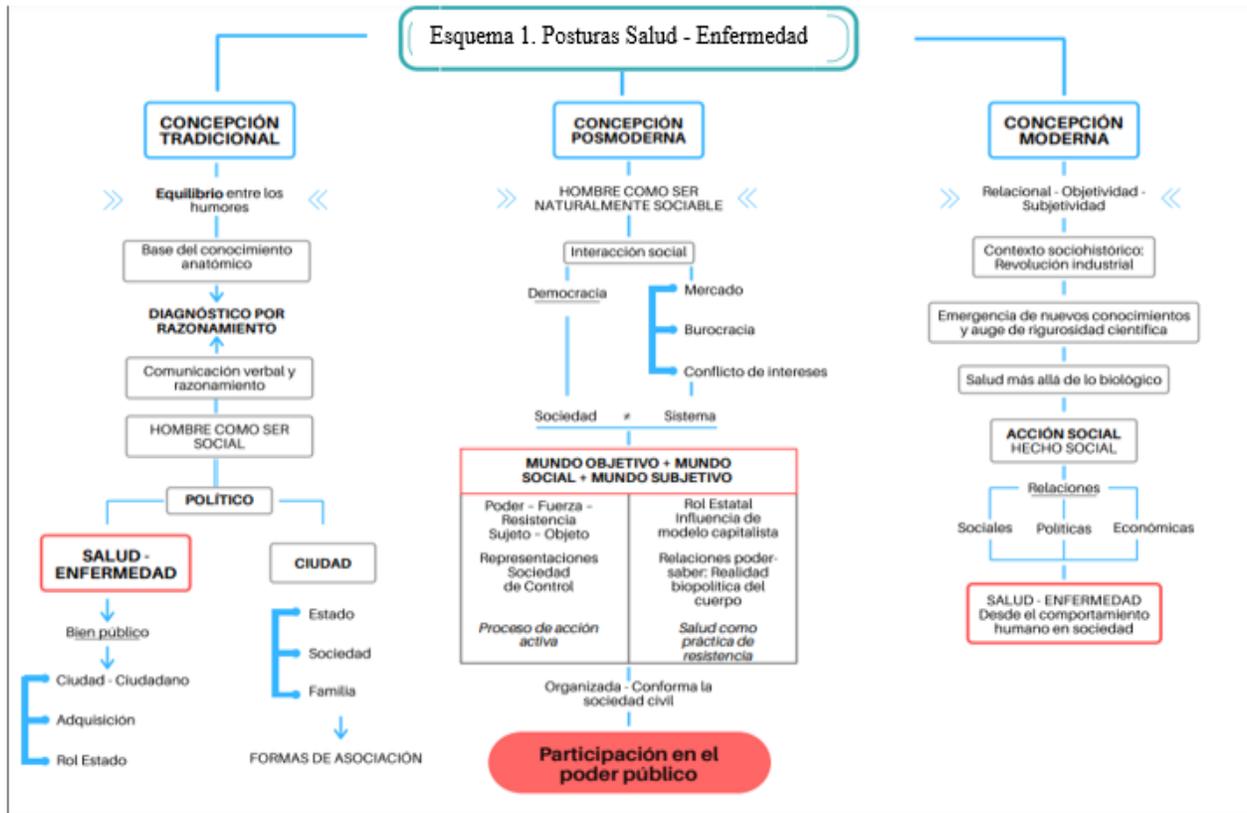
Obregon,C (2009-2010). Diagnostico Local con Participación Social. Localidad Bosa

Esta localidad según la Secretaria de Planeación de Bogotá (2013) es una de las zonas más deprimidas, con mayor densidad poblacional y amplias barreras de acceso a la educación, salud, vivienda, servicios públicos; entre otras necesidades. Bajo este marco general, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál ha sido la incidencia política de los consejos zonales de salud en los procesos de participación comunitaria promovidos por la estrategia APS en el Hospital Pablo VI Bosa?

El otorgar respuesta a esta pregunta de investigación, toma relevancia y justifica la presente tesis, en el sentido que dentro de los cambios de paradigma de la concepción salud-enfermedad confluye -como bien se ha visto- la relación de dos actores clave el Estado y la sociedad civil; cuya manera de actuación ha presentado transformaciones en las cuales, siguiendo Alfaro (1997) el “Estado deja de ser el único responsable y protagonista en la programación, ejecución y evaluación de las políticas sociales, dando lugar a la intervención de la sociedad mediante su participación activa generando así nuevas formas de gerencia de las políticas públicas” (p 32).

Se puede decir entonces, que la participación afianza la relación entre el Estado y la sociedad, esta última con formas de organización y movilización que buscan respuesta a las necesidades particulares y colectivas, dando un vuelco a la manera como la sociedad asume, entiende y se apropia de su realidad a través de la generación de espacios de participación que para este caso de estudio son espacios de participación comunitaria que buscan transformaciones en la distribución del poder y por ende su actuación e inclusión de temas en la agenda pública.

## ESQUEMA 1. POSTURAS SALUD-ENFERMEDAD



Esquema No 1. Posturas Salud - Enfermedad. Elaboración propia. 2020

### 1.3 Participación comunitaria en salud, sociedad civil e incidencia política, un recorrido desde las Políticas Públicas

Se expone a continuación, el recorrido bibliográfico relacionado con el tema de interés cuyo propósito es analizar como la participación comunitaria promueve la incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil en la estrategia APS; para el caso del Hospital Pablo VI, Bogotá – Colombia, 2007- 2016. Para ello se propuso realizar un análisis contextual desde los estudios existentes a nivel regional (Latinoamérica), nacional (Colombia) y local (Bogotá) teniendo en cuenta tres categorías de estudio relacionadas con: la participación comunitaria en salud, la participación comunitaria con generación de incidencia política en la salud y la participación comunitaria dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Desde las indagaciones preliminares, se encontraron estudios relacionados con el campo de interés, contruidos desde las realidades de países como Chile (Anigstein, 2008), Argentina (Cejas 2004, Medina 2010, Menéndez 2010, Bang C 2011), Ecuador (Piñeros, 2013), Brasil (Bronfman & Gleizer 1994, Abrantes-Pego 1999) y Colombia (CINEP 1990, Arévalo 2004, Cantillo 2006, Vega Romero, Acosta Ramírez, Mosquera Méndez, & Restrepo Vélez 2009, Blandon Lotero & Jaramillo Mejía 2018); sin embargo, se quiso referenciar un documento de Aguilar (2001) al resultar clave como aporte al interés de conocimiento.

Es preciso mencionar, que la participación en sí misma ha sido un tema con un extenso campo de estudio - (Rousseau 2007, Hobbes 1940, Smith 1997- 1996, Hume 2004 – 2006, Locke 1987); dentro de los cuales la participación en salud ha despertado un amplio interés investigativo, siendo la década de los ochenta para la mayoría de los países de Latinoamérica la época en la cual se generaron un gran número de investigaciones relacionadas con la participación en salud – (Testa 1986, Frankel 1988, Hevia 1977 Delgado Gallego, Vázquez Navarrate, Zapata Bermúdez, & Hernan García 2005, Donoso 2007, Bang C 2012); ello dado de las reformas en el sector salud que propiciaron cambios tanto epidemiológicos como demográficos y sociopolíticos mediados por el protagonismo de la participación, no obstante a ello; las investigaciones en materia de participación social y su impacto en los sistemas de salud aún siguen siendo escasas (Infante, 2000). Existiendo vacíos en torno a literatura cuyo campo de estudio y análisis sea la participación comunitaria con generación de incidencia política en la salud.

Por su parte la participación comunitaria dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS); se encuentra mayormente documentada (Zambrano 2006, Maceira 2007, Pagnamento 2007, OPS/OMS 2007; Avíla, Miranda, Vezub, & Cevallos 2007; Ase & Burijovich 2009, Acosta 2010, Apraez 2010, Franco 2013, Güemes 2014; Egaña Rojas, Iglesias Vejar, Cerda Rioseco, Molina Carrasco, & Galvez Espinosa 2020)

Iniciamos así con el estado documental de **la participación comunitaria en salud**; donde Anigstein (2008) muy desde la perspectiva Foucaultiana, comprende este modo de

participación como uno de los elementos principales de la modernización desde la perspectiva de biomedicina como modelo médico hegemónico, dividiendo la participación como un medio que permite la distribución del **poder** y a su vez como estrategia de la gestión pública para la consolidación del sistema democrático. Del mismo modo Menéndez (2010), considera que las instituciones forjan mecanismos para asegurar su reproducción; generando así prácticas de poder y micropoder, donde el saber institucional actúa como limitante de la participación, puesto que en palabras de Foucault el conocimiento es poder, desde esta perspectiva el “saber/poder institucional no sólo limita la participación social, sino que convierte a la participación social supuestamente autónoma en un agente de la reproducción del sistema dominante” (Menéndez, 2010, p 8) .

Anigstein 2008 y Menéndez 2010 al comprender la participación como eje de la *modernización* y del *neoliberalismo*, dejan entrever que los procesos participativos en salud se encuentran centrados en el individuo, como prácticas de autorresponsabilidad personal y autonomía del sujeto; aspectos que dejan en segundo plano lo referente a la organización social. Aspecto que permite identificar las falencias de la participación en el mundo occidental al concentrar su acción en lo individual y no en la acción colectiva. A esto se le suma el paradigma biomédico de la salud cuyo protagonista es el médico científico que entiende la salud desde modelos de atención que traducen enfoques de salud restringidos lo cual afecta la participación social del sector (Anigstein, 2008).

De acuerdo a estos planteamientos, la participación comunitaria en salud desde la realidad contemporánea lleva el reto de entender las dinámicas de **poder** y por ende de su distribución; ante ello vale la pena mencionar el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2004), en cuanto realiza el análisis de la distribución del poder en Chile, aclarando que el poder existe en la relación entre la persona y la sociedad, siendo la sociedad capaz de expandir la cantidad de poder que dispone aumentando de manera complementaria las diversas dimensiones, generando así la ampliación y “distribución del poder lo cual sirve para orientar acciones, detectar y celebrar avances, y hacer visibles déficit y desafíos” (PNUD 2004, p 18), siendo uno de los principales desafíos alcanzar el poder desde la participación de la sociedad civil.

Piñeros (2013), estudia la participación comunitaria en salud más desde una perspectiva del empoderamiento, realizando un diagnóstico de salud comunal por medio de técnicas participativas, sustentando la investigación desde el paradigma crítico dando lugar a la metodología de Investigación-Acción-Participativa IAP. Para el autor, al igual que para Anigstein (2008) y Menéndez (2010) la participación en salud incluye el “refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida, ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo del comportamiento y ambientes saludables, e influir en las decisiones que afecten su salud y acceso a los servicios” (Piñeros, 2013 p 10), agregando la perspectiva de derechos enfocados a quienes tienen necesidades básicas insatisfechas, en este orden, para Piñeros (2013) el empoderamiento de la comunidad se logra mediante el ejercicio de los derechos.

La participación resulta ser un elemento político-social necesario para otorgar poder a la comunidad ya que permite la identidad, sociabilidad y el fortalecimiento de lazos. Desde esta perspectiva Piñeros (2013) opta por prescindir de la noción de empoderamiento por fortalecimiento, entendiendo este último como el proceso a través del cual los integrantes de una comunidad realizan actuaciones comprometidas, conscientes y críticas; cuyo “propósito es transformar su entorno de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones, produciendo además procesos de transformación de sí mismos” (p 20).

Mientras Anigstein (2008) sustenta su análisis desde la participación, democracia y poder; el abordaje de Menéndez (2010) se genera desde el poder-saber y Piñeros (2013) integra la participación, el empoderamiento/fortalecimiento y la comunidad como el sustento de su investigación, analizando el poder desde lo comunitario como un proceso de reflexión, conciencia y acción.

Desde estos planteamientos epistemológicos, para la presente investigación resulta fundamental considerar las dinámicas de poder que se encuentran inmersas en la participación, así como los alcances de la participación de la comunidad en la incidencia política.

En el artículo *la Participación Comunitaria: ¿Necesidad, Excusa o Estrategia?* de Bronfman & Gleizer (1994) la participación comunitaria en salud integra tres aspectos básicos:

1. La parte **sociopolítica** de la participación, en donde la misma es una actividad necesaria para la democratización de la sociedad, siendo la participación comunitaria una forma de dar respuesta a los problemas de la salud, aspectos que se relacionan con el pensamiento de Anigstein (2008), Piñeros (2013) y Menéndez (2010); al dotar la participación en la salud de “implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder y como tal, el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base” (De Roux , Pedersen, Ponds, & Pracilio, 1990) citado en (Bronfman & Gleizer, 1994, p 112).
2. La participación como estrategia para el logro de los objetivos de los programas de salud, según Bronfman & Gleizer implica la concepción de la participación como un medio técnico que permite el funcionamiento, aceptación e implementación de los programas de salud; este planteamiento sería para Menéndez la reproducción de las prácticas institucionales y;
3. La participación en salud con intenciones de administración en lo social y político Bronfman & Gleizer.

Desde estas posturas se comprende la salud como parte de la realidad comunitaria “cuando la propuesta de participación integra los objetivos en salud con beneficios en otras áreas de la vida de la comunidad, ambos aspectos se enriquecen mutuamente, ampliando las posibilidades de éxito de los programas”. (Bronfman & Gleizer, 1994, p 121). En este orden la participación comunitaria en salud se vislumbra como el medio para llegar al fin del mejoramiento de la calidad de salud de la población a la que se direccionan los diversos programas, el ejercicio del poder, fortalecimiento de la sociedad civil y fortalecimiento de la democracia de base.

Con relación a **la participación comunitaria con incidencia política en salud**; se encontró el texto de Cejas (2004) en el cual analiza la participación comunitaria en la cogestión de la

salud que se desarrolló en la provincia de Buenos Aires, Argentina; y evoca una nueva dimensión para la comprensión del tema de interés, la descentralización administrativa de los sistemas de salud que caracterizó a la Argentina y a Latinoamérica en general durante los años noventa.

Este es un estudio de caso que describe la dinámica de participación comunitaria en salud mediante la conformación de un Consejo Local de Salud, organizado en el marco de Centro de Salud, cuyo fin se centró en “fortalecer el sistema local de salud a través de la incorporación de la comunidad en el proceso decisorio. Así la comunidad pasa de ser un objeto de la intervención a ser el sujeto del propio sistema, ajustando las medidas de salud a las necesidades y condiciones locales” (Cejas 2004, p 4).

El estudio de Cejas (2004), una vez más remite a pensar las relaciones de poder que se entretienen en torno a la participación comunitaria y los modelos hegemónicos en la salud; que como bien lo comprende Menéndez (1990), este modelo es el conjunto de prácticas, saberes y teorías dadas desde la medicina científica, cuya verdad absoluta se encuentra en el saber médico, que es legitimado por las llamadas ciencias duras y por el Estado, existiendo resistencia del personal de salud en torno al compartir su poder con otros, lo cual siguiendo a Cejas (2004) subvalora los aportes y análisis de la comunidad.

Es interesante ver como en este caso de estudio la discrepancia entre el modelo hegemónico y la participación comunitaria fue superado; pues ambos actores (personal médico y comunidad) lograron integrar su actuar para alcanzar el fin de mejorar las condiciones de salud de la comunidad, sin embargo, existieron limitantes generados de la escasez en la claridad del concepto de participación social o bien la ausencia de una *conciencia participativa* (Cejas, 2004). Donde aspectos como la cultura asistencialista restringía el logro de una participación verdaderamente autogestora.

En términos de logros para la incidencia política desde la participación comunitaria, se rescata la iniciativa propuesta Cejas (2004), en cuanto a la formación de agentes de salud quienes actúan como representantes de la comunidad; trabajando en conjunto con el sistema

de salud para promover, fortalecer y difundir políticas de salud positivas. Su rol se desarrolla en la articulación entre el sistema de salud y la comunidad, posibilitando la oportunidad de construir proyectos propios o “solicitar inversión de recursos del sistema de salud en soluciones a los problemas identificados por la comunidad. De esta manera, los promotores de salud aumentan la participación y el poder de la comunidad en el mejoramiento de la salud local”. (Cejas, 2004, p 13), el reto se encuentra en la distribución del poder para el alcance de una verdadera participación política.

Anigstein (2008), desde la realidad de los *Consejos de Desarrollo de los Hospitales en Chile*, alude que además de los procesos de autogestión en la participación comunitaria en salud mencionados por Cejas (2004), estos espacios como instancias concretas de participación comunitaria, requieren enforzar sus acciones en funciones de orden informativo, evaluativo, consultivo, propositivo, promotor y decisivo, para así lograr despertar el verdadero interés, compromiso y transparencia en el accionar de los gobernantes.

Por su parte Aguilar (2001) comparte la idea de Bronfman & Gleizer (1994) al considerar que la participación comunitaria es el medio para llegar al fin en el que se propone que la comunidad genere propuestas autogestivas o como dice Cejas (2004) se logre la cogestión de la salud. Permitiendo que, a través de la participación activa, la comunidad tenga un papel fundamental en su propio estado de salud. De este modo **la acción social comunitaria** se entiende desde lo propuesto por Weber (1944) como una acción que integra la organización y el desarrollo de la comunidad, aunque en la práctica esta acción social presente algunas dificultades.

Aguilar (2001) complementa los planteamientos de Anigstein (2008) en cuanto incluye que los alcances de la participación comunitaria -además de las funciones mencionadas por este último- incluye:

- La participación en los beneficios y mejora en las condiciones de vida producto de la puesta en marcha de un programa
- Las contribuciones que la comunidad le aporta a los programas de salud

- La participación en la evaluación, control de los servicios de salud; así como en la planificación y programación de las acciones y servicios
- La participación en y para la toma de decisiones en cuanto a problemáticas y programas
- El alcance de la participación comunitaria en salud en cuanto la cogestión y autogestión de programas y servicios

En términos de experiencia exitosa frente a la participación comunitaria con incidencia política, Abrantes-Pego (1999), propone el estudio de la articulación entre poder público y población usuaria de los servicios de salud en Brasil desde una “perspectiva compleja mediante instancias locales de participación social, impulsadas por la descentralización de dichos servicios” (Abrantes-Pego, 1999, p 466).

Tomando como base la metodología cualitativa, Abrantes-Pego (1999) analizó los Grupos Ejecutivos Locales (**GEL**), de una región periférica de Río de Janeiro, de este análisis la autora logra identificar que existe un flujo de relaciones entre la movilización y la prestación de los servicios de salud, las cuales son mediadas por límites y potencialidades entre las propuestas de los gobiernos y los espacios otorgados a los grupos sociales como actores activos de la demanda de respuestas ante necesidades de exclusión social y política.

La forma de participación comunitaria generada por el GEL; considerado por la autora como un movimiento febril de la sociedad civil, logró la emergencia de otros movimientos con representación de acción política de cara a establecer nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad. “A su vez se alcanzó la conformación de un empoderado movimiento social entre los habitantes de las colonias pobres, organizados en asociaciones comunitarias o en clubes de madres, que demandan respuestas ante las necesidades de la comunidad, sintiéndose con el derecho de intervenir junto al gobierno para hacer valer sus derechos sociales y políticos” (Abrantes-Pego, 1999, p. 468).

Este modelo de participación comunitaria en salud, presenta falencias a pesar de sus amplios avances en la incidencia política, que se relacionan con la falta de información, la

desconfianza de la comunidad en el actuar público, la fragilidad organizativa y la falta de compromiso y voluntad institucional del gobierno, entre otros aspectos. Por tal razón, la autora concluye que existe un desencuentro entre quienes formulan las políticas de salud y la población beneficiaria de las mismas; pues muchas de las iniciativas comunitarias y formas de organización no son tenidas en cuenta en la toma de decisiones.

En este sentido, se retoma lo propuesto por Abrantes-Pego (1999) y Bronfman & Gleizer (1994) quienes afirman que, mediante la descentralización de los sistemas de salud, se aumenta la flexibilidad y acercamiento de la población a los servicios de salud. En este sentido los espacios como los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para Argentina, los Grupos Ejecutivos Locales en Brasil y los Consejos Zonales de Salud en Colombia, se configuran como instancias que permiten la acción política y social que articulan lo institucional con lo comunitario, permitiendo la visibilidad de nuevos actores sociales y donde “convergen autoridades, técnicos, partidos políticos y movimientos sociales, entre otros” (Abrantes-Pego, 1999, p 467), siendo también como mencionan Bronfman & Gleizer (1994) un “espacio poblacional, epidemiológico, tecnológico, económico, social y político insertado en una totalidad donde se articulan las unidades productoras de servicios y la población con sus diferentes necesidades y posibilidades” (p 5).

En relación con los autores mencionados se considera que estos espacios de participación comunitaria en salud están asociados a intereses y relaciones de poder que median o influyen formas de participación real, que logran la articulación entre las comunidades y la institucionalidad pública. Esto define la búsqueda del equilibrio entre las demandas sociales y la capacidad de respuesta de la acción pública del Estado, creando posibilidades para construir una participación comunitaria con incidencia política y toma de decisión de la sociedad civil. De este modo la participación comunitaria no se “limita a la asistencia sanitaria, ejecución de programas y encuentros de salud, sino que implica el logro de interacciones y vínculos en contextos de complejos entramados de poder” (Blandón & Jaramillo 2018, p 97).

En este orden, otro de los elementos a tener en cuenta en el estudio y análisis de la participación comunitaria con incidencia política lo brinda Blandón Lotero & Jaramillo Mejía (2018) quienes realizan un recorrido para comprender la dinámica histórica de la participación comunitaria en salud en Latinoamérica, identificando nuevos componentes de esta forma de participación en relación del costo-efectividad y las políticas públicas focalizadas que serán tenidas en cuenta en este caso de estudio. En este sentido se retoman los planteamientos de Blandon Lotero & Jaramillo Mejia (2018), Abrantes-Pego (1999), Bronfman & Gleizer (1994) quienes enfocan la participación en salud desde la descentralización de las estructuras de poder.

Para remitir a la última perspectiva de análisis de la participación comunitaria en salud, dada desde la estrategia de **Atención Primaria en Salud – APS**, resulta indispensable mencionar la declaración de Alma-Ata en el año 1978; declaración que sin lugar a dudas marco un hito en la manera de comprender la participación en salud, pues de acuerdo a los documentos revisados dicha declaración enriquece y reconoce la dimensión política de la salud, que además de concebirla como un derecho, la relaciona con condiciones económicas que responden a la visión de un Estado neoliberal, que premia el esfuerzo, competitividad, eficiencia y capacidad (Osorio, 2008) de quienes tienen poder, pero a su vez tiene en cuenta las condiciones sociales de la población que de una u otra manera implica una visión de equidad y justicia, proponiendo la revitalización de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a través de la promoción y fortalecimiento de la participación comunitaria en los sectores más vulnerables.

Con una metodología de investigación historio-social desde el análisis de actores, procesos y el carácter político en cuanto la formulación e implementación de políticas; Bang (2011) estudia la evolución del concepto de participación comunitaria en el campo específico de la salud, dando espacio al análisis de la relación entre participación y poder. Donde según la autora, entender la comunidad como masa unificada y homogénea que comparte intereses y necesidades, sesga los focos de poder existentes en todo grupo o relación humana; aspectos que conforman tramas que complejizan el poder, resultando ser micropoder o poder microscópico (Foucault M. , 1980), siendo estas dicotomías lo que identifican o caracterizan

la realidad comunitaria dando desafíos a la generación de acciones participativas concretas (Bang C. , 2011).

En este orden, la participación comunitaria en salud, en su mismo termino representa complejidades en su actuación, pues si bien para algunos autores Anigstein (2008), Menéndez (2010), Bronfman & Gleizer (1994) este modelo de participación es el resultado de la necesidad de sostener el funcionamiento institucional sin tomar en cuenta los efectos de los programas en la dimensiones político-sociales de verdadero interés para la comunidad. Para otros Piñeros (2013) y Abrantes-Pego (1999) este modelo de participación permite el éxito de los programas, facilita el empoderamiento comunitario y permite el trabajo articulado entre la comunidad, institucionalidad y Estado en la participación comunitaria de la APS. De esta manera articula elementos que contribuyen a la organización y empoderamiento de los sujetos y comunidades en escenarios de participación efectiva.

Parte de este ejercicio de antecedentes permite encontrar un contexto en común de la participación comunitaria en Colombia, específicamente en la ciudad de Bogotá, que se relaciona con el abordaje de la participación comunitaria en salud desde la estrategia APS. Dicho ejercicio permitió identificar un número significativo de estudios e investigaciones en este campo.

Entre los cuales, cabe resaltar el estudio de Cantillo (2006) que propone un estudio de caso de la Federación de Asociaciones de Usuarios de Servicios de Salud (FAUSALUD), a través de una metodología cualitativa, que tiene en cuenta los alcances y límites de la participación social en salud en escenarios institucionales teniendo como categoría central la democracia radical.

Cantillo (2006), comparte la postura de Bronfman & Gleizer (1994) y con Abrantes-Pego, (1999), al articular la participación con procesos democráticos en el país, asociados con el contexto socio-político y la descentralización administrativa, reconociendo la participación estatal en el sector salud desde el nivel nacional y distrital.

Define que los determinantes del contexto socio-político de la participación en Colombia siguiendo a Velásquez C & González (2003) tienen que ver con:

- La pobreza y exclusión social: la participación supone las diferencias entre quienes tienen mayor adquisición económica para suplir las necesidades y aquellos que carecen de recursos para atender las mismas
- El sistema político y la cultura política: la participación desde relaciones sociales y políticas en el país a estado mediada históricamente por prácticas clientelistas; que generan desconfianza de la sociedad ante la legitimidad del actuar público Estatal
- La violencia; a pesar que esta categoría no se encuentra directamente relacionada con nuestro tema de interés, no se puede desconocer que la realidad del país en términos de la existencia histórica de diversos tipos de violencia; resultan siendo como bien lo plantea Velásquez & González un obstaculizador de la participación y barrera para la emergencia de nuevos liderazgos. Velásquez & González citados en Cantillo (2006, p 52).

Referente a la participación comunitaria en salud, Cantillo (2006) indica que como parte de la institucionalización de la puesta en práctica de la participación en el sector salud; se crearon los comités comunitarios en salud para garantizar su promoción. De otra parte, la participación de la comunidad vista como derecho otorga el espacio a la comunidad de participar en los procesos de “diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión relacionados con el servicio de salud” (Cantillo, 2006, p 62).

Desde el caso particular de FAUSALUD, Cantillo (2006) se desprende de la concepción de empoderamiento mencionada por Piñeros (2013), Abrantes-Pego (1999) y Bang (2011); dando espacio a la noción de emancipación, al considerarla como el puente para la construcción de relaciones más democráticas de poder.

Tanto Cantillo (2006) como Arévalo (2004), concuerdan en mencionar que una vez entrada en vigencia la constitución de 1991 en Colombia, el tema de participación social represento mayor auge, pues es mediante esta constitución, donde tanto la participación como la salud

se consideran como derechos fundamentales, conteniendo la participación un amplio componente político, en el cual; como lo hemos mencionado a lo largo de este recorrido bibliográfico implica la “transferencia de parte del poder a sectores que se encuentran al margen de la toma de decisiones estatales” (Arévalo, 2004, p 107).

Arévalo (2004), encuentra elementos comunes con Blandon Lotero & Jaramillo Mejía (2018) frente a la participación comunitaria en salud al comprender las lógicas estatales desde estrategias de mercado donde quienes recepcionan las políticas sociales son considerados clientes o consumidores, estableciendo formas de control. Así mismo encuentra similitudes con Abrantes-Pego (1999) frente a la capacidad de acción de la comunidad ante el ejercicio de la transparencia en la asignación de recursos y en si en la gestión pública; lo cual genera falta de credibilidad de la gestión estatal y limita la participación.

Por otra parte, Arévalo (2004) sostiene que las practicas participativas consideradas como formas autónomas de organización comunitaria, facilitan la participación activa de la comunidad como una estrategia eficaz. Desde este enfoque la autora, propone que la participación comunitaria podría entenderse como “un instrumento de política pública para lograr un desarrollo armónico de la sociedad” (Arévalo, 2004, p 109) que permite y amplía el campo de acción de la sociedad civil ante la gestión de las políticas públicas.

Otro de los estudios a destacar como aportes al tema de la presente investigación se encuentra en el Centro de Investigación Nacional de Educación Popular de Colombia (CINEP, 1990) en un artículo pionero se subraya que para comprender las acciones implementadas por la APS desde sus inicios se debe pasar de una racionalidad teórica a la participación de la comunidad en los procesos de inversión, decisión, planificación, cogestión de la salud, considerando la existencia de un subsistema de participación comunitaria en salud, ligada a procesos de incidencia, en este mismo sentido (Medina, 2010) estudia la incidencia desde la perspectiva de la democracia, plantea que a través de la participación y representación política se abre camino para la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones.

Por su parte Vega Romero, Acosta Ramírez, Mosquera Méndez, & Restrepo Vélez (2009) presentan un estudio crítico del modelo de APS en la ciudad de Bogotá, Colombia. Los autores observan la historia de la participación social en salud desde los mecanismos formales y no formales de participación que han incidido en la manera de ver la APS, a raíz de la declaración de Alma-Ata. Plantean a su vez, el renacimiento de la APS desde escenarios más equitativo de interacción entre las instituciones de salud y la comunidad. Este estudio corrobora la necesidad de formular o reformular un modelo de atención en salud que tenga en cuenta las demandas de los actores, el contexto socio-histórico, económico, y político que permita y favorezca y la participación con incidencia política. Desde un enfoque más crítico exponen que la participación comunitaria en salud mantiene niveles de instrumentalización institucional, en la medida que restringe la autonomía para participar y decidir.

Estas investigaciones configuran el campo de estudio de esta tesis, pues comprenden los diferentes enfoques, paradigmas e interpretaciones sobre la participación comunitaria en salud. Así mismo, aborda diferentes contextos que permiten comprender lugares de enunciación epistemológica desde múltiples realidades que se enmarcan en el objeto de estudio de esta investigación. Este trabajo espera ser un referente sobre las nuevas interpretaciones de las relaciones de poder que deben involucrar una participación activa de la comunidad para incidir en la formulación, diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas tanto sectoriales como poblacionales que se pueden dar entorno al derecho a la salud, alejándolo de la visión neoliberal de un servicio o intercambio económico.

## **1.4 Ruta estructural de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Analizar como la participación comunitaria promueve la incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil en la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, en el hospital Pablo VI Bosa de la ciudad de Bogotá – Colombia durante el periodo 2007-2016.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Indagar los tipos de participación y su aporte en la implementación de la estrategia APS
- Conocer el aporte de las organizaciones de la sociedad civil en la construcción y definición de la estrategia APS
- Identificar las acciones de incidencia política logradas por las organizaciones de la sociedad civil a través de procesos de participación comunitaria

### **1.5 Estrategia metodológica**

A continuación, se presenta la propuesta metodológica de la investigación, que integra la aproximación teórica, la metodología, nivel de investigación, el método, interés de conocimiento, las técnicas e instrumentos de recolección, así como la confiabilidad y factibilidad del proceso investigativo.

En este orden, la presente investigación tiene una aproximación teórica postestructuralista, que de acuerdo con Lather (1992) corresponde a uno de los discursos teóricos emergentes del postmodernismo. Para Pinar, Reynolds, Slattery, & Taubman (1995) el postestructuralismo se interesa por el estudio del lenguaje, las relaciones de poder y las representaciones como categorías que orientan los discursos. En el presente estudio se entiende el postestructuralismo desde la lectura de pensadores como Foucault, Deleuze y Habermas quienes desarrollan su pensamiento alrededor de las relaciones sociales y políticas desde las transformaciones de las lógicas del poder.

La metodología es de orden cualitativo, que siguiendo a Mejía (2007) esta corresponde al “procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes”, Katayama (2014) agrega que esta metodología coloca al sujeto desde su integralidad como centro de reflexión, a lo que Taylor & Bogdan (1987) refiere que en este tipo de metodología el investigador estudia el escenario y las personas desde una perspectiva holística, tratando de comprender las realidades desde el marco de referencia de ellas mismas,

“para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan” (Taylor & Bogdan, 1987, p 20).

Este trabajo investigativo es de carácter descriptivo, Tamayo y Tamayo (2006), Bernal (2006) y Hurtado (2002) concuerdan en mencionar que este tipo de investigación comprende la descripción, narración, análisis e interpretación de hechos, cuyo propósito es detallar las características del evento estudiado. Los estudios de orden descriptivo sirven como suministro de información para el surgimiento de nuevas investigaciones. Para Hernández Sampieri (2014) este tipo de investigaciones detallan situaciones y eventos, buscando puntualizar características importantes del objeto de estudio. Por tal razón, el presente proyecto investigativo se considera de carácter descriptivo en cuanto permite analizar la incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil desde la participación comunitaria en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Para ello, se propuso el método Investigación-Acción-Participativa (IAP) como enfoque investigativo social que de acuerdo con Piñeros (2013) busca procesos reflexivos basados en la transformación, destacando la participación y la acción social como parte fundamental de la investigación. Para Rahman & Fals Borda (1992), “una tarea principal para la IAP, ahora y en el futuro, es aumentar no sólo el poder de la gente común y corriente y de las clases subordinadas debidamente ilustradas, sino también, su control sobre el proceso de producción de conocimientos, así como el almacenamiento y el uso de ellos” (Rahman & Fals Borda, 1992, págs. 213-214).

Para la IAP el objeto a investigar surge desde lo comunitario, por lo cual se resalta el protagonismo de los participantes, reconociendo el rol activo de la sociedad, colocando a las personas como conocedores de la realidad, siguiendo a Piñeros (2013) desde este método se posibilita saberes integrados y relevantes para la diversidad de actores que participan en la investigación, escontrándose el investigador inmerso en procesos críticos y autoreflexivos.

Kemmis & Mc Taggart (1992) concuerdan con Rahman & Fals Borda (1992) al conciderar que la IAP tiene la finalidad de generar cambios en las prácticas opresoras y los obstáculos

de la justicia desde procesos emancipatorios, reconociendo las potencialidades de la comunidad y favoreciendo el desarrollo de procesos de empoderamiento. Por ende, la presente investigación resalta el ejercicio de la participación comunitaria con incidencia política desde la realidad de los consejeros de salud, teniendo en cuenta la ética, el respeto y el reconocimiento de la diversidad y el actuar en la transformación, de acuerdo con Piñeros (2013) la IAP es un método con ética y compromiso social.

El interés de conocimiento es de carácter emancipatorio que siguiendo a Habermas (1992) implica el control autoconsciente del proceso de la vida social, es decir, la liberación de las prácticas de dominación, alcanzando la transformación social mediante la participación activa de la sociedad. Donde siguiendo a Villareal (2006) desde la emancipación se concibe a la sociedad civil de manera compacta, desde el asociativismo voluntario con ejercicios de libertad y autonomía de las personas y sus intereses, por tal razón, la técnica implementada correspondió al *grupo focal* como un espacio de interacción que permite la discusión y activa la participación, rescatando la riqueza de los testimonios.

Hamui-Sutton & Varela Ruiz (2012) comprenden que los grupos focales son un espacio de opinión que permite captar los sentires, pensamientos, realidades y vivires de las personas, para Martínez (1999) esta es una técnica investigativa colectivista, centrada en la diversidad de actitudes y experiencias de los participantes, siendo una técnica que permite la exploración de conocimientos y experiencias de las personas desde la interacción.

Con relación al número de personas que deben participar en un grupo focal, algunos autores Turney & Pocknee (2005), refieren que este debe estar conformado por 3 a 12 personas, para otros autores (Kitzinger, 1995 y Diaz, 2005), el número de participantes es menor, de 4 a 8 personas, en el rango de 6 a 10 participantes se ubican Mayan (2001); Powell y Single (1996), por su parte García, Ramos, Díaz y Olvera (2007) consideran que el número de participantes debe ser de 10 a 12 personas, en todo caso los autores concuerdan en mencionar que para el logro de los objetivos desde la técnica de grupo focal no se debe superar el número de 12 personas.

Sin embargo, Katayama (2014) amplía este rango a un máximo de 15 participantes, para este autor la reunión debe tener una duración de 1 a 2 horas, y para el éxito de los resultados según Katayama el coordinador debe propiciar la interacción simétrica con los participantes desde la amabilidad con firmeza, tolerancia, participación, flexibilidad, sensibilidad, interrelacionalidad y lo que el autor llama como repasar en el debate para retroalimentar, para la presente tesis los grupos focales estuvieron conformados en el rango de 8 a 10 participantes.

Para el desarrollo de los grupos focales, se tuvo en cuenta la organización territorial que en relación con el Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad de Bogotá- POT (2000), adoptado mediante el Decreto 619 del 28 de julio del año 2000, en el cual se estipula que la localidad de Bosa se encuentra dividida en cinco (5) Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), las cuales son identificadas como: UPZ Central, UPZ Occidental, UPZ El Porvenir, UPZ Apogeo y UPZ Tintal Sur. A su vez, se tuvo en cuenta la organización territorial por microterritorios (MCT) que, siguiendo a Vega, Acosta, Mosquera, & Restrepo (2009), más allá de la delimitación geográfica, tienen en cuenta la organización de la población de acuerdo a las características y necesidades sociales y económicas.

La recolección de información se realizó mediante el instrumento de entrevista grupal semiestructurada, para Flick (2012) este tipo de instrumento parte de los conocimientos especiales de los entrevistados que permiten la construcción de teorías subjetivas. La postura de la investigadora Folgueiras (2006) refiere que para el desarrollo de este tipo de técnicas es indispensable que el entrevistador disponga de una actitud abierta y flexible, para hacer preguntas y escuchar respuestas, tanto para Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández, & Varela Ruiz (2013) como para Martínez (1999) y Folgueiras (2006) el investigador antes de la entrevista prepara un guion temático con preguntas abiertas que permiten mayor flexibilidad para ampliar y aclarar elementos.

Para la presente investigación, la entrevista semiestructurada se elaboró en formato Word estructurada en cuatro tópicos acordes con los objetivos planteados y que por ende permitieron consolidar los resultados:

- Participación comunitaria (tipos, niveles, aprendizajes)
- Sociedad civil (organización, territorio, acción colectiva, prácticas, comportamientos)
- Incidencia política (relaciones de poder - acción colectiva, acción política, acción pública)
- Política pública (alcances de la participación en el ciclo de la política)

La herramienta de análisis que sustento la presente investigación, fue el análisis del discurso; ello dado su valoración epistemológica del lenguaje en donde los discursos tanto escritos como verbales se comprenden como elementos comunicativos cargados de sentido. Siguiendo a Habermas (1992) el lenguaje es el medio que construye la relación tanto comunicativa como dialógica en la sociedad. Para Santander (2011), el análisis del discurso se encuentra mediado por dos consideraciones relevantes, de una parte, la práctica social en la cual se trata de leer la realidad social y la otra lo que el autor considera como la opacidad que generalmente acompaña los discursos, “al entender la opacidad llegamos a la justificación del análisis, y al comprender que el discurso es una forma de acción, encontramos el sentido y el propósito del análisis” (Santander, 2011, p 210).

Otaola (1989) agrega a los planteamientos de Santander (2011) el estudio del discurso y su significado, ampliando el sentido del discurso en el cual según la autora “pueden tener cabida no sólo las relaciones entre el lenguaje y el mundo, sino también las formas plurales interaccionales e institucionales de comunicación, como el estudio de las relaciones específicas entre discurso y clase social, poder socioeconómico y problemas sociales de desigualdad, siendo el discurso la huella de las relaciones de poder” (Otaola, 1989, p 81).

La elección de la muestra respondió a criterios de selección como muestra estructurada con informantes clave, para lo cual en la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Líderes barriales que llevaran asistiendo un año o más en los escenarios promovidos desde el hospital
- Personas que llevaran procesos participativos fuertes, ya que existen diversos niveles de protagonismo en los consejos de salud y la idea se centró en la identificación de los líderes de mayor trascendencia en la localidad de Bosa; que se encontraban dispuestos y tuvieran el deseo y la libertad de participar en la investigación. Razón por la cual se elaboró una carta de compromiso de confidencialidad de la información y aceptación de la entrevista diligenciada por cada participante (ver anexo 1)
- De acuerdo a la experiencia de la investigadora, se contó con una base de datos la cual fue depurada según los criterios anteriormente señalados y se prosiguió a la convocatoria mediante vía telefónica.
- En la base de datos se identificaron alrededor de 65 líderes que cumplían con los criterios de la muestra, sin embargo, se logró la participación de 40 personas.
- Dentro de la convocatoria a participar en la investigación, resulto indispensable la metodología de bola de nieve; pues cada líder informó a sus pares, lo cual permitió ampliar la participación de los mismos.
- Los grupos focales fueron desarrollados en un salón social ubicado en el barrio Olarte que se encuentra ubicado en la entrada de la localidad de Bosa, para lo cual se solicitó el préstamo con anterioridad, facilitando el acceso al mismo una líder social que participó en la presente investigación.

Con relación a la validez y confiabilidad, siguiendo a Katayama (2014) la confiabilidad corresponde al nivel de objetividad de la información recolectada, para lo cual el autor recomienda realizar triangulación de las técnicas. En el presente estudio esta triangulación se generó desde la observación participante, el grupo focal y la entrevista semiestructurada. Martínez (2006) agrega que las investigaciones con buena confiabilidad son aquellas que guardan congruencia, presentan estabilidad y brindan seguridad, aspectos que se tuvieron presentes en el desarrollo de la investigación.

Para Katayama (2014) “la validez corresponde a la pertinencia de los datos muestrales recolectados” (Katayama Omura, 2014, p 96), por su parte Martínez (2006) considera que

las investigaciones presentan alto nivel de validez toda vez que los resultados muestren lo más clara y completamente posible la realidad estudiada, por ende una vez obtenidos los resultados, estos fueron socializados a los participantes.

Ahora bien, dentro de los procesos investigativos, se hace fundamental conservar la confidencialidad desde el punto de vista ético, con plena reserva de la información recolectada por cada participante. Para lo cual, antes del inicio del proceso práctico de recolección de información, a cada persona se le dio a conocer de manera detallada los objetivos de la investigación, para asegurar la confidencialidad de cada participante, se establecieron códigos secuenciales que corresponden al número de microterritorio al que pertenecen los participantes.

## **CAPÍTULO 2. Elementos teórico-conceptuales del objeto de estudio**

### **2.1 Marco teórico**

En el presente apartado, se busca abordar de manera teórica cada una de las categorías de análisis que se propusieron como respuesta al problema investigativo, tomando como base la revisión analítica de las posturas de autores que aportan determinantes clave al objeto de estudio.

#### **2.1.1 Participación Comunitaria**

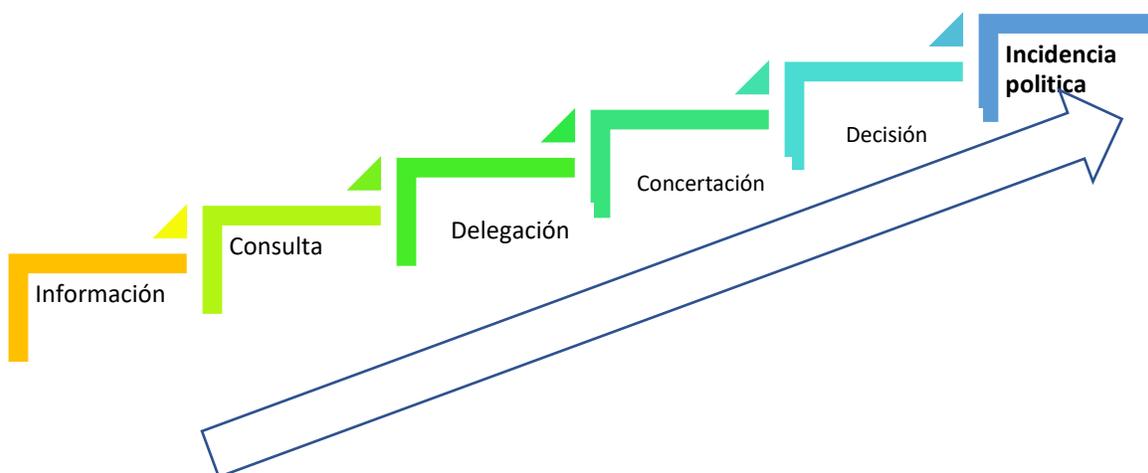
Tanto para Aristóteles (1873) como para Habermas (1992) y Foucault (2004) el hombre es un ser naturalmente sociable, configurándose la sociabilidad como una necesidad no tangible de la humanidad, cuya expresión se genera mediante la comunicación y es precisamente la comunicación la que facilita el acceso a otras dimensiones más particulares como la **participación**.

Diversos pensadores Bobbio (2005), Rousseau (2007), Smith (1996) han estudiado y articulado la participación en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, unos relacionados con la participación representativa (Bobbio 2005), otros presentan una postura de participación democrática en la cual se le otorga mayor poder a la ciudadanía, permitiendo que los ciudadanos se involucren en las etapas del quehacer público (Rousseau, 2007, Giddens, 2000), y otros por su parte, aluden la participación inmersa en las prácticas de mercado (Smith 1996), siendo sin lugar a dudas la participación como la comprenden Burin, Karl, & Levin (2014) un ejercicio de poder que tienen todas las personas para actuar en la cotidianidad, tomar decisiones y transformar realidades.

La participación como proceso contiene diversos niveles que varían según la forma como se asuma la misma en prácticas colectivas de los intereses de quienes participan, es decir, que pueden establecerse grados de participación que escalonan de menor a mayor intensidad (Geilfus 2009, Robirosa, Cardarelli, & LaPalma 1990, Aguilar & Ander-Egg 1992).

A continuación, se presentan los grados o niveles que determinan la manera como la sociedad asume la participación y el rol que se ejerce en cada proceso, lo cual permite identificar el grado de poder de la sociedad en su actuar en lo público.

## ESQUEMA 2. NIVELES DE LA PARTICIPACIÓN



Esquema No 2. Niveles de participación. Elaboración propia (2020) con base a Geilfus 2009, Robirosa y otros 1990, Aguilar & Ander-Egg 1992.

- **Información:** La sociedad asume un rol pasivo de receptividad, sin contar con ninguna incidencia en las decisiones ya tomadas desde “arriba”, se considera el nivel más básico de la participación. Siguiendo a Aguilar & Ander-Egg (1992) este tipo de participación sostiene las relaciones de dependencia entre quienes ejercen y reciben el poder.
- **Consulta:** la parte ejecutora se dirige a la ciudadanía para conocer las opiniones, sugerencias y necesidades de la comunidad para priorizar problemáticas para ser abordadas en la gestión pública. A pesar de que las personas son escuchadas no tienen injerencia en la toma de decisiones. Aguilar & Ander-Egg (1992), en este nivel de participación, diferencian la consulta facultativa (la participación se genera a voluntad de quienes toman decisiones) de la consulta obligatoria (se crean disposiciones que hacen de la consulta un aspecto de obligatoriedad).

- **Delegación:** en este nivel se transfieren responsabilidades y se otorgan funciones a los participantes, generalmente se da mediante la elección de representantes a quienes se les otorga facultades para la toma de decisiones. Mediante la participación por delegación se inicia el papel activo de la ciudadanía en la cuestión pública.
- **Concertación:** se entiende como los acuerdos a través de los cuales grupos de personas con mayor y menor poder, definen alternativas y medios de solución para afrontar una problemática ó necesidad. La participación desde la concertación implica la armonización conjunta de ideas para alcanzar objetivos.
- **Desición:** se logra cuando la participación de las personas alcanza la adopción de ideas ó actuaciones en la gestión pública
- **Incidencia política:** para Palacios (2006) este tipo de participación corresponde al actuar de la ciudadanía organizada quienes mediante sus esfuerzos influyen en la formulación e implementación de las políticas y programas públicos, siendo así la incidencia política desde la participación la herramienta-técnica mediante la cual la sociedad hace sentir su poder, ganando influencia sobre las decisiones o procedimientos de la gestión pública.

Así las cosas, participar siguiendo a Robirosa, et al. (1990) “significa tomar parte de algo con otros, significa repartir o entrar activamente en la distribución de responsabilidades, compromisos” (Robirosa, Cardarelli, & LaPalma, 1990, p 18). También implica el ejercicio del derecho, siendo el derecho a participar transversal a las políticas públicas (Cunill 2010, Pautassi 2007, Rodríguez & Josh 2007) por lo cual el ejercicio de la participación resultar ser “un verdadero instrumento de *acción política*” (Guimenez, 2005, p 13).

Burin, Karl, & Levin (2014), articulan la propuesta de Robirosa, et al. (1990) y Cunill (2019) al considerar la participación como un proceso de carácter social que supone la articulación de derechos y responsabilidades, es una acción emprendida por un individuo o conjunto de individuos, cuyo rol se desempeña como actores sociales activos y con poder de decisión frente a la dinámica cotidiana que afecta directa o indirectamente su calidad de vida y salud, cambiando de esta manera la actitud pasiva y dependiente a un sistema por una actitud proactiva, interesada, propositiva y consiente en la demanda de un derecho.

Para este estudio, se analiza la participación desde la colectividad como parte de la organización y actuar en comunidad, configurándose así la **participación comunitaria** como uno de los ejes de interés, ya que supone el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en la agenda pública, siguiendo a Vargas (2011) la participación comunitaria es aquella que busca “la vinculación de vecinos, usuarios, comunidades, grupos minoritarios y toda suerte de organizaciones no gubernamentales a la gestión pública en sus diversos niveles de gobierno” (Vargas, 2011, p 129) .

Por su parte, Aguilar (2001) reafirma los postulados de Burin, et al. (2014) al mencionar que la participación comunitaria es un proceso social, mediante el cual agrupaciones específicas que comparten intereses, necesidades, problemáticas y que habitan una misma comunidad; se integran, buscan y articulan mecanismos que les permiten la toma de decisiones para atender o dar respuesta a esas necesidades.

Este tipo de participación también supone procesos autogestivos, que brindan a la comunidad “autosuficiencia e interdependencia, aumentando su nivel de autonomía, teniendo implicaciones políticas que activan el ejercicio del poder y por ende el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base” (Bronfman & Gleizer, 1994, p 112). Habermas (2003) y Guiddens (2000) aportan a la participación como derecho de la que habla Cunill (2010), la participación desde la autonomía de Bronfman & Gleizer (1994) y a la participación como ejercicio de poder de Burin et al. (2014), la implementación de mecanismos de diálogo entre los gobernantes y gobernados para la toma de decisiones de carácter público.

Para el presente caso de estudio se retoman elementos de la participación comunitaria, desde los diversos niveles de participación y mecanismos de diálogo que generan herramientas para el ejercicio del poder de la comunidad ante lo público, siendo las formas de articulación de las acciones colectivas las que conllevan a evidenciar el tema de las demandas sociales y el despliegue de la capacidad de acción y diálogo de la sociedad civil en el ámbito público-

político, estando caracterizado lo público en palabras de Arendt (1997) por la primicia de la igualdad, la libertad, el lenguaje y dialogo.

### **2.1.2 Sociedad civil**

Establecer un marco de comprensión y análisis de la sociedad civil, implica abordar las relaciones y vínculos existentes entre la sociedad civil y el Estado, siguiendo a Gramsci, (1972) el Estado es el interprete y gestor de los consensos de la sociedad, mientras que para De Sousa Santos (2005) y Hegel (1987) la sociedad civil nace en contraposición al estado de naturaleza ó estado natural, generandose una relación antinómica entre la sociedad civil y Estado. Gramsci (1972) no obstante, comprende al Estado como interprete de las necesidades de la sociedad, en sus cuadernos de la cárcel (1999) dio un nuevo sentido a la sociedad civil desde el actuar de esta a las *estrategias de acción*, constituyendose la sociedad civil en un espacio de generación de consenso mientras que el Estado era el encargado de la coersión.

Por su parte Aristóteles (1873), de acuerdo al concepto tradicional, relacionaba la sociedad civil con la sociedad política, siendo para el autor, la sociedad civil la simetría del ser ciudadano y el reflejo de las libertades políticas y libertades de mercado. Luego entonces, la sociedad civil en palabras de Rodríguez (1997) “es el resultado de la reflexión sobre los procesos interdependientes derivados de las relaciones entre el Estado, el mercado y los ciudadanos” (Rodríguez 1997, p 18).

Ante estos planteamientos Chatterjee (2008) relaciona la sociedad civil a partir de la complejidad de los fenomenos políticos contemporaneos, aludiendo que entre la simetría del ser ciudadano y libertades políticas y de mercado, la sociedad civil actua desde las bases de la igualdad, autonomia, proceso deliberativos en la toma de desiciones, enfoque de derechos, entre otros aspectos. Para el autor la idea de la sociedad civil fue implementada como mecanismo para diferenciar la sociedad del Estado.

De Piero (2020) al igual que Rodríguez (1997) reconoce que la sociedad civil no es agena a las relaciones del Estado y mercado, puesto que sus “intervenciones se manifiestan e influyen en el campo de lo político, económico, social y cultural al trabajar y buscar la representación

de los derechos, del espacio público, de tradiciones y opciones culturales o sociales” (De Piero, 2020, p 48).

De acuerdo con el autor, se considera que la sociedad civil es un espacio en el cual la ciudadanía puede expresar sus demandas, sus sentires y necesidades ejerciendo actuar generalmente de manera colectiva en la toma de decisiones del ámbito público. En este sentido, Habermas (1992), otorga a la sociedad civil el papel fundamental de promover democracias mayormente inclusivas.

Por su parte, Oxhorn (1995) aporta el elemento de la *territorialidad* en la comprensión de la sociedad civil, para el autor la sociedad civil es “el tejido social formado por una multiplicidad de unidades territorialmente autoconstruidas y funcionalmente basadas, las cuales coexisten pacíficamente y resisten colectivamente la subordinación al Estado, al mismo tiempo que exigen inclusión dentro de las estructuras políticas nacionales” (Oxhorn, 1995, p 251).

En este orden, la sociedad civil organizada ó las organizaciones de la sociedad civil en adelante OSC, surgen como iniciativas ciudadanas, las cuales no hacen parte o precisamente no nacen dentro de las directrices esencialmente estatales, ni tampoco de carácter económico, sino que actúan en la contribución a una sociedad más equitativa y diversa. En palabras de Urteaga (2008) la sociedad civil actúa en pro de constituir un “reequilibrio” entre los poderes políticos y ciudadanos.

Por su parte Oxhorn (1995), desde el enfoque colectivista de la sociedad civil vislumbra la importancia de comprender las relaciones entre organización y relaciones de poder, siendo así la sociedad civil organizada el complemento de las prácticas democráticas del Estado o del gobierno de turno.

Desde esta perspectiva, las OSC por decirlo de alguna manera, reglamentan la relación del Estado con la ciudadanía, mediante una trama organizada de la sociedad civil reflejada en movimientos sociales, Organizaciones No Gubernamentales - tercer sector y el caso de

interés de la presente tesis las organizaciones comunitarias como expresión de esta figura organizativa y participativa.

De esta forma, “la sociedad civil es el espacio de la solidaridad y el intercambio entre personas que se sienten vinculadas por lazos comunes” (De Piero, 2020, p 53), aspecto que reafirma Marchioni (2002) al percibir las organizaciones de la sociedad civil de base comunitaria como procesos organizados con libertades, de orden colectivo en el cual existen grados de compromiso con valores y objetivos compartidos que buscan la atención a las demandas y generación de transformaciones comunitarias, siendo así uno de los escenarios de descentralización del poder.

Es entonces la sociedad civil, para el presente estudio, un proceso de acción colectiva heterogéneo, fortalecido, articulado y comprometido, que busca el equilibrio del poder desde la organización; cuyas identidades, prácticas discursivas y aspectos propios de territorio y territorialidad propenden la lucha histórica de la garantía de los derechos humanos, estableciendo consensos entre el Estado y la sociedad para la toma de decisiones e intervención en las diferentes esferas de la agenda pública, desde el accionar autónomo en búsqueda de la emancipación.

### **2.1.3 Incidencia Política**

En el abordaje de esta categoría, resulta indispensable la comprensión de las lógicas de *poder* que sin lograr a dudas se ven reflejadas en la cotidianidad. Rosenfeld (2005), Svampa (2009), González Bombal & Villar (2004) y Acuña & Vacchieri (2007), concuerdan en mencionar que la incidencia política se genera cuando la sociedad civil organizada hace sentir su poder e interviene de manera activa en la agenda pública como parte del ejercicio democrático.

Pensadores como los filósofos franceses Michael Foucault (1976 y 2009) y Deleuze (2002), han estudiado de manera detallada los sistemas de poder, brindando así aportes significativos al caso de estudio. Foucault (2009) asocia el ejercicio del poder desde el *cuero individual* – **biopoder** que interpretado desde la biomedicina tiene relación con patrones de lo

normal/anormal dando origen a las disciplinas y la institucionalidad (cárcel, hospitales, escuela). El poder desde el *cuero social o comunitario* tiene que ver con la **biopolítica**, donde es el Estado quien produce y regula la sociedad.

Deleuze extiende el análisis del poder desde un abordaje de la relación de las fuerzas, para el autor, cualquier fuerza interacciona con el ejercicio de otra fuerza, siendo estas de carácter plural y activo. Para este pensador las fuerzas pueden ser desarrolladas desde lo cualitativo que relaciona con fuerzas activas y reactivas y desde lo cuantitativo ligado a la “cantidad de potencia”. Se relaciona así la incidencia política desde el ejercicio de las fuerzas activas que de acuerdo al autor siempre sostienen una tensión, una lucha y se dirigen hacia el desarrollo del poder.

Las fuerzas activas surgen desde el actuar, donde elementos como la apropiación y el empoderamiento configuran lo que el autor determina como fuerzas positivas, creadoras y transformadoras, siendo el poder actuación y transformación. Foucault no habla de fuerzas reactivas sino de resistencias, tanto para Foucault como para Deleuze no existe poder sin resistencia.

Siguiendo a estos pensadores, si el poder se genera desde el biopoder, la resistencia surge del poder de la vida, que se enfoca en la capacidad de las fuerzas en resistir de manera activa contra el poder que busca la dominación. Así, ante las lógicas de biopoder y biopolítica existen otras fuerzas que desde su actuar colectivo generan fuerzas reactivas que requieren de potencia y resistencia para la injerencia en lo público.

Tanto el biopoder como la biopolítica tienen por objeto establecer parámetros para la normalización de la sociedad, esto de la mano del estado Neoliberal cuyo sistema de control se genera en el capitalismo, estableciendo así un orden social capitalista. Resulta entonces indispensable redefinir ó equilibrar estos sistemas de poder entre el Estado y la sociedad, ya que como bien lo plantean González Bombal & Campetella (2014) el ejercicio de las políticas siguen “una logica desde arriba hacia abajo, es decir desde el Estado hacia la sociedad civil” (González Bombal & Campetella, 2014, p 330).

A pesar de ello, Svampa (2009) reconoce que en la dinámica política y social se han constituido nuevas formas de asumir el poder, que han ampliado la posibilidad de cambios en la relación de las fuerzas, intentando la articulación entre lo institucional y no institucional, entre la democracia representativa y la democracia participativa, entre el espacio público de carácter estatal y el espacio público no estatal, configurándose según la autora en una democracia desde la *demodiversidad* ó como diría De Sousa Santos (2004) “la coexistencia pacífica o conflictiva de diferentes modelos y prácticas democráticas” (De Sousa Santos, 2004, p 59).

Es precisamente en este flujo de intercambios de poder, donde sienta su actuar la sociedad civil buscando arreglos institucionales, nuevas formas de interacción y ejerciendo prácticas de resistencia. Rosenfeld (2005) atribuye que dado a esta modalidad de relación entre el Estado y la sociedad emergen nuevos actores y movimientos sociales que mediante la *acción colectiva* demandan respuestas a necesidades y buscan influir en la agenda pública.

En este orden, la incidencia política se presenta como el medio ó herramienta que identifica y promueve soluciones ante los problemas de la comunidad a través de procesos deliberativos, para Habermas (1992) la acción colectiva desde la deliberación de la que trata Rosenfeld (2005) se fortalece mediante procesos de comunicación que configuran las claves morales que optimizan la toma colectiva de decisiones y la inclusión del otro en el actuar político, suponiendo igualdad en la participación y el actuar público de los actores sociales que discuten sobre temas comunes y buscan su injerencia en las diferentes fases o etapas del ciclo de la política pública.

#### **2.1.4 Política Pública**

Desde las diferentes posturas, interpretaciones y conceptualizaciones respecto a las Políticas Públicas, se encuentran quienes las determinan como las decisiones tomadas frente a la cuestión social que implica como único actor el gobierno, en esta visión de orden más gubernamentalista se ubican autores como Jones (1970) y Dye (2008) quienes conciben que

la Política Pública en su totalidad se encuentra a cargo del accionar ó no accionar de los gobiernos; siendo el único y principal protagonista el Estado.

En contra parte, autores como Méndez (2015), Gradin (2013), Oszlak & O'Donnell (1982), Aguilar Villanueva (2012) y Tamayo Saéz (1997) hacen énfasis en que las Políticas Públicas son el resultado de la participación de actores tanto gubernamentales como no gubernamentales, ampliando así el horizonte para el abordaje de las Políticas Públicas en las cuales convergen tres de los pilares que dan fundamento a la presente investigación, siendo estos la sociedad civil, la participación comunitaria y la incidencia política; sin desconocer el Estado como uno de los agentes centrales de las mismas.

Así las cosas, se entiende que las Políticas Públicas son el resultado de la participación y las constantes interacciones del conjunto de actores políticos, institucionales y sociales cuyas acciones se interrelacionan y coordinan para el alcance de objetivos. Méndez (2015) comprende la política pública desde la ejecución de acciones relacionadas con estrategias de solución u alcance de objetivos, a lo cual Gradin (2013) agrega que las políticas públicas hacen parte de un “proceso social, que se construye alrededor del surgimiento, desarrollo y resolución de cuestiones problemáticas de una sociedad” (Gradin, 2013, p 24), siendo para la autora el Estado parte de la diversidad de actores que se articulan en el accionar público.

Manteniendo la línea de acción de la Política Pública, tanto Méndez (2015), como Oszlak y O'Donnell (1981) y Kraft & Furlong (2006) concuerdan en la comprensión de las mismas desde el conjunto de acciones u omisiones gubernamentales en relación con la cuestión que demanda atención. A lo que Aguilar Villanueva (2012) plantea la Política Pública como el “producto de la interacción gobierno–sociedad, una obra coproducida por el poder público y el público ciudadano según diversas formas y grados de interlocución e influencia. Las políticas públicas son una obra pública y no sólo gubernamental” (Aguilar Villanueva, 2012, p 20).

Ese modelo de interacción gobierno-sociedad, es analizado por Roth (2008) bajo una tendencia instrumentalista de proceso estilo “top-down”, es decir de arriba hacia abajo en la

interacción de la política pública con la sociedad civil, en palabras de Chaparro (2011) “existe una cadena de implementación que empieza con un documento de política en la cima desde donde se desprenden las acciones de los actores de los otros niveles en orden descendente” (Chaparro, 2011, p 13).

Para Aguilar Villanueva (2012) este tipo de gobernanza jerárquica en la actualidad resulta ser insuficiente; ya que limita el esquema de análisis, formulación y ejecución de las políticas públicas. Siguiendo al autor, si bien el aparato Estatal sigue siendo una instancia relevante y potente en el quehacer público, comprender la política pública desde este solo actor resulta ser insuficiente puesto que para el cumplimiento de las funciones públicas y alcance de objetivos, se requiere de la articulación de acciones entre el Estado y actores extragubernamentales, para así alcanzar según el autor un futuro social de prosperidad y equidad.

Para el alcance de objetivos y atención a las demandas de la sociedad, las políticas públicas al igual que la participación, atraviesan por diversas etapas que se configuran como procesos cíclicos de carácter no lineal que se articulan con la actuación de la multiplicidad de actores que intervienen en estas etapas. Parsons (2005) establece 7 pasos como parte del ciclo de la política pública: 1. Identificación del Problema, 2. Definición del problema, 3. Identificación de alternativas, respuestas ó soluciones, 4. Evaluación de opciones, 5. Selección de la opción, 6. Implementación y 7. Evaluación.

Por su parte, Knoepfel (2003) integra en un ciclo el surgimiento y definición del problema, seguido de la inclusión en la agenda y agrega al ciclo de la política la retroalimentación, mientras que Nogueira (1997) incluye seguido de la evaluación la reformulación. Aguilar Villanueva (2012) considera importante la comunicación de la política antes de la implementación y evaluación. De los diversos modelos para el estudio del ciclo de la política (Parsons 2005, Knoepfel 2003, Martínez Nogueira 1997, Godoy 2009, Aguilar Villanueva 2012 y Tamayo 1997) se logra identificar concordancia entre los postulados, estableciendo que el ciclo de la política pública incluye las siguientes etapas:

### ESQUEMA 3. CICLO DE LA POLÍTICA PÚBLICA



Esquema No. 3 Ciclo de la política. Elaboración propia (2020) con base a Parsons 2005, Knoepfel 2003, Martínez Nogueira 1997, Godoy 2009, Aguilar Villanueva 2012 y Tamayo 1997 .

Para la presente tesis, se entiende la política pública como el resultado de la participación, toma de decisiones y acciones de numerosos actores políticos, gubernamentales y no gubernamentales, que interaccionan y actúan para el alcance de objetivos. Confluyendo en cada ciclo de política la interacción entre el gobierno y la sociedad. Siendo precisamente, en la política pública donde se articula la participación comunitaria de la sociedad civil que mediante el ejercicio del poder busca la incidencia política en la administración pública.

## **CAPITULO 3. La participación comunitaria como práctica de lenguaje, libertad, autonomía y flujo de poder**

### **3.1 Acción colectiva, acción pública, roles, procesos de interacción social que forjan la participación comunitaria**

La comprensión de la participación comunitaria tiene un trasfondo individual que trasciende a lo **social**, en el caso particular de los consejos de salud, la participación vista desde lo individual, se articula con el rol que asume cada participante en estos escenarios ya que el actuar en el sector público implica lo que proponen Robirosa, Cardarelli, & LaPalma (1990), “la participación de actores sociales con distintas racionalidades” (p 16).

Ante ello, Landau (2004/2005), refiere que en el proceso participativo existe una construcción del sujeto, a lo que el autor determina como *sujetos de gobierno*, que mediante prácticas discursivas producen nuevas conceptualizaciones frente a lo que se entiende por acción colectiva, acción pública, ejercicio del poder, entre otros. Para las personas entrevistadas, su participación en estos escenarios, da cuenta de los roles que asumen desde lo individual que se relacionan con la colectividad y articulan con los niveles de participación, identificando en este estudio diversas maneras de participar desde el ejercicio de roles (receptor, consulta, control, iniciativa).

En la articulación de este ejercicio de roles, se entiende la participación desde lo social que implica lo que diría Funes (2000) el comportamiento prosocial mediante el cual se busca la incorporación de acciones colectivas que demandan respuestas a necesidades u obtención de beneficios bien sean de orden público o particular. Siendo la participación un proceso social que involucra la interacción de personas o grupos de personas en un contexto determinado.

Los consejeros (as) de salud entrevistados (as), reconocen como parte de la participación la **interacción social** que se genera con el otro que comparte intereses y necesidades, como lo manifiesta uno de los líderes entrevistados “*cuando participamos nos conocemos con los vecinos, a veces uno en el afán del día no sabe ni quien vive al lado, en estos espacios uno habla, se conoce con la gente y dice lo que se necesita, el consejo además de buscar solución*”

*a las necesidades del barrio o localidad, es un espacio que nos permite interactuar y construir con el otro ”, (entrevistas 7 y 13, mct 14 y 105).*

Para Habermas (1992) esta característica social de interacción desde la participación se considera como la necesidad humana de involucrarse con otro, compartiendo expectativas de acción, en un contexto común mediado por el lenguaje. En concordancia con el autor, todos los sujetos son capaces de lenguaje y acción, “con esta práctica comunicativa se aseguran a la vez del contexto común de sus vidas, del mundo de la vida que intersubjetivamente comparten”. (Habermas, 1992, p 30).

Por su parte Estrada (1995) refiere que la participación es el medio predilecto de socialización de decisiones y desarrollo de acciones colectivas mediante la intervención de actores en la esfera pública, para este autor, la participación es el medio de interacción entre lo comunitario y político. Aspectos que resaltan los consejeros de salud al considerar estos espacios de participación como el escenario necesario de articulación social e institucional donde se comparten experiencias, se demandan respuestas y se proponen alternativas.

En línea con uno de los testimonios de los entrevistados *“uno siente que en el consejo se tiene más de cerca al Estado, a través del consejo uno expresa sus ideas y siente que en estos espacios se escucha la voz del pueblo [...] a mí me gusta participar porque uno se entretiene, aporta y además está haciendo algo por la sociedad al establecer articulación con el hospital que a su vez se articula con el gobierno y de esa interacción algo se construye para el bien común”* (entrevista 9, mct 13. 10/09/2016)

Arendt (1996) realiza una interpretación bastante acertada de la acción como parte de la participación; desde el discurso que habla Habermas y a su vez del accionar desde la pluralidad. En concordancia con la autora, desde la diversidad humana el hombre construye con el otro, siendo mediante “la comunicación en el lenguaje y en el discurso, como afirma, niega, cuestiona y comunica su proceder en ese espacio de donde se entrecruzan la pluralidad de acciones, intereses, cuyo objetivo es la transformación permanente del mundo y la

concreción de su poder de consensuar” (Arendt, p 202), siendo inviable actuar desde la individualidad.

De Piero (2020) concuerda con Habermas y Arendt al considerar el dialogo como medio de fortalecimiento de los lazos de pertenencia de los miembros de la comunidad, donde toma relevanza la integración y contrucción de lo que el autor menciona como un nosotros, no de cara a la exclusión de las diferencias, sino en búsqueda de la intregación, siendo la participación de la sociedad civil un escenario autónomo que integra diversidad de actores sociales dotados de capacidades y libertades para el actuar político, aspectos que se desarrollarán más adelante.

Ante ello, los consejeros de salud entienden la participación comunitaria como una construcción colectiva mediada por la acción de comunicar *“en el consejo de salud, todos venimos llenos de cosas personales, cada quien tiene su punto de vista, pero lo más importante es que nos comprendemos y articulamos en un mismo fin, pues como dice una compañera del consejo, desde la desunión no se logra nada, [...]los cambios se logran de manera colectiva y es mediante el dialogo como se logran acuerdos* (entrevista 1, mct 10. 10/09/2016 ).

### **3.2 Participación comunitaria en prácticas discursivas, un camino hacia la garantía de derechos, libertades y autonomía.**

Para los consejeros, la participación además de permitir la interacción entre lo comunitario y lo público, representa también el ejercicio del **derecho** *“todos tenemos derecho a participar, hay que hacer valer ese derecho, muchas veces hay gente que no le gusta participar, así se va perdiendo el derecho, hay que comprometerse y enseñarle a la gente la importancia de participa [...] participar es un derecho y además ayuda a conocer los otros derechos, se debe ayudarle a la comunidad a conocer los derechos que sean respetados”*(entrevista 30, mct 4. 10/09/2016).

Desde la perspectiva de la participación como derecho, siguiendo a Cunill (2010) esta, además de encontrarse vinculada con la exigibilidad de los derechos, resulta ser un derecho en sí mismo y en la construcción de ciudadanía la participación también atiende a los deberes sociales, para una de las líderes entrevistadas *“uno como ciudadano tiene que ser corresponsable, así como exigimos la garantía de los derechos, tenemos que cumplir con nuestros deberes, en sí la participación es un derecho y un deber”*(entrevista 30, mct 4. 10/09/2016).

Pautassi (1999) anclando la participación al ejercicio de ciudadanía visualiza en la participación la garantía de derechos, deberes, libertades, poderes y responsabilidades, siendo desde esta perspectiva la participación un acto corresponsable en la igualdad de derechos y deberes ciudadanos *“la participación comunitaria no puede ser un mecanismo simplemente de demandas sociales, debe ser un espacio de construcción de responsabilidades conjuntas”* (López, 2017, p #), en este sentido una de las líderes entrevistadas resalta *“cuando uno decide participar es para comprometerse, uno adquiere responsabilidades, por ejemplo el mismo hecho de asistir a las reuniones, para mí eso ya es compromiso, sacar el tiempo para participar, no quedarse esperando que todo le llegue, hay que participar y hacer valer esa participación”*”(entrevista 10, mct 14. 10/09/2016).

Aspectos que reconocen los participantes en la presente investigación, pues sí bien, la participación en Colombia es consagrada como un derecho constitucional, implica el compromiso ciudadano de cara a la democracia participativa, lo cual siguiendo a Cruz (2015) involucra la participación cotidiana de la ciudadanía en la ejecución de las decisiones que le competen a la comunidad, lo cual requiere de la organización colectiva para el alcance de objetivos concretos. *“La constitución del 91, amplió las posibilidades de participar de otras maneras, antes se vía la participación desde el derecho al voto, ahora la comunidad puede tener actuación en lo público, que es de todos”* (...) *“El buen ciudadano es el que se interesa, se organiza, no solo para quejarse sino para actuar”* (entrevista 20, mct 3. 10/09/2016).

Retomando la participación desde el ejercicio de la ciudadanía de la que habla Pautassi (1999), para autores como Aristóteles (1873), Bobbio (2005), Dahl (1999), Locke, (1999),

Ovejero (2006) y Arendt (1996), la participación otorga la noción de libertad. Siguiendo a Arendt (1996) la libertad es la causa de que la sociedad viva en conjunto en una organización política, siendo así la libertad, el campo de actuación de la acción, en donde la sociedad civil tiene la oportunidad de asumir una participación activa en la vida política.

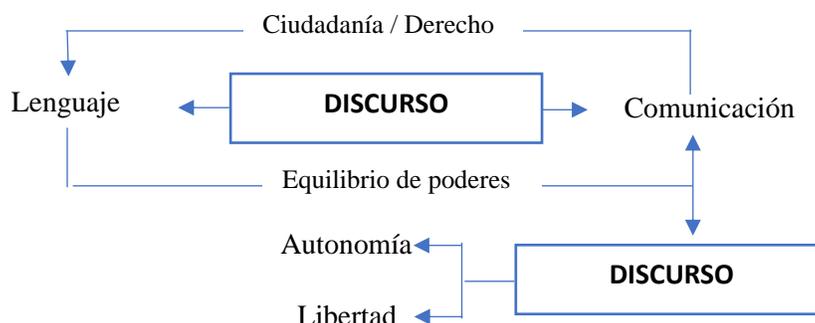
Luego entonces, la libertad implica la participación de la sociedad en la agenda pública que, mediante actos deliberativos cargados de lenguaje, tiene derecho a tomar parte de las decisiones que afecten su cotidianidad y contar con la posibilidad de incidir políticamente en el resultado final. Por su parte, Ovejero (2006) comprende la noción de libertad desde la participación como la ausencia de arbitrariedades, y no dominación entre quienes ejercen y reciben el poder, siendo en la libertad donde se reconoce la noción de ciudadano y el rol activo de la sociedad civil.

Articulado con la noción de libertad, la participación requiere de autonomía, siguiendo Guimenez (2005) la participación posibilita de manera práctica y simbólica la intervención de la comunidad en la discusión o decisión desde una posición social libre de “ataduras económicas, políticas, sociales y culturales” y a su vez es autónoma en el sentido de ejercer la participación y “elevar la palabra sin miramientos, sin temores a sufrir sanción de algún tipo” (Guimenez, 2005, p 16). Por su parte Bronfman & Gleizer (1994) incluyen los procesos de autonomía y democratización como parte del éxito de la participación comunitaria.

Esta noción de autonomía y libertad la resaltan los consejeros de salud, pues concideran que el deber ser de la participación corresponde a la acción con idependencia de los poderes políticos y economicos, así como la capacidad organizativa de manera libre, es decir, que la sociedad civil mediante la libertad ejerce su capacidad de desplegar su actuar y practicar una participación activa en el plano político *“las propuestas de participación deben integrar objetivos y dar respuestas a estos desde los aportes comunitarios, sin ser manipulados, pues la idea de una participación comunitaria es que la misma sociedad se organice y empiece a caminar, gestar sola, sin necesidad que le esten diciendo a uno que tiene que hacer o dejar hacer hacer, se supone que si uno participa y se interesa es porque uno tiene con que”* (entrevista 37, mct 106. 10/09/2016), *“estos procesos participativos demandan nuevas formas*

*de ver la participación, buscar nuevos liderazgos para ejercer la verdadera ciudadanía, ser más activo, más dinámico, más autónomo; sin tanta dependencia del gobierno” (entrevista 33, mct 32. 10/09/2016).*

#### ESQUEMA 4.ELEMENTOS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



Esquema No. 4 Elementos de la participación comunitaria. Elaboración propia (2020)

### 3.3 Niveles y vías de participación comunitaria en los consejos de salud, desafíos y retos en el empoderamiento comunitario

Los consejeros entrevistados identifican y reconocen la puesta epistemológica de los niveles de la participación, los cuales van desde la información hasta la incidencia política, Aguilar (2001) identifica seis niveles de participación de la comunidad, propiamente en experiencias promocionales y preventivas de la salud:

- *Participación nula:* para la autora este es el nivel más bajo de la participación, la cual se limita a la parte individual de pasividad en la recepción de un servicio y la actitud negativa del personal de salud ante la participación comunitaria.
- *Participación baja:* refiere a la recepción colectiva de los servicios promocionales y preventivos y una mejor predisposición del personal de salud ante la participación.
- *Participación restringida:* implica continuidad en las acciones colectivas y se induce al alcance de una participación más activa. “Los efectos palpables de este nivel de participación son la modificación de hábitos y estilos de vida y la constitución de grupos de mutuo apoyo” (Aguilar, 2001, p 17).

- *Participación moderada:* mediante la participación, la comunidad puede tomar ciertas decisiones, llevan a cabo actividades y aportan en la construcción ó elección de elementos de carácter educativo
- *Participación significativa:* se presenta continuidad de acciones en el tiempo, las cuales logran trascendencia en las desiciones intitucionales. Desde este nivel, se amplian las areas de participación
- *Participación amplia:* es el nivel más alto de participación, la autonomía y libertad hacen parte de la movilización comunitaria.

Para los consejeros de salud, los niveles de participación además de relacionarse con los roles tienen en cuenta aspectos referentes a la territorialidad, pues siguiendo a lo expuesto por los consejeros, a mayor existencia de necesidades y problemáticas mayor participación. Para Rofman (2014) la inserción territorial no solo se genera a nivel de vínculos de los miembros, sino también en la orientación de acciones de cara a la respuesta a problemáticas sentidas en el entorno más cercano, la participación comunitaria en la mayoría de veces surge y se fortalece en momentos de crisis.

Durante el desarrollo de la presente investigación, se logró evidenciar que los consejos de salud organizados en los microterritorios (MCT) con necesidades mayormente sentidas lograban escalar de la participación comunitaria nula o baja a la participación significativa alcanzando en ocasiones a la participación amplia de la que habla Aguilar. Mientras que las personas cuyo espacio territorial se encuentra en un nivel socioeconómico medio ubican su actuar desde la participación restringida a moderada.

Dentro de la participación baja, se puede mencionar la experiencia del barrio Villa del Río, ubicado en UPZ Apogeo, el cual siguiendo a García (2013) se encuentra catalogado como un barrio con estrato socioeconómico<sup>2</sup> tres. En este barrio la participación comunitaria baja se

---

<sup>2</sup> El estrato socioeconómico según el Departamento Nacional de Planeación – DNP (2020) es entendido como una clasificación de los domicilios o viviendas a partir de sus características físicas y de su entorno, estos se dan en seis grupos donde el estrato más bajo es el uno y el más alto es el seis, entre los cuales se tienen en cuenta el nivel de pobreza, los servicios públicos con que cuenta la vivienda, la ubicación (urbana, rural), entre otros.

relaciona con las actividades educativas en salud dirigidas a madres gestantes identificadas por los consejeros, que a diferencia de la participación nula se realiza de forma colectiva, donde las participantes asumen el nivel de participación de carácter informativo, presentándose como un potencial para el inicio de acciones participativas más activas.

De participación restringida de nivel consultivo, se encuentra la experiencia del barrio Carbonell, Piamonte y Olarte, MCT 1, 22 y 10 respectivamente (estrato socioeconómico 2); en los cuales grupos comunitarios se reúnen con cierta continuidad en los programas de educación en salud, sintiéndose participes de su salud y comprendiendo que esta es responsabilidad de ellos y no solamente del personal de salud. En este tipo de participación se logran avances en cuanto a mejora en hábitos y se inicia grupos o asociaciones de apoyo mutuo, para el caso de estudio, la participación comunitaria desde el nivel restringido logró la conformación del grupo de personas mayores, llamado “mis años dorados” quienes participaban en cursos y talleres con periodos de tiempo más o menos prolongados.

Como experiencia de participación moderada para este estudio articulada con el nivel de participación por delegación, se rescata el grado de implicación alcanzado por los consejeros de salud del barrio Llano Oriental (estrato socioeconómico 2), quienes lograron mayores avances en participación comunitaria que en los casos anteriores, llegando a lo que diría Aguilar (2001) la toma de decisiones sobre el diseño de acciones, ejecución de actividades y elaboración de instrumentos, teniendo la participación de la comunidad mayor protagonismo ante la institucionalidad.

Tal es el caso de la propuesta de los consejeros de salud de realizar el “carnaval del ambiente y recuperación del espacio público” donde desde sus propuestas se logró la participación de un gran número de habitantes de los microterritorios que compartían el sentir de cuidar el entorno y potenciar el respeto por el espacio público, incorporándose esta actividad como parte de las actividades anuales de integración entre la comunidad y la institucionalidad.

## FOTOGRAFÍA 1. CARNAVAL DEL AMBIENTE Y RECUPERACIÓN DEL ESPACIO PÚBLICO



Fotografía No. 1. Carnaval del ambiente y recuperación del espacio público. Elaboración propia (2016)

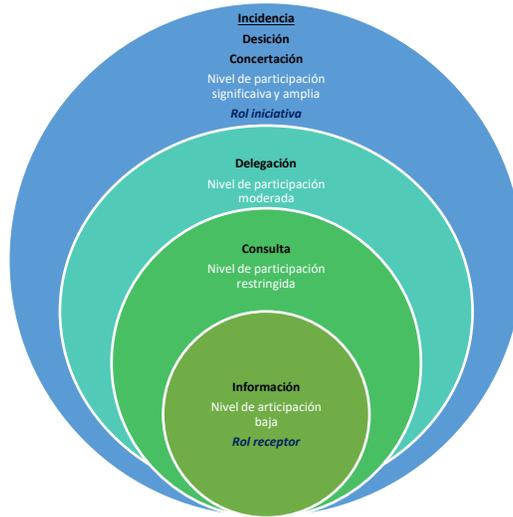
En términos de participación significativa y amplia<sup>3</sup>, que transcurren desde los niveles de la concertación, decisión e incidencia, teniendo en cuenta elementos claves de la participación como la libertad, autonomía y búsqueda del equilibrio de poderes; se pueden destacar cuatro experiencias significativas en torno al actuar de los consejeros de salud desde la movilización social involucrando otros actores para el cuidado y conservación del humedal Tibanica.

Así como la demanda de la sociedad civil organizada para la construcción de un centro de salud en el barrio San Bernardino, uno de los sectores más vulnerables de la localidad y el esfuerzo de los consejeros de salud en influir políticamente para la generación de políticas diferenciales que permitieran la disminución del consumo de sustancias psicoactivas y actos violentos de los jóvenes barristas del barrio Atalayas, así como la implementación de un modelo de atención integral para la mujer.

---

<sup>3</sup> Es de mencionar que estas experiencias se generaron en los barrios con estrato de nivel socioeconómico uno.

## ESQUEMA 5. TIPO Y NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LOS CONSEJEROS DE SALUD



Esquema No. 5 Tipo y niveles de participación de los consejeros de salud. Elaboración propia (2020) con base a Geilfus (2009), Robirosa, Cardarelli, & LaPalma (1990) y Aguilar (2001)

El Grupo de Estudios de la OMS (1991), además de los niveles de la participación señalados en este estudio, indica que la participación se puede interpretar en tres vías distintas, la participación como *contribución* (la comunidad que participa contribuye en trabajo, dinero, materiales), “*los consejeros aportamos lo que tenemos, nuestras ganas de sacar adelante nuestro barrio, nuestro territorio, soy de las personas que piensa que cada uno tiene algo por aportar y desde ahí surgen buenas cosas, aquí en el consejo nos articulamos y apoyamos unos con otros*” (entrevista 11, mct 14. 10/09/2016) “*uno viviendo toda la vida en esta zona, es el que más conoce lo que se requiere y como se puede hacer para solucionar, pues estamos dispuestos a colaborar en lo que se necesite*” (entrevista 26, mct 3. 10/09/2016).

La segunda vía corresponde a la participación como *organización*, en donde la creación de espacios adecuados permiten y fortalecen la participación, es mediante la organización donde la acción colectiva recobra sentido “*la participación debe tener un escenario donde surgir y debe ser organizada, no tiene sentido participar sin saber a dónde se quiere llegar, así como el Estado tiene su estructura, se organiza...la sociedad civil también se debe organizar para funcionar*” (entrevista 4, mct 1. 10/09/2016) “*se debe tener una visión de lo que se hace y como*

*se hace, organizar ideas, si uno participa sin organizarse, para mí la participación no tendría sentido, se estaría cumpliendo nada más con un requisito como por ejemplo asistir a las votaciones”* (entrevista 38, mct 8. 10/09/2016)

La tercer y última vía corresponde a la participación como *dotación de poder, fortalecimiento, empoderamiento ó incidencia política*; resultando como uno de los principales éxitos de la participación comunitaria. Siguiendo Bronfman & Gleizer (1994), la participación comunitaria en salud, más allá de determinar el impacto en la salud, debe ser “examinada desde sus efectos en la vida social de la comunidad, analizando sus consecuencias para promover la autonomía y la democratización” (Bronfman & Gleizer, 1994, p 120). *“la unica manera de que se logren cambios y se resista ante las negligencias del gobierno es empoderarse, fortalecer el actuar de estos escenarios de participación”* (entrevista 34, mct 32. 10/09/2016), *“nosotros buscamos que mediante nuestro actuar colectivo, se nos permita intervenir en lo público, para eso debemos actuar con compromiso y berraquera”* (entrevista 12, mct 13. 10/09/2016).

En efecto, la participación comunitaria integra multiciplidad de dimensiones o elementos (ver esquema No. 4) que se relacionan alrededor de los discursos y sentires de diversos actores sociales y contextos sociopolíticos, que generan la existencia de los niveles de participación articulados con las formas de organización. Para los participantes del presente estudio, la participación comunitaria desde los consejos de salud se encuentra fortalecida en cuanto lo conceptual y legal, sin embargo presenta retos en la parte operativa, lo cual implica definir la participacion desde su fin de garantizar la libertad, fortalecimiento de la autonomía, permitir el flujo del poder, de forma tal que las propuestas e ideas comunitarias gestadas en estos espacios logren impactar la agenda pública.

En base a ello, la participación comunitaria en salud, se determina como un proceso en el que la sociedad civil en el ejercicio del derecho, asume distintos niveles de compromiso y responsabilidades, comparten intereses, identifican necesidades, proponen soluciones, se organizan para dar continuidad a los procesos y en general mediante su actuar colectivo,

contribuyen a la generación de cambios que buscan la incidencia política democrática y deliberativamente.

## **CAPITULO 4. La sociedad civil de cara a la atención primaria en salud. Identidad y lazos colectivos en la acción pública estatal**

### **4.1 Heterogeneidad de la sociedad civil, nivel socioeconómico y ciclo vital, una reflexión necesaria en torno a la perspectiva de género**

Como punto de partida del presente capítulo, se propone el análisis de la sociedad civil desde su composición de heterogeneidad, ya que siguiendo a De Piero (2020) la sociedad civil se caracteriza por las diversas expresiones de las demandas de la sociedad y de sus identidades colectivas. En esta misma línea Dagnino, Olvera, & Panfichi (2006) comprenden la sociedad civil desde su conformación por la heterogeneidad de actores civiles quienes contruyen diversidad de prácticas y proyectos.

Desde esta base heterogénea de la sociedad civil, resulta interesante visualizar las *características* de los consejeros de salud, aspecto que se torna significativo ya que la participación de la sociedad civil según lo planteado por Sánchez (1996) es un proceso dinámico, oscilante que se puede definir de acuerdo a las características del contexto social y político, así como del momento en que se realiza, y adquiere diferentes sentidos si se la considera como fin en sí misma, o como medio para lograr ciertas metas.

La siguiente tabla muestra las principales características de la sociedad civil organizada mediante la modalidad de consejos de salud. Dichas características permiten comprender las particularidades de organización y posturas de acción que brindan elementos claves para el análisis, dando como resultado las características de los consejos de salud relacionadas con el nivel socioeconómico, ciclo vital y género, aspectos que se abordan seguido de la tabla<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Los círculos con números señalados en cada ítem (edad, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, sexo y tiempo de vinculación) corresponden a la cantidad de respuesta de los líderes en cada rango.

**TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE VINCULACIÓN DE LOS CONSEJOS**

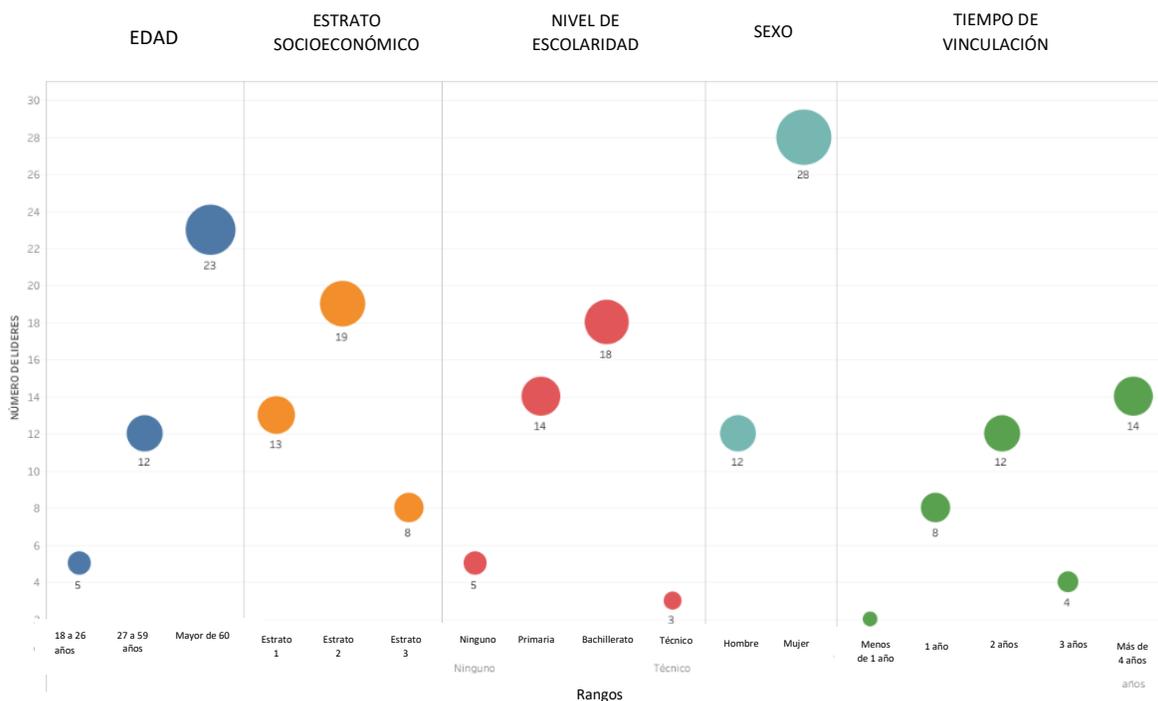


Tabla No. 2 Características de vinculación de los consejos de salud. Elaboración propia (2020)

### Sociedad civil y nivel socioeconómico

Dentro de las principales características de la sociedad civil desde los consejos de salud, se encontró que la mayoría de los líderes y lideresas entrevistados (as) pertenecen a los estratos socioeconómicos uno (13 participantes) y dos (19 participantes), tan solo 8 de los participantes se ubican en el estrato tres, estratos que según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) albergan a los habitantes de menores recursos, aspectos que de cierta manera permiten evidenciar que esta forma de organización corresponde a lo que diría De Piero (2020) “la conformación de una nueva sociedad donde el empobrecimiento transforma las prácticas cotidianas de las personas, modifica la realidad urbana y presenta la emergencia de nuevos actores sociales que se organizan ante la crisis” (p 120).

Para los consejeros entrevistados, la noción de necesidad – carencia- pobreza configura una de las principales razones de organización y participación en lo público, como bien titula Brancoli (2010) su obra *Donde hay una necesidad, nace una organización*, en palabras de una de las consejeras entrevistadas “*no nos podemos quedar cruzados de brazos viendo como el barrio necesita de la organización de nosotros, que somos los que vivimos aquí, uno no puede dejar que las cosas pasen sin actuar, este barrio tiene muchas necesidades que necesitan ser resueltas [...] la pobreza es la que nos hace movernos*” (entrevista 6, mct 127. 10/09/2016).

### **Sociedad civil y ciclo vital**

Se parte desde la reflexión de la importancia de la participación de las personas mayores en la construcción de la sociedad civil, puesto que, de las 40 personas entrevistadas, 23 se encuentran en la etapa de ciclo vital de vejez, seguido de 12 cuyo ciclo vital es adultez y 5 de los entrevistados se ubican en el ciclo de adulto joven. Ante ello, se hace pertinente mencionar que la realidad y contexto que rodea a las personas mayores ha sido sometido a constantes debates que han aportado en mayor o menor grado a fomentar o limitar la participación de este grupo poblacional.

Respondiendo a la lógica del sistema capitalista se ubica a la vejez en una situación de pasividad y constante control, debido a la supuesta pérdida de capacidad de producción económica, intelectual y de accionar en la esfera pública, ello desde una perspectiva foucaultiana se interpreta como el uso del biopoder a nivel del cuerpo mismo. Aspectos que no son ajenos a las consideraciones de los entrevistados quienes visualizan y contradicen estas posturas al indicar que “*el Estado y en sí la sociedad tiene subvalorada la vejez, pero no se dan cuenta que es en la vejez donde mayor sabiduría y madurez se tiene, nosotros así como buscamos una participación activa queremos una vejez activa, hay que luchar por cambiar esa mala imagen que se tiene de la vejez [...] a veces uno tiene más fuerza y energía que otros que solo esperan a que les ayuden*” (entrevista 25, mct 22. 10/09/2016).

Ante ello, siguiendo a Zapata (1999), una persona adulta mayor, “tiene aún todo un horizonte por delante y la sociedad no se ha preparado para brindar el espacio acogedor que legítimamente les pertenece y no deberían estar reclamando”, aspectos que comparten Duque & Echanogorria (2008) al aludir que la contribución de las personas mayores en la dinámica social es vital para la mejora de las políticas y desarrollo de caminos estables de comunicación.

Siguiendo uno de los testimonios de los (las) entrevistados (as) *“nosotros los líderes sociales llevamos años en esto, y es esa experiencia la que nos hace fortalecernos, cada día que pasa uno va aprendiendo el cómo, porque y para que de la participación, los que somos más viejos en el consejo...los que llevamos más tiempo de vinculación, nos conocemos al detalle cómo funciona el hospital, y también por la edad sabemos la importancia de demandar la calidad en la prestación del servicio de salud, hoy en día la juventud como que se enfoca en otras demandas, que se olvidan de la importancia de la salud como parte esencial de la calidad de vida ”* (entrevista 31, mct 4 10/09/2016).

De acuerdo a lo anterior, los consejeros (as) entrevistados (as), relacionan su experiencia participativa como parte del fortalecimiento de las interacciones entre la sociedad civil y la institucionalidad, visualizando su experiencia desde su contribución a la sociedad, la cual permite la participación continua y comprometida en la atención a la cuestión social. Para la Organización Mundial de la Salud (2002) el envejecimiento activo se comprende como la optimización de oportunidades y participación continua en las cuestiones políticas, sociales, culturales y demás ámbitos de la cotidianidad.

Desde otro punto, relacionando la edad con el género, Duque & Echanogorria (2008), traen a colación la realidad que viven las mujeres por su condición de ser mujer sumado a la carga asignada a su género y la edad, dándose la participación comunitaria de manera dispar entre hombres y mujeres. Para estos autores la contribución que las mujeres adultas mayores realizan a la sociedad, no se reconoce formalmente, refieren que “mientras los hombres realizan actividades en mayor número, en espacios abiertos y con mayores grados de

movilidad, las mujeres concentran su actividad en espacios domésticos o afines a ello y con un carácter más pasivo” (p 30).

Aspectos que contradicen las líderes entrevistadas, pues si bien reconocen que los hombres tienen mayores facilidades en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, ellas como consejeras se han logrado empoderar y como bien lo mencionan “sortear” sus multiciplidad de roles desde lo domestico para poder acceder a su participación en el ámbito público, siguiendo a uno de los testimonios “*yo considero que las mujeres tenemos las mismas capacidades que los hombres, así el hombre tenga las cosas más fáciles, nosotras desde nuestras capacidades logramos responder a todo [...] para la muestra un botón, en los consejos de salud, participamos y nos comprometemos más las mujeres*” (entrevista 19, mct 3 10/09/2016). Este enfoque de género y sociedad civil, se abordará más adelante.

En este orden, para las personas entrevistadas, los consejos de salud además de permitir la demanda por la garantía de los derechos, se configuran como un escenario inclusivo, abierto, dinámico y transformador, en el que se construyen identidades, fortalecen lazos y se configura el actuar colectivo como una herramienta clave de la participación del adulto mayor. Para Zapata (1999) se debe trabajar en pro de que las personas mayores tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad, siendo necesario cambiar paradigmas de exclusión que limitan la participación de este grupo poblacional.

### **Sociedad Civil y género**

Como bien se mencionó anteriormente, otra de las características visibles de organización de los consejos de salud, se relaciona con la marcada participación de la mujer, pues del total de las personas entrevistadas el 70% de la participación corresponde a las mujeres y apenas el 30% de los consejeros aquí participantes son hombres, resultando interesante detenerse en el análisis de la participación de la sociedad civil desde una perspectiva de género, pues si bien, la sociedad civil en los últimos años ha ganado mayor importancia como campo de estudio, como bien lo menciona Reverter (2008) “la relación entre sociedad civil y género permanece bastante inexplorada, a pesar de que los dos conceptos de manera independiente se han

convertido en concepto poderoso y común dentro de los análisis de las realidades sociales y sus dinámicas” (p 38).

Así las cosas, estableciendo un nexo entre sociedad civil y género, las personas participantes en esta investigación resaltan el protagonismo que a lo largo del tiempo ha ido construyendo la participación de la mujer en escenarios políticos. Participación que por décadas ha sido marcada por la lucha de las mujeres ante la desigualdad política femenina; evento que ha dado lugar a la apertura y visibilidad de la mujer en el contexto político Latinoamericano, en donde se han alcanzado avances en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género en los diversos escenarios sociales, de discusión y decisión pública.

Para Peppino (2006) las características intrínsecas de la sociedad patriarcal han mantenido prejuicios en torno a las capacidades de las mujeres para participar en los distintos escenarios, ante ello Anzorena (2008) analiza la dimensión de género como “herramienta teórica y política clave para romper con el determinismo biológico con que se justificaban las relaciones desiguales entre mujeres y varones” (p 1). Desde el contexto histórico la lucha por la conquista del poder femenino inicio a materializarse a finales del siglo XIX, época en la que fenómenos como el impulso de la industria, el aumento de obras públicas, el transito de los sectores campesinos pobres al proletariado (entre otras transformaciones sociales, políticas y económicas).

Conllevaron a la mujer a incorporarse en el mercado laboral, principalmente en la industria textil y posteriormente se amplió la vinculación de la mujer a las demás esferas del mundo laboral, a pesar de las desigualdades en cargos, horarios y salarios. El segundo paso avanzado para la apertura y visibilidad de la mujer como actor político, para el caso colombiano se genera en el año 1957 donde las mujeres por primera vez acudieron a las urnas a ejercer su derecho al voto, sin embargo, las oportunidades de representación seguían siendo limitadas.

En este contexto, se inició la participación activa de la mujer en las protestas y huelgas que exigían la mejora en las condiciones laborales e inclusión política de la voz femenina en la esfera pública, haciendo así a la mujer, acreedora de derechos y libertades socio-políticas,

reconociéndose a María Cano, como la primera mujer líder política en el país, que impulsó la lucha por la conquista de la igualdad de los derechos de la mujer y de los (las) trabajadores (as) asalariados.

Así las cosas, con el pasar del tiempo y gracias a la organización y movilización de las mujeres, se lograron avances en cuanto a las condiciones de participación femenina en los distintos escenarios públicos, sin embargo, el estudio realizado por Gradin (2019), demuestra que en la actualidad la desigualdad de la mujer en las prácticas políticas es un “fenómeno persistente y extendido, pues de acuerdo a los resultados de su estudio, las mujeres coinciden en señalar que los varones son los que ocupan cargos de conducción, los que hablan públicamente y son más escuchados y valorados por ser varones. Las mujeres somos las que hacemos, le ponemos el cuerpo diariamente a la militancia y nuestras opiniones muchas veces no son tenidas en cuenta”. (p #)

Por su parte, las líderes entrevistadas, refieren que los consejos de salud, además de servir para la atención de las demandas de la sociedad, configuran un espacio contemporáneo donde el tradicional patriarcalismo cede poder y libertad al actuar femenino, configurando así lo que llamaría Olarte (2011) el rol de la mujer desde el actuar colectivo de la sociedad civil como líder pública y potencializadoras del desarrollo de los países, a lo que Murguialday (2006) comprende como empoderamiento femenino y las consejeras atañen como la visibilización de otros roles de la mujer que trascienden los roles tradicionales de cuidado del hogar.

Esta lucha por destacar el valor y visibilizar las capacidades y habilidades que tienen las mujeres en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, busca aumentar y fortalecer la representación femenina, con el objeto de cambiar paradigmas tradicionales de la visión masculina del poder y la invisibilización de la mujer en el accionar social, político, económico, público y de producción intelectual para alcanzar el pleno ejercicio de democracia, mediante el apoyo y fomento de la participación sociopolítica igualitaria desde la perspectiva de género.

En torno a lo anterior, pensadores como Foucault (1980), Deleuze (2002) y Gramsci (1999) asumen la participación social de las mujeres como parte de la conquista del poder, no solamente desde la práctica de la sociedad civil y el actuar colectivo, sino también un poder desde el lenguaje y conocimiento, pues la mujer ha logrado avances en cuanto el empoderamiento en los distintos ámbitos de la vida, social, política, económica, cultural y producción de conocimiento. Exaltando y valorando en el presente estudio, el papel protagónico de la mujer desde sus contribuciones como referentes teóricos y epistemológicos que soportan la investigación, así como la práctica de las consejeras de salud en el actuar para el logro de transformaciones sociales.

Reverter (2008) desde el enfoque feminista de la sociedad civil, refiere que la actuación de la mujer desde la organización colectiva, debe considerarse en doble vía; como sociedad civil reposicionando la agenda feminista y como parte central del dialogo con el Estado, siguiendo a la autora “las mujeres no podemos quedarnos fuera de los márgenes que el Estado marca para la acción de la ciudadanía y de la sociedad civil; puesto que es desde esos mismos márgenes que podremos reestructurar nuevos márgenes de lo que queremos que signifique ciudadanía y sociedad civil” (p 45).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD (2018), presenta seis consideraciones que enfatizan en la importancia de la participación política de las mujeres como parte de la sociedad civil, siendo estas; la materialización de los derechos, el fortalecimiento de la democracia, las mejoras para el desarrollo humano, la construcción de sociedades más igualitarias, la contribución en la sostenibilidad de los procesos de paz y el impacto en la erradicación de los estereotipos de género.

Ello, lleva a pensarse la configuración contemporánea de vinculación entre sociedad civil, Estado y género, aspectos que dan lugar a lo que comprenden Calderón & Palma (2018) como gobernanza multidimensional, mediada por los rápidos y diversos cambios que se presentan en las sociedades modernas, que integran las condiciones para el funcionamiento de la democracia, las libertades políticas, la sociedad igualitaria, la apertura de nuevas demandas, espacios de participación, emergencia de nuevos actores políticos y búsqueda del

equilibrio del poder, situaciones que han llevado al Estado a una apertura política en la cual tienen participación otros actores sociales.

Jaime & Calderón (2018), aportan al análisis la comprensión de procesos de *gobernanza local* desde la “consideración de formas alternativas de gobernanza que contemplen las capacidades de otros actores más allá del centro de control político” (p 37), subrayando la importancia de la interacción de la diversidad de actores para alcanzar objetivos y atender la cuestión social. Ello desde la puesta en práctica de ejercicios de empoderamiento tanto de los sujetos y las comunidades y las oportunidades que propicia el Estado para la acción pública desde estructuras más horizontales. Para los autores “el diálogo permanente entre los sujetos, las organizaciones sociales y las instituciones será fundamental para garantizar la acción pública y el cambio de las estructuras estatales” (p 40), fortaleciendo y potenciando la acción colectiva en procesos de gestión y toma de decisiones.

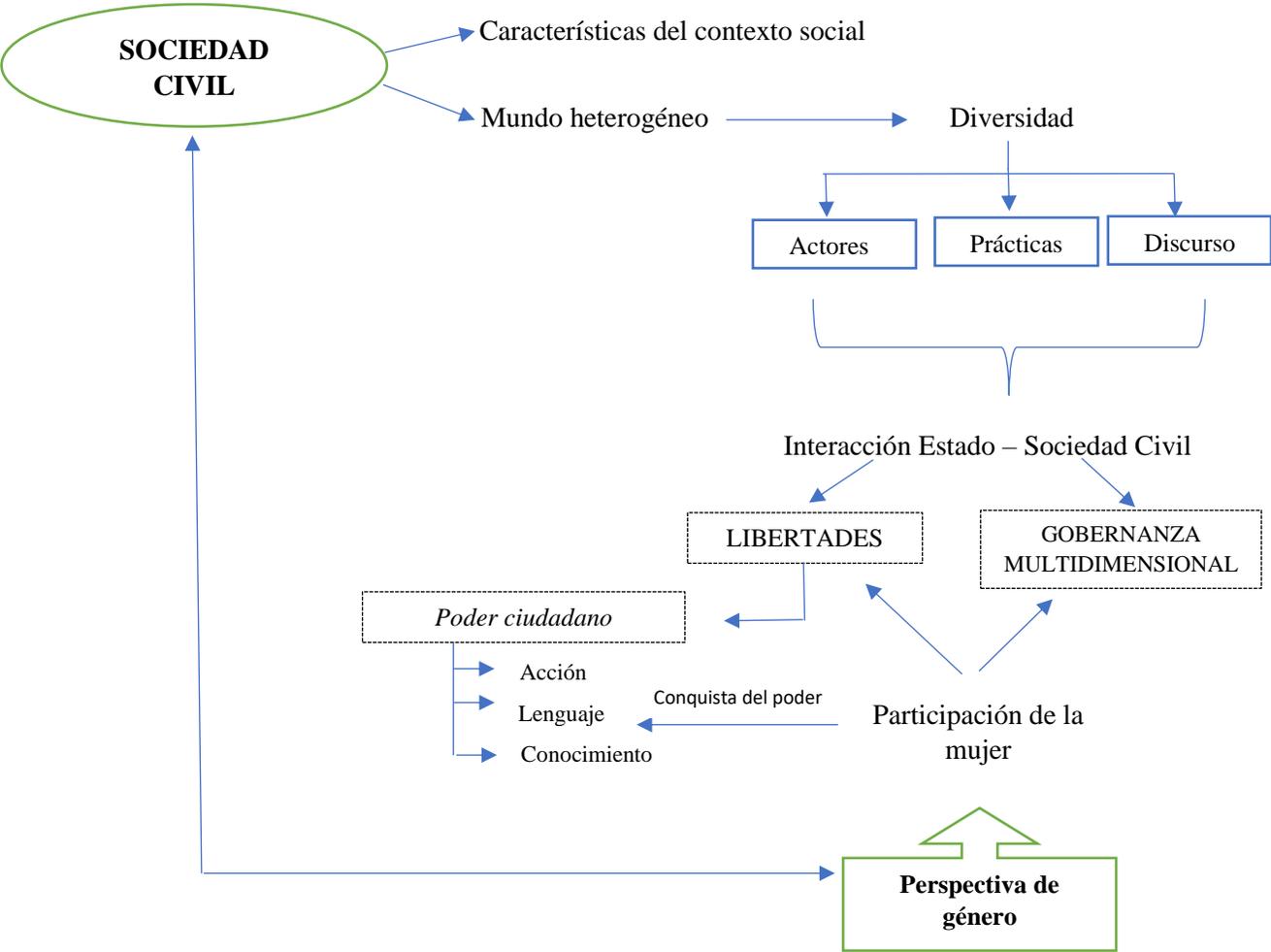
En línea con lo anterior, de acuerdo a uno de los testimonios de los entrevistados el accionar participativo en la esfera pública requiere de la articulación e interacción entre los diversos actores “*nosotros los consejeros de salud, consideramos la participación como proceso de trabajo articulado entre El Estado, la institucionalidad y la sociedad civil, uno solo como líder no puede pretender dar respuestas a todas las necesidades de la comunidad, uno se empodera y logra transformaciones, pero para ello se necesita estar abierto al dialogo con el Estados y sus instituciones*”. Siguiendo a Jaime (2018), se requieren así de estrategias que favorezcan el dialogo constante entre quienes demandan y ejecutan las acciones del Estado, para de esta manera “lograr la implementación de políticas desde la concertación, negociación y toma de decisiones a partir de amplios procesos de participación” (p 42).

Estos fundamentos dejan en claro que el actuar de la sociedad civil no es ajeno al Estado, por lo contrario, cuanto más se pueda participar en la estructura estatal mejor serán los impactos, siguiendo a Ferguson (1980) el Estado y la sociedad civil forman parte de un mismo conjunto sociopolítico, siendo fundamental la libertad tanto de expresión como de asociación, el fortalecer la autonomía ciudadana y gestionar procesos deliberativos, que fortalezcan y empoderen la acción colectiva generando nuevas formas de accionar desde la autogestión

dando lugar a lo que comprenderían Foucault (1980), Deleuze (2002), Habermas (2003) y Arendt (1997) como poder ciudadano.

La figura que se muestra a continuación, pretende ser una síntesis de los elementos de la sociedad civil con base a la forma de organización de los consejos de salud.

**ESQUEMA 6. ELEMENTOS DE LA SOCIEDAD CIVIL**



Esquema No. 6 Elementos de la sociedad civil. Elaboración propia (2020)

#### **4.2 De lo privado a lo público, discurso, democracia y libertad. Prácticas de acción colectiva**

La sociedad civil se configura como creadora de un **tejido democrático** que actúa en el **espacio público**, este siguiendo a Arendt (1993) se estructura desde la libertad que fundamenta la política y permite la interacción de la sociedad desde el discurso y la acción cuyo poder ciudadano se afianza desde los intercambios de discursos, fundamentos, argumentos y acciones, como lo afirma una de las consejeras *“desde el ejercicio ciudadano como práctica de organización de la sociedad, se va construyendo lo público, nosotros tenemos capacidad de dialogo, de proponer, buscar consensos y eso va cambiando la forma en como la sociedad se relaciona con el Estado”* (entrevista 25, mct 22. 10/09/2016).

Taylor (1985) interpreta el actuar en la esfera pública como hechos sociales emergentes respecto a las decisiones del sector público y privado mediante las opiniones generadas desde diversos canales tales como los líderes de opinión pública, la comunidad, las decisiones estatales y el papel de los medios de comunicación, siendo así la esfera pública un elemento central de la democracia, puesto que se encuentra ligada a lo político que siguiendo a Aristóteles (1873) se relaciona con la vida y accionar estatal y a la política que Arendt (1997) interpreta con la vida social en la relación e interacción de los ciudadanos en asuntos comunes mediante el discurso y la acción, es en esta esfera donde se escuchan los pronunciamientos de los consejeros de salud que mediante sus manifestaciones buscan respuesta y reconocimiento de sus demandas a través del actuar organizado y colectivo.

Respecto al papel de la sociedad civil y de la esfera pública, Arendt (1997) sustenta la comprensión de lo público desde la distinción entre el ámbito privado entendido como lo doméstico y el ámbito público visto desde lo político, bajo esta perspectiva la autora pone de manifiesto la desigualdad entre quienes dirigen y quienes obedecen, siendo marcadamente característico para el ámbito privado el rol relegado de la mujer respecto al hombre, mientras que en la esfera pública se busca la igualdad, el diálogo y la libertad, no obstante para algunos estudios de orden feminista como los presentados por Fassler (2007), Fernández (2007), Zaremberg (2008), Bareiro (2008), Segato (2013), Gradín (2019) entre otros estudios; el espacio público también se marca de patriarcalismo.

Por su parte, los participantes de la investigación, en línea con Arendt, consideran que en el espacio público que otorgan los consejos de salud, la mujer tiene mayor libertad de expresión que en el espacio privado, a pesar de ello; para las personas entrevistadas la participación de la mujer como miembro activo de la sociedad civil, al igual que en el ámbito privado presenta retos en cuanto al fortalecimiento de la actuación de la mujer, tal como lo menciona una de las consejeras *“hay que reconocer que estos espacios están más abiertos a la participación de la mujer, pero todavía falta mucho camino por recorrer para que la mujer alcance el poder que tienen los hombres en todo, pero vamos bien, por lo menos el consejo está representado por más mujeres, queremos conformar una red de mujeres”* (entrevista 10, mct 14. 10/09/2016).

Por otra parte, de los resultados arrojados por la investigación se establece que la sociedad civil es un actor clave en construcción de la democracia, como bien lo plantea Oxhorn (1995) la sociedad civil desempeña un papel esencial en los procesos de democratización, aspectos que comparte Habermas (1996) al mencionar que mediante la construcción de prioridades colectivas la sociedad civil desempeña un papel importante en la promoción de democracias más inclusivas y participativas que permiten la inclusión de la ciudadanía en procesos políticos y por ende la construcción de sujetos políticos con capacidades y libertades de acción. Aspectos que se expresan en acciones colectivas de cara a transformar e impactar la vida pública, mediante acciones descentralizadas.

Para uno de los consejeros entrevistados la acción colectiva permite la articulación de esfuerzos, generando nuevas formas de participación cuyo accionar desde la autogestión permite potenciar las facultades de la comunidad para la toma de decisiones *“la comunidad organizada, participando, proponiendo logra de una u otra manera intervenir en lo público, pero para eso uno debe ser como autosuficiente, debe generar y fortalecer los procesos desde el mismo grupo, no esperar que todo se lo den, es como garantizar un accionar autónomo [...] garantizar que las cosas pasen por cuenta propia”* (entrevista 10, mct 14. 10/09/2016)

### **4.3 Principios orientadores de la acción ¿Cómo pensar la sociedad civil en la atención primaria en salud?**

Dentro los principios asociativos de la sociedad civil, para efectos de los resultados se logró evidenciar que los consejeros de salud reconocen principios claves orientados de la acción que trascurren, se articulan y completan desde su actuar colectivo tales como la organización, el lenguaje-discurso, solidaridad, identidad, voluntad, responsabilidad, territorio y territorialidad; todo ello desde una perspectiva de derecho con énfasis en la construcción de tejido social. Oxhorn (1995) refiere que las comunidades desde la asociatividad constuyen identidades, intereses y se fortalecen dando lugar a su actuación en las decisiones de las cuestiones políticas.

Para los consejeros (as) de salud entrevistados (as) la sociedad civil se configura como un proceso que permite la construcción de pensamientos colectivos, generando vínculos y prácticas identitarias que enmarcan el accionar y fortalecen lazos sociales que siguiendo a Habermas (1992) requieren de procedimientos comunicativos que fortalecen la planificación y transmisión de mensajes en el espacio público, dando lugar a la discusión pública tan necesaria para la construcción de consensos y toma de decisiones con la participación de diversos actores.

Para Rabossi (1992), la sociedad civil es un espacio legítimo de convivencia en el que las relaciones sociales se encuentran conformadas por lazos morales de solidaridad y lealtades compartidas que actúan como instrumento movilizador y en la “práctica genera un ámbito inmune al poder y a los avances del estado totalitario” (p 32). Aspectos que comparten los líderes y líderes entrevistados (as) al señalar que “*entre nosotros más nos comprendamos, más tengamos presente el respeto y actuemos con convicción y lealtad más fortalecidas serán nuestras acciones, mejor dicho la unión hace la fuerza*”, “*es precisamente la unión que se teje en los consejos lo que nos motiva a movilizarnos a fortalecernos, a crear nuevas demandas para la atención primaria de nuestra salud*” (entrevistas 8 y 16, mct 1 y 105. 10/09/2016).

Respecto a la construcción de identidades, De Piero (2020) señala que las identidades configuran la base de los movimientos, definen objetivos y acciones, que mediante la solidaridad conforman un “nosotros, lo que hace que la noción de universalidad de los derechos se vea comprometida” p 93. Los líderes y líderes(as) entrevistados(as) concuerdan con el autor en comprender que la identidad de la sociedad civil, se define por los intereses y subjetividades de las organizaciones, conformándose como elemento clave de la acción colectiva de cara a la visibilización de su accionar en la esfera pública.

Teniendo en cuenta la perspectiva de identidad, De Piero (2020) realiza la siguiente caracterización de la identidad:

- La identidad desde la protección: Son identidades “amenazadas” de desplazamiento, dado a que las características de sus condiciones sociopolíticas, se encuentran en desventaja de otras identidades mayoritarias. Se pueden ubicar en este tipo de identidad las poblaciones diferenciales como minorías étnicas, personas con discapacidades, los grupos de migrantes, entre otros.
- La identidad desde la emancipación: tiene el objeto de liberar, trascender del espacio privado al público, siendo el espacio público un espacio de derechos. En este grupo se pueden ubicar los movimientos feministas, minorías sexuales, entre otros.
- La identidad desde la Emergencia: Compuesto por las identidades que actúan en el espacio público pero con niveles fluctuantes de actuación, en esta categoría se ubican grupos que buscan inducir conductas en otros, pocas veces la expresión de sus acciones se convierte en lucha o incidencia política. En esta forma de identidad se ubican grupos religiosos, los grupos vegetarianos y otros grupos que surgen de la cotidianidad.

De acuerdo con los resultados, la identidad de los consejeros, desde la estrategia de atención primaria en salud se configura como una identidad de orden emancipatoria, en la medida que el accionar de los líderes busca incidir en la esfera pública para el goce efectivo de los derechos, pero a su vez tiene un tinte de identidad protectora puesto que el accionar colectivo de los consejeros de salud se encamina a la protección de los grupos minoritarios, logrando

configurar acciones transversales a la protección de los derechos de la comunidad étnica de la localidad, los niños, niñas y adolescentes, los jóvenes barristas y la garantía de los derechos de las personas en condición o situación de discapacidad, entre otros.

Otro de los elementos que arrojo los resultados, relaciona la sociedad civil con el plano comunitario, que siguiendo a de De Marinis (2010) este concepto se convirtió en una herramienta apta para el análisis, comprensión y descripción de las relaciones sociales modernas, desde una correlación dinámica relacionada con procesos históricos. Marchioni (2001), agrega a los planteamientos de Marinis (2010) la interrelación de cuatro elementos de la acción comunitaria (territorio, población, demanda y recursos), en la misma vía Ander Egg (1993) argumenta que la expresión comunidad sirve para nombrar una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social cuyos integrantes participan desde el sentido de pertenencia en una determinada área geográfica e influye desde diversos niveles en la transformación de su entorno.

En articulación con los anteriores autores, los consejeros de salud, consideran la comunidad como parte del reconocimiento de las dinámicas territoriales y el empoderamiento comunitario desde el escenario organizativo, de acuerdo a una de las narrativas de los (las) entrevistados (as) *“los consejos de salud son la muestra de la vida en comunidad, esa comunidad que tiene sentido en el territorio, parte de los objetivos del consejo es alcanzar la integración comunitaria, si la comunidad se integra, se identifica, establece afinidades y fortalece lazos, se empodera”* (entrevistas 39, mct 8. 10/09/2016). Aspectos que comparte Torres (2002) al entender la comunidad como una categoría analítica para comprender y guiar lazos sociales, esquemas de vida, referentes de identidad y dinámicas sociales

Retomando uno de los cuatro elementos que define Marchioni (2001) e identifican los (las) consejeros (as) como parte de la acción en comunidad, vale la pena reflexionar en torno al sentido de territorio y territorialidad como proceso de capital social y como parte esencial del patrimonio de la sociedad, Bozzano (2009) señala que los territorios son reales, vividos, pensados y posibles porque la vida de la sociedad transcurre en él, Montañez (2001) agrega como parte de la territorialidad los vínculos de dominio, de poder, de pertenencia por parte

de una persona o grupo social, afirmando uno de los líderes entrevistados que *“a nosotros los consejeros nos motiva participar porque queremos y sentimos como nuestro el barrio, la localidad, en sí el país, uno tiene sentido de pertenencia y actuando en estos espacios se logra la visibilización de ese sentido, ese querer que como líderes sentimos por el barrio, a uno le duele lo que pasa aquí, el barrio es de nosotros los viejos, jóvenes, niños, de todos”* (entrevistas 39, mct 8. 10/09/2016)

Tanto para Montañez (2001) como para los líderes y líderesas entrevistados (as), toda relación comunitaria o social ocurre en el territorio y se expresa como territorialidad en la que confluyen dinámicas de poder, de gestión, de compromiso, generando de esta manera, procesos de corresponsabilidad al demandar un derecho, pero a su vez al comprometerse con el deber de velar y coadyuvar en la mejora de la calidad de vida y salud del territorio, siguiendo uno de los testimonios *“cada vez que uno asiste a una cita, mira por la ventana, sale a comprar a la tienda, se da cuenta cuantas necesidades tiene el barrio y uno siente que no se puede quedar cruzado de brazos, a uno le duele su barrio y eso lo motiva a uno a participar, exigir los derechos pero teniendo en cuenta que uno como ciudadano también tiene deberes”* (entrevistas 23, mct 3. 10/09/2016).

A modo de síntesis, como parte de los resultados arrojados, a continuación, se muestran los principios orientadores de la acción que se articulan y complementan desde la forma de organización de los consejos de salud.

### ESQUEMA 7. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ACCIÓN



## Esquema No. 7 Principios orientadores de la acción. Elaboración propia (2020)

Para los líderes y líderesas entrevistados (as) la integración de los anteriores elementos, ha permitido fortalecer la estrategia de atención primaria en salud, desde el accionar de la sociedad civil organizada mediante los consejos de salud, que a través de procesos democráticos de participación activa demandan la garantía del derecho y han impactado positivamente la salud de los habitantes de la localidad, así como potenciado las prácticas de autocuidado de la población en la cotidianidad de los territorios/microterritorios de la localidad, siguiendo una de las líderesas entrevistadas *“es bonito ver como lo que hacemos en los consejos tiene sus frutos. En eso que se llama APS, nosotros los líderes resultamos siendo uno de los pilares para promover la salud y prevenir la enfermedad, nosotros luchamos para que nuestra comunidad y nosotros mismos tengamos una mejor vida”* (entrevistas 14, mct 105 10/09/2016).

En este orden, la sociedad civil desde la estrategia de atención primaria en salud, se configura como el proceso de acción comunitaria y asociacionismo, refiriéndose Tönnies (1947) a esta perspectiva de la comunidad como la generación de vínculos naturales, afectivos, identitarios, de altruismo, cooperación y la asociación encontrándose ligada propiamente a las relaciones sociales que por decirlo de alguna manera se encuentran más estructuradas propias de la sociedad de masas, cuyo tránsito de acción colectiva se genera del estar en comunidad al estar en asociación, resultando clave para el presente estudio la articulación de lo comunitario y la asociación.

Desde estas perspectivas, el actuar de la sociedad civil organizada mediante los consejos de salud, buscan la protección y garantía de los derechos de la sociedad que habita un territorio específico, estando ligada la lucha por derechos a la sociabilidad, construcción de lazos e identidades colectivas, cuyo accionar en lo público implica procesos autónomos de autogestión y construcción de alternativas desde la participación heterogénea de multiplicidad de actores.

## **CAPÍTULO 5. Relaciones de poder, un análisis de la biopolítica desde y hacia la incidencia política**

### **5.1 Los procesos de participación comunitaria en la gestión del biopoder**

Reflexionar frente a la incidencia política de la sociedad civil, implica el abordaje de las relaciones de poder como parte de las interacciones que confluyen en la esfera pública. De acuerdo a los resultados arrojados por la investigación la forma de organización de los consejos de salud se encuentra permeada por la lucha para cambiar e incidir en las lógicas de poder dadas desde la concepción tradicional de salud/enfermedad, lo que llamaría Foucault (2009) como biomedicina relacionada con el control biológico del cuerpo individual, trascendiendo a la lucha por transformaciones en el ejercicio del biopoder y la biopolítica.

Siguiendo a una de las líderes entrevistadas *“las instituciones siempre han querido tener todo bajo control, por ejemplo, aquí en el hospital lo viven vigilando a uno sí asistió a los controles, sí se tomó los medicamentos, si los niños tienen todo el esquema de vacunación, [...] nosotros los ciudadanos del común históricamente hemos estado controlados, desde que somos niños en el colegio, después en el trabajo y así en cada espacio de la vida”* (entrevista 32, mct 18. 10/09/2016).

Partiendo de los análisis de Foucault (2004) y Deleuze (2002), se interpreta que la medicina contemporánea hace uso de nuevas estrategias y mecanismos que buscan sostener el control y poder, tal es el caso de la medicina preventiva no desde la práctica sino desde la medicalización, Illich (1975), Rose (2007) y Zola (1972) hablarían de una medicalización de la sociedad, que consiste en la manera como la medicina se ha ido apropiando de los diversos ámbitos de la cotidianidad de las personas, disminuyendo así la autonomía de las comunidades para controlar su salud/enfermedad, lo cual conlleva al aumento en la demanda de los servicios de salud.

Así como la concepción de la salud/enfermedad a lo largo de la historia ha presentado transformaciones desde las posturas tradicionales, pasando por la concepción moderna para llegar a su interpretación desde la posmodernidad, la incidencia política ha buscado

trascender las lógicas de poder gestadas desde la biomedicina, pasando por el biopoder y su interpretación más posmoderna la biopolítica, es decir, que la biomedicina resulta ser un antecedente de la biopolítica, cuyo eje de modernización se encuentra en la interpretación de las lógicas participativas y de lo público, conceptos de gran importancia para comprender la acción colectiva del mundo de hoy.

Dentro de las lógicas de biomedicina, biopoder y biopolítica, la participación comunitaria en salud, como saber y práctica de procesos de transformación social que buscan la incidencia, no es ajena a la diada tradicional del poder/saber, tanto para los consejeros entrevistados como para Foucault (2009) existe un poder/saber institucional que limita la participación, siguiendo a uno de los entrevistados *“nosotros los consejeros a veces nos sentimos maniatados porque tenemos mucho por aportar pero finalmente es la institución la que tiene el mayor conocimiento y adicional a eso el Estado le otorga los recursos, ¿cuándo se ha visto que el estado financie las organizaciones sociales?, está comprobado que al Estado no le interesa o más bien no le sirve que el pueblo se organice”* (entrevista 18, mct 3. 10/09/2016)

Precisamente es esta la preocupación de los gobiernos, pues en la actualidad más allá de vigilar/controlar el ámbito privado-individual, su interés se enfoca en controlar el actuar de la sociedad en lo público, pasando a ser el accionar y la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil uno de los centros de las preocupaciones gubernamentales. Para Tejada (2010), la existencia moderna del Estado se inquieta por el “ciudadano que elige, vota, exige y reclama a las autoridades el ejercicio del buen gobierno y el acatamiento del interés público” (p 29). Ante ello, Foucault (2009), otorga al sentido de gobierno dos vertientes, la primera de la conducción y normalización de las conducta y la segunda las formas de relación e interacción consigo mismo, con las instituciones y las comunidades.

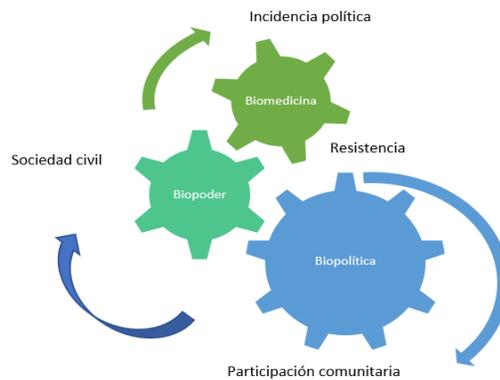
Aspectos que dan lugar a la configuración del biopoder, comprendido por Foucault (2009) y Deleuze (2002) como el poder de la vida y motor de la normalización, actuando en paralelo con la biopolítica, cuyo fin es regular la vida social, comunitaria y el actuar ciudadano en lo público. Las reflexiones de estos dos pensadores trasladan a la revisión y análisis de los resultados, desde las lógicas de poder dadas en los siguientes aspectos:

- El interés del aparato estatal en el control, normalización y homogenización tanto de la ciudadanía como de los diversos procesos sociales.
- El poder en el actuar colectivo, desde la heterogeneidad, prácticas de empoderamiento, resistencia, apropiación, transformaciones, fuerzas activas, cogestión, promoción de iniciativas sumado al ejercicio y garantía de los derechos humanos.

Bajo este orden, los consejeros (as) entrevistados (as) comprenden como parte de la incidencia política, los esfuerzos de la sociedad civil organizada para influir mediante la lucha y resistencia ante las autoridades estatales. Siguiendo uno de los testimonios *“los consejeros de salud organizados y realmente comprometidos con la causa, hacemos sentir nuestro poder, buscando transformar las inequidades sociales generadas desde arriba y también tener una postura crítica ante lo que realiza el Estado, buscamos incidir directa o indirectamente en política, para que estas verdaderamente respondan a las necesidades de la sociedad, sin embargo estas intervenciones a veces quedan como letra muerta”* (entrevista 40, mct 8. 10/09/2016).

Así las cosas y para efectos de la comprensión de los resultados, se presenta a continuación una especie de esquema de triangulación que integra los aspectos que influyen o confluyen en el ejercicio de incidencia política desde los consejos de salud mediante los procesos de participación comunitaria:

## ESQUEMA 8. ELEMENTOS DE LA INCIDENCIA POLÍTICA



Esquema No. 8 Elementos de la incidencia política. Elaboración propia (2020)

En esta interpretación del poder como parte de la incidencia política, McClelland (1971) argumenta que el poder es algo que poseen las personas y grupos sociales, por lo tanto, en la medida que la ciudadanía logra influir en las arenas de poder del Estado, se encuentra ejerciendo su propio poder como sociedad civil desde su libertad y autonomía, consolidando la fuerza social mediante el fortalecimiento de sus capacidades de acción en la esfera pública.

Svampa (2009) diría que existen nuevas maneras de asumir y entender el poder, de allí que tanto para McClelland (1971) como para los entrevistados(as) el poder sea móvil, adaptable y distribuible. De acuerdo a uno de los consejeros “*la sociedad puede llegar a influir, tener poder si comienza a participar y actuar por sus propios medios*” (entrevista 21, mct 3. 10/09/2016)

### 5.2 La agenda de gobierno, alianzas y estrategias entre multiplicidad de actores

Así como se configuran nuevas formas de ejercicio del poder, en la participación comunitaria con incidencia política de la sociedad civil; se establecen otras maneras de gobernanza, que siguiendo a Jaime & Calderón (2018) se encuentran “determinados por ejercicios de participación democrática incluyentes, plurales, dialógicos y equitativos” (p 37), que contemplan la distribución del poder mediante escenarios y mecanismos que promueven y

fortalecen la participación, involucrando a multiciplidad de actores que interaccionan en la respuesta de las demandas sociales.

Ante ello Oszlak (1980), refiere que resolver una cuestión agendada permite diferentes posiciones y cursos de acción, para el autor una “determinada toma de posición frente a una cuestión agendada puede originar nuevas cuestiones, en tanto la solución o curso de acción adoptado afecte los intereses de ciertos actores o de lugar a cambios más o menos significativos sobre su posición de poder” (p 11). En esta línea, siguiendo los testimonios de los entrevistados, la incidencia política es un *ejercicio democrático y ciudadano* que trata el actuar colectivo desde una visión activa, participativa y propositiva “*todos debemos trabajar unidos para alcanzar los cambios que tanto queremos y para eso debemos organizarnos para intervenir en lo público, debemos formarnos en valores y actitudes que fortalezcan la democracia, el actuar del pueblo organizado tiene poder de decisión*” (entrevista 9, mct 13. 10/09/2016).

De allí que, otro de los aspectos a contemplar como parte de la incidencia política es la *perspectiva de derechos*, puesto que las acciones colectivas de la sociedad civil se configuran como un puente de articulación entre los poderes ciudadanos y los poderes estatales, tomando relevancia la construcción de prácticas ciudadanas activas, participativas, conscientes de los derechos, cuya actuación busca la transformación social y fortalecimiento de los procesos democráticos, siguiendo a una de las líderes entrevistadas “*a muchas personas no les interesa ejercer su derecho a la participación, para nosotros los consejeros el participar es un derecho fundamental como el derecho a la vida, sí la ciudadanía reconoce los derechos y exige su garantía, desde ahí ya se están logrando transformaciones, nosotros representamos a las personas que no creen en la importancia de participar*” (entrevista 2, mct 10. 10/09/2016).

Otro de los puntos a tener en cuenta como parte del actuar de la sociedad civil en procesos de incidencia política en lo público, implica el reconocimiento de la *capacidad deliberativa* para crear, establecer y demandar acciones que permitan en alguna medida la solución de problemáticas sociales, para González Bombal & Villar (2004) las organizaciones de la sociedad civil han logrado incorporar nuevos temas a la agenda pública, han promovido

nuevas voces y diversos puntos de vista para el debate de las políticas. De igual manera, han permitido la movilización de la participación comunitaria, generando nuevos valores que de una u otra manera guían la orientación de los programas públicos.

Tal es el caso de los consejos de salud, quienes mediante su actuar demandaron por la implementación de escenarios diferenciales de acuerdo a las características de la población, logrando la implementación de lo que hoy se determina como la red de vejez como uno de los programas del hospital, de igual manera la atención integral a los jóvenes barristas en cuanto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la disminución de conductas violentas. Uno de los aportes más significativos de los consejos de salud de incidencia política en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) corresponde a la demanda por la creación de una red de mujeres para la localidad de Bosa, cuyo objeto es la defensa de los derechos de la mujer, estrategia hoy por hoy implementada como Servicios Integrales de Atención en Salud para las Mujeres.

Por otra parte, Rosenfeld (2005), atribuye que la incidencia política trasciende de lo discursivo a lo práctico, pues se materializa en el *espacio público*, donde se encuentran e interaccionan las políticas públicas y la participación, por tanto se encuentra ligado a la acción colectiva, bajo este escenario la autora refiere que los gobiernos de Latinoamérica deben dar cabida a la sociedad civil como actores interlocutores de las políticas públicas. Para González Bombal & Villar (2004) los esfuerzos de la sociedad civil organizada para participar en las decisiones públicas, requieren de capacidad y voluntades de la diversidad de actores que intervienen, así como la deliberación pública de la sociedad civil en el contexto de la democracia.

Sorj (1960) en línea con Rosendorff aborda la incidencia desde las “arenas” de poder político y económico que genera intereses en la forma de actuación e injerencia en las agendas públicas y decisiones de orden político, planteando que el problema de la incidencia está relacionado con la biopolítica en cuanto a las regulaciones en el ejercicio de la ciudadanía y asuntos públicos, aspectos que comparten los consejeros (as) entrevistados al señalar “*para uno lograr incidir encuentra en el camino muchas trancas, la participación no es un camino*”

*fácil, por eso en el camino a veces uno se va desmotivando al ver que la participación es limitada”* (entrevista 7, mct 14. 10/09/2016).

Para Sorj (1860), la incidencia política se puede analizar desde tres puntos, el primero que visualiza la incidencia desde el Estado como facilitador o limitador de la participación efectiva de la sociedad civil en lo público, el segundo aborda la incidencia desde las “arenas” politicoeconómicas de poder, que como se mencionó renglones arriba, genera intereses en la en el accionar de la agenda pública, por último se plantea que el problema de la incidencia está relacionado con las regulaciones dadas desde la biopolítica.

Por su parte Acuña & Vacchietti (2007), propone la incidencia política de primer y segunda generación señalando que dicha noción presenta importantes ambigüedades en su comprensión, por ende la importancia de observar no solo el estudio de los tipos, actores, temática, etapa de las Políticas Públicas o implementación, sino que se debe hacer énfasis en las áreas sobre las cuales la incidencia tiene protagonismo, es decir la incidencia por áreas de actuación.

Para el autor la incidencia de primer generación se relaciona con el actuar colectivo focalizado en el contenido específico de una política y la incidencia de segunda generación son aquellas centradas en un nivel político institucional “superior” a las de primera generación, es decir, un nivel ligado a las reglas, actores y procesos que determinan en el largo plazo (estructuralmente) el contenido específico de las políticas.

González Bombal & Villar (2004), sintetizan los postulados de Sorj (1860) y Acuña & Vacchietti (2007) en cuanto comprenden la incidencia desde dos vías: la prácticas de acción de la sociedad civil en un campo particular (salud, educación; entre otros) y las fases de la política sobre las que se actúa e incide articuladas con las capacidades propias de la organización. En todo caso, la incidencia política de los consejos de salud se encuentra dada en acciones colectivas dirigidas a modificar o apoyar una política o programa, articulando las prácticas de acción en un espacio puntual con las capacidades y características específicas de la organización.

Otro de los elementos que identifican los consejeros (as) como parte del ejercicio de incidencia política se relaciona con lo que entiende Guzmán (2002) como el papel de la sociedad civil en procesos de incidencia, según la autora, “las organizaciones de sociedad civil pueden jugar múltiples papeles, dependiendo de las demandas de los procesos y sus fortalezas” (p 8). La incidencia puede transcurrir desde la información, observación, generación de propuestas, catalizadoras de consensos, hasta llegar a influir como instancias de negociación y legitimación de propuestas. Ante ello, González Bombal & Villar (2004), refieren que analizar los procesos de incidencia implica considerar los mecanismos y estrategias empleados en el actuar colectivo.

En este orden, se entiende la incidencia política de los consejos de salud desde la participación comunitaria como el conjunto de acciones y procesos de la sociedad en lo público orientados a influir en las lógicas propias de la biopolítica, para lo cual se requiere de procesos empoderados desde la autonomía y capacidad deliberativa, en los que intervienen numerosos actores que buscan el fortalecimiento de las capacidades para la influencia en la agenda pública, desde una perspectiva de derechos.

Sin embargo, siguiendo a Sol Arriza (2012), la participación comunitaria en procesos de incidencia, bajo las lógicas del Estado Neoliberal, presenta el desafío de fortalecer la ciudadanía activa, empoderada y responsable desde el compromiso social y político para lograr una verdadera incidencia de cara a la generación de transformaciones en el accionar público, de acuerdo con uno de los líderes entrevistados “*participar y alcanzar la incidencia es el camino a la transformación, esta sociedad necesita que la comunidad se organice, empodere y actúe para la generación de políticas más inclusivas*” (entrevista 22, mct 3. 10/09/2016)

Como bien lo plantea Palazzo (2013) los procesos de incidencia traen consigo importantes debates sobre los modelos de gestión pública, los mecanismos en que se desarrollan las acciones de gobierno, la efectividad de las Políticas Públicas y las formas en que la sociedad civil participa como actores activos en los procesos de democratización. Conllevando retos

en el ciclo de la agenda pública que requieren la articulación de acciones conjuntas entre diversidad de actores para atender las demandas de la sociedad, puesto que siguiendo a González Bombal & Villar (2004) la sociedad civil, hoy por hoy, comparte la responsabilidad con el Estado y otros actores sociales de diagnosticar, priorizar y atender las diversas necesidades y demandas públicas.

## **CAPITULO 6. Las Políticas Públicas y el estilo de participación de los consejos de salud**

### **6.1 La multiplicidad de actores en el trazado de las Políticas Públicas**

Resulta indiscutible que la sociedad civil se configura como actor político clave al abordar las Políticas Públicas, pues más allá de los obstáculos ante su protagonismo en la agenda pública, las acciones colectivas gestadas desde la sociedad civil se han visto como necesarias en la toma de decisiones. Siguiendo a Valencia (2012), a la sociedad civil dentro del ciclo de las políticas, “se le ve como un actor dinámico, propositivo y participativo, con deseos de involucrarse en la elaboración de la agenda, en la formulación de políticas, la ejecución de programas y la evaluación de los resultados” (p 469).

Para los líderes entrevistados su actuar en la esfera pública, aporta en la construcción de la política, toda vez que en relación con uno de los testimonios *“los consejeros nos interesamos en participar en la construcción de las políticas, tenemos algo por aportar así sea dando ideas, realizando controles, haciendo veeduría, aspectos que desde nuestro parecer brindan un giro en la toma de decisiones de los que tienen poder”* (entrevista 27, mct 22. 10/09/2016), ante ello Neirotti (2016) refiere que existe la necesidad de promover y fortalecer el protagonismo activo de la población destinataria de las políticas, así como fomentar la deliberación pública relacionada con los problemas y las alternativas de solución ante los mismos.

Estas prácticas de interacción entre gobierno y sociedad, contrario a lo que proponen Jones (1970) y Dye (2008) del curso de las políticas desde lo gubernamental, demuestran que en estas, convergen diversos actores con particularidades de acción que de una u otra manera inciden en los ciclos de las Políticas Públicas, como bien lo plantea Gradin (2013) el trazado de las políticas son “el resultado de la interacción de la diversidad de actores sociales, políticos e institucionales, cuyas características, intereses, preferencias, recursos, experiencias y trayectorias condicionan el proceso de implementación de una Política Pública, generando un estilo de gestión particular” (p 26).

Ferrari (2018), analiza las Políticas Públicas desde su implementación en el espacio local, específicamente desde la importancia territorial, donde se configuran espacios locales de gestión desde “las particularidades de arreglos locales entre actores de la comunidad local y de la política local, así como también por actores supra locales” (p 3). Siendo la dimensión local una de las principales características de la participación comunitaria de los consejeros de salud, pues como bien lo mencionan los líderes y lideresas entrevistados (as) *“nosotros buscamos que con nuestra participación se generen políticas o programas que atiendan las necesidades de la localidad, si eso trasciende a la ciudad o a lo nacional sería un gran éxito, por ahora nos conformamos con que se atiendan las problemáticas de Bosa, que de hecho es una de las localidades más pobres de Bogotá”* (entrevista 29, mct 4. 10/09/2016).

En esta línea, siguiendo a Neirotti (2016), el espacio local otorga ventajas en la construcción de diálogos constructivos que permiten la resolución asertiva de las demandas, la creatividad en las propuestas y por ende la eficacia en la gestión, como bien lo diría Habermas (1992) el ámbito comunicativo permite y fortalece la interacción y entendimiento entre las personas, siendo para el autor la ética comunicativa la base para consolidar la deliberación en el espacio público como parte del actuar colectivo en la práctica pública que busca dirigir acciones de la sociedad hacia el alcance de la emancipación.

Tanto para Neirotti (2016) como para Habermas (1992) y los consejeros entrevistados la acción de comunicar permite, facilita y construye la vía para alcanzar el empoderamiento de la sociedad que se organiza en búsqueda de la atención a la cuestión social, aspectos que desde el espacio local siguiendo a Ferrari (2018) “se constituyen en espacios estratégicos de transformación de los programas y políticas sociales” (p 4), como bien lo plantea una de las líderes entrevistadas *“el consejo de salud es un espacio para dialogar, el que nosotros podamos hablar, manifestar nuestras necesidades nos hace sentir reconocidos, libres de expresar nuestros pensamientos y así mismo generamos el primer paso para orientar al Estado en lo que nosotros los de abajo necesitamos, muchas veces quienes hacen las políticas las realizan desde un escritorio sin conocer las verdadera realidad, eso lo que hace es que se implementen políticas que no sirven”* (entrevista 10, mct 14. 10/09/2016).

## 6.2 Modelos de implementación de las Políticas Públicas, una perspectiva local

Autores como Aguilar (2012), Tamayo (1997), Sabatier & Mazmaian (1981), concuerdan en establecer la importancia de implementar modelos de política bottom-up (de abajo hacia arriba), pues la implementación de las políticas resultaría ser más efectiva si se observan las dinámicas de los destinatarios finales de las Políticas Públicas desde lo local. Por su parte, García Delgado & Casalis (2013) subrayan que la implementación de políticas de desarrollo local y regional requieren un Estado dotado de capacidad para articular tanto políticas top down (desde arriba hacia abajo) como button up (desde abajo hacia arriba) (p 26).

Así las cosas, para los consejeros (as) entrevistados (as), la participación comunitaria en el análisis de las políticas, configura modelos button up en el ciclo de las mismas, ya que el accionar de la sociedad civil toma relevancia en la gestión pública, permitiendo a su vez, la inclusión de la ciudadanía como actor clave en el ciclo de las políticas, aspectos disponen mayor transparencia y eficacia a la acción administrativa, siguiendo uno de los testimonios *“si las políticas públicas se crean para atender las necesidades de la comunidad y garantizar los derechos, ¿porque no se nos tienen en cuenta a nosotros los ciudadanos?, el gobierno no tiene en claro o no conoce las necesidades reales de la comunidad, que nosotros a quienes van dirigidas esas políticas si conocemos [...] opino que debe ser un proceso articulado la gente es la que tiene el conocimiento práctico y el gobierno cuenta con los recursos y conocimiento técnico, si esa articulación entre Estado-instituciones y comunidad se diera de manera transparente la políticas serían un éxito”* (entrevista 20, mct 3. 10/09/2016).

Luego entonces, la relación entre el Estado y sociedad civil requiere de procesos comunitarios participativos que permitan el ejercicio democrático y la garantía de los derechos de la ciudadanía, siendo así los destinatarios de las políticas sujetos activos, lo cual en palabras de Neirotti (2016) *“implica no solamente llegar con bienes y servicios a todos aquéllos que lo necesiten sino brindar condiciones para que los destinatarios se empoderen transformándose en protagonistas del cambio de sus vidas, es decir, impulsando progresivamente nuevas y mejores condiciones de “actoría” social”,* aspectos que demandan una óptima articulación entre los gobiernos, las instituciones y la comunidad.

### 6.3 La interseccionalidad de la Política Pública desde la construcción de identidades

Como se observó en el anterior capítulo, otro de los aspectos a tener en cuenta en el ciclo de las políticas, además de su carácter local, se articula con aspectos propios de interseccionalidad, relacionada con las particularidades, intereses e identidades de la sociedad, aspectos que de una u otra manera determinan el tipo de demandas sociales. Cruells (2015) analiza dos tipos de interseccionalidad:

- **Interseccionalidad estructural:** refiere la experiencia de la desigualdad interseccional en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de las personas y grupos sociales, es decir, que características o condiciones propias de los grupos poblacionales deben ser atendidas de manera integral puesto que no son independientes unas de otras. Tal es el caso de las características de los líderes y lideresas entrevistados (as) quienes en su mayoría son mujeres, de estrato socioeconómico dos y adultas mayores.
- **Interseccionalidad política:** se trata de políticas centralizadas en una dimensión de desigualdad que terminan marginalizando en las agendas las soluciones sobre las otras dimensiones, esto es, políticas que atienden a una sola categoría (la edad o género).

En esta dirección, Cruells (2015), propone el abordaje de las Políticas Públicas desde el estudio de la desigualdad interseccional teniendo en cuenta la relación entre los sistemas y las dimensiones de la desigualdad, puesto que en palabras de Lorde (2016) “no pueden existir jerarquías de opresión” (p#). Platero (2013) refuerza la idea de Cruells (2015), al indicar que las Políticas Públicas deben tener en cuenta las necesidades e intereses de la ciudadanía, visualizando esta última como un proceso que implica el análisis de inclusiones y exclusiones, donde la cuestión social no es ajena a determinantes de género, raza, clase social, ciclo vital, entre otros, por ende, sugiere que la gestión pública implica un orden múltiple e interseccional que lleva inmerso la ciudadanía e identidad.

El esquema que se muestra a continuación, pretender visualizar el carácter interseccional que confluye ante la demanda de Políticas Públicas diferenciales e integrales que permitan una

verdadera inclusión social desde las características e identidades ciudadanas, que convergen y determinan la gestión pública.

### ESQUEMA 9. INTERSECCIONALIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS



Esquema No. 9 Interseccionalidad en las Políticas Públicas. Elaboración propia (2020)

#### 6.3 Consejos de salud, participación y Política Pública

Otro de los resultados arrojados por la investigación a rescatar, se relaciona con la promoción o fortalecimiento de nuevas prácticas participativas, pues como bien se ha mencionado a lo largo del presente documento, mediante la actuación de los consejos de salud, se generaron nuevas iniciativas, prácticas de acción y demanda de atención de la gestión pública, que directa o indirectamente aportaron al fortalecimiento o generación de Políticas Públicas, programas o proyectos en la localidad de Bosa, presentando a continuación cinco de estas experiencias:

**TABLA 3. APORTES DE LOS CONSEJEROS (AS) DE SALUD EN LA POLÍTICA PÚBLICA**

<b>Política Pública</b>	<b>Estrategias de participación comunitaria desde los consejos de salud</b>	<b>Aporte en la etapa de la política pública</b>
Política Nacional para Humedales Interiores de Colombia (2002) Política de Humedales del Distrito Capital (2004)	Unidos en la protección del humedal Tibanica	Implementación
Política Pública para el envejecimiento y la Vejez en el D.C (2010)	Red de vejez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y definición del problema</li> <li>• Formulación</li> <li>• Implementación</li> </ul>
Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital (2010)	Red de mujer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y definición del problema</li> <li>• Formulación</li> <li>• Implementación</li> </ul>
Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá adoptada en el año 2011	Red niñez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y definición del problema</li> <li>• Formulación</li> <li>• Implementación</li> </ul>
Ley 1270 de 2009 por la cual se crea la Comisión Nacional para la Seguridad, Comodidad y Convivencia en el Fútbol	Goles de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y definición del problema</li> </ul>

Tabla No. 3 Aportes de los consejeros (as) de salud en la Política Pública. Elaboración propia (2020)

La anterior tabla refleja que el actuar colectivo de los consejos de salud, si bien, busca aportar al fortalecimiento de la implementación de las Políticas Públicas como es el caso de la iniciativa de la protección del humedal Tibanica, también se configura como uno de los tantos

caminos de demandas, acciones, iniciativas comunitarias que de una u otra manera incidieron en la agenda de gobierno para la puesta en marcha de Políticas Públicas para la garantía de los derechos de la vejez, la infancia y adolescencia, las mujeres y equidad de género.

Una de las iniciativas a rescatar desde el actuar colectivo de los consejeros (as) en la estrategia de Atención Primaria en Salud, se relaciona con la construcción de un espacio para el manejo adecuado del tiempo libre en época de vacaciones de los niños, niñas y adolescentes aportando en la implementación de la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá adoptada en el año 2011, esta iniciativa se convirtió a su vez en un espacio de intercambio de saberes intergeneracional entre los niños, niñas y adolescentes y los consejeros (as) de salud.

### **FOTOGRAFÍA 2. INICIATIVA DE LOS CONSEJEROS (AS) PARA LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL BARRIO EL PALMAR**



Fotografía No. 2 Iniciativa de los consejeros (as) para la ocupación del tiempo libre de los niños, niñas y adolescentes del barrio El Palmar. Elaboración propia (2016)

En el caso particular de los jóvenes barristas, a pesar de que sus acciones e intereses se configuran externas a los consejos de salud, el actuar de los consejeros (as) busca aportar en la generación de una Política Pública que permita la atención integral de este grupo poblacional, pues a la fecha no se encuentra estipulada esta política, sin embargo, existe la

Ley 1270 de 2009 por la cual se crea la Comisión Nacional para la Seguridad, Comodidad y Convivencia en el Fútbol.

Todo lo anterior, evoca al detalle del análisis de las formas de participación de los consejos de salud en el ciclo de las políticas, en donde Cunill (2010), Aguilar (2012), Tamayo (1997) González Bombal & Villar (2004) y otros autores refieren que el accionar de la sociedad civil en el ciclo de las Políticas Públicas pasa por un amplio espectro de momentos de participación, en los que las temáticas de la agenda pública se nutren y enriquecen en el dialogo y debate generado nuevos puntos de vista que movilizan la participación, fomentan la deliberación ciudadana, se proponen soluciones micro que pueden tener incidencia en posteriores programas gubernamentales de escala macro, se realizan monitoreos y evaluación de los programas, entre otros aspectos de incidencia de la sociedad civil en la Política Pública.

En este orden, a continuación, se presenta una tabla que busca describir las principales formas de participación de los consejos de salud identificadas en el ciclo de las Políticas Públicas, cuyo eje transversal es la comunicación:

**TABLA 4. PRINCIPALES FORMAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS CONSEJEROS (AS) EN EL CICLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

<b>COMUNICACIÓN</b>	<b>Ciclo de la política</b>	<b>Formas de participación de los consejos de salud</b>
	Identificación y definición del problema	Identificación y priorización de las necesidades
	Formulación de alternativas	Generación de alternativas de solución a las demandas y necesidades de la comunidad
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento, control, veeduría de la eficiencia, eficacia y transparencia del accionar gubernamental</li> <li>• Opinión crítica y propositiva respecto a los resultados de la implementación de la política</li> </ul>

Tabla No. 4 Principales formas de participación de los consejeros (as) en el ciclo de las Políticas Públicas. Elaboración propia (2020)

## **CAPITULO 7. Consideraciones finales y conclusiones**

Desde el abordaje de la participación comunitaria en la promoción de la incidencia política de la sociedad civil en la estrategia APS, se encuentran puntos clave de análisis resultado de procesos de interacción social mediados por prácticas comunicativas que fluyen en las relaciones de la salud en conjunto con la participación comunitaria de la sociedad civil en el ciclo de la agenda pública. Tanto las concepciones de salud/enfermedad que trascienden la esfera de ausencia de enfermedad como las prácticas de asociación política, han sido producto de constantes transformaciones en donde el Estado, la sociedad, la política y lo público se configuran como procesos sociales que transcurren, devienen y transitan en contextos sociales determinados.

Lo anterior, conlleva a establecer una comprensión de la salud más que desde lo biológico desde la realidad de las comunidades, siendo la participación comunitaria una de las principales herramientas que permiten la descentralización de los sistemas de salud mediante el ejercicio del accionar colectivo de la sociedad civil organizada, cuyos niveles de participación en cierta manera, determinan la forma de incidencia de la comunidad en el ciclo de la Política Pública, incidencia ligada al ejercicio de la garantía de derechos que genera la promoción de la participación de los consejos de salud desde la democracia en donde la ciudadanía más allá de ser receptora de la prestación de un servicio, busca involucrarse, participar y construir cambios en el accionar gubernamental.

Dentro de los principales niveles de participación comunitaria de los consejos de salud, se establece una relación entre los intereses y las características de la sociedad que determinan el nivel de participación de los consejeros (as), pues como bien se mencionó en los resultados las características de la comunidad, las carencias – necesidades y las identidades de una u otra manera influyen en el grado de participación de la ciudadanía.

Luego entonces, al relacionar los niveles de participación con las características de la sociedad civil que actúa en lo público, se concluye que los consejeros (as) de salud que presentan mayores necesidades no solo económicas sino sociales, políticas, ambientales, entre otras, alcanzan el nivel de participación significativa en ocasiones escalando al nivel

amplio de incidencia de participación, mientras que los consejeros (as) con necesidades intermedias su nivel de participación es de tipo consultiva a moderada por delegación y los líderes con escasas necesidades presentan una participación baja con nivel informativo de actividades educativas que buscan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo este último uno de los pilares de la estrategia APS.

Es precisamente como estos niveles de participación, muestran la existencia de una especie de escala entre esos mismos niveles, que se relaciona con las necesidades sentidas de una comunidad, pues entre mayor existencia de necesidades mayor participación e interés en incidir en escalas más amplias de la agenda pública. Mientras que quienes presentan menores necesidades y demandas de atención a la cuestión social, ubican la participación desde un nivel más bajo relacionado con la vinculación con lo institucional para la recepción de un servicio o información.

Ahora bien, en los niveles de participación más amplios contrario a los niveles de participación más estrechos, se encuentran inmersas nociones de autonomía y libertad, que integran la participación desde la perspectiva de derecho como parte del ejercicio de ciudadanía que requiere de corresponsabilidad, en la búsqueda del equilibrio o dotación de poder de decisión en torno a la cuestión pública. Aspectos que determina nuevas formas de gobernanza y gestión participativa para la toma de decisiones desde acciones comunicativas más horizontales basadas en la interacción de diversidad de actores en un contexto territorial y local determinado.

Es precisamente la construcción horizontal de prácticas de actuar colectivo en la esfera pública, las que conllevan a pensarse la sociedad civil como promotora de democracias inclusivas y creadora de tejido social democrático en virtud de su composición heterogénea de actores sociales que se identifican, interaccionan, solidarizan, expresan-comunican, entre otros aspectos, para el alcance de objetivos. Dentro de las principales características de la sociedad civil organizada mediante la modalidad de consejos zonales de salud, se presentan factores determinantes que de una parte guían el actuar colectivo y de la otra invitan a pensarse la sociedad civil desde la perspectiva de género y la puesta de la Política Pública desde la interseccionalidad.

Constituyéndose la sociedad civil desde los consejos de salud, como una fuente para la garantía de los derechos con enfoque de género, en donde el empoderamiento del actuar participativo de la mujer toma fuerza en el cambio de paradigma patriarcal que dota de poder al hombre y que, gracias a la lucha histórica de organización femenina, ha permitido transformaciones para el alcance de la emancipación de la mujer en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. Sin embargo, aún se encuentra un largo camino por recorrer para alcanzar la verdadera libertad e igualdad de la mujer tanto en espacios privados como públicos.

Los consejos de salud, al estar integrados en su mayoría por mujeres, brindan aportes a la construcción y definición de la estrategia APS desde un enfoque de género, tanto así que, mediante las demandas de las mujeres organizadas, se logró la generación de una red de mujeres para la localidad de Bosa y se aportó directa o indirectamente a la Políticas Públicas de Mujeres Equidad y Género y de envejecimiento en la ciudad de Bogotá; ello desde una perspectiva de interseccionalidad en la identidad de los miembros de los consejos, que además de ser mujeres son adultas mayores con diversas necesidades que buscan ser integralmente atendidas en la agenda pública. Estableciendo así contemporáneos estilos de gobernanza multidimensional en la que se vinculan e interaccionan diversidad de actores Estatales, comunitarios e institucionales.

Esta lucha por visibilizar el actuar femenino en la política, se articula con la identidad emancipatoria de los líderes y lideresas que participan en los consejos de salud, desde la incidencia política en las relaciones de poder que se presentan en la esfera pública conexas con lógicas de biopoder y biopolítica en la participación comunitaria. Resultando necesario el accionar activo, propositivo, dinámico y participativo de la sociedad civil en las prácticas de interacción entre el gobierno y la sociedad civil para el alcance de transformaciones sociales que permitan el equilibrio de poder y accionar comunitario desde la autogestión y el verdadero ejercicio de la ciudadanía en la agenda pública estatal.

Estando la incidencia política, las acciones y procesos de la sociedad civil en un campo particular y en el ciclo de las Políticas Públicas, dirigidas a influir en la biopolítica, resultando necesario el empoderamiento y capacidad deliberativa de la sociedad civil de cara a la transformación de las lógicas políticas de poder-saber que buscan la normalización de la

sociedad tanto desde el cuerpo individual como colectivo. Cuya incidencia de la sociedad civil en la Política Pública transcurre desde la identificación de necesidades o problemas pasando por un arduo camino para la implementación de la política, en donde la acción comunicativa y prácticas de lenguaje – como se ha mencionado a lo largo del documento – resultan siendo tan necesarias para la construcción y determinación de consensos.

Es así como la incidencia política contiene componentes que se reconocen a partir de las mismas prácticas de los consejeros que promueven la generación de espacios deliberativos en las demandas en la agenda pública institucional, cuyo escenario práctico de participación comunitaria trasciende a otros grupos poblacionales como es el caso de los jóvenes barristas quienes ejercen otro tipo de participación, identidades e intereses en torno al fútbol. Llamando este espacio la atención de los consejeros (as), toda vez que son padres o madres de los jóvenes y buscan que mediante el accionar colectivo del consejo se generen escenarios para la atención integral de los jóvenes enfocado en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y conductas violentas.

Todo ello, evoca a la importancia de enfocar las Políticas Públicas desde las necesidades e intereses de la ciudadanía, con énfasis en las prácticas participativas que demandan la puesta de nuevas cuestiones en la agenda pública desde modelos bottom-up que inscriben una nueva dinámica política que requiere de análisis que permitan identificar y reconocer las formas de incidencia de la sociedad civil en el ciclo de las Políticas Públicas, que desde una perspectiva local y sectorial tienen mayor incidencia, generando así el reto de fortalecer esta incidencia en el plano macro global.

Es de reconocer que el actuar colectivo de la sociedad civil históricamente ha alcanzado mayores grados de incidencia y espacios de participación que permiten el reconocimiento de la sociedad como actor político en temas públicos, estableciendo nuevos estilos de gobernanza que integran la participación de múltiples actores que intervienen en la cuestión pública, transformando las lógicas de biopoder y biopolítica de regulación del accionar colectivo de la sociedad civil en lo público. A pesar de ello, existe el reto de fortalecer el protagonismo de la sociedad civil en la agenda pública, para exaltar así las potencialidades

de la participación comunitaria en la construcción de proyectos y ejecución de programas que buscan la atención integral de las demandas de la sociedad.

Por ende, el accionar de la sociedad civil trabaja en compañía con el Estado, que de la mano con la democracia participativa busca generar nuevas formas de gestión pública como factores clave para la gobernanza, democratización, pasando de ser un agente pasivo receptor de las acciones del gobierno a ser un actor activo-participativo en los diversos ciclos de las políticas que desde el accionar de los consejos de salud se relacionan con los ciclos de la política de identificación del problema, formulación de alternativas y evaluación de la política.

Para finalizar, se resalta la importancia de generar Políticas Públicas, construidas desde la realidad de la sociedad, así como políticas interseccionales, mayormente horizontales, promotoras de la democracia, libertad y autonomía desde la participación de diversidad de actores tanto gubernamentales como no gubernamentales, cuya finalidad es la atención oportuna, integral, eficiente y eficaz de la cuestión social.

Así como ahondar en el análisis de futuras investigaciones que relacionen las acciones colectivas de la sociedad civil desde una perspectiva de género, ciudadanía y los nexos con el Estado como parte del centro de la lucha por la garantía de los derechos, para superar las lógicas del biopoder y la biopolítica que buscan la normalización, vigilancia y control de la sociedad, siendo relevante el análisis del accionar colectivo desde la resistencia, democracia y deliberación, reconociendo el actuar femenino en lo público y las transformaciones en las formas tradicionales de ejercer y asumir el poder.

## Referencias

- Abrantes-Pego, R. (1999). Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Instituto Nacional de Salud Pública México*, 466-474.
- Acosta, N. (2010). *La implementación de la estrategia de APS en Santander, después de la reforma: logros, retos, propuestas de ajuste y líneas de acción*. Santander: Universidad Industrial de Santander.
- Acuña, C. H., & Vacchieri, A. (2007). *La incidencia política de la sociedad civil*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Acuña, C., & Vacchiei, A. (2007). *La incidencia politica de la sociedad civil*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Aguilar Ibáñez , M. J., & Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Aguilar Ibáñez, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o Realidad?* España: Diaz de Santos.
- Aguilar Villanueva, L. (2012). *Política Pública. Una visión panorámica*. Bolivia: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (15 de agosto de 2013). *Boletín de prensa No. 071*. Obtenido de Secretaria de Planeación: <http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/071-bosa.pdf>
- Alfaro, M. (1997). *El Estado y las organizaciones de la sociedad civil en la gestión de las políticas sociales; relaciones peligrosas o el inicio de un dialogo auspicioso?* Buenos Aires.
- Ander Egg, E. (1993). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires: Humanitas.
- Anigstein, M. S. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector . *Revista Mad*, 77-88.
- Anzorena, C. (2008). La participación de las mujeres en el proceso de formación del Estado Nacional en Argentina de finales del siglo XIX. Reflexiones desde una perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-13.
- Apraez, G. (2010). La medicina social y experiencias de Atención Primaria en Salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 369-381.

- Arendt, H. (1993). *La condición humana*. (R. G. Novales, Trad.) Bogotá: Paidós.
- Arendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro, ocho ejercicios sobre la reflexión política*. (A. Poljak, Trad.) Barcelona: Península.
- Arendt, H. (1997). *¿Qué es la Política?* Barcelona: Paidós.
- Arévalo, D. A. (2004). Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Revista de salud pública*, 107-139.
- Aristóteles. (1873). *La Política. Libro I, Cap. I Origen del Estado y la Sociedad*. (F. Éditions, Ed., & Azcárate, Trad.)
- Aristóteles. (1873). *La Política. Libro I. Cap III. De la adquisición de los bienes*. (P. d. Azcárate, Trad.) FV Éditions.
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La Estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 27-47.
- Ávila, D., Miranda, A., Vezub, M., & Cevallos, S. (2007). *Formación de Promotores de Salud: oportunidad para generar vínculos como estrategia de participación comunitaria*. Buenos Aires: 3er Congreso de APS Ciudad de Buenos Aires.
- Bang, C. (abril de 2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 1-23.
- Bang, C. (2012). *Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Bareiro, L. (2008). *Democracia/s, ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI. Análisis de género de los caminos recorridos desde la década del '80 y futuros posibles*. Buenos Aires: FLACSO.
- Bobbio, N. (2005). *Teoría general de la política*. Madrid: Trotta.
- Blandon Lotero, L. C., & Jaramillo Mejía, M. C. (2018). Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, 91-117.
- Brancoli, J. (2010). *Donde hay una necesidad nace una organización. Surgimiento y transformaciones de las asociaciones populares urbanas*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS - Facultad de Ciencias Sociales UBA .

- Bronfman, M., & Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: ¿Necesidad, Excusa o Estrategia? O de que hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria. *Cad. Saúde Pública*, 111-122.
- Burin, D., Karl, I., & Levin, L. (2014). *Hacia una gestión participativa y eficaz*. Buenos Aires: Ciccus.
- Calderón Sánchez, D., & Palma Álvarez, D. (2018). *Gobernanza Multidimensional*. Bogotá: Ediciones USTA.
- Cantillo, K. P. (2006). *Participación social en salud y democracia: una reflexión a partir de la experiencia de FAUSALUD en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Cejas, C. A. (2004). *La participación comunitaria en la cogestión de la salud. Formación de un Consejo Local de Salud en el Municipio de Pilar*. Provincia de Buenos Aires, Argentina: Centro de Implementación de Políticas Públicas Para la Equidad y el Crecimiento - CIPPEC.
- Chaparro, C. R. (2011). *La puesta en marcha de las políticas: debate crítico y propuestas para mejorar el proceso*. Bogotá: Escuela Iberoamericana de Administración y Políticas Públicas.
- Chatterjee, P. (2008). *La nación en tiempo heterogéneo y otros estudios subalternos*. Buenos Aires: Siglo XXI - CLACSO.
- CINEP. (1990). *Desarrollo de la Atención Primaria en Salud en las grandes ciudades*. Bogotá: Centro de Investigación Nacional de Educación Popular de Colombia.
- Cruells López, M. (2015). *La interseccionalidad política: tipos y factores de entrada en la agenda política, jurídica y de los movimientos sociales*. Barcelona.
- Cruz Cervantes, F. (2015). La democracia participativa, instrumento de vinculación para la protección del patrimonio cultural. *Cuicuilco*.
- Cunill Grau, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia No. 46*, 3-20.
- Dagnino, E., Olvera, A., & Panfichi, A. (2006). *La disputa por la construcción democrática en América Latina*. México: FCE, CIESAS, UV.
- Dahl, R. (1999). *La democracia, una guía para los ciudadanos*. Buenos Aires: Taurus.
- De Marinis, P. (2010). *Comunidad: derivas de un concepto a través de la historia de la teoría sociológica*. Buenos Aires: CONICET.

- De Piero, S. (2020). *Organizaciones de la Sociedad Civil. Tensiones de una agenda en construcción*. Buenos Aires: UNAJ.
- De Roux, G., Pedersen, D., Ponds, P., & Pracilio, H. (1990). *Participación social y sistemas locales de salud*. OPS.
- De Sousa Santos, B. (2004). *Democratizar la democracia. Los caminos de la democracia participativa*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De Sousa Santos, B. (2005). *Reinventar la democracia, reinventar el Estado*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Deleuze, G. (1986). *Nietzsche y la filosofía*. (C. Artal, Trad.) Barcelona: Anagrama.
- Deleuze, G. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. (J. Pérez, Trad.) Valencia: Pre-textos.
- Delgado Gallego, M. E., Vázquez Navarrate, M. L., Zapata Bermúdez, Y., & Hernán García, M. (2005). Participación Social en Salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev. Española de Salud Pública*, 697-707.
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 110-220.
- DNP, D. (25 de septiembre de 2020). *DANE, Información para todos*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>
- Donoso, N. (2007). *Reforma de salud Oportunidad u Obstáculo para la Gestión Participativa*. Chile: Universidad de Los Lagos.
- Duque, J. M., & Echanogorria, A. (2008). *La participación social de las Personas Mayores*. España: Colección Estudios.
- Durkheim, E. (1986). *Las reglas del método sociológico*. (E. d. Champourcín, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, É. (2007). *La división del Trabajo Social*. (C. G. Posada, Trad.) México: Colofón S.A, de C.V., 2007.
- Durkheim, É. (2008). *El suicidio*. Madrid: Ediciones Akal, S.A.
- Dye, T. (2008). *Understanding Public*. New Jersey: Prentice Hall.

- Egaña Rojas, D., Iglesias Vejar, L., Cerda Rioseco, R., Molina Carrasco, P., & Galvez Espinosa, P. (2020). *Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones*. Chile: Universidad de Chile.
- Estrada, M. (1995). *Participación Política y actores colectivos*. México: Editorial Plaza y Valdés.
- Fasser, C. (2007). *Desarrollo y participación política de las mujeres*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Ferguson, A. (1980). *An Essay on the History of Civil Society*. Nueva Brunswich: Editorial L. Schneider.
- Fernández, A. (2007). *El fin de los géneros sexuales. Documento seminario "Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina"*. Buenos Aires: FLACSO.
- Ferrari Mango, C. (2018). La trama de la política social en el territorio desde el programa Ingreso Social con Trabajo - Argentina trabaja. *Questión Revista Especializada en Periodismo y Comunicación*, 1 - 19.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones morata.
- Folgueiras Bertomeu, P. (2006). *La entrevista*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores, S.A de C.V.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (F. Perujo, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica*. México: Fondo de la Cultura Económica.
- Franco, J. C. (2013). *Mujeres Participando y construyendo: Participación social en Salud en Atención Primaria*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Frankel, D. (1988). Hacia una definición participativa en salud: El caso del municipio San Francisco del Estado Zulia, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*, 63-75.
- Funes Rivas, M. J. (2000). Procesos de socialización y participación comunitaria: estudio de un caso. *Reis*, 187-205.
- Gadamer, H.-G. (2017). *El estado oculto de la salud*. (N. Machain, Trad.) Barcelona: Gedisa, S.A.

- Galeno. (2008). *Sobre las facultades naturales. Las facultades del alma siguen los temperamentos del cuerpo.* (J. Z. Gras, Trad.) Madrid: Editorial Gredos, S.A. U.
- García, A., Ramos, G., Díaz, M., & Olvera, A. (2007). *Instrumentos de evaluación.* Obtenido de Revista Mexica de Anestesiología: [www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2007/e-cma07-3/e1-cma073.htm](http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-rma/e-cma2007/e-cma07-3/e1-cma073.htm)
- García Delgado, D., & Casalis, A. (2013). Modelo de desarrollo y universidad en Argentina. Análisis crítico y contribución de la extensión universitaria al desarrollo local y regional. *Desarrollo local y regional/ Perspectivas*, 24 - 31.
- García, G. W. (2013). *Dinámica de la construcción por usos. Localidad de Bosa. 2002/2012.* Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Geilfus, F. (2009). *80 Herramientas para el desarrollo participativo.* Costa Rica: IICA.
- Giddens, A. (2000). *Más allá de la izquierda y la derecha. El futuro de las políticas radicales.* Madrid: Cátedra.
- Godoy, L. D. (2009). *Las políticas públicas. El ciclo de las políticas públicas.* Castilla-La Mancha: Consejería de Administraciones Públicas.
- González Bombal, I., & Campetella, A. (2014). Teorías sobre la evolución de la sociedad civil: Argentina ¿siempre un caso atípico? *Primer encuentro de la red de investigación del tercer sector de América Latina y El Caribe* (págs. 2-42). Buenos Aires: CEDES.
- González Bombal, I., & Villar, R. (2004). *Organizaciones de la sociedad civil e incidencia en políticas públicas.* Buenos Aires: CEDES.
- Güemes, A. (2014). *La participación social a través de la atención primaria en salud.* Colombia: Organización Panamericana de Salud.
- Gradin, A. (2013). *El proceso de integración política de los Movimientos de Desocupados a la gestión del Estado en la Argentina Kirchnerista.* Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO.
- Gradin, A. (5 de Julio de 2019). *Diagonales. com.* Obtenido de Despatriarcalizar las prácticas políticas: <https://www.diagonales.com/contenido/despatriarcalizar-las-preticas-polticas/15421>
- Gramsci, A. (1972). *Los intelectuales y la organización de la cultura.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gramsci, A. (1999). *Cuadernos de la cárcel.* México: Ediciones ERA.

- Guiddens, A. (2000). *Más allá de la izquierda y la derecha. El futuro de las políticas radicales*. Madrid: Cátedra.
- Guimenez, S. (2005). Políticas sociales y los dilemas de la participación. *Estudios sobre Cambio Estructural y Desigualdad Social*, 13-17.
- Guzmán, L. (2002). *Estrategias de incidencia en los ámbitos nacional e internacional para promover una cultura de inclusión*. Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Habermas, J. (1992). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1996). *La inclusión del otro: estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós.
- Habermas, J. (2003). Derechos humanos y soberanía popular: Las versiones liberal y republicana. *Derechos y Libertades*, 215-230.
- Hamui-Sutton, A., & Varela Ruiz, M. (2012). La técnica de los grupos focales. *Investigación en educación médica*, 55-60.
- Hegel, F. (1987). *Fundamento de la filosofía del derecho*. Argentina: Siglo XX.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Hevia, P. (1977). Modelos de la participación de la comunidad en los programas de salud. *Educación medicina y salud*, 258-275.
- Hipócrates. (2003). *Tratados Hipocráticos Vol. VIII*. (J. d. Polo, Trad.) Madrid: Editorial Gredos, S.A.
- Hipócrates. (2008). *Tratados Hipocráticos Vol. II*. (J. L. Férez, Trad.) Madrid: Editorial Gredos, S.A. U.,.
- Hobbes, T. (1940). *Leviatán o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hume, D. (2004). *Disertación sobre las pasiones*. Barcelona: Anthropos.
- Hume, D. (2006). *Investigación sobre los Principios de la Moral*. Madrid: Alianza Editorial.
- Illich, I. (1975). *La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Infante, A. (2000). *Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. Rev. Panam. Salud Pública.

- Jaime Ruíz, E., & Calderón Sánchez, D. (2018). La gobernanza local: una simbiosis desde y hacia el territorio. *Departamento Publicaciones Universidad Santo Tomas*, 35-52.
- Jones, C. (1970). *An introduction to the study of Public Policy*. USA: University de Chicago Press.
- Katayama Omura, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Lima: Fondo Editorial de la UIGV.
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1992). *Cómo planificar la investigación acción*. Madrid: Laertes.
- Kitzinger, J. (1995). *Education and debate Qualitative Research: Introducing focus groups*. Obtenido de *Sociology of Health*: [www.bmj.com/cgi/content/full/311/7000/299](http://www.bmj.com/cgi/content/full/311/7000/299)
- Knoepfel, P. (2003). Análisis y conducción de las Políticas Públicas. *Cap. 2 Las Políticas Públicas*, 25-37.
- Kraft, M., & Furlong, S. (2006). *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*. Washington, DC: CQ Press.
- Landau, M. (2004/2005). Las tensiones de la participación. Apuntes sobre la implementación del presupuesto participativo en la ciudad de Buenos Aires. *Laboratorio*, 19-25.
- Lather, P. (1992). El postmodernismo y las políticas de ilustración. *Revista de educación No. 297*, 7-24.
- Locke, J. (1987). *Segundo Ensayo sobre el Gobierno Civil*. Madrid: Alba.
- Locke, J. (1999). *Escritos sobre la tolerancia, edición de Luis Prieto Sanchís y Jerónimo Betegón*. Madrid.
- López, R. A. (24 de Agosto de 2017). *Proantioquia. Fundación para el desarrollo*. Obtenido de <https://proantioquia.org.co/participacion-y-corresponsabilidad-comunitaria/>
- Lorde, A. (2016). *No hay jerarquía de opresiones*. Bulletin: Sentipensares Fem.
- Maceira, D. (2007). *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires : Paidós.
- Marchioni, M. (2001). *Comunidad, participación y desarrollo: teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Editorial popular.

- Marchioni, M. (2002). Organización y desarrollo de la comunidad. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales. *VV.AA Programas de animación sociocultural*, 455-479.
- Martínez Nogueira, R. (1997). *Análisis de Políticas Públicas*. Buenos Aires: INAP.
- Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas.
- Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes profesionales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- McClelland, C. A. (1971). *Power and Influence*. New York: Atherton Press.
- Medina, J. M. (2010). *Manual de ciencia política*. Buenos Aires: Eudeba.
- Mejía Navarrete, J. (2007). *Sobre la investigación cualitativa: nuevos conceptos y campos de desarrollo*. Lima: Unidad de Postgrado de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Méndez Martínez, J. (2015). *Análisis de políticas públicas. Teoría y Casos*. México: Centro de Estudios Internacionales.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. L. (2010). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuaderno Medico Social*, 5-22.
- Ministerio de Salud. (11 de noviembre de 2012). *Enlace Minsalud*. Obtenido de APS: La Apuesta del Gobierno Nacional: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace\\_MinSalud\\_12.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_12.pdf)
- Murguialday Martínez, C. (2006). *Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y estrategias*. Bogotá: CEPAZ.
- Neirotti, N. (2016). Políticas sociales: Múltiples actores, múltiples manos. 39-58.
- Olarte Fernández, T. (2011). La participación política de las mujeres en Colombia: avances, retos y análisis sobre la presencia y acceso de las mujeres a los espacios de decisión en el país. *Observatorio de asuntos de género*, 1 - 38.
- Obregón, C. L. (2009-2010). *Diagnostico local con participación social. Localidad Bosa*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- OMS, O. (1991). *La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud*. Ginebra: Serie Informes Técnicos.

- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento*. Madrid.
- OPS/OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington.
- Osorio, J. (2008). *La salud ¿Un bien social o un buen negocio?* Panamá: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- Oszlak, O. (1980). *Políticas públicas y regimenes políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*. Buenos Aires: Cuadernos de trabajo CEDES.
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1982). Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Lecturas sobre el Estado y las Políticas Públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*, 555-584.
- Otaola Olano, C. (1989). *El análisis del discurso: introducción teórica*. Madrid: U.N.E.D.
- Ovejero, F. (2006). La libertad de cada uno exige participar en la libertad de todos. *Revista Chilena de diseño*, 11-15.
- Oxhorn, P. (1995). From Controlled Inclusion to Coerced Marginalization: The Struggle for Civil Society in Latin America. *Civil Society: Theory, History and Comparison*, 250-77.
- Pagnamento, L. V. (2007). *La Atención Primaria en Salud (APS) y la participación: tensiones entre las políticas diseñadas y las acciones concretas. Análisis de caso*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Palacios, J. E. (2006). *La incidencia política sobre los planes de gobierno regionales y locales*. Lima: Red Perú.
- Palazio Galo, E. (2013). Aproximaciones teóricas para un debate conceptual sobre participación ciudadana, democracia, descentralización, gobernabilidad, políticas públicas en los gobiernos locales. *Revista humanismo y cambio social*, 45-60.
- Parsons, W. (2005). *Problemas públicos y retos del diseño de políticas: viejas y nuevas tendencias*. México: FLACSO.
- Pautassi, L. (1999). Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: ciudadanía, derechos sociales y género en América Latina. *Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas*, 65-90.
- Pautassi, L. (2007). El ciudadano como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos. *CEPAL (Serie Mujer y Desarrollo No. 87)*, Santiago de Chile.

- Peppino Barale, A. M. (2006). *Las mujeres y la ciencia en una sociedad patriarcal*. México: Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación.
- Pinar, W., Reynolds, W., Slattery, R., & Taubman, R. (1995). *Understanding Curriculum. An Introduction to the Study of Historical Curriculum Discourses*. New York: Peter Lang.
- Piñeros, R. (2013). *Empoderamiento y participación comunitaria en salud en la población de Fajardo para la toma de decisiones y de su impacto en la calidad de atención en el S.C.S de Fajardo*. Quito, Ecuador.
- Platero Méndez, R. (2013). *La interseccionalidad en las políticas públicas sobre la ciudadanía íntima: los discursos y la agenda política española (1995-2012)*. Madrid: UNED.
- Powell, R., & Single, H. (1996). Focus groups. *International Journal for Quality in Health*, 499-509.
- PNUD. (2004). *Desarrollo Humano en Chile. El poder: ¿para qué y para quién?*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD. (2018). *Mujeres y política: Claves para su participación y representación*. Bogotá: PNUD.
- Rabossi, E. (1992). Sobre los conceptos de la sociedad civil y las sociedades civiles. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*, 27-37.
- Rahman, A., & Fals Borda, O. (1992). *La situación actual y las perspectivas de la IAP en el mundo*. (M. Salazar, Ed.) Madrid: Quito Centenario.
- Reverter Bañón, S. (2008). Sociedad Civil, Ciudadanía y Género. *La Aljaba, Segunda época*, 33 - 52.
- Robirosa, M., Cardarelli, G., & LaPalma, A. (1990). *Turbulencia y planificación social*. Buenos Aires: Siglo XXI de España.
- Rodríguez Mojón, M. (1997). ¿Qué entendemos por Sociedad Civil? *Fuerzas Armadas y Sociedad Civil. Conflicto de Valores*, 17-36.
- Rodriguez, J. C., & Josh, L. (2007). ¿Una nación de democracia participativa? Los consejos Comunales y el Sistema Nacional de planificación en Venezuela. *Revista SIC No. 693*, 115-126.

- Rofman, A. (2014). Participación ciudadana y territorio en el Gran Buenos Aires. *Acción colectiva en las ciudades latinoamericanas*, 37-56.
- Rose, N. (2007). *Beyond Medicalization*. London: Lancet.
- Rosenfeld, M. (2005). *Dilemas de la participación social: El encuentro entre las políticas públicas y la sociedad civil*. Buenos Aires: Cuadernos del Observatorio social No. 7.
- Roth, A.-N. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*, 67-91.
- Rousseau, J.-J. (2007). *Contrato Social*. (F. d. Ríos, Trad.) Madrid: Espasa calpe S.A.
- Sabatier, P., & Mazmaian, D. (1981). *La aplicación de las Políticas Eficaces*. California EE.UU: Editorial Lexington Books.
- Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Métodos de Intervención*. Barcelona: EUB.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta moebio 41*, 207-224.
- Segato, R. (2013). *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez. Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Smith, A. (1996). *La riqueza de las naciones*. (C. R. Braun, Trad.) Madrid: Alianza Editorial.
- Smith, A. (1997). *La teoría de los sentimientos morales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sol Arriza, R. (2012). *Avances y retos de la participación ciudadana en la gestión de políticas públicas, en espacios institucionales de los estados centroamericanos*. Buenos Aires: FLACSO Costa Rica.
- Sorj, B. (1860). *Usos, abusos y desafíos de la sociedad civil en América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Svampa, M. (2009). *Cambio de época: movimientos sociales y poder político*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Tamayo Saéz, M. (1997). *La nueva administración pública*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Taylor, C. (1985). *Argumentos filosóficos*. España: Paidós.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.

- Tejada González, J. L. (2010). Biopolítica, población y control. *Educación Física y Ciencia*, 25 - 38.
- Testa, M. (1986). *Planificación en salud: las determinantes sociales. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas*. Washington: OPS-Ciesu.
- Tönnies, F. (1947). *Comunidad y sociedad*. Buenos Aires.
- Torres Carrillo, A. (2002). Vinculos comunitarios y reconstrucción social. *Red académica*, 1-19.
- Turney, L., & Pocknee, C. (2009). Virtual Focus Groups: New Frontiers. *International Journal of Qualitative Methods*, 1-10.
- Urteaga, E. (2008). La Sociedad Civil en Cuestión. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 155-188.
- Valencia Agudelo, G. D. (2012). Incidencia de la sociedad civil en el ciclo de las políticas públicas. *Participación política*, 469-496.
- Vargas, A. (2011). *Participación ciudadana y políticas públicas*. Bogotá: Peña.
- Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P. A., & Restrepo Vélez, O. (2009). *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud.
- Velásquez C, F., & González, E. (2003). *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Fundación Corona.
- Villareal Sánchez, J. N. (2006). Subjetividad, ciudadanía y emancipación. Lo social y lo político en la postmodernidad. *Tabula Rasa*, 311-318.
- Weber, M. (1944). *Economía y sociedad*. (J. R. José Medina Echavarría, Trad.) México: Fondo de cultura económica.
- Weber, M. (2001). *La ética protestante y el <<espíritu>> del capitalismo*. (J. A. García, Trad.) Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Zambrano, H. (2006). *Atención Primaria en Salud: Participación social, movilización social por el derecho a la salud*. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud.
- Zapata Farías, H. (1999). *Adulto mayor: Participación e identidad*. Santiago de Chile: Federación Mundial de Salud Mental.
- Zaremborg, G. (2008). *Políticas sociales y género*. México: FLACSO México.

Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review* 20, 487-504.