



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MUJERES PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO: PARTICIPACION SOCIAL EN  
SALUD EN ATENCION PRIMARIA

JANETH CARRILLO FRANCO

UNIVERSIDAD DE NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PUBLICA

BOGOTA  
2013



MUJERES PARTICIPANDO Y CONSTRUYENDO: PARTICIPACION SOCIAL EN  
SALUD EN ATENCION PRIMARIA

JANETH CARRILLO FRANCO  
Tesis para optar al título de  
Doctor en Salud Pública

Directora  
Dra. LUCERO LOPEZ  
Profesora Asociada facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
PROGRAMA DE DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PÚBLICA

BOGOTA, 2013

## DEDICATORIA

A las mujeres que participaron en la gestación y el parto de esta tesis: Natalia, Camila, Lucero, Adelina, Lucia, Mery, Luisa, María Lucia y Jennifer.

Todas ellas contadoras de historias y tejedoras de memoria, cuya presencia hace más brillante los días en esta tierra.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, poder superior presente

A Camila y Natalia por hacer más feliz esta caminata por la vida

A Nacho, amigo, compañero, cómplice

A la profesora Alba Lucero López Díaz, guía, maestra, amiga, apoyo incansable en las vicisitudes de esta tesis

Al profesor José Carlos Bon Meihy, por sus observaciones brillantes y por su acogida cálida en Rio de Janeiro, durante la pasantía del Doctorado

A Rafael Román Vega Romero, profesor, amigo y responsable de cuestionarme lo suficiente para iniciar este Doctorado

A las narradoras de las historias de este documento, que me permitieron entrar en sus hogares y en sus vidas

A Teodolinda Sánchez, polo a tierra con el Doctorado en Salud Pública

Al grupo de investigación en Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional por sus aportes a la sustentación de esta tesis

Al Hospital Chapinero en Bogotá, de la localidad que lleva su nombre

Al Doctorado en Salud Pública, por los debates y las preguntas

A la Universidad Nacional de Colombia por el beneficio de la educación pública

## Contenido

<b>CONTENIDO.....</b>	<b>VIII</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE FOTOS .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA APS .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD COMO PRINCIPIO DE LA APS .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. RENOVACIÓN DE LA APS Y DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 LA APS EN COLOMBIA.....</b>	<b>22</b>
1.4.1 La participación social en salud en Colombia: .....	25
1.4.2 Atención Primaria en Salud Renovada en Bogotá. ....	27
1.4.3 Participación social en salud en Bogotá:.....	31
<b>2. PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD, CULTURA Y GÉNERO .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 PARTICIPACIÓN COMO EXPRESIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN EN LA CULTURA .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 JERARQUÍAS EN SALUD .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3 GÉNERO Y GENERACIÓN: FACTORES CULTURALES EN LA PARTICIPACIÓN .....</b>	<b>39</b>
2.3.1 Participación y necesidad:.....	41
<b>2.4 OBJETIVOS .....</b>	<b>42</b>
GENERAL.....	42
ESPECIFICOS.....	43
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 LA HISTORIA ORAL.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 ESTABLECIENDO Y DESARROLLANDO EL PROYECTO .....</b>	<b>50</b>

3.2.1 Fase de preentrevistas.....	51
3.2.2 Fase de entrevistas.....	58
3.2.3 Fase de posentrevistas.....	60
<b>3.5. ASPECTOS ETICOS .....</b>	<b>64</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSION .....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 MUJERES PARTICIPANDO: ENLAZANDO HISTORIAS DE VIDA .....</b>	<b>66</b>
<b>ADELINA GARCIA .....</b>	<b>68</b>
<b>FUIMOS LAS MUJERES LAS QUE SACAMOS TODO ADELANTE!.....</b>	<b>68</b>
<b>LUCIA PALACIO .....</b>	<b>76</b>
<b>A MÍ NO ME HA GUSTADO ESTAR DORMIDA O PASIVA, DESDE NIÑA PARTICIPABA EN     TODO .....</b>	<b>76</b>
<b>MERY MEDINA.....</b>	<b>84</b>
<b>LAS MUJERES ERAMOS MUY UNIDAS... .....</b>	<b>84</b>
<b>MARIA LUISA RODRIGUEZ.....</b>	<b>93</b>
<b>EL DIA QUE USTED NO APRENDE ALGO, ESE DIA SE PERDIO .....</b>	<b>93</b>
<b>MARIA LUCIA.....</b>	<b>100</b>
<b>PARTICIPAR CON LA COMUNIDAD ES UNA DECISION PERSONAL .....</b>	<b>100</b>
<b>JENNIFER MONTAÑES.....</b>	<b>105</b>
<b>LE DIGO A LAS MUJERES QUE TIENEN QUE TRANSFORMARSE.....</b>	<b>105</b>
<b>4.2 RESULTADOS Y DISCUSION .....</b>	<b>114</b>
4.2.1 Mujeres participando y construyendo un paraíso posible: .....	114
4.2.2. Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible: .....	117
4.2.3 Mujeres y nuevos pactos.....	127
<b>5. LOS DIALOGOS POSIBLES: ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y PARTICIPACION SOCIAL .....</b>	<b>134</b>
<b>5.1 CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>134</b>
<b>5.2 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>138</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>142</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>157</b>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir las dinámicas culturales de la participación social en salud, identificadas en un grupo de mujeres de un territorio de Atención Primaria en Salud en Bogotá.

**METODOLOGÍA:** La investigación cualitativa con historia oral fue desarrollada con un grupo de seis mujeres líderes comunitarias del territorio de Atención Primaria de San Luis, Bogotá, entre septiembre de 2010 y diciembre de 2011. Fueron analizadas de forma inductiva e interpretativa. Emergió un tema cultural y dos categorías.

**RESULTADOS:** El tema cultural, “Mujeres participando y construyendo un paraíso posible”, refleja una dinámica cultural movida por la búsqueda de soluciones para resolver la cotidianidad, las necesidades y enfrentar la adversidad. Estas dinámicas son reconfiguradas por el contexto histórico cambiante. La comunidad construye bajo su mundo de significados e historia la interacción con las instituciones y responden a las mismas buscando su propio beneficio.

**CONCLUSIONES:** La participación social en salud responde a dinámicas culturales propias de la comunidad, que difiere de las metas institucionales. Mejorar los resultados en participación en salud teniendo en cuenta estas dinámicas, es uno de los retos para que las propiedades positivas de la Atención Primaria en Salud Renovada se logren.

**PALABRAS CLAVE:** Participación social; atención primaria; cultura, historia oral.



## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To describe the cultural dynamics of social participation in health, identified in a group of women in an area of primary health care in Bogota.

**METHODS:** Qualitative research with oral history was developed with a group of six women community leaders of the territory of San Luis Primary Care, Bogota, between September 2010 and December 2011. Were analyzed inductively and interpretative. Emerged a cultural theme and two categories.

**RESULTS:** The cultural theme, "Women participating and building a possible paradise" reflects cultural dynamics driven by the search for solutions to everyday, needs and face adversity. These dynamics are reconfigured by changing historical context. The community built under his world of meaning and history interaction with institutions and respond to them seeking their own benefit.

**CONCLUSIONS:** Social participation in health coincides with their own cultural dynamics of the community, which differs from the institutional goals. Improving participation in health outcomes given these dynamics, is one of the challenges for the positive properties of the Renewed Primary Health Care are achieved.

**KEYWORDS:** Social participation, primary care, culture, oral history.

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

3.1: Datos generales de las colaboradoras .....	58
3.2: Transcreaciones y tono vital identificado .....	61
3.1: División de la ciudad por localidades y UPZ. ....	53
3.2: Reserva forestal y zona de adecuación .....	55

## LISTA DE FOTOS

3.1: El territorio en los cerros, con la ciudad como telón de fondo .....	52
4.1: Adelina García .....	68
4.2: Lucia Palacio. ....	76
4.3: Mery Medina .....	84
4.4: María Luisa Rodriguez .....	93
4.5 María Lucia .....	100
4.6: Jennifer Montañés .....	105

## INTRODUCCION

Como faceta de la participación cívica general, la participación social en salud se considera una condición para ejercer la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública, y por lo tanto, para la equidad. Es una “condición esencial para garantizar la efectividad y la satisfacción en los servicios y constituye un fin deseable en sí mismo”.<sup>1</sup> Sin embargo, como lo menciona Menéndez, no es un producto propuesto desde salud ya que “la participación social...era parte de las formas de actuación colectiva de la sociedad, especialmente de los grupos políticos y sindicales”<sup>2</sup>. Durante la segunda mitad del siglo XX, se fomentó de manera sistemática por parte de las organizaciones y agencias internacionales, en campos tan diversos como el “desarrollo económico rural, el desarrollo educativo y el desarrollo en salud”.<sup>3</sup>

Existen múltiples enfoques de participación social. En la revisión de 127 artículos realizada por Tavares et al<sup>4</sup> identifican tres abordajes: El ideal, definido como la capacidad de los individuos de influenciar o intervenir en las decisiones políticas de la sociedad en la cual viven. En esta dirección, los artículos apuntan a considerarla parte de un derecho, positivo y que fomenta el capital social. El segundo abordaje muestra el carácter político de la participación social en salud como medio de democratización del Estado y la definen como una de las herramientas de los gobiernos para evaluar sus capacidades gerenciales. El tercer abordaje, está asociado con el concepto de medicina comunitaria de Estados Unidos, donde la participación de individuos, familias y comunidades se ha instrumentalizado para que compartan con el Estado la responsabilidad por la atención en salud e identifica la Participación Social en Salud (PSS) con el conjunto de actividades que termina justificando los programas institucionales, definido lo institucional como ideología, normas y estructura. Este abordaje instrumental se convierte en la justificación de programas y de lo institucional en sí mismo - definido como ideología, normas y estructura<sup>5</sup>- incorporándolos a la teoría y al discurso neoliberal. Este abordaje distingue de igual manera a las agencias internacionales que optan por el enfoque de participación como la posibilidad que los beneficiarios puedan “escoger” entre las opciones presentadas

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington, DC. 2005

<sup>2</sup> MENENDEZ, Eduardo. De sujetos, saberes y estructuras. Lugar editorial. Buenos Aires, 2009

<sup>3</sup> MENENDEZ, Eduardo. Op. Cit., p 186

<sup>4</sup> TAVARES CAVALCANTI, Maria de Lourdes. HENRIQUES DE PINA CABRAL, Marta. RODRIGUES ANTUNE, Ludmila. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros. En: Ciência & Saúde Coletiva. 2012, no. 17(7) p. 1813-1823

<sup>5</sup> HERNÁN, Fair. La globalización neoliberal: Transformaciones y efectos de un discurso hegemónico. En: KAIROS. Revista de Temas Sociales. [Online], [Consultado en Octubre de 2012]

en un contexto de mercado. La participación legitima la intervención externa<sup>6</sup>, ya que como concepto se ubica “en un limbo donde cada cual la define según sus intereses, disfraza los paradigmas bajo los cuales funciona tanto en lo conceptual como en la práctica”.<sup>7</sup> Afirmando con Menéndez, “la participación social como concepto y como práctica fue (es y sigue siendo a mi modo de ver) utilizada por tendencias teórico/ideológicas que consideraron que el capitalismo favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista, pasivo/receptiva, apática, donde los objetivos privados se imponen a las necesidades públicas”.<sup>8</sup>

Sin acuerdos en la definición misma del concepto, la Atención Primaria en Salud como estrategia y como modelo de atención plantea la participación social como el derecho y la capacidad de la población a participar efectiva y responsablemente en las decisiones del cuidado de la salud y su implementación. En el marco de la renovación de la APS, en el año 2003 después de una reflexión sobre sus beneficios y posibilidades 25 años después de Alma Ata, Bogotá decide aplicarla como modelo de atención. En el contexto del gobierno del primer alcalde de izquierda de la ciudad<sup>9</sup>, se planteó desde su plan de desarrollo para salud “la universalización progresiva del derecho a la atención integral con enfoque familiar y comunitario”.<sup>10</sup> La estrategia a través de la cual lo haría realidad para la ciudad fue la Atención Primaria.

Desde el diagnóstico realizado por la administración distrital, se encontraba en su momento que a pesar de presentar indicadores adecuados de morbi-mortalidad y del aumento de la cobertura alcanzada a partir de la Ley 100, Bogotá presentaba de manera persistente, barreras de acceso y de utilización de los servicios de salud de tipo financiero, organizativo, geográfico y, en menor medida, cultural.<sup>11</sup> Estas diferencias, más evidentes a nivel de las localidades con mayores índices de pobreza, llevaron a proponer como modelo orientador de la atención, la universalización de la Atención Primaria renovada en Salud, entre los años 2004 a 2011.

---

<sup>6</sup> AVILA, Ramiro [online]. Retos de una nueva institucionalidad estatal para la protección de los derechos humanos. 2008. Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/>

<sup>7</sup> BRONFMAN, Mario. GLEIZER, Marcela. Community Participation: Need, Excuse, or Strategy? What are We Talking About When We Refer to Community Participation? En: Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro. Enero- Marzo 1994. Vol. 10 (1), p.111-122.

<sup>8</sup> MENENDEZ, Eduardo. Op. Cit., p 190

<sup>9</sup> Revista Semana. Luís Garzon: Un alcalde histórico. Octubre 27 de 2003

<sup>10</sup> ACOSTA NAVARRO, Olga. Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del nuevo plan de desarrollo de Bogotá. Fundación para la educación superior y el desarrollo, 2005

<sup>11</sup> Secretaría de Hacienda Distrital. Hacia la Garantía del Derecho a la Salud en Bogotá. Diagnóstico y Políticas de Salud en el Distrito Capital. Cuadernos de la Ciudad, Serie Equidad y Bienestar. Abril 2005. No. 6

Para ello, la Secretaría Distrital de Salud, organismo rector del área, decide contratar a través de los hospitales públicos de la ciudad, la conformación de equipos básicos, cuya función principal era acercar los servicios a la población superando barreras de acceso tanto geográficas como financieras y administrativas. El rol de la participación en este modelo era fundamental para asegurar inclusive su continuidad. Se pretendía que este ejercicio de APS se legitimara socialmente, se sustentara y tuviera permanencia en el tiempo a través de la participación de la comunidad, ejercicio propuesto como reacción a la participación institucionalizada desde la Ley 100 y con una clara perspectiva de desarrollo humano y comunitario.<sup>12</sup>

Esta tesis se genera a partir del cuestionamiento sobre el papel que juega la comunidad en la participación en salud en el marco de la APS en Bogotá en un modelo de atención integral tratando de funcionar en el marco de un sistema de salud fragmentado y en medio de los conflictos de poder generados al interior de la Secretaría de Salud a raíz de la adopción de dos referentes teóricos,<sup>13</sup> que comparten elementos comunes pero que en su implementación práctica, terminó siendo una demostración de a qué postura dar mayor relevancia.

Durante el trabajo de campo desarrollado como médica de un equipo básico en Bogotá por cuatro años, fue evidente la brecha entre la política formulada en el papel y lo que ocurre con la población, especialmente en el tema de participación social en salud. Además de los conflictos ya mencionados, la misma relación contractual entre hospitales y la Secretaría de Salud para ejecutar la estrategia se verifica, aún hoy, como una relación perversa, que mide los logros únicamente por el número de actividades realizadas y no por su impacto. Aunque se defina como incluyente, el modelo de Bogotá terminó siendo una suma de actividades inconexas, medidas de la forma tradicional contemplada en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

De igual forma, las instituciones desde su paradigma y desde sus jerarquías, no tienen en cuenta las características culturales de la comunidad que juega en doble vía, en una sociedad focalizada que privilegia la ganancia secundaria. Un punto importante de partida debería ser el reconocimiento de que conceptos como salud – enfermedad y el de participación son nociones socialmente construidas y culturalmente moduladas,<sup>14</sup> con componentes de comunicación e interrelación, saturados con una carga de cultura y de contexto histórico de las personas. Esto es, las relaciones instituciones – comunidad no se generan en espacios vacíos o desde cero, sino que son parte de dinámicas previas tanto de los operadores (médicos, enfermeras, personal de salud) de un lado y del otro de

---

<sup>12</sup> TORRES, Mauricio. Participación social: eje central de la renovación de la APS. La experiencia de Salud a su Hogar. Secretaría Distrital de Salud, Mayo. 2005

<sup>13</sup> La APS (Atención Primaria en Salud) y la EPCVS (Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud).

<sup>14</sup> HELMAN, Cecil. Culture, health and illness. En: Oxford University press, 2007. P. 528

los sujetos a quienes va dirigida (población en general).

Esta tesis aborda el problema de investigación de las dinámicas culturales, en la participación social en salud, de un grupo de mujeres en el marco de la Atención Primaria en Bogotá y define la participación social en salud como la capacidad y el derecho de la comunidad de afectar las decisiones en salud que se tomen para sí misma y la capacidad de las instituciones de validar la voz de la población, teniendo en cuenta las dinámicas culturales que la generan. A pesar que la participación es uno de los ejes articuladores del modelo de atención en salud propuesto para la ciudad, en el terreno no se ha logrado superar la aplicación de las mismas rutinas y actividades operativas, que desde la comunidad, muchas veces pueden estar desprovistas de sentido para quienes va dirigida.

El análisis de las dinámicas culturales en el proceso de Participación Social en Salud (PSS), escasamente se ha considerado en el contexto de la salud pública, son poco reconocidas a nivel de la literatura y de la investigación y se desestiman las repercusiones en el acercamiento institucional a la comunidad. Se definen como dinámicas culturales “los lentes que dividen el mundo y a la gente dentro de él (hombres, mujeres; niños, adultos; gente joven y gente vieja; nativos o extranjeros)”.<sup>15</sup> Desde esta definición, este documento considera dos dinámicas culturales concurrentes: la del sujeto formado en una determinada cultura que puede acercarse a la PSS dotándola de sentido desde la socialización que haya tenido y la de la misma participación como dinámica cultural, imbricada de significados asignados en el devenir de la formación del territorio o de la comunidad, de la respuesta institucional, de la memoria de estos contactos y de su efectividad en la resolución de las necesidades. La participación está ligada al proceso de “construcción de comunidad e implica relaciones del individuo con el ecosistema en que éste está inmerso, generando experiencia, conocimiento y praxis que posteriormente se incorpora a la historia de la comunidad y forma parte de la cultura”.<sup>16</sup>

Para evidenciar estas dinámicas, se hizo una aproximación de carácter cualitativo con historia oral porque la participación social en salud, depende de la interacción y comunicación humanas, entre grupos marcados por jerarquías y con dinámicas diversas, se consideró como la metodología más apropiada para dar voz a los actores en un contexto y momento histórico particular.

Para ampliar el matiz desde la cultura, se sumó el tema de la interpretación tanto de la propia postura como la del otro, o del trasfondo cultural mencionado por Geertz, es decir, el “jugar dentro del círculo hermenéutico: describir cómo actúa la gente y al mismo tiempo como esas descripciones se imbrican con las

---

<sup>15</sup> HELMAN, Cecil. OP. Cit., p 40

<sup>16</sup> MARTÍNEZ, K. M. Comprensión del déficit de ciudadanía en Chile: La paradoja de su desarrollo. Revista Paraguaya de Sociología, 36, 105-122. 1999

presunciones del investigador. Por tanto, el método interpretativo es necesario porque las personas experimentan sus vidas con creatividad en lugar de reaccionar mecánicamente”,<sup>17</sup> la historia oral de estas mujeres refleja el mundo de los significados en contraste con el mundo material, resaltando que la investigación es ante todo una interacción que transforma tanto a los interactuantes como al objeto de su interacción.<sup>18</sup>

La decisión por la historia oral es producto de la búsqueda reflexiva sobre la necesidad de dar voz a la gente. Constituye un desafío a la misma forma de abordar al sujeto de estudio que se transforma en colaborador activo del mismo y pasar la voz oral a un documento escrito. La metodología va definiendo a los colaboradores a partir de una comunidad, una colonia y una red. Dado que las participantes comparten raíces históricas, sociales y culturales en un territorio específico, dando posibilidad a la comunidad silenciada mientras la postura institucional es más fácilmente rastreable.

El proceso completo que representa trabajar en historia oral tomó cerca de dos años, desde las entrevistas hasta el texto transcrito, del cual se realizó devolución a las colaboradoras quienes lo enriquecieron para su presentación final. El proceso metodológico de la historia oral es un trabajo artesanal donde el investigador se liga al devenir de las colaboradoras. La exploración de la mirada institucional se nutrió con la revisión de algunos registros del trabajo de la Fundación Santa Fe y del Hospital Chapinero y con documentos y datos históricos de los procesos de urbanización de los cerros.

Este documento está estructurado en cinco capítulos, a través de los cuales se muestra el tema de la participación como diverso y ajustado a intereses históricos particulares. Se trata de manera particular el ejercicio desarrollado de APS en Bogotá, donde se rescata y se resalta su componente cultural, poco estudiado en este campo, a pesar de ser eminentemente comunicativo y humano. En la búsqueda de las dinámicas culturales de la participación, emergió con fuerza el tema de las jerarquías profesionales, ignoradas inclusive desde lo institucional y la ausencia de significados compartidos comunidad – institución frente al vocablo mismo de PSS.

El cuestionamiento sobre la participación parte de las contradicciones evidentes en su práctica. Dado que la APS la promulga y promueve de manera persistente en su discurso desde Alma Ata, se esperaría que en ejercicios recientes de APS renovada como el de Bogotá, otras formas de relación fueran propuestas para fortalecer la participación. Que en consonancia con sus orígenes comunitarios, se hubieran generado espacios diferentes a los institucionales tradicionales, donde

---

<sup>17</sup> DEL CAIRO, Carlos. JARAMILLO; Jefferson. Clifford Geertz y el ensamble de un proyecto antropológico crítico. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.8: 15-41, enero-junio 2008

<sup>18</sup> GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora. La dicotomía emic/etic. Historia de una confusión, Barcelona, Biblioteca A/sociedad, Anthropos Editorial, 2009, 143 p.



el encuentro con la comunidad tuviera en cuenta dinámicas culturales particulares que respondieran a la historia de organización de grupos específicos.

Sin embargo, como se descubrió a través de la investigación, las colaboradoras no identifican la noción de participación tal y como la genera el modelo de APS de Bogotá. Si bien es la implementación de la APS fue un ejercicio extenso no realizado en la ciudad anteriormente, otras experiencias ya mostraban esta desconexión desde los modelos que imponen actividades bautizadas como participativas y las necesidades comunitarias. Ugalde es particularmente enfático cuando señala que la participación ha sido utilizada como “sinónimo de práctica democrática, preocupada en resolver problemas de salud. Su vigencia es tal, que se la llega a decretar por ley, confundiendo legalidad con legitimidad”.<sup>19</sup> Así, es importante que uno de los objetivos de esta tesis fuera dar voz a quien es el sujeto discursivo de la participación, la comunidad, enfatizando que se hace en el marco de un modelo incluyente como se supone debe ser la APS renovada.

El primer capítulo, titulado *La atención primaria en salud y la participación social en salud* muestra las definiciones de APS, de participación, su contexto en Colombia y en Bogotá. Este capítulo permite tener una visión panorámica de los conceptos teóricos ejes de esta tesis.

El capítulo dos *Participación social en salud, cultura y género*, contextualiza la relación entre las dinámicas culturales de generación y género y la participación como producto de una socialización particular y como respuesta a las necesidades específicas de un territorio.

En el capítulo tres, *Metodología*, se explica de manera amplia qué es la historia oral y su pertinencia respecto a la pregunta de investigación. De igual manera se relata la forma como se estableció y desarrolló el proyecto.

El capítulo cuatro, resultados y discusión, está dividido en dos partes, la primera, “Mujeres participando: enlazando historias de vida” presenta las historias orales de seis mujeres del territorio de San Luis, textos literarios que permiten recuperar su memoria de la organización comunitaria. A través de ellas, se deja viva la voz de las mujeres, como fuente documental, de quienes de forma aguerrida y desafiante dejan ver las dinámicas culturales de su comunidad, las diversas tensiones de los actores en el territorio y el movimiento histórico en el mismo.

Se identificó un tema principal: el tema cultural, “Mujeres participando y construyendo un paraíso posible”, que comprende dos categorías: la primera “Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible” que vincula las necesidades del territorio como fuente de organización comunitaria; con sus

---

<sup>19</sup> UGALDE, Antonio. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria. En: Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

subcategorías: necesidad, participación y paraíso posible; la participación como transmisión de la cultura y su relación con la mirada desde fuera que hacen las instituciones, subcategoría denominada el papel de la institución en la construcción del paraíso posible. La segunda categoría “Mujeres y nuevos pactos” se refiere a las subcategorías de género y de diferencias de generación, como dinámicas culturales de la participación social en salud.

El quinto capítulo *Los diálogos posibles*, reúne las consideraciones finales y las recomendaciones. El título del capítulo explora las necesidades de disminuir la brecha entre institución y comunidad teniendo en cuenta las dinámicas culturales para fortalecer la participación social en salud, desde la nueva salud pública.

La investigación en participación social en salud, en el contexto de la nueva salud pública, busca dar fuerza al análisis de situación de salud desde los determinantes, a partir de su componente cultural, que trasciende la mirada sobre los grupos y comunidades, componente recientemente reconocido en el campo de la investigación y del conocimiento, así como el de las dinámicas culturales menos reconocidas a nivel de la literatura y de la investigación en salud pública, desestimando sus repercusiones en el acercamiento institucional a la comunidad. Para ejercicios de implementación de APS, otorgar voz a la comunidad desde sus dinámicas culturales para que reflexione sobre sí misma y sobre su memoria, permite establecer y fortalecer los diálogos posibles para el encuentro desde dos orillas aparentemente opuestas pero complementarias, como son la institucional y la comunitaria.

La ausencia de incentivos para mantener la participación y la precaria formación en cultura democrática que tienen las comunidades de base, la población en general y los profesionales en salud, produce, de un lado la resistencia al cambio de los actores involucrados y de otro, los pobres resultados en participación social en salud. Fortalecer la competencia cultural de los profesionales para que interactúen de manera más cercana con la comunidad es una tarea pendiente pero indelegable para la salud pública en el marco de políticas incluyentes. Un punto importante de partida debería ser el reconocimiento de que conceptos como salud – enfermedad son nociones socialmente construidas y culturalmente moduladas,<sup>20</sup> y el de participación, con componentes de comunicación e interrelación, está saturado con una mayor carga de cultura y de contexto de las personas.

Por otro parte, esta tesis permite a través de una investigación cualitativa, desde la salud pública y la APS, hacer visibles los puentes entre la organización comunitaria y la concepción institucional de participación social en salud, a través de la metodología de la historia oral de vida, que permite recuperar el papel de la experiencia social, cómo es creada y cómo se le asigna significado,<sup>21</sup> así como el

---

<sup>20</sup> HELMAN, C. OP. cit., p 41

<sup>21</sup> SALAMANCA, Ana Belén [online]. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. En:

acercamiento complementario o alternativo para entender los procesos sanitarios, sea vinculado al fenómeno salud-enfermedad o a las políticas, programas y prácticas de atención a la enfermedad.<sup>22</sup>

Es de capital importancia para la APS el hallazgo realizado por esta investigación sobre el vacío de estudios en el área, ya que, la bibliografía encontrada sobre investigaciones realizadas en Colombia, se enmarca en las generalidades de los mecanismos dispuestos desde el sistema. Con esta panorámica, la investigación contribuye de manera directa generando conocimiento en un área de vital importancia para la salud pública, como aporte para la construcción de política pública y como sustrato para otras investigaciones sobre el tema, necesarias para entender por qué la gente participa, para qué lo hace y si hay puntos de encuentro o desencuentro entre comunidad – instituciones. Ello fortalecería la puesta en marcha de modelos de atención que partan de necesidades reales, superando la lógica tecnocrática del lineamiento operativo generado de manera homogénea. Adicionalmente, esta investigación deja abiertas las posibilidades de una fase posterior a desarrollar con los formuladores y operadores de la política, necesaria para dar contraste a las diferentes posturas desde las cuales puede verse el fenómeno de la PSS, lo cual enriquecerá el tema de las dinámicas culturales en salud.

Es necesario resaltar que la participación social en salud debe contextualizarse como un producto de dinámicas humanas en contextos históricos y culturales particulares más que como un problema a resolver exclusivamente desde el área de la salud, como se asume actualmente. Considero que partir del análisis de las contradicciones entre las creencias institucionales de lo que puede funcionar para fortalecer la participación en complementariedad con la mirada comunitaria representa un avance importante en lo que se considera su deber ser, para los formuladores de política y para los operadores de la misma a quienes les corresponde asumirla más allá de los límites de un lineamiento técnico.

---

Revista científica de enfermería. Nure investigación. Septiembre – octubre, 2006. Nro. 24. [Consultado en julio de 2009].

<sup>22</sup> MERCADO, Francisco y BOSE, María Lucia. Investigación cualitativa de los servicios de salud: Notas para un debate. Lugar editorial. 2006

## 1. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

La Atención Primaria en Salud (APS), como estrategia y como modelo de atención plantea la participación social como el derecho y la capacidad de la población a participar efectiva y responsablemente en las decisiones del cuidado de la salud y su implementación,<sup>23</sup> considerándola como uno de sus principios y como uno de sus elementos. Es igualmente considerada una de las funciones esenciales de la Salud Pública, siendo definida como el “refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública”.<sup>24</sup> Está íntimamente ligada al fortalecimiento de “la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil que permitan utilizar todo el capital humano y los recursos materiales disponibles para mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que favorezcan la vida saludable”.<sup>25</sup>

Ante los desafíos que persisten en la situación de salud de la población, hoy el modelo renovado de APS se retoma<sup>26,27</sup> asignando a la PSS un papel

---

<sup>23</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Op. cit., p. 18

<sup>24</sup> Organización Panamericana de la Salud. Ibid. p. 12.

<sup>25</sup> Organización Panamericana de la Salud. Ibid., p. 15

<sup>26</sup> VARGAS, William [online]. Atención primaria en salud en acción. 2006. [Consultado julio 2009]

<sup>27</sup> ROVERE, Mario. Salud para todos. ALCHUE 2009. P. 318

preponderante en el mismo. El modelo propuesto a lo largo y ancho de América Latina por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca de manera persistente la legitimización de las acciones de la APS a través de la participación social en salud.

## **1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA APS**

Desde su inicio, la Atención Primaria de Salud (APS) ha sido considerada como una estrategia clave para maximizar la efectividad de los sistemas de salud en el mundo<sup>28</sup>. La concepción de la estrategia de atención como propuesta política mundial tuvo lugar en 1978 en Alma Ata (antigua Unión Soviética) por parte de la Organización Mundial de la Salud, si bien se reconoce que el uso del término se remonta a 1920, cuando el informe Dawson fue divulgado en el Reino Unido, “designando a los centros de atención primaria como eje de la regionalización de los servicios en el país”.<sup>29</sup>

La APS se gestó como respuesta a la “creciente desigualdad en salud de las poblaciones más vulnerables entre países y aún al interior de los mismos, y en oposición al uso de tecnologías médicas costosas, siendo propuesta como herramienta fundamental para el logro de salud para todos en el año 2000, a un costo que la sociedad y los países pudieran cubrir, destacando la participación de las poblaciones como actores claves en el mejoramiento de su estado de salud y el papel de la acción intersectorial para afectar los determinantes profundos de la inequidad”.<sup>30</sup>

A pesar que se registra como estrategia desde 1978, autores como Apraez<sup>31</sup> consideran su origen en el siglo XIX con el surgimiento de la medicina social en 1848. Rescata experiencias previas a la declaración de Alma Ata tanto a nivel local como mundial, todas ellas vinculadas a la búsqueda de una sociedad más justa. La mayoría de estas experiencias se basaban en programas comunitarios que formaban parte de una lucha más amplia de la gente marginada por mejorar su bienestar y sus derechos.<sup>32 33</sup>

---

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud. Ibid. p. 20.

<sup>29</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Op. cit., p. 34.

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud. Conferencia internacional sobre atención primaria. (6-12, septiembre, 1978, URSS) Declaración de Alma Ata.

<sup>31</sup> APRAEZ, Giovanni. La medicina social y las experiencias de Atención Primaria en salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 9, N° 27, 2010, p. 369-381

<sup>32</sup> LORENZO, Alcides [online]. El planteamiento ideológico de Alma Ata. [Consultado en octubre de 2010] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm)

Tal como fue propuesto en Alma Ata, el concepto de APS tenía implicaciones sociopolíticas, porque se dirigía hacia la necesidad de implementar una estrategia de salud integral que no sólo brindara servicios de salud, sino que “afrontara los determinantes fundamentales, sociales, culturales, económicos y políticos de la falta de salud”.<sup>34</sup>

Cuando se propuso “Salud para todos” la meta era alcanzar un nivel de salud que permitiese llevar una vida social digna y productiva en lo económico. El plazo asignado para lograrlo, año 2000, expresaba que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables,<sup>35</sup> como lo menciona Tejada de Rivero, en su momento subdirector general de la OMS y encargado de organizar la conferencia en 1978.

A pesar que, a sólo un año de su lanzamiento, la APS perdió parte de su principio de integralidad, la estrategia significó un avance conceptual y de reconocimiento global que permitiera a futuro superar los modelos médicos de boga en el momento, ya que la APS enfatiza los servicios preventivos y de promoción, con centros de atención geográfica y organizacionalmente accesibles, en la que tenían un papel relevante los agentes comunitarios de salud y se centraba en la participación de la comunidad.<sup>36</sup> El enfoque comunitario de la Atención Primaria fue introducido por Kark<sup>37</sup> en 1940, a partir de experiencias desarrolladas en Sudáfrica y posteriormente adoptado por la OMS, en Alma Ata.

La estrategia se redujo un año después a la atención selectiva de algunos eventos a través de actividades focalizadas en los grupos vulnerables de los países pobres, en el marco de programas verticales,<sup>38</sup> determinados por los planeadores en salud y sin el componente comunitario reconocido de manera contundente en Alma Ata, mientras en los países centrales o desarrollados se

---

<sup>33</sup> NEWELL, Kenneth. Health by the people. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975

<sup>34</sup> Organización Panamericana de la Salud. Ibid. p. 22.

<sup>35</sup> TEJADA DE RIVERO, David. Alma Ata 25 años después. . En: Perspectivas de Salud, revista de la Organización Panamericana de la Salud. 2003. Vol. 8, Número 1

<sup>36</sup> CUETO, Marco. The origins of primary health care and selective primary health care. En: American Journal of Public Health. Noviembre 2004. Vol. 94(11), p.1864- 1874

<sup>37</sup> GAITONDE R, SHEIKH K, SALIGRAM P. Community participation in health: global literature review. Public Health foundation of India. En: [uhc-india.org/downloadpdf.php](http://uhc-india.org/downloadpdf.php)

<sup>38</sup> CUETO, Marco. The origins of primary health care and selective primary health care. Op. Cit., p. 1870.

consideró como el primer nivel de atención del sistema de salud.<sup>39, 40, 41, 42</sup> El enfoque selectivo redujo a la APS integral con enfoque comunitario en programas de atención médica para pobres que dieron relevancia a los problemas prevalentes principalmente de la infancia y de la mujer.<sup>43</sup>

Tanto la APS integral originalmente propuesta, que incluía actividades intersectoriales y a la participación comunitaria, así como de la selectiva que se redujo a programas para las principales causas de morbimortalidad en niños y mujeres, en un mundo que marcha hacia la globalización, no respondieron a las necesidades de salud de las comunidades por lo cual su impacto fue reducido.

A pesar que las experiencias vividas en diferentes países demostraron que la APS puede adaptarse a distintos niveles de desarrollo y diferentes contextos políticos, sociales y culturales, las metas en estado de salud, en relación con la disminución de mortalidad evitable y de la inequidad, saneamiento y calidad de vida no se alcanzaron debido a la falta de liderazgo o voluntad política, a la insuficiencia de recursos y a las expectativas poco realistas que se pusieron en este modelo de atención.<sup>44</sup>

## **1.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD COMO PRINCIPIO DE LA APS**

Existen diversas formas de participación y según su énfasis puede ser ciudadana, comunitaria, social, política, popular entre otras.<sup>45</sup> Este énfasis las distingue entre sí, según los objetivos que persigan. Como lo menciona Sanabria,<sup>46</sup> “durante la década de los ochenta la participación recibió diferentes

---

<sup>39</sup> CUETO, Marco. Ibid., p. 1869

<sup>40</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Op. Cit., p. 22.

<sup>41</sup> MAGNUSSEN, Lesley; EHIRI, John y JOLLY, Pauline. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. En: Health affairs.2004. Vol. 23(3), p.167 – 176.

<sup>42</sup> LITSIOS, Sócrates. The Christian medical commission and the development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach. En: American journal of Public Health. Noviembre 2004. Vol. 94, Nro. 11. 1864-1874

<sup>43</sup> CUETO, Marco. Ibid. p. 1872.

<sup>44</sup> Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales. OMS, 2005

<sup>45</sup> COTES, Karol. COTES, Karol Participación social en salud y democracia. Una reflexión a partir de la experiencia de Fausalud en Bogotá, 1999-2005. Tesis de la maestría de salud pública, Universidad Nacional, Facultad de Medicina, 2006

<sup>46</sup> SANABRIA, Giselda. Participación social en el campo de la salud. En: Revista Cubana de Salud Pública. Julio – septiembre, 2004. Vol. 30(3)

denominaciones, “participación comunitaria”, “participación local” y “participación popular” entre otras. Desde los noventa, se plantea el desarrollo del concepto “participación social”, como expresión amplia de la participación. Esta categoría puede considerarse como un nivel superior, pues no sólo toma en cuenta la participación de la comunidad organizada sino la de toda la sociedad vista en su conjunto”. Sin embargo a pesar del consenso en el alcance y utilidad de dicha categoría hay muchos que continúan refiriéndose a la participación con alguno que otro de los apelativos antes mencionados. Por tanto, no existe consenso en la definición del término participación, como también lo concluye Cotes en su investigación.<sup>47</sup>

La Participación Social se ha considerado como la sensibilización de la comunidad frente a los programas de desarrollo, su contribución voluntaria, o su posibilidad de formular proyectos para mejorar la calidad de vida a través de acciones en salud.<sup>48</sup> Adicionalmente, dado el enfoque de la política social, participar se constituye en expresión de la democracia y de vínculo con los programas de desarrollo.<sup>49</sup> Cortés la define “como el proceso mediante el cual los distintos actores sociales comprometen sus esfuerzos para constituir espacios que le garanticen mejoramiento de las condiciones de vida así como su acción como piezas fundamentales para el desarrollo local y nacional”.<sup>50</sup>

Esta diversidad de “participaciones” evidencia que quienes la promueven tienen objetivos diferentes entre sí, dando lugar a imprecisiones desde lo teórico y mayores aún en su práctica. No se persigue una meta común sino que está compartimentalizada en campos diversos, la mayoría de las veces aparentemente complementarios. En segundo lugar, se genera en esferas e intereses externos a las comunidades, quienes son el “objeto” de la participación, no sujetos de la misma, aunque proliferen cientos de organizaciones populares fraccionadas.

Sin embargo, si definir la participación general conlleva una serie de desencuentros, hacerlo para salud es igualmente complejo. Texeira et al.<sup>51</sup> la definen como la capacidad de los individuos de influenciar en las decisiones políticas de la sociedad en la que viven. Bronfman y Gleiser la definen como la “incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud”.<sup>52</sup> De igual

---

<sup>47</sup> COTES, Karol. Op. cit., p 28

<sup>48</sup> VASQUEZ María. SIQUEIRA E, KUZE I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. En: Gaceta Sanitaria. 2002. No. 16(1), p. 30-38

<sup>49</sup> ARÉVALO, Decsi. Op. cit., p. 124.

<sup>50</sup> CORTES, Germán. Participación social en salud, una mirada crítica desde Bogotá. En: Pre-til, investigar para hacer ciudad. Marzo – junio, 2008. Año 6, Nro. 17

<sup>51</sup> TEXEIRA, Lucia. WERNECK, Vianna. CAVALCANTI, Lourdes. DE PINA CABRAL, Martha. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias, núm. 21, junio, 2009, pp. 218-251

<sup>52</sup> BRONFMAN, Mario. Op. cit. P 113



manera distinguen dos posiciones extremas: la que apoya la inclusión de la participación en los programas y la que la rechaza, las cuales se identifican con dos corrientes opuestas, de un lado el neoliberalismo que la considera como “el derecho a escoger como consumidor de bienes y del otro, una corriente Marxista que la propone como la creación de mecanismos para ampliar el derecho ciudadano de influir en el proceso de decisión política”.<sup>53</sup>

Las posiciones divergentes que califican de un lado la PSS como agente de la reproducción del sistema, resalta su papel como “una de las principales estrategias de los marginales urbanos, de las mujeres o de los “desviados” para solucionar sus problemas, que en gran medida consistía en eliminar la exclusión y la subalternidad. Aquellas(os) que no tienen poder, que no tienen la palabra, pueden llegar a tenerlos si comienzan a participar, de tal manera que la participación se va convirtiendo en una suerte de mecanismo eficaz que opera desde lo político o hasta lo terapéutico y que dio lugar a la expansión de palabras como “empoderamiento”.<sup>54</sup>

Max-Neef la reivindica como una necesidad de subsistencia que se satisface fortaleciendo las micro-organizaciones “rescatando todo el arsenal de creatividad social, de solidaridad y de iniciativas autogestionarias que el mundo invisible se ha forjado para sobrevivir en un medio excluyente, para oponerlos, a través de políticas globales, al imperio exclusivo de una lógica competitiva y dependiente”.<sup>55</sup>

Para validar el modelo de desarrollo del momento, algunas políticas públicas se han dirigido a promover la participación social, respondiendo al momento histórico en que se inserten.<sup>56</sup> Briceño<sup>57</sup> caracteriza cuatro fases en la evolución de la participación en América Latina enmarcados en momentos históricos particulares: Una primera en el contexto de la guerra fría, que consistió en la manipulación ideológica a través de la cual se otorgaba cierta representatividad a la población en su desarrollo pero que enmascaraba la necesidad de mano de obra barata o de control de ideas “subversivas”; una segunda fase durante los años setenta en medio de las crisis ideológicas ganaron fuerza los movimientos de base popular y de promoción popular; una tercera fase en que por la adopción de los programas de ajuste económico, la participación de los individuos regulaba las relaciones del mercado y una última fase donde se retoma la idea del Derecho, de su exigibilidad y del empoderamiento para lograr la calidad de vida esperada. Las dos últimas fases no son excluyentes y pueden presentarse de manera simultánea.

---

<sup>53</sup> VAZQUEZ María. Op. Cit., p. 34.

<sup>54</sup> MENENDEZ, Eduardo. Op. Cit., p 194.

<sup>55</sup> MAX NEEF, Manfred. Desarrollo a escala humana. Barcelona, Learia editorial, 1998, p. 50

<sup>56</sup> VAZQUEZ María. Op. cit., p. 34.

<sup>57</sup> BRICEÑO, Roberto. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.1998. Vol. 14(Sup. 2), p. 141-147.

Sanabria<sup>58</sup> por su parte, confirma estos momentos históricos al anotar como en Estados Unidos, en la década de los cuarenta, el estímulo a la participación fue parte del movimiento de lucha contra la pobreza. En los cincuenta, en diversas experiencias destinadas al desarrollo rural, se promovió la participación comunitaria. Sin embargo, el enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar las condiciones de vida de la población, donde ésta era simplemente la receptora pasiva de lo priorizado por el personal de salud.

En contraposición, diferentes experiencias de participación comunitaria se generaron en los años 60, muchas de ellas precursoras de la Atención Primaria en salud. Ya desde 1940 se registra una experiencia precursora en Sudáfrica. Sidney Kark implementa un centro rural de atención integral que ofrecía servicios preventivos y curativos, siendo considerada una experiencia precursora de la APS.<sup>59</sup>

De igual manera cabe destacar el movimiento de los médicos descalzos en China, así como las grandes campañas patrióticas sanitarias; en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas surgieron los consejos sociales; en Tanzania se fomentaron las actividades de autoayuda y en Indonesia se formaron los comités coordinadores mixtos para solucionar problemas de interés grupal. Estas experiencias incorporaron a la población como colaboradora en la resolución de sus problemas de salud.<sup>60</sup>

En la revisión de Tavares et al.<sup>61</sup> de 127 artículos llegan a concluir sobre tres abordajes al tema de participación en salud. El ideal, definido como la capacidad de los individuos de influenciar o intervenir en las decisiones políticas de la sociedad en la cual viven. En esta dirección, los artículos apuntan a considerarla parte de un derecho, positivo y que fomenta el capital social.

El segundo abordaje muestra el carácter político de la participación social en salud como medio de democratización del Estado y define la capacidad de los gobiernos para evaluar sus capacidades gerenciales. El tercer abordaje, está asociado con el concepto de medicina comunitaria instrumentalizado desde Estados Unidos, donde la participación de individuos, familias y comunidades comparten con el Estado la responsabilidad por la atención en salud.

El panorama hasta ahora presentado muestra la pluralidad de vertientes e interpretaciones. En la declaración de Alma Ata se define la participación social en salud como “el proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su

---

<sup>58</sup> SANABRIA, Giselda. OP. Cit., p 93

<sup>59</sup> KAUTZKY, Keegan. TOLLMAN; Stephen. A perspective of primary health care in South Africa. School of Public Health, University of the Witwatersrand.

<sup>60</sup> SANABRIA, Giselda. OP. Cit., p 95

<sup>61</sup> TAVARES CAVALCANTI, et al. OP. Cit., p 1820

desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario”,<sup>62</sup> siendo considerado uno de los “conceptos centrales de las concepciones preventivistas de la atención primaria no selectiva en particular”<sup>63</sup> aunque se reduzca a un abordaje del tercer tipo, de corte instrumental e institucional.

El anexo 1 muestra un resumen de algunas de las definiciones de participación social en salud desde lo institucional tanto a nivel internacional (OMS) pasando por los nacionales (Sistema de salud, política pública, Bogotá) y algunas derivadas de esta tesis (primera y segunda generación) y la definición adoptada por la investigación, con una clasificación generada en los enfoques descritos por Tavares et al.

A pesar de todas las propiedades positivas asignadas por la APS a la participación social en salud, no ha logrado su propósito fundamental de obtener la movilización de la comunidad y aunarla en el esfuerzo del mejoramiento de su situación de salud. Rifkin identificaba en 1988 la necesidad de medir la participación y en 2009<sup>64</sup> ratifica que persisten las mismas necesidades para detectar barreras que impidan su desarrollo.

La APS renovada por su parte, fomenta la participación de base popular y comunitaria, permitiendo el potenciamiento de las acciones de los grupos sociales -empoderamiento de la Sociedad Civil-, el control social y el cambio en las condiciones sociales de la salud mediante la movilización colectiva de todos los Sujetos Sociales.<sup>65</sup>

En América Latina concurren experiencias en las cuales se pueden distinguir las posiciones mencionadas por Bronffman y Gleiser. De una parte, varios países insisten en modelos democratizadores de salud, donde la participación parece sustentable. Brasil rescata con su reforma sanitaria, la salud como un bien de carácter público, reforma nacida a partir de la “aglutinación del nuevo sindicalismo y de los movimientos reivindicatorios urbanos, de la construcción de un frente partidario de oposición, y de la organización de movimientos sectoriales”.<sup>66</sup> A pesar de ello, persiste la mirada desde la institucionalidad, como lo menciona

---

<sup>62</sup> Organización Mundial de la Salud. .Declaración de Alma Ata. Op. cit., p. 3.

<sup>63</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

<sup>64</sup> RIFKIN, Susan. Lessons from community participation n health programmes: a review of the post Alma Ata experiences. International Health (2009) 1, 31—36.

<sup>65</sup> FIALLO, Alberto. Movilización, participación y empoderamiento sociales en el campo de la salud. En: Foros ciudadanos en salud (2007, Argentina)

<sup>66</sup> FLEURY, Sonia. Salud y Democracia en Brasil: Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. En: Salud colectiva [online], vol.3, n.2. P, 147-157 [consultado enero, 2012]

Abrantes “existe un desencuentro entre los formuladores de las políticas de salud y la población usuaria, pues se implementan estrategias de participación que no toman en cuenta las formas organizativas de los grupos sociales”.<sup>67</sup> Además, los equipos de salud familiar no incentivan la autonomía de los sujetos en los procesos relacionados con la gestión o el cuidado de la salud, encontrando incipiente la participación y su impacto sobre la corresponsabilidad de los usuarios, evidenciando un limitado alcance de la política de participación en salud y relaciones basadas en la asimetría de los actores en juego.<sup>68 69 70 71</sup>

Para Paredes, en Chile existe una deuda y un déficit en participación ciudadana en los últimos 20 años de democracia, que debe encausarse hacia el fortalecimiento “de la sociedad civil contra la fragmentación del tejido social y el fortalecimiento de los mecanismos de participación en la gestión de lo público”.<sup>72</sup> Específicamente en salud, la participación es considerada un mecanismo de mejoramiento del sector, “convirtiéndola en una instancia fiscalizadora de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos”.<sup>73 74</sup>

El informe del proyecto de investigación de participación social en salud en el Mercosur (Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay), resalta que los países de la región valoran la participación para la democracia y formación de ciudadanía, como herramienta de gestión o para incrementar la satisfacción de los usuarios con los programas o los servicios.<sup>75</sup> El estudio concluye que en las diferentes

---

<sup>67</sup> ABRANTES-PÊGO, Raquel. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. En: salud pública de México / vol.41, no.6, noviembre-diciembre de 1999

<sup>68</sup> ALVES BOMFIM, Leny. AZEVEDO Monique Gestão. Participativa e corresponsabilidade em saúde: Limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. En: Comunicação saúde educação. 2009. Vol.13, supl.1, p.557-570

<sup>69</sup> BUDÓ Maria Lourdes, OLIVEIRA Stefanie, GARCIA Raquel, SIMON Bruna, SCHIMITH María Denise, MATTIONI Fernanda Carlise. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma Unidade de Saúde da Família. En: Revista Gaúcha Enfermería. Porto Alegre (RS). Diciembre 2010 . Vol.31(4), p. 753-60.

<sup>70</sup> VAZQUEZ María. Op. Cit., p 36.

<sup>71</sup> WENDHAUSE Águeda. Relaciones de poder y democracia en los Consejos de salud en Brasil: un estudio de Caso. En: Revista Española de Salud Pública. 2006. Vol. 80, N°6, p. 697-704.

<sup>72</sup> PAREDES, Juan Pablo. Deuda y Déficit en los 20 años de “Democracia” en Chile. Santiago, Chile. Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 10, N° 28, 2011, p. 473-499.

<sup>73</sup> MÉNDEZ Claudio, VANEGAS LÓPEZ Jairo. La participación social en salud: el desafío de Chile. En: Revista Panamericana de Salud Pública. 2010. Vol. 27(2), p.144–148

<sup>74</sup> BOLADOS, Paola. ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: el caso atacameño. En: Estudios Atacameños Arqueología y Antropología Surandinas. 2009. N° 38 pp. 93 – 106

<sup>75</sup> LAPALMA, Antonio. Proyecto de investigación “participación ciudadana en salud en el Mercosur

organizaciones de cada uno de los países, los discursos de los actores institucionales resaltan la participación para la toma de decisiones, la distribución del poder y el control ciudadano mientras la comunidad la valora en función del acceso a los sistemas de salud y en la resolución de problemas concretos, asumiendo el papel de cliente en la relación de mercado propuesta por el sistema.

En Ecuador la situación es similar: algunas organizaciones preexistentes a la reforma del sistema de salud, reivindican la participación como parte de la cultura y de la vida diaria, exigiendo al Estado los recursos para la formación ciudadana y la distribución del poder.<sup>76</sup>

Venezuela con su ejercicio de empoderamiento asumido por el Estado en el marco de la república Bolivariana, ha logrado que la participación se convierta en constructora de lazos de solidaridad, espacio de intercambio de saberes y constructora de capacidades sociales y mecanismo de lucha de los grupos sociales excluidos.<sup>77</sup>

La participación social en salud continúa siendo un tema relevante en la agenda de los sistemas de salud, en la Atención Primaria y para la promoción de la misma. Sin embargo, debe fortalecerse la participación “heterogénea”<sup>78</sup> potenciándola como la herramienta comunitaria para lograr el trabajo conjunto en la resolución de los problemas de salud de la población.

Teniendo en cuenta estas definiciones y el contexto comunitario a partir del cual se genera esta tesis, para el documento la participación social en salud es entendida como la capacidad y el derecho de la comunidad de afectar las decisiones en salud que se tomen y la capacidad de las instituciones de validar la voz de la población en este sentido, teniendo en cuenta los contextos culturales que la generan. Esta definición nace de un proceso de reflexión sobre los hallazgos de las entrevistas, a través de las cuales, se llegó a una conclusión inicial sobre la participación, sólo como un producto de lo institucional, transparente para lo comunitario. Sin embargo, la diferencia de significados y referentes en el lenguaje para designarla no implica que no exista para ambas miradas, en tiempos y contextos diferentes pero confluentes.

---

ampliado”. Resumen de resultados preliminares y propuesta de continuidad. Coordinador Regional de la Investigación.

<sup>76</sup> JARAMILLO, Sandra [online]. Participación y control social. [Consultado en noviembre 2011]

<sup>77</sup> GÁSPERI ROMERO, Rafael. Caracterización de la participación social en un proyecto de promoción para la salud. En: Salud, Arte y Cuidado. Enero-Diciembre 2010. Vol. 3. Nro.1y 2, p. 14-23

<sup>78</sup> MAX-NEEF, Manfred. Op.Cit., p.33.

### **1.3. RENOVACIÓN DE LA APS Y DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD**

Hoy en día persisten las condiciones que dieron origen a las metas de salud propuestas en Alma Ata: la inequidad, la injusticia social, los restos que la economía de mercado desecha,<sup>79</sup> son cada día más y más evidentes. La pobreza aumenta, los gastos para salud y educación son recortados y las reformas a los sistemas sanitarios hacen énfasis en el cliente no en la persona y mucho menos en el colectivo. Esta situación evidente e insostenible económicamente a largo plazo, motivó a una reflexión por parte de las organizaciones de salud al cumplirse los 25 años de la declaración de Alma Ata, cuando se hizo notorio que los objetivos que pretendía no se habían logrado.

Para la OMS, los valores que sustentan la APS y la meta de Salud Para Todos en el año 2000 (SPT-2000) continúan vigentes y muchos de los problemas y desafíos que las originaron están todavía por ser superados.<sup>80</sup> El balance de los 25 años de la estrategia, mantiene la idea que sigue siendo una herramienta útil para el cumplimiento de la meta de SPT y los objetivos del Milenio. Acorde con los retos pendientes por cumplir, la OMS- OPS impulsó la renovación de la APS, con un carácter democrático, adoptando la postura de la salud como derecho, abogando por la equidad sanitaria y recuperando el papel de la participación social en salud.

La APS renovada postula principios, valores y elementos esenciales que permiten tanto el logro de los objetivos por ella propuestos como la posibilidad de evaluar los modelos definidos desde la estrategia, a pesar que es difícil decir que alguna de ellas haya estado cerca de la definición de Alma Ata.<sup>81</sup> En la corriente de renovación de la APS se tomó en cuenta que la mayoría de las experiencias de la APS integral han mostrado resultados positivos sobre el estado de salud de las poblaciones en países donde es considerada centro de la estructura del sistema de seguridad social y puerta de entrada al mismo: España, Canadá, Cuba, Costa Rica, Nueva Zelanda.<sup>82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90</sup> Por tanto, la posición de la OPS

---

<sup>79</sup> Expresión utilizada por Bauman para referirse a los desplazados, refugiados, desempleados.

<sup>80</sup> Organización Panamericana de la Salud. Proyecto multicéntrico sobre inequidades en el estado de salud, acceso y utilización de los servicios. OPS Washington, DC. 2001

<sup>81</sup> La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Organización Mundial de la Salud, 1978)

<sup>82</sup> STARFIELD, Bárbara. Atención Primaria y responsabilidades de salud pública en Europa y América del norte. En: Revista española de salud pública. Enero- Febrero 2004. Vol. 78, Nro. 1

<sup>83</sup> STARFIELD Bárbara; SHI, Leiyu y MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. En: The Milbank Quarterly. 2005. Vol. 83, No. 3, p. 457- 502, 2005.

es fortalecer la renovación de la APS en sistemas de salud guiados por la estrategia, “que promuevan mejoras equitativas y sostenibles en salud para los pueblos de América”.<sup>91</sup>

Adicionalmente la APS tiene la potencialidad de disminuir la inequidad,<sup>92</sup> y lo logra con mayor facilidad en sistemas de salud por ella orientados<sup>93, 94, 95</sup> principalmente en aquellos que se basan en modelos comunitarios, porque promueve la participación de diferentes actores, conjuntamente con el empoderamiento de los individuos y las comunidades respecto a sus necesidades de salud y sus propios recursos para obtener respuestas integrales. De igual manera, a través de la acción intersectorial por la salud, la APS logra el mejoramiento de la calidad de vida, no sólo a nivel de la atención sanitaria asistencial, sino posibilitando afectar los determinantes sociales siendo considerada como una de las estrategias centrales para la universalización y el

---

<sup>84</sup> BLUMENTHAL, David. MORT, Elizabeth y EDWARDS, Jennifer. The efficacy of Primary Care for vulnerable populations groups. En: Health services research. Abril, 1995. Vol. 30 (1)

<sup>85</sup> HEDFFORD, Martin; CRAMPTON, Peter y FOLEY, Jon. Reducing health disparities through primary care reform: The New Zealand experiment. Health Policy, 2005, p. 9 – 23.

<sup>86</sup> JIMÉNEZ, Leonor. Metodología de la evaluación de la calidad de la atención en instituciones de Atención Primaria de salud. En: Revista cubana de Salud Pública. Enero – junio 1996. Nro. 1.

<sup>87</sup> GREEN, Andrew. ROSS, Duncan. MIRZOEV, Tolib. Primary Health and England: The comin of age of Alma Ata? Health Policy, 2006, no. 80, p. 11-31.

<sup>88</sup> ROSERO BIXBY Luis. Evaluación del Impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasi experimental. En Pan American Journal of Public Health. 2004. Vol. 15 (2). P. 94- 103

<sup>89</sup> LARIZGOITIA, Itziar. STARFIELD Bárbara. Reform of Primary Health Care: the case of Spain. Health Policy, 1997, no. 4 p. 121-137

<sup>90</sup> STARFIELD Bárbara. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Op. Cit., p. 462

<sup>91</sup> Organización Panamericana de Salud. La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Op. Cit., p. 38

<sup>92</sup> El logro de la equidad en salud es uno de los criterios de la APS, incluida desde Alma Ata, donde se plantea el principio de la justicia social y de la salud como un derecho (Organización Mundial de la Salud , 1978), entendida la inequidad como las desigualdades injusta, innecesarias y evitables (Whitehead, 2002)

<sup>93</sup> STARFIELD, Bárbara. Primary Care. Balancing health needs, services and technology. En: Oxford University Press. New York. 1998. P. 438

<sup>94</sup> STARFIELD, Bárbara. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. En: Revista Gerencia y políticas de salud. Diciembre 2001. No 3.

<sup>95</sup> STARFIELD Bárbara. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Op. Cit., p. 467

acceso a los servicios demostrando la mejora en los resultados en el estado de salud y la coordinación con otros niveles de atención.<sup>96, 97, 98, 99, 100, 101, 102</sup>

En América Latina, varios países implementaron la APS junto con reformas en sus sistemas de salud. Es así como Costa Rica, Cuba, Chile y Brasil han obtenido resultados importantes en el estado de salud de la población a través de la estrategia.<sup>103</sup>

Particularmente se reconocen como experiencias alternativas, aquellas que se han dado en el seno de sistemas económicos no capitalistas como el modelo cubano de atención en salud, así como el de Nicaragua bajo el régimen sandinista y el de Venezuela en el marco de la república bolivariana, mediante la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAI), la formulación del Plan Estratégico Social (PES) y la implementación de la Misión Barrio Adentro.<sup>104, 105</sup>

Costa Rica con un sistema de salud universal, solidario y equitativo, desarrolla la APS a través de equipos de salud con un número fijo asignado de familias,<sup>106</sup> Brasil también opera el modelo en un sistema universal de salud, en una red regionalizada y jerárquica, con equipos asignados a las áreas de difícil acceso a los servicios,<sup>107</sup> Chile tiene dos subsistemas de salud uno público y uno privado y

---

<sup>96</sup> Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Op. cit., p. 28.

<sup>97</sup> MARMOT, Michel. Social determinants of health. En: Oxford University press, New York, 2004. P. 367

<sup>98</sup> Organización Panamericana de la Salud. Proyecto multicéntrico sobre inequidades en el estado de salud, acceso y utilización de los servicios. Op. Cit., p. 34

<sup>99</sup> Organización Panamericana de la Salud. La organización Panamericana de la salud y el estado colombiano: cien años de historia. Op. Cit., p. 21

<sup>100</sup> HEDFFORD, Martin- Op. cit., p. 16.

<sup>101</sup> BLUMENTHAL, David. Op. cit., p. 18.

<sup>102</sup> LAMARCHE, Paul. LAROUCHE, Danielle. Choices for change: The path for restructuring Primary healthcare services in Canada. Ottawa, Canadian Health services research foundation, 2003

<sup>103</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Op. Cit., p. 22.

<sup>104</sup> ALVARADO, Carlos. MARTINEZ, María. VIVAS – MARTINEZ, Sarai. Cambio social y política de salud en Venezuela. En: Medicina Social [online] Mayo 2008, Vol. 3, Nro. 2. [Consultado en noviembre 2011 ], Disponible en: [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

<sup>105</sup> Organización Panamericana de la Salud. Barrió adentro: derecho a la salud y a la inclusión social en Venezuela. OPS, 2006

<sup>106</sup> VARGAS, William. Atención primaria en salud en acción. Op.cit., p. 18.

<sup>107</sup> STEIN, Airton [online]. El marco conceptual de la APS y la equidad en Brasil. [Consultado en mayo 2009]



fundamenta la atención en la medicina familiar con una red de instituciones encargadas de la APS.<sup>108, 109</sup> En Argentina se concentra en los programas dirigidos a población bajo cobertura estatal y ha demostrado su capacidad para producir modificaciones en el discurso y en los actores involucrados.<sup>110</sup>

De las experiencias latinoamericanas, también se destacan aquellas que en sistemas de salud regulados por el mercado han logrado llevar a cabo ejercicios de salud comunitaria como la clínica comunitaria Ana Manguanaro del Salvador, que surgió para la población desplazada por la violencia postconflicto armado de este país; la casa materna de Estelí en Nicaragua, que atiende gestantes de alto riesgo a través de un enfoque integral; la fundación Esfuerzo y Prosperidad de Guatemala, organización productiva de mujeres, entre otras.<sup>111</sup>

En conclusión, en el marco de sistemas de salud no universales con regímenes políticos económicos capitalistas, sustentados en la desigualdad social, como lo menciona Franco,<sup>112</sup> la APS se ha concebido como aquellos paquetes de servicios para pobres, con un carácter selectivo. La existencia de múltiples experiencias aisladas es un indicador de la falta de coherencia del modelo de atención propuesto desde la política con las necesidades de salud de la población, resaltando las consecuencias de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud donde se insertan.<sup>113</sup>

#### **1.4 LA APS EN COLOMBIA**

En el marco del Sistema Nacional de Salud durante los años setenta, en Colombia uno de los enfoques implementados de APS fue la Selectiva, es decir

---

<sup>108</sup> Ministerio de salud de Chile [online]. El primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud. Eurosalud social, 2008 [Consultado en mayo 2009]

<sup>109</sup> RAÑA, Javier. FERRER, Juan-Carlos. BEDREGAL, Paula. Modelo de asignación de recursos en atención primaria. En: Revista médica de Chile [online]. 2007 V. 135(1) P. 54-62 [citado 2011 Sep. 28]

<sup>110</sup> STOLKINER, Alicia. COMES, Yamila. GARBUS, Pamela. Alcances y potencialidades de la APS en Argentina. En: Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Vol. 16(6), p. 2807-2816

<sup>111</sup> ROVERE, Mario. Salud para todos. ALCHUE 2009. P. 318

<sup>112</sup> FRANCO GIRALDO, Álvaro. Atención primara en salud: de regreso al pasado? En: 6º. Congreso Internacional de Salud Pública. (6:11-13, junio, 2009. Medellín, Centro de Convenciones Plaza Mayor). Facultad Nacional de Salud Pública.

<sup>113</sup> BURSZTYN, Ivani. KUSHNIR, Rosana. GIOVANELLA, Lígia. STOLKINER, Alícia. STERMAN-HEIMANN, Luiza. RIVEROS, Maria. SOLLAZZO, Ana. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. En Revista de salud pública. 2010. Vol. 12 (1), p. 77-88.

actividades centralizadas en la salud de las mujeres y los niños menores de cinco años. El gobierno de la época basó el ejercicio de APS en la preexistencia de experiencias locales con trabajadores o promotores rurales de salud, que desarrollaban servicios de baja complejidad en las zonas rurales, como el programa liderado por Héctor Abad Gómez, a finales de los años cincuenta en Santo Domingo Antioquia, donde se capacitaron personas de la comunidad como un “tipo nuevo de trabajador que combinara las funciones de representante de la comunidad a la que servía y de funcionario”<sup>114</sup> y la medicatura rural, a través de la cual el gobierno reglamentó como obligatoria una rotación de un año del personal de salud en lugares apartados del país, para optar a su título de médico.<sup>115 116</sup>

De esta forma, se definió la APS en el contexto nacional como “la estrategia que permite ampliar la cobertura de servicios de salud tanto a las personas como al ambiente, mediante la realización de acciones simples que tiendan a satisfacer las necesidades elementales de la comunidad en relación con la promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación”.<sup>117</sup>

La APS se dirigió en forma focalizada a atender prioridades para ampliar la cobertura, la provisión de servicios a los grupos más expuestos a riesgo y a los que habitan zonas marginadas urbanas y rurales; así como a las actividades médicas delegadas al personal auxiliar y promotoras (actividades de carácter educativo dirigidas a la población infantil y a las mujeres gestantes como los controles de crecimiento y desarrollo, control prenatal, manejo de enfermedades prevalentes como la Enfermedad Diarreica Aguda<sup>118</sup>). Se enfatizó en el suministro de medicamentos, en la educación nutricional, en el programa de atención al ambiente (que incluía el abastecimiento de agua, la instalación de sistemas de eliminación de excretas, la educación para la disposición de basuras y mejoramiento de vivienda), la asistencia psiquiátrica comunitaria y la vacunación, siendo el Programa Ampliado de Inmunizaciones uno de los programas bandera de su implementación.<sup>119</sup>

---

<sup>114</sup> MOLINA, Gustavo. TURIZO, Alfredo. CARDONA, Jorge. El responsable de salud y participación de la comunidad. En: Boletín Oficina sanitaria panamericana. Agosto, 1977, no.83 (2)

<sup>115</sup> Organización Panamericana de la Salud. La organización Panamericana de la salud y el estado colombiano: cien años de historia. Op. Cit., p- 125.

<sup>116</sup> APRAEZ, Giovanni. Op. cit, p. 372.

<sup>117</sup> Organización Panamericana de la Salud. La organización Panamericana de la salud y el estado colombiano: cien años de historia. Op. Cit., p- 125.

<sup>118</sup> Programa GOBI por sus siglas en inglés: Grow monitoring, Oral rehydration, breast feeding and Immunization

<sup>119</sup> Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad. OPS No. 156, Washington, DC. 1978

A partir de la reforma del sistema general<sup>120</sup> de seguridad social de 1993, del Plan Nacional de salud Pública y de la ley 1438 de 2011, la APS es considerada como una herramienta para fortalecer la promoción y prevención.<sup>121</sup> Sin embargo, este marco normativo la constriñe como lo menciona Hernández, al resaltar tres obstáculos estructurales: “el primero, el predominio del lucro por encima de las necesidades de atención; el segundo, la separación estructural entre atención individual y acciones colectivas; y tercero, la pérdida del referente territorial derivada del aseguramiento individual”.<sup>122</sup>

A pesar de estos obstáculos y en coherencia con el movimiento de renovación de la APS, varios gobiernos locales han propuesto modelos en diferentes regiones del país. Santander promueve su Modelo de atención integral, cuyo eje son las iniciativas orientadas por la salud familiar y comunitaria, basada en la agrupación de territorios con características socio históricas y culturales similares.<sup>123</sup>

El Valle lidera la política de salud integral del departamento, en conjunto con Instituciones nacionales como el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CIMDER –Univalle) que han desarrollado experiencias, metodología y herramientas en APS desde hace 30 años, y asesoran su aplicación en América Latina.<sup>124</sup> Cundinamarca implementó el modelo a través del programa “Salud a mi pueblo”, cuyos ejes son la promoción de la salud, el primer contacto y la participación comunitaria.<sup>125</sup> Bucaramanga desarrolla la APS a través del programa Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) en su barrio, para familias del régimen subsidiado de la ciudad. Boyacá la implementa como política pública,

---

<sup>120</sup> HERNANDEZ, Mario. TOVAR, Mauricio. Nueva reforma en el sistema de salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. En: Medicina Social. Diciembre, 2010. Vol. 5, Nro. 241, p.4

<sup>121</sup> La Ley 1438 de 2011 fortalece el papel de la política de salud pública y promoción y prevención a través de los siguientes elementos: 1. Establece a la estrategia de APS como un elemento central del sistema de salud y como una herramienta de coordinación interinstitucional para una atención integral e integrada. 2. Fortalece la planificación, la coordinación y el seguimiento de la política de salud pública y promoción y prevención. 3. Precisa reglas para el uso de los recursos y la contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención.

<sup>122</sup> HERNÁNDEZ, Mario [online]. Obstáculos del modelo de Ley 100 para renovar la APS. No. 97 [Consultado en septiembre de 2012]

<sup>123</sup> ACOSTA, Naydu. La implementación de la estrategia de APS en Santander, después de la reforma: logros, retos, propuestas de ajuste y líneas de acción. Universidad Industrial de Santander, 2010

<sup>124</sup> ARIAS CASTILLO, Lilibian. Formación en APS para la reconstrucción del tejido social en salud. En: Congreso sp6 (2009). Memorias [online]. [Consultado en septiembre de 2012] UDEA.

<sup>125</sup> Gobernación de Cundinamarca [online]. Plan departamental de salud “Salud a mi pueblo”. [Consultado en Mayo de 2012]

estrategia y modelo de atención.<sup>126</sup>

En Antioquia se pretende lograr una mayor equidad en el departamento a través de la acción de la APS en 25 municipios priorizados.<sup>127</sup> Existen otras experiencias que involucran acciones de integración docente-asistencial como las de Barranquilla, Cartagena y el municipio de Versalles en el Valle; la de aplicación de la APS en la gestión del riesgo de salud en la Entidad Promotora de Salud (EPS) - Encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social- como la desarrollada por el Sistema Occidental de Salud y Mallamás, EPS indígena que orienta su práctica a través de programas de manejo del riesgo en salud individual orientados por la atención primaria en varios departamentos del sur del país (Nariño, Cauca, Valle); entre otras.<sup>128</sup>

Algunas EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) -centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos- IPS privadas como Cafam y Compensar promueven modelos de atención basados en la medicina familiar como ejercicios de APS.<sup>129</sup>

#### **1.4.1 La participación social en salud en Colombia:**

Colombia en su Constitución Política determina la participación como un elemento rector, desde su preámbulo y lo ratifica en el artículo 270 que textualmente menciona: “La ley organizará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados”;<sup>130</sup> este ejercicio del derecho a la participación opera como un agente potenciador para su desarrollo y materialización y por tanto como un agente necesario en la construcción de condiciones de equidad e igualdad que permitan la superación de la pobreza y miseria por la que atraviesan muchas personas.<sup>131</sup>

Para el sector salud, desde la reforma del sistema, la participación social se

<sup>126</sup> Instituto de salud de Bucaramanga [online]. Isabu en su barrio. [Consultado en mayo de 2012]

<sup>127</sup> VALLEJO, Astrid [online]. Experiencia de implementación de una política pública en salud: Atención Primaria con enfoque familiar y participación comunitaria. [Consultado noviembre 2011]

<sup>128</sup> Organización Panamericana de Salud. Renovando la Atención Primaria en Salud, modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado. Bogotá, OPS, 2005.

<sup>129</sup> GONZÁLEZ, Iván Darío [online]. El modelo de cuidado primario ambulatorio. [consultado en mayo de 2012] Disponible en: <http://consultorsalud.com/home/468-aps-el-modelo-javesalud>

<sup>130</sup> Constitución Política de Colombia. En <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>

<sup>131</sup> PARDO, Martha. La política pública de participación del distrito capital como instrumento de efectividad para el ejercicio del derecho a la participación. Tesis Maestría en estudios políticos. Pontificia universidad javeriana. Facultad de ciencias políticas y relaciones internacionales. 2007. P. 100

convirtió en un mecanismo de control y de veeduría sobre varios aspectos de la relación del cliente con los intermediarios de la salud: control social del financiamiento, de la calidad y de la prestación de los servicios.<sup>132</sup>

La participación institucional tiene dos componentes: la colectiva y la individual. La individual se representa en el control que ejerce el usuario a través de las oficinas destinadas para tal fin (Atención al usuario). La colectiva se puede ejercer a través de las Asociaciones de usuarios, los COPACOS (comités de participación comunitaria) y la participación en los comités de ética de las instituciones públicas, ya que la Ley 1438 de 2011 que reformó la Ley 100 excluyó la representatividad de la comunidad en las Juntas directivas de las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.<sup>133 134</sup>

En la práctica la participación se reduce la mayoría de las veces a la solicitud individual de servicios dadas las barreras que las mismas instituciones presentan al usuario para el acceso; pocos usuarios conocen los mecanismos de participación y la vía para acceder a ellos y la participación sigue siendo un ejercicio vertical de poder desde las instituciones que no promueven actitudes de confianza y tolerancia frente a las propuestas y demandas de la comunidad,<sup>135 136</sup> ratificando que “las relaciones entre participación y neoliberalismo son claras y la convierten en una estrategia de reclutamiento de mano de obra gratuita que hace más eficaz la administración de los pocos recursos del presupuesto público en salud”.<sup>137</sup>

Para algunos, se han obtenido importantes logros en participación y democratización de los servicios a través de los mecanismos establecidos en la norma. Como logros de los espacios institucionales se menciona que Bogotá cuenta con cerca de veinte COPACOS, veintidós Asociaciones de usuarios de los hospitales públicos, catorce asociaciones de usuarios de EPS subsidiadas y 22 comités de ética hospitalaria (Participación democrática en salud).

Estos resultados no dan cuenta de impactos sobre los temas que se supervisan desde estos espacios sobre la calidad, el financiamiento o el acceso los

---

<sup>132</sup> CELEDÓN, Carmen y NOÉ, Marcela. Reformas del sector salud y participación social. En: Revista Panamericana de salud pública. 2000. Año 79, Vol. 8, (1-2), p. 99 -104

<sup>133</sup> ARÉVALO, Decsi. Op. Cit., p. 136.

<sup>134</sup> Ley 1438 de 2011

<sup>135</sup> VASQUEZ, María Luisa. Op. Cit., p. 34.

<sup>136</sup> DELGADO, María. NAVARRETE, Luisa. Barreras y oportunidades para la participación social en Colombia: percepción de los actores principales. En: Revista salud pública. Julio, 2006. Vol.8 n.2

<sup>137</sup> BOLADOS, Paola. Op. Cit., p. 93

servicios, cuando la mayoría de las quejas interpuestas por los usuarios son de tipo individual debiendo acudir a la tutela para evitar la vulneración de los derechos por los aseguradores<sup>138</sup> y siendo evidente que estos grupos luchan por sobrevivir y conservarse como organización.<sup>139</sup>

Siendo la participación social en salud un principio de la Atención Primaria, la bibliografía encontrada sobre investigaciones realizadas en Colombia, se enmarca en las generalidades de los mecanismos dispuestos desde el sistema. Es así como Arévalo<sup>140</sup> en 2004, Delgado<sup>141</sup> en 2006 y Mosquera<sup>142</sup> en 2009 analizan la relación entre participación y control social y las percepciones de los usuarios sobre la misma. De otro lado, Cotes<sup>143</sup> en 2006, hace un recuento importante del desarrollo de la participación, a partir de un estudio de caso, en la experiencia de Fausalud. Restrepo<sup>144</sup> en 2009, trabaja a partir de grupos focales con equipos de APS de la localidad de Suba, siendo una de las pocas investigaciones en el marco de su implementación en Bogotá, concluyendo que sigue siendo un ejercicio desligado de la comunidad y vinculado a la necesidad del logro de las metas institucionales propias.

#### **1.4.2 Atención Primaria en Salud Renovada en Bogotá.**

En el año 2003, es elegido el primer alcalde de izquierda en Bogotá. Dentro de su Plan de Gobierno para salud planteó “la universalización progresiva del derecho a la atención integral con enfoque familiar y comunitario”,<sup>145</sup> ya que desde la reforma del sistema de salud en 1993, la ciudad había tenido resultados diversos que oscilaban entre la satisfacción por la cobertura y el financiamiento<sup>146</sup> y la

---

<sup>138</sup> Defensoría del Pueblo, Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud – 2009 Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud - ISUS – 2007

<sup>139</sup> MOSQUERA, Janeth. GUTIÉRREZ, Alejandra. SERRA, Mauricio. La experiencia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. En: Colombia Médica. Enero- Marzo 2009. V.40 no.1

<sup>140</sup> ARÉVALO, Decsi. Op. cit., p. 124

<sup>141</sup> DELGADO, María. Op. Cit., p. 38.

<sup>142</sup> MOSQUERA, Janeth. Op. Cit., p. 47.

<sup>143</sup> COTES, Karol. Op.cit., p 86

<sup>144</sup> RESTREPO Ofelia. Vega, Román. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud – APS. Bogotá: para la muestra un botón. En: Revista, Gerencia y Políticas de Salud. 2009. Vol. 8 (16), p. 153-164.

<sup>145</sup> ACOSTA NAVARRO, Olga. Op., cit p 23

<sup>146</sup> AGUDELO CALDERÓN, Carlos Alberto. CARDONA BOTERO, Jaime. ORTEGA BOLAÑOS, Jesús. ROBLEDO MARTÍNEZ, Rocío. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. En: Ciencia & Saude Coletiva. 2011. Vol. 16 (6), p. 2817-2828

preocupación por la inequidad y la concepción utilitarista de la salud, donde prevalece lo económico sobre lo humano.<sup>147,148</sup>

La estrategia a través de la cual lo haría realidad para la ciudad fue la Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R), siendo adoptada desde el año 2004 para responder a las necesidades en salud de la población más vulnerable, dentro del marco del Plan de Desarrollo Distrital 2004 – 2008 y continuado posteriormente en el del periodo 2008 - 2012. Este objetivo contemplaba el reconocimiento de las diferencias generacionales, étnicas, culturales, de género, de oportunidades y de capacidades siendo la calidad de vida el referente principal de la acción del Estado.<sup>149</sup>

En conjunto con la APS renovada, se tuvo como referente conceptual el modo o estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVS), centrado en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, integrado al compromiso de la gestión distrital con la garantía de los derechos humanos y sociales y con el desarrollo de la ciudad como un espacio moderno y humanizado<sup>150</sup> centrado en los derechos humanos, cuyo objetivo fue avanzar en la garantía del derecho a la salud, como un intento de superar el modelo de atención centrado de manera exclusiva en el tratamiento y la recuperación de enfermedades.<sup>151</sup>

La EPCVS funcionalmente orientó las actividades del Plan de Atención Básico-PAB (a partir del 2008 denominado Plan de intervenciones Colectivas- PIC), fundamentado de manera conceptual en la necesidad social, la autonomía, la movilización y la determinación social en salud. A esta conjunción de enfoques se unieron varios representantes de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana, apoyando la gestión del modelo desde el ente rector distrital de salud. La propuesta conceptual de la estrategia se basó en el reto por desarrollar una nueva salud pública que se liberara del marco de la determinación

---

<sup>147</sup> ESLAVA-SCHMALBACH, Javier; GUARNIZO-HERREÑO, Carol Cristina; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario Esteban. Equidad en salud: posiciones e implicaciones. En: Revista de Salud Pública. Diciembre, 2008. Vol. 10, núm. 1. p.1

<sup>148</sup> ARÉVALO, Decsi. Op., cit p 129

<sup>149</sup> ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Plan Distrital de Desarrollo Bogotá sin Indiferencia 2004-2008. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004

<sup>150</sup> Secretaría Distrital de salud. Salud a su hogar: un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá, Secretaria Distrital de salud 2004

<sup>151</sup> Alcaldía Mayor/Secretaría distrital de salud. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2004

biologicista y avanzara hacia una perspectiva más colectiva de la salud.<sup>152, 153, 154</sup>

La estrategia se implementó a través del programa “Salud a su Hogar”<sup>155</sup> (SASH), dirigida a población vulnerable de la ciudad (estratos 1 y 2<sup>156</sup>), conformando equipos básicos con un médico, una enfermera y dos promotores de salud para la atención de 1200 familias referenciadas geográficamente en espacios compuestos por barrios que comparten una cercanía geográfica y que por vecindad podían agruparse para recibir las acciones de un equipo de APS, denominados micro territorios y definidos por las instituciones públicas de salud de las localidades. Finalizando el año 2011, existían más de 425 micro territorios distribuidos en la mayoría de las 20 localidades, incluida la zona rural del Sumapaz y las veredas de algunas localidades como Chapinero, Suba, Usaquén, Santa Fe, San Cristóbal, Vista hermosa y Usme. A partir del año 2011, el programa sufre un ajuste operativo, definiendo a partir de esta fecha un territorio como aquel conformado por 5 de los antiguos micro territorios y 6000 familias a cargo de un equipo básico.<sup>157</sup>

Con la implementación del programa se esperaba lograr que los recursos, los sectores, los actores, los planes de beneficios y los niveles de administración, se complementaran de manera integral para optimizar su uso y de esa forma, mejorar la calidad de vida y la equidad en salud de la población de la ciudad.<sup>158</sup> Para ello, se tuvieron en cuenta elementos conceptuales compartidos por las dos estrategias como la identificación de necesidades; la organización de la operación por territorios; la gestión en espacios de vida cotidiana; la organización de las respuestas colectivas desde una perspectiva de acción intersectorial (en 2011 denominada gestión social integral) y la promoción de la participación social.<sup>159</sup> A

---

<sup>152</sup> DE NEGRI FILHO, Armando. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transeitorialidade das políticas públicas”. Girotti Sperandio, A. M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004.

<sup>153</sup> DE NEGRI FILHO, Armando. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Investigaciones en seguridad social y salud. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud, 2006

<sup>154</sup> TORRES, Mauricio. Op. Cit; pág 34

<sup>155</sup> A partir de 2008 bajo la administración distrital de Samuel Moreno, el programa cambió su nombre a Salud a su Casa (SASC)

<sup>156</sup> Nivel de clasificación de la población de acuerdo al grado de riqueza y calidad de vida, determinada de manera indirecta mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización. Estrato 1: Bajo-bajo, estrato 2: Bajo. Artículo 102, Ley 142 de 1994.

<sup>157</sup> Secretaría distrital de salud [online]. Lineamientos Salud a su Casa, Prácticas favorables para la salud de las familias 2011. Bogotá [consultado en marzo de 2011]

<sup>158</sup> Alcaldía Mayor/Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. Op. Cit., p. 23.

<sup>159</sup> RESTREPO Ofelia. Op. Cit., p. 160.



través del trabajo de los promotores de salud de la misma comunidad, se pretendió acercar los servicios, disminuir algunas barreras culturales de la búsqueda de atención, asociadas al nivel económico y educativo de la comunidad y fortalecer el ejercicio de participación social en salud.

Se pretendía que este ejercicio de APS se legitimara socialmente, se sustentara y tuviera permanencia en el tiempo a través de la participación de la comunidad, ejercicio propuesto como reacción a la participación institucionalizada desde la Ley 100 y con una clara perspectiva de desarrollo humano y comunitario,<sup>160</sup> afirmándose como espacio y oportunidad de empoderamiento comunitario para ejercer el derecho de participación.<sup>161</sup>

Sin embargo, al interior de la institucionalidad - en la Secretaría Distrital de Salud - SDS, se fermentaron tensiones conceptuales y prácticas en torno a la adopción de una estrategia o de la otra, que se evidenciaron en el nivel local, incluso en las actividades de los equipos de APS en los territorios, en sus metas y en sus logros. Al interior de la SDS, las direcciones que lideraban la totalidad de los procesos en salud, se dividieron en bandos que aceptaban o rechazaban una u otra estrategia. La salida prematura del líder del proceso de la APS en su momento, Dr. Román Vega<sup>162</sup> quien era el Secretario de Salud, contribuyó a que se validara en mayor medida la estrategia promocional de calidad de vida, llegando a considerarla inclusive como el marco conceptual que sustenta la implementación de la APS siendo esta última el ordenador operativo de la primera.<sup>163, 164</sup>

Lo anterior se tradujo en la reducción del programa SASH a un componente más del Plan de Intervenciones Colectivas, restándole su potencialidad de ejecutar las acciones integrales propuestas desde la APS- R como originalmente fue concebido. Este hecho marcó principalmente la diferencia en las actividades dirigidas de manera individual ya que los equipos tenían y tienen una limitada acción sobre las consultas por la fragmentación del aseguramiento en los territorios, que se pretendía iba a disminuir a través de la rectoría por parte del ente distrital, con las EPS subsidiadas para la atención oportuna y geográficamente referenciada.

---

<sup>160</sup> TORRES, Mauricio. OP cit; p. 12

<sup>161</sup> RESTREPO Ofelia. Op. Cit., p. 158.

<sup>162</sup> En el año 2005, el Dr. Vega fue suspendido del cargo por la Contraloría Distrital por posible detrimento patrimonial, del cual fue posteriormente absuelto. El tiempo, Sección Bogotá, Junio 23 de 2005

<sup>163</sup> CARMONA, Luz Dary. La atención primaria de salud en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud: la experiencia de Bogotá-Colombia. En: Salud para todos, una meta posible. Ministerio de salud del Salvador, 2010

<sup>164</sup> NARANJO, Claudia. Salud a su Casa, 2011

La desarticulación conceptual de los dos principales referentes en Bogotá, la APS y la EPCVS generó confusión y paralelismo en las acciones,<sup>165</sup> que no permitió visibilizar a la APS integral como telón de fondo del modelo de atención en los hospitales públicos de la ciudad. En este sentido, respecto a lo que esperaba la comunidad del programa de APS, su misma denominación –Salud a su Hogar – creó expectativas en la población sobre sus alcances en torno al acceso a los servicios, con un sentido de cobertura universal, sin barreras de acceso por parte de las EPS para la atención en salud y de paso, domiciliario, es decir con actividades resolutivas realizadas en las casas.

Al integrar equipos de APS para territorios específicos, se esperaba que las barreras del aseguramiento fueran superadas y ello incluía que las Empresas Sociales del Estado (hospitales distritales), atendieran al 100% de la población caracterizada, independientemente de su régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, lo cual no se logró dada la estructura contractual del sistema, que mantiene y perpetúa la inequidad en el acceso,<sup>166</sup> así como a la falta de rectoría del ente territorial con los actores de la ciudad involucrados,<sup>167</sup> principalmente con las EPS subsidiadas y la ausencia del Ministerio de la Protección Social en el acompañamiento de su implementación.<sup>168</sup>

Por tanto, para una de las principales problemáticas expuestas y sentidas por la comunidad desde lo individual – las barreras de acceso por parte de los prestadores -, los equipos de APS no tenían ningún poder de mediación en su resolución lo que debilitó la confianza y por lo tanto la participación de la población.

### **1.4.3 Participación social en salud en Bogotá:**

La APS y la EPCVS en Bogotá compartían como principio fundamental la participación social en salud definida como “un derecho y una responsabilidad social que posibilita a los ciudadanos y organizaciones sociales autónomamente constituidas, elevar el nivel de conocimiento y reflexión sobre sus necesidades sociales, con el objeto de incidir en las decisiones que los afectan, fortalecer la respuesta social organizada y lograr su movilización en torno a la exigibilidad del

---

<sup>165</sup> VEGA, Román. ACOSTA, Naydú. Mosquera, Paola. Restrepo, Ofelia. Atención Primaria Integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud. 2009

<sup>166</sup> VEGA, Román. CARRILLO, Janeth. APS y acceso universal a los servicios de salud en el marco del SGSSS. En: Revista Gerencia y políticas de salud. Diciembre 2006. No 3

<sup>167</sup> ARIAS, N.L. La rectoría en el marco de sistemas de salud basados en APS el caso de Bogotá. Fundación Santa Fe de Bogotá, 2007

<sup>168</sup> VEGA, Román. Atención Primaria Integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Op cit, p. 181.

derecho a la salud y el mejoramiento de sus condiciones de vida”.<sup>169</sup> Este abordaje se realiza teóricamente desde la perspectiva del derecho.

Para fomentar la PSS el programa Salud a su Hogar, adelantó desde el año 2005, asambleas y encuentros con la población en los micro territorios, cuya finalidad inicial fue devolver los resultados obtenidos en el proceso de caracterización<sup>170</sup> de los mismos, realizados por los equipos básicos.

En 2007 se formalizó la participación social en salud a través del proceso de formación de los “Núcleos de Gestión en Salud”, basados en el marco normativo dado por la Constitución Política de 1991<sup>171</sup> y con el enfoque de participación como empoderamiento y capacidad de incidir en las políticas públicas. Definidos desde los lineamientos del programa de Salud a su Hogar, se contrató con los Hospitales de la ciudad que tuvieran equipos de APS, la formación de un Núcleo de Gestión por territorio, conformado por 20 o más personas interesadas en trabajar conjuntamente en la búsqueda de soluciones a problemas relacionados con su entorno y sus ámbitos de vida cotidiana.

En este espacio de participación, se generaría como producto un plan de acción territorial con las problemáticas priorizadas por la comunidad, independientemente que las competencias de los Hospitales tuvieran relación directa para la resolución de las mismas, lo que generaría la necesidad de articulación intersectorial, requerida para dar respuestas integrales.<sup>172</sup>

Del establecimiento de los Núcleos de Gestión se evidenció que los procesos de convocatoria y sostenimiento de la población participante fueron difíciles, incumpliendo en muchas ocasiones con las metas previstas. A pesar de contar con diferentes estrategias comunicativas como volantes, perifoneo, invitación puerta a puerta por los promotores, entre otras, la comunidad mostró una respuesta pobre a esta convocatoria, su participación variaba entre 5 a 40 personas, su permanencia no fue continua y sus expectativas superaban el alcance de resolución de los Hospitales y de otras instituciones con las que estos se articulaban.<sup>173</sup>

---

<sup>169</sup> Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria en salud. Bogotá, 2007

<sup>170</sup> El proceso de caracterización consiste en la recolección de datos personales, familiares, de la vivienda y del entorno en cada uno de los micro territorios (Secretaría Distrital de Salud, 2007)

<sup>171</sup> Constitución Política de Colombia, artículo 79, garantiza la participación de la comunidad en la toma de las decisiones en torno a salud.

<sup>172</sup> Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria en salud. .Op. Cit., p. 28.

<sup>173</sup> El promedio de participantes por núcleo de gestión varía entre 5 hasta 40 en la totalidad de localidades que desarrollan Salud a su Hogar. La periodicidad de las reuniones varía entre quincenal a bimestral (Datos de la autora, recolectados para la caracterización del macro proceso de participación social de Salud a su Casa, Mayo de 2008).

Este ejercicio de participación ha sido particular para cada localidad de la ciudad y ha dependido del acumulado histórico de la población sujeto, de su credibilidad en las instituciones y de patrones culturales como la ganancia secundaria que las comunidades vulnerables anteponen a su asistencia, producto histórico de las intervenciones verticales por parte del Estado.

Las intervenciones asistencialistas disminuyen la confianza, la reciprocidad y la cooperación, bases del ejercicio de la participación como derecho, que se originan de la repetición de la interacción comunidad - instituciones e indican la experiencia positiva acumulada, la espera de que el otro responderá a un acto de generosidad con un acto equivalente, nutriendo así un vínculo en que se combina la aceptación del riesgo con un sentimiento de afectividad o de identidad ampliada.<sup>174</sup>

Pocas experiencias sobre participación social en salud a nivel local han sido debidamente documentadas, destacándose el caso de las localidades de Bosa y Usme en lo relativo a logros intersectoriales con Metrovivienda a partir de los núcleos de gestión.<sup>175</sup> El caso de Suba ha sido ampliamente estudiado en el marco del convenio internacional de investigación desarrollado por la Universidad Javeriana y la Universidad de Ottawa.<sup>176, 177</sup> Restrepo realiza un estudio de caso en Suba, con información testimonial lograda a través de entrevistas a profundidad y grupos focales, donde concluye que “Bogotá sigue utilizando la participación fundamentalmente para promover y vender servicios; para lograr objetivos, metas y rentabilidades; y como medio para legitimar discursos y programas, para así obtener recursos”.<sup>178</sup> Estos resultados evidencian que a pesar de partir de un abordaje de PSS basado en el derecho, el ejercicio democrático e incluyente planteado para la ciudad y para los territorios de APS, se redujo a un activismo instrumentalizado más propio del abordaje del sistema de salud como escenario de mercado.

Los planes territoriales en la mayoría de los hospitales distritales, incluyeron la realización de campañas educativas y de aseo, como respuesta a las condiciones de deterioro ambiental en los territorios. Sin embargo, la baja participación y la ausencia de otras instituciones no permitieron que las actividades de respuesta comunitaria frente a la problemática detectada, generara impacto. Otros temas de interés se han posicionado en algunas agendas locales y en general, el desarrollo

---

<sup>174</sup> DURSTON, James. El capital social campesino en el desarrollo rural: Diadas, equipos y escaleras. Naciones Unidas, CEPAL, División de desarrollo social. 2002

<sup>175</sup> CASTIBLANCO TORRES, Bernardo [online]. Gestión social integral y participación: espacio de oportunidades para la construcción de la política social en bosa. [Consultado en marzo de 2012]

<sup>176</sup> RESTREPO, Ofelia. OP. Cit., p. 55.

<sup>177</sup> HURTADO; Belén. ALFONSO, Luz Marina [online]. Barrio saludable: experiencia de investigación en el barrio Villa Cindy, localidad 11 de Suba, Bogotá. [Consultado en marzo 2012]

<sup>178</sup> RESTREPO, Ofelia. VEGA, Román. Op. cit, p. 56.

de los núcleos ha sido desigual entre localidades e inclusive entre territorios de una misma localidad. Engativá, por ejemplo, refería tener núcleos de gestión por ciclo vital con amplia participación de jóvenes, al igual que los hospitales del Sur y San Cristóbal.<sup>179</sup>

Para el año 2011, la Secretaría reestructura los espacios de participación en salud de la APS -que desde el año 2008 cambia su nombre a SASC,<sup>180</sup> estableciendo 2 espacios adicionales preparatorios a los núcleos de gestión: los encuentros de familia (para aquellas detectadas con vulnerabilidad social y por condición de salud) denominados “círculos de existencia” que posteriormente darán paso al segundo espacio, las redes, cuya reunión si generará los núcleos.<sup>181</sup>

A pesar de la pretensión de robustecer la participación social en salud a través de la APS desde la perspectiva de derecho, Bogotá con su ejercicio de implementación, terminó perpetuando la mirada institucionalizada y vertical desde el nivel central (Secretaría de Salud); la plantea como una acción sistemática y similar para la ciudad en general sin tener en cuenta las particularidades territoriales, comunitarias y culturales y sin dotar a los equipos de APS de la capacidad de decisión en lo local que favorecería, a través de la descentralización, el empoderamiento de las organizaciones comunitarias como actores sociales que enriquezcan las redes de cooperación para el fortalecimiento de la acción colectiva, requisito sine qua non de la transformación y desarrollo de la participación social en salud.

---

<sup>179</sup> Datos de la autora, recolectados para la caracterización del macro proceso de participación social de Salud a su Casa, Mayo de 2008.

<sup>180</sup> SASC: salud a su Casa. Denominación asignada por la administración de Samuel Moreno.

<sup>181</sup> Secretaría distrital de salud. Lineamientos Salud a su Casa, Op. Cit., p. 16.

## 2. PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD, CULTURA Y GÉNERO

Los resultados en PSS dependen de diversos factores tanto estructurales del sistema como comunitarios, que los determinan, incluso del enfoque metodológico y epistemológico del cual se originen. Algunos de los estructurales mencionados por las pocas investigaciones en el área, son el fracaso de la descentralización, que impide a los equipos ser resolutivos en lo local; las políticas desfavorables, que aunque en apariencia son incluyentes, se operativizan de manera homogénea; la carencia de un concepto claro de participación para todos los actores involucrados, lo que es evidente tanto en lo teórico como en lo práctico; el inadecuado establecimiento de prioridades desde lo institucional; la falta de recursos humanos y financieros que permitieran un ejercicio continuo de APS y de participación social en salud y la formulación institucionalizada vertical de la participación social en salud.<sup>182</sup>

Otros factores, como los comunitarios incluyen la falta de mecanismos culturalmente válidos, la falta de conocimientos del personal de salud como mediadores culturales y las percepciones de la comunidad. Delgado<sup>183</sup> señala como barreras a la participación de los usuarios algunos factores que ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. El personal de salud, por su parte, identifica la interacción entre actores en desigualdad de poder, mientras que los formuladores de política identifican factores relacionados con las instituciones, como el temor del personal, tanto público como privado, a responder a las críticas de la comunidad; la limitada capacitación e información que las instituciones proporcionan a los usuarios; y la ausencia de voluntad para abrir espacios participativos, especialmente, en la toma de decisiones. Lo anterior sumado a la ausencia de incentivos para mantener la participación y la precaria formación en cultura democrática que tienen las comunidades de base, la población en general y los profesionales en salud,<sup>184</sup> produce la escasa participación y su bajo impacto en campos como el de salud.

Menos reconocidas aún a nivel de la literatura y de la investigación en salud pública, son las dinámicas culturales comunitarias que repercuten en el acercamiento institucional a la comunidad. Como se mencionó en la introducción, esta tesis considera dos dinámicas culturales concurrentes: la del sujeto formado en una determinada cultura que puede acercarse a la PSS dotándola de sentido desde la socialización que haya tenido y la de la misma participación como

---

<sup>182</sup> FERRER, Ismael. BORROTO, Tania. SANCHEZ, María. ALVAREZ, Jorge. La participación de la comunidad en salud. Revista cubana de Medicina General Integral, Vol 17, Nro 3, La Habana, 2001

<sup>183</sup> DELGADO, María. Op. Cit., p. 38.

<sup>184</sup> FERRER, Ismael. Op. cit., p. 145.

dinámica cultural, imbricada de significados asignados en el devenir de la formación del territorio o de la comunidad, de la respuesta institucional, de la memoria de estos contactos y de su efectividad en la resolución de las necesidades.

La participación está ligada al proceso de “construcción de comunidad e implica relaciones del individuo con el ecosistema en que éste está inmerso, generando experiencia, conocimiento y praxis que posteriormente se incorpora a la historia de la comunidad y forma parte de la cultura”.<sup>185</sup>

Las dinámicas culturales de las personas o sus lentes para leer el mundo, tienen que ver con su experiencia en la participación desde el modelo socializador que haya vivenciado y su relación de género y generación a través de la PSS; de otro lado, la participación como dinámica misma está íntimamente relacionado con las jerarquías del sistema, que incluyen la forma como los profesionales se identifican como grupo.

## **2.1 PARTICIPACIÓN COMO EXPRESIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN EN LA CULTURA**

El contexto de la cultura provee a cada individuo una mirada particular para su mundo, su comprensión del mismo y la forma en que se relaciona en él. Este contexto generalmente es invisible para los actores institucionales y para la misma comunidad, por lo cual los efectos del mismo son desconocidos en la relación que se establece entre ellos, como por ejemplo en la asistencia sanitaria individual o en campos más complejos como la participación social en salud.

La cultura es definida por Geertz como la red o trama de sentidos con que se asignan significados a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana, "el concepto de cultura es esencialmente un concepto semiótico. Creyendo que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. La cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta - costumbres, usanzas, tradiciones, conjuntos de hábitos- como ha ocurrido en general hasta ahora, sino como una serie de mecanismos de control -planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones".<sup>186</sup>

---

<sup>185</sup> MARTÍNEZ, K. M. (1999). Comprensión del déficit de ciudadanía en Chile: La paradoja de su desarrollo. *Revista Paraguaya de Sociología*, 36, 105-122.

<sup>186</sup> AUSTIN, Tomas. Para comprender el concepto de cultura. En: UNAP Educación y desarrollo, Universidad Arturo Prat. Marzo, 2000. Año 1, Nro. 1

Desde esta perspectiva la PSS puede interpretarse como “un mecanismo comunicativo cultural o dinámica sociocultural, donde los actores construyen y deconstruyen activamente significados y sentidos. Este proceso que ocurre en el interior de la participación tiene que ver con la construcción de los sujetos participativos, ya que son estos los que dotan de significado su participación en la actividad comunitaria específica y concreta de cada contexto y se estructura una cultura participativa con unas formas, unos tiempos y espacios característicos y particulares”.<sup>187</sup>

Tanto la comunidad como los miembros de las instituciones viven y provienen de grupos que son permeados de diferente manera por el lenguaje, la educación, la socialización primaria en la familia, el etnocentrismo, las relaciones de poder, el género, entre otras dinámicas culturales,<sup>188</sup> la PSS termina siendo resultado de la interacción de todas ellas a través de los sujetos y comunidades que participan.

## **2.2 JERARQUÍAS EN SALUD**

Tanto la comunidad como los miembros de las instituciones viven y provienen de grupos que son permeados por diferentes dinámicas culturales como el lenguaje, la educación, la socialización primaria en la familia, el etnocentrismo, las relaciones de poder, el género, entre otros.<sup>189</sup>

El sistema de salud se comporta de manera similar como grupo que comparte códigos culturales y como lo menciona Helman, está conformado por jerarquías o niveles: el popular, el folclórico y el profesional.<sup>190</sup> La conjunción de los tres representa el pluralismo en el cuidado de la salud de una determinada cultura.

El tercer sector, o de los profesionales, posee un lenguaje técnico que generalmente y desde su formación, los separa de sus pacientes - su propio cuerpo de conocimientos - ; enfatizan en la enfermedad y se basan de manera frecuente en la tecnología. Son ellos, quienes lideran los procesos de PSS, desconociendo que son parte de la etnomedicina propia del lugar donde ejercen, que es parte de un sistema mayor de creencias, comportamientos y actitudes y a su vez son permeados por sus propias dinámicas culturales de grupo.

---

<sup>187</sup> HERNÁNDEZ FREEMAN, Leopoldo LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO PROCESO SOCIOCULTURAL. En: Boletín entre líneas. Julio – Diciembre, 2009. Año III, No. 3-4

<sup>188</sup> HELMAN, Cecil. Op., cit, p. 80

<sup>189</sup> HELMAN, Cecil. Ibid, p. 80

<sup>190</sup> HELMAN, Cecil. Ibid, p. 81



Parte de la verticalidad con la cual se establecen la mayoría de programas en salud, se origina en esta sectorización jerárquica propia del personal del área. Los conocimientos y formación diferente a los de la comunidad, generan una brecha que los separa. Se puede diagnosticar y tratar a la comunidad que “no sabe” dado que no se reconoce su bagaje cultural por ser de otro tipo. Adicionalmente, esta supuesta “superioridad” autoriza dar un trato paternalista, postura generalmente adoptada en la relación con las comunidades vulnerables. Max Neef considera que la satisfacción de la necesidad de participación se inhibe por el paternalismo,<sup>191</sup> que es lo que ocurre en nuestras comunidades, donde participar no es un acto reivindicativo del derecho, sino que se reduce a una muestra de su instrumentalización por parte de las instituciones.

El enfoque instrumental de la PSS desconoce el tema de la competencia cultural en la atención,<sup>192</sup> definida como la “capacidad para reconocer los contextos culturales propios y de las personas y comunidades con las cuales se interactúa. Ser competente culturalmente requiere de la integración de conocimientos, actitudes y habilidades que aumenten la comunicación y la interacción apropiada y efectiva con los otros”.<sup>193, 194</sup>, concepto desde el cual se explora el sistema de salud como un sistema cultural “eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud enfermedad”<sup>195</sup> y que generalmente se basa en afirmaciones y actitudes, relacionadas con el concepto jerárquico del sistema de salud que promulga que “en el trabajo de salud comunitario, las modificaciones que requieren cambios en actitudes o en la manera tradicional de hacer las cosas son aquellas que se realizan más lentamente y requieren más tiempo y paciencia, porque tales afirmaciones son hechas con relación a aldeanos o personas escasamente educadas, pero, como muchos pioneros de alternativas de atención médica pueden testificar, a menudo aquellos cuyas actitudes y enfoque tradicional son más difíciles de modificar no son los aldeanos sino los profesionales”.<sup>196</sup>

---

<sup>191</sup> MAX NEEF, Manfred. Op. cit., p. 45.

<sup>192</sup> STARR, Sharon. WALLACE, Debra C. Self-Reported Cultural Competence of Public Health Nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department. En: Public Health Nursing. Vol. 26 No. 1, p. 48-57

<sup>193</sup> PAPADOUPULUS, Irena. Transcultural health and social care. Elsevier, 2006. P. 216

<sup>194</sup> ELDERS, Jocelyn. The politics of health care. Social research, Vol 73 Nro 3, 2006

<sup>195</sup> ALARCON, Ana. VIDAL, Aldo. NEIRA, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica Chile; 131: 1061-1065, 2003

<sup>196</sup> UGALDE, Antonio. Op. Cit., p 20

### **2.3 GÉNERO Y GENERACIÓN: FACTORES CULTURALES EN LA PARTICIPACIÓN**

El término género hace referencia al significado social y cultural asignado a la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción de los roles aceptados culturalmente para las actividades determinadas como masculinas y femeninas.<sup>197</sup>

Estos significados culturales establecen la función de la mujer como la “cuidadora” por excelencia. “Es ella quien debe familiarizarse con los procesos formales o informales de cuidado, por ejemplo de la salud”.<sup>198</sup> De otro lado, la visión del hombre está ligada al “rol instrumental, que representa las actividades productivas, encaminadas a la manutención y provisión de la familia, caracterizándose por ser autónomo, orientado al logro, fuerte, exitoso y proveedor, en tanto la visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia”.<sup>199</sup>

Estos roles se asumen para las actividades cotidianas y para hacer frente a las necesidades a las cuales se enfrentan. Es así que a pesar de las dificultades inherentes a su triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación),<sup>200</sup> las mujeres dedican buena parte de su tiempo a participar y consolidar grupos y organizaciones comunitarias, donde el poder evidentemente no sólo es ejercido de manera vertical desde fuera por las instituciones sino por los mismo hombres, en el marco de los sectores de poder tradicional.<sup>201</sup> Las dificultades inherentes a esta diferenciación establecida desde la cultura, se traducen en asimetrías institucionalizadas en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos.<sup>202</sup>

Menéndez menciona que la mayor parte de los programas de salud que trabajan con la comunidad lo hacen a través de promotores, generalmente mujeres “en su rol de esposa/madre y o con mujeres con algún tipo de padecimiento específico o en tanto sujetos de agresión física, lo cual tiende a favorecer las actividades asistenciales ya que además articula con el rol establecido y asumido por las

---

<sup>197</sup> GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. En Revista Panamericana de Salud Pública. Mayo- Junio, 2002. V.11 no.5-6

<sup>198</sup> GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Ibid, p. 329

<sup>199</sup> ROCHA-SÁNCHEZ, Tania E. DÍAZ-LOVING, Rolando. Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. En: Anales de psicología. Junio, 2005. Vol. 21, nº 1, p. 42-49

<sup>200</sup> BREILH, Jaime. La triple carga. Quito, CEAS, 1991, p. 92

<sup>201</sup> BREIHL, Jaime. Ibid, p. 30.

<sup>202</sup> GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Op. Cit., p. 330.

mujeres al interior del grupo familiar”.<sup>203</sup>

Almarcha et al.<sup>204</sup> refiere tres explicaciones a esta asimetría, donde el rol cultural de dedicación a la familia, se contraponen al rol político de la participación. En primer lugar, lo que las autoras llaman “la transversalidad política y su significado” refiriéndose a que se han promulgado diversas políticas de equidad de género que intentan ampliar la participación de la mujer, sin que estos esfuerzos vayan más allá de la asignación de recursos a programas focalizados a la mujer y a los niños. En segundo lugar, “el marco referencial de creencias y la cultura del poder”, que se expresa en términos de perpetuar la imagen del hombre como figura de prestigio y de toma de decisiones. En tercer lugar, la “experiencia del empoderamiento”, a través del cual la mujer transforma los roles y actitudes tradicionales.

De otra parte, la dinámica cultural de la generación afecta de manera considerable la PSS. Si se parte del hecho que esa transmisión de significados entre generaciones es importante para asumir la participación, es evidente que las relaciones intergeneracionales hoy en día, evidencian mayor conflicto por cuanto “la combinación de factores como la urbanización, la destrucción de los lazos familiares, las condiciones de vida impuestas por las nuevas formas de capitalismo, la segmentación de las formas de relacionarse, los nuevos tipos de pobreza, la privatización y la destrucción de áreas públicas de encuentro, el crecimiento paralelo de las culturas urbanas y del individualismo, resultan en aislamiento y soledad”,<sup>205</sup> tanto para los jóvenes como para los viejos. Estos últimos, como lo menciona Bosi, están en “un periodo de declive, en tanto los jóvenes, lo están en uno de transición”,<sup>206</sup> lo que aumenta la diferencia entre generaciones y entre sus perspectivas de vida y de significados.

Los viejos se organizan y se asocian como una herramienta clave de participación. El asociacionismo,<sup>207</sup> esto es el hecho de reunirse en torno a un objetivo común, es un canal de participación que les ofrece, de una parte, la oportunidad de unirse a una asociación ya conformada y de otra, la creación de asociaciones nuevas.

De otro lado, los jóvenes se abstienen de participar no sólo porque consideran inútiles sus intentos de penetrar la jerarquía interna de las organizaciones ya

---

<sup>203</sup> MENENDEZ, Eduardo. Op. Cit., p. 227

<sup>204</sup> BAILLERES LANDERO, Diana. Reseña de la trama de la cotidianidad a los modos de vida urbanos. En: Convergencia. Mayo – Agosto, 2000. Vol. 7, Nro. 22. P. 275- 280

<sup>205</sup> LARROSA, Jorge. Coexistence between generations in time of crisis. En: Fundacio Viure i Conviure (18-19, junio, 2007, Palau de la musica Catalana, Barcelona).

<sup>206</sup> BOSI, Eclea. Memória & sociedade: Lembranças de Velhos.. Sao Paulo, Editora Schuarcz Ltda, 2009 P. 488

<sup>207</sup> La participación social de las personas mayores. Instituto de mayores y servicios sociales. España, 2006. En <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos>

formadas, sino porque las diferencias generacionales se acentúan por los estereotipos aceptados culturalmente. Este desinterés de los jóvenes por temas políticos y de participación, en parte es resultado de la exposición a “los productos mediáticos, que marcan pautas de conducta, estereotipos y roles sociales, estilos de vida, que los jóvenes adoptan y vuelven propios, olvidándose de la realidad que prevalece y en la que viven”.<sup>208</sup>

Como lo resalta Bauman, inclusive la forma de percibir las necesidades en el tiempo es diferente ya que “para los jóvenes solamente el presente existe”.<sup>209</sup> Es por ello, que sólo participan cuando otros (instituciones, pares o amigos), logran mover la fibra del presente inmediato.

Esta consideración sobre la línea del tiempo o de percepción del mismo, es importante desde el punto de vista generacional y adicionalmente se ha evidenciado en el tema de las jerarquías médicas. Como lo menciona Helman,<sup>210</sup> la aproximación entre los planeadores en salud y la comunidad, desconoce que existe una percepción del tiempo diferente entre ambos, ya que para las comunidades pobres, existe la percepción cultural de tiempo del “día a día”, similar al mencionado de vivir el presente para los jóvenes. Es importante, que en el proceso de participación social en salud, donde se transmiten sentidos y significados entre generaciones, sea tomada en cuenta esta línea del tiempo, donde el papel de la Atención Primaria como modelo mediador cultural puede disminuir esa brecha.

### **2.3.1 Participación y necesidad:**

El concepto de necesidad social se aplica a aquellas carencias que son evidentes para un grupo de personas que comparten un entorno determinado y que las afectan en mayor o menor medida. Las necesidades son socialmente determinadas,<sup>211</sup> no se nace teniendo necesidades sino que son producto del grupo social que comparte un significado común. Para Heller, las necesidades de auto conservación (alimentación, abrigo, contacto) relacionadas con la conservación de la vida, se convierten en demandas si para su satisfacción se generan acciones concretas que originen respuestas institucionales del Estado.

---

<sup>208</sup> LEÓN OLÁN, Juan Carlos. Cultura Política y Participación Social de los jóvenes en la construcción de realidades. En: UNIrevista. Julio, 2006. Vol. 1, n° 3

<sup>209</sup> BAUMAN, Zygmunt. Between us. En: I Conviure (1: 18-19, junio, 2007, Palau de la Musica Catalana, Barcelona) Fundacio Viure. 2007

<sup>210</sup> HELMAN, Cecil. Op. Cit., p. 444.

<sup>211</sup> Citada por: YOSHIKAWA, Emiko. HINO, Paula. Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica. Sao Paulo, Dedone editorial, 2009.

Para Max Neef, estas necesidades se consideran existenciales y “no sólo son carencias sino también, y simultáneamente, potencialidades humanas individuales y colectivas. Los satisfactores, por otra parte, son formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual y colectivo, conducentes a la actualización de necesidades”.<sup>212</sup> Como lo define el mismo autor, “lo que esta culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es -entre otras cosas- consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para remplazarlos por otros nuevos y diferentes”.<sup>213</sup>

En este sentido se considera, por ejemplo, que “uno de los principales factores que han conducido al fracaso de la Atención Primaria de Salud es el desfase entre la formación dada, centrada en las actividades preventivas, y la percepción que las poblaciones tienen de sus propias necesidades, sentida prioritariamente en términos de recibir atención curativa”.<sup>214</sup>

Estas necesidades se originan en el hecho que tanto mujeres como hombres llevan la carga cultural y social asignada a su género donde la participación social en salud se manifiesta de forma diferente entre ellos. A este referente cultural, se suma también el de generación<sup>215</sup> que se modifica con el transcurrir histórico. La transmisión de la memoria y de los códigos culturales se produce entre las generaciones viejas y las nuevas, en una época donde la transmisión de la cultura se convierte en una tarea difícil por la contaminación de agentes externos y la memoria se desdibuja por el desinterés de las últimas.

## **2.4 OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Describir las dinámicas culturales de la participación social en salud, identificadas en un grupo de mujeres de un territorio de Atención Primaria en Salud en Bogotá.

---

<sup>212</sup> MAX-NEEF, Manfred. Op. Cit., p. 50.

<sup>213</sup> MAX-NEEF, Manfred. Op. Cit., p. 27.

<sup>214</sup> FASSIN, Diddier. Entre ideología y pragmatismo: Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

<sup>215</sup> La participación social de las personas mayores. Op. Cit., p. 31.

## **ESPECIFICOS**

1. Recuperar la historia oral en participación social en salud.
2. Explorar las relaciones de generación y género en la participación social.
3. Conocer las relaciones entre las instituciones y la comunidad en la participación social en salud.

### 3. METODOLOGIA

Este trabajo de investigación se inició cuestionando el rol de la comunidad, los profesionales y los formuladores de política en la participación social en salud, desde sus dinámicas culturales. Si éstas tenían algún tipo de influencia en la participación en salud dentro de la estrategia de APS en Bogotá y en sus resultados, en un territorio definido de implementación de la misma.

La PSS es un tópico muy relevante en el marco de la APS, para la cual la "comunidad" se transformó en el corazón de la política sanitaria mundial. "Gracias a la dimensión de consenso que en sí misma encierra, poniendo de relieve lo que acerca a los individuos, lo que tienen "en común", más que lo que les opone, la representación comunitaria del mundo social se presta particularmente bien a la utilización política que de ella hacen las instituciones internacionales, erigiéndose en defensores del "pueblo" contra sus enemigos, de manera similar al populismo."<sup>216</sup>

Por tanto, si se avala el concepto de participación como el ejercicio que involucra lo comunitario, la aproximación metodológica a seleccionar debe permitir recuperar "la continuidad/discontinuidad, recuperando experiencias participativas del pasado para sustentar o posibilitar el surgimiento de actividades de este tipo"<sup>217</sup>, sustentando la elección de metodología cualitativa y la historia oral en particular, rescatando las experiencias y procesos "que puedan ser reconocidos y apropiados por grupos sociales actuales superando la veneración arqueológica por el pasado",<sup>218</sup> necesidad para la cual la historia oral adquirió una importancia creciente. De esta forma, se decidió realizar una investigación de tipo cualitativo que permite recuperar el papel de la experiencia social de la comunidad del territorio, como es creada y cómo se le asigna significado.<sup>219</sup> Así, se permite entender los procesos sanitarios, sea vinculado al fenómeno salud-enfermedad o como en este caso a las políticas, programas y prácticas de atención a la enfermedad.<sup>220</sup>

La investigación cualitativa supera a la evaluación tradicional que "se interesa en la medición del impacto, el desempeño o los resultados de los programas pero

---

<sup>216</sup> UGALDE, Antonio. Op. Cit., p 22

<sup>217</sup> MENENDEZ, Eduardo. Op. Cit., p 188

<sup>218</sup> MENENDEZ, Eduardo. Op. Cit., p 188

<sup>219</sup> SALAMANCA, Ana Belén [online]. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. En: Revista científica de enfermería. Nure investigación. Septiembre – octubre, 2006. Nro. 24. [[Consultado en julio de 2009] Disponible en: [http://www.fuden.es/formacion\\_metodologica\\_obj.cmf?id\\_f\\_metodologica=31](http://www.fuden.es/formacion_metodologica_obj.cmf?id_f_metodologica=31)

<sup>220</sup> MERCADO, Francisco. Op. Cit., p. 28.

priorizando la mirada de uno de los actores, llámense expertos o profesionales. Sin embargo, termina por excluir los puntos de vista, los valores, las experiencias y las prácticas de otros agentes y grupos sociales. Por lo cual la propuesta cualitativa reconoce la importancia de involucrar a tales actores en la práctica de la evaluación de las acciones sanitarias".<sup>221</sup> Ello implica la reivindicación de lo comunitario, de la recuperación de la voz del otro, "desde" no "para" ellos, aprender en dialogo comunitario a leer su realidad y a escribir su palabra histórica. Solo al participar se produce el rompimiento voluntario y vivencial de la relación asimétrica de sumisión y dependencia implícita en el binomio sujeto objeto".<sup>222</sup>

Acorde con las voces que "proclaman la necesidad de una nueva salud pública que dé paso a una propuesta metódica que considere también las verdades particulares y diversas para superar la idea de verdades universales y estáticas",<sup>223</sup> la metodología cualitativa, en especial la historia oral de vida resulta una opción incluyente para el rescate de la memoria local, desconocida en términos de la investigación reciente.

Como conjunto de procedimientos, su propuesta de abordaje a lo particular, permite develar las relaciones instituciones - comunidad como construcciones culturales y/o imposiciones del Estado y el carácter reproductor de estos patrones culturales por parte de las instituciones médicas, abogando por una nueva "filosofía médica" – o en un sentido más amplio una "filosofía de la salud y de la vida desde sus protagonistas", que rescate el valor de la atención primaria y la participación comunitaria entre otros.<sup>224</sup> Desde la perspectiva mencionada la Historia Oral se constituye como una herramienta cualitativa, que permite captar la historia en tiempo presente – historia viva- referida a la experiencia social de personas y grupos, que responde a una necesidad de utilidad práctica, social e inmediata,<sup>225</sup> siendo parte de la historia general, la cual es "investigación y, por tanto, elección. Su objeto no es el pasado, la idea misma de que el pasado, en tanto tal, pueda ser objeto de ciencia, es absurda." Su objeto es "el hombre" o mejor dicho "los hombres" y más precisamente "hombres en el tiempo".<sup>226</sup>

---

<sup>221</sup> MERCADO, Francisco et al. *Avaliação de políticas e programas de saúde. Enfoques emergentes na Ibero America no inicio do seculo XXI*. Bosi ML, Mercado FJ *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petropolis: Editora Vozes, 2006. p. 22-64

<sup>222</sup> MARTIN BARÓ, Ignacio. *Hacia una psicología de la liberación. Psicología sin fronteras*. Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria. Vol. 1, Nro. 2, agosto 2006

<sup>223</sup> GRANDA, Edmundo. *Quo vadis salud pública? UNL/OPS*. En: Segundo congreso nacional en salud (2: 9-11, agosto, 2004, Lima

<sup>224</sup> MINAYO, Cecilia. *O desafio do conhecimento*. Sao Paulo, Hucitec – Abrasco, 1996. P. 158

<sup>225</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *HOLANDA; Fabiola. Historia Oral, como fazer, como pensar*. Sao Paulo, Contexto, 2007

<sup>226</sup> BLOCH, Marc. *Apología para la historia o el oficio del historiador*. Fondo de cultura económica. México, 2001



### 3.1 LA HISTORIA ORAL

José Carlos Bon Meihy, representante destacado de la historia oral latinoamericana, quien la ha estructurado como metodología y la define como disciplina y como forma de saber, la reivindica como portadora de denuncias sociales y la revaloriza como base para la formulación de políticas públicas,<sup>227</sup> por sus lazos con la actualidad, mayores que los de la historia general, al dar la palabra a los excluidos y tratar temas de la vida cotidiana.<sup>228</sup> Como resalta Mignolo,<sup>229</sup> el potencial epistemológico y teórico de la historia oral introduce una dimensión faltante en la investigación- acción: la historia y la experiencia histórica de los sujetos relacionados por estructuras de poder, al reordenar la relación sujeto de conocimiento por sujetos a conocer o comprender. La experiencia que aporta la historia oral, es relevante en un país como Colombia que sufre un “olvido selectivo, el “desmemorie” a conveniencia y la impunidad”.<sup>230</sup>

La historia oral en América Latina ha permitido la recuperación de la memoria colectiva de grupos y ha dado voz a quienes la historia oficial no se las concede. Como resalta Archila “se buscaba oír las voces silenciadas, especialmente las de abajo, indagar por dimensiones ocultas del pasado como la vida cotidiana y, en últimas, romper con la historia tradicional elitista y las modas estructuralistas que anulaban la acción de los subalternos”.<sup>231</sup> Por ello, desde la historia oral se buscan colaboradores, porque se busca rescatar su condición de sujetos plurales<sup>232</sup> que construyen con derechos plenos la historia de nuestros países en estructuras de poder bien definidas.<sup>233</sup>

---

<sup>227</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p. 99.

<sup>228</sup> JOUTARD, Philippe. La historia oral. En: Papers, revista de sociología. 1995. Núm 47.

<sup>229</sup> MIGNOLO, Walter. El potencial epistemológico de la historia oral. Daniel Mato, Estudios y Otras Prácticas Intelectuales Latinoamericanas en Cultura y Poder. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y CEAP, FACES, Universidad Central de Venezuela. 2002, p. 201-212

<sup>230</sup> LÓPEZ GUZMÁN, Lorena [online]. Historia oral: La importancia de recuperar la palabra hablada como nueva propuesta de escribir historia en Colombia. Departamento de Historia de la Universidad del Valle, Colectivo de Historia Oral Tachinave. [Consultado en marzo 2011]

<sup>231</sup> ARCHILA, Mauricio. Voces subalternas e historia oral. En: Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura No. 32, 2005, pp. 293-308

<sup>232</sup> Joutard describe la historia oral como “otra historia” cercana a la antropología que da palabra a los “pueblos sin historia”, que revaloriza a los vencidos, a los marginados, a las minorías, obreros, negros, mujeres.

<sup>233</sup> FERREIRA, Marieta. Historia oral: una brújula para los desafíos de la historia. Historia, antropología y fuentes orales. Barcelona, 2002. Nro. 28, p. 141 -152.

El propósito principal de su uso es el “compromiso tácito y urgente de rescatar el mayor número de materia verbal que no se ha escrito, que no se escribirá, ya sea por circunstancias de educación, de tiempo, por escasez de posibilidades, por cuestiones de orden político, etc.”<sup>234</sup>

Bon Meihy la define como “el conjunto de procedimientos que se inicia con la elaboración de un proyecto y que continúa con el establecimiento de un grupo de personas que serán entrevistadas. El proyecto prevé: planeamiento de las grabaciones con definición del lugar, tiempo de duración y demás factores ambientales; transcripción y establecimiento de textos; autorización para su uso; archivo y siempre que sea posible la publicación de los resultados, que en primer lugar deben regresarse al grupo que generó las entrevistas.”<sup>235</sup>

Esta definición de método no desconoce que la historia oral “ha sido y pretende seguir siendo producto de un cambio progresista en las ciencias sociales centrado en el rescate de la memoria colectiva social e individual”.<sup>236</sup>

La historia oral tiene varias modalidades, como la historia oral temática, que parte de un evento definido, el cual clarifica a través de las entrevistas. La tradición oral que resalta las tradiciones del pasado y la historia oral de vida, que es la narrativa del conjunto de experiencias de una persona,<sup>237</sup> esta última se eligió para la investigación por cuanto aporta mayor detalle desde la historia personal a la historia comunitaria y a la de las relaciones con las instituciones en el territorio.

Partir de un proyecto es una condición esencial de la historia oral.<sup>238</sup> No se trata de utilizar entrevistas de manera desarticulada o reducirse a una mera recolección de datos, sino que éstas deben responder a un propósito y resolver tres preguntas fundamentales: historia oral de quién?, cómo? Y por qué?.<sup>239</sup> De quién, permite delimitar a aquellos colaboradores que participarán en el proyecto; Cómo, perfila la entrada a campo para la realización de las entrevistas. El por qué le da la relevancia social a la investigación. El concepto de colaboración es fundamento de la relación del investigador con la comunidad y permite trascender el significado clásico en investigación tanto

---

<sup>234</sup> MEYER, Eugenia. OLIVERA DE BONFIL, Alicia. La historia oral: origen, metodología, desarrollo y perspectiva. Instituto Nacional de Antropología e historia, México. En: [http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/BFTF8P5K1ILTV85CCF1D6M2FNPK6RI.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/BFTF8P5K1ILTV85CCF1D6M2FNPK6RI.pdf)

<sup>235</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p. 163.

<sup>236</sup> POZZI, Pablo. Historia oral: repensar la historia. En: <http://www.psi.uba.ar/academica/pdf>

<sup>237</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p. 53.

<sup>238</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Ibid. p. 43.

<sup>239</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Ibid. p. 45.

cuantitativa como cualitativa de objeto de la investigación o de informante, dando valor a la condición de poseedor de relatos de vida en una relación dialógica respecto al investigador, quien no es el poseedor exclusivo de la verdad sino un facilitador de la expresión de la memoria.

Los colaboradores se seleccionan a partir de la definición de la comunidad de destino, grupo con un pasado común y una historia y memoria colectivas compartidas, quienes representan el universo base de la problemática planteada. La comunidad de destino comparte vivencias cotidianas comunes y al momento de su escogencia, la historia oral privilegia a “aquellos grupos sociales minoritarios, marginales, cuya realidad está silenciada por la visión institucional o la historia oficial, constituyéndose en la “otra historia” o la “historia vista desde abajo”.<sup>240</sup> A través de encuentros con las personas seleccionadas que colaboraron con el proyecto, se obtuvieron una serie de entrevistas grabadas que se transcribieron textualmente y posteriormente se transcribieron en el marco del proyecto, lo que se explica adelante.

A partir de esta comunidad, se genera la colonia,<sup>241</sup> fragmento representativo de la primera, división operacional que conserva sus características, pero que permite un abordaje que viabiliza el estudio. La definición de la colonia es arbitraria y no responde a criterios establecidos. De la colonia surge la red, por medio de la cual se realizan profundizaciones en la temática a tratar así como la visibilización de las estructuras sociales y sus tensiones. El trabajo con redes enriquece las narrativas y los puntos de vista de los colaboradores.

El origen de la red es el punto cero,<sup>242</sup> colaborador con quien se realiza la primera entrevista, a través de la cual se busca profundizar puntos de la problemática planteada, redefinir preguntas para las siguientes entrevistas e identificar otros colaboradores, que conformaran las demás redes.

Con las entrevistas realizadas se procede a su textualización, que consiste en el primer ejercicio de aproximación de lo oral a lo escrito, ejercicio donde el texto se cambia de una estructura de entrevista a una estructura de relato, dejando una narrativa clara y coherente. Aquí, se eliminan las preguntas, al entrevistador y sus comentarios, los ruidos de fondo, las interrupciones y se busca una oración denominada el Tono Vital, que identifica al colaborador y su esencia individual en el texto transcrito.

La transcreación, término acuñado por el poeta brasileño Haroldo Campo y considerado clave por José Carlos Bon Meihy como paso fundamental de la historia oral, es el procedimiento de transformar la entrevista transcrita a un texto

---

<sup>240</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Ibid. p 100.

<sup>241</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Ibid. p 52.

<sup>242</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p. 54.

literario, atractivo para cualquier lector, que facilita la difusión de las ideas de los colaboradores para recuperar su condición de sujetos a través de la palabra.<sup>243</sup> La transcreación se define como la mutación de una cosa en otra; el cambio activo para generar una historia de vida a partir de las entrevistas, que se realiza a través de un proceso de producción literaria, corrigiendo la desigualdad que existe entre el código oral y el escrito.<sup>244</sup> Al ser un ejercicio de creación, el investigador reordena en lo escrito lo expresado por el colaborador, siendo el texto final una obra conjunta. La transcreación convierte la entrevista en una obra de creación colectiva.<sup>245</sup>

Una vez revisadas las transcreaciones, donde se ha dispuesto una ventana como inició de la entrevista, que como su nombre lo indica, permite al lector aproximarse dando una mirada general al colaborador y a la relación establecida con el investigador en sus encuentros y rescatando el tono vital (generalmente el título de la entrevista), que marca la presencia del colaborador y resume su narrativa, se hace una serie de revisiones con el colaborador para que apruebe el texto final que será utilizado en la investigación.

Ajustados los textos con las observaciones del colaborador, se procede a realizar la devolución, que consiste en entregarle en un texto escrito lo que el colaborador entregó de manera oral, validando el rol central que juega en la relación investigativa, aportando otros significados para él, al verse reflejado en un texto donde rescata su memoria de manera física, experimentando su vivencia cotidiana desde otra perspectiva.

Cuando se intenta abordar un tema tan complejo como la participación social, en salud donde diversos actores se encuentran involucrados, se requiere una perspectiva de investigación amplia que permita acoger principalmente a aquellos cuya voz ha sido silenciada desde la oficialidad institucional. Como la define Muñoz<sup>246</sup> “la historia oral es un proceso de construcción conjunta que compromete a dos personas, narrador testimonial e investigador, en un diálogo que se orienta hacia la paciente labor de producir un relato integrador que articule los significados construidos socialmente en el transcurso histórico de una comunidad cultural específica”. Es importante resaltarla como metodología desde la perspectiva de resignificar desde la investigación cualitativa, los sentidos culturales asignados a la participación social en salud para un grupo específico de personas.

---

<sup>243</sup> FREIRE, Paulo. *Pedagogía del Oprimido*, Bogotá, Siglo XXI, 1985. P. 256.

<sup>244</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Op. Cit.*, p. 155.

<sup>245</sup> MUÑOZ, Darío. *Construcción narrativa en la historia oral*. En: *Nómadas*. Mayo 2003. núm. 18, p. 94-102.

<sup>246</sup> MUÑOZ, Darío. *Ibid.* P. 98.

### **3.2 ESTABLECIENDO Y DESARROLLANDO EL PROYECTO**

A partir del cuestionamiento sobre el papel que juega la comunidad en la participación en salud en el marco de la APS y del papel de la institucionalidad constituida desde un marco conceptual denominado de izquierda, donde se esperaba una apertura dialógica amplia, desde el trabajo de campo desarrollado por los equipos básicos fue evidente la brecha entre la política formulada en el papel y lo que ocurre con la población, especialmente en el tema de la PSS desde las dinámicas culturales que la permean.

Por la posibilidad de un acceso directo a la comunidad a través del trabajo con el Hospital Chapinero, además de conocer el territorio por ese mismo trabajo, se escogió para el desarrollo de las entrevistas, el territorio de APS, San Luis, perteneciente a la UPZ 89<sup>247</sup> de la localidad de Chapinero. Conformada por cuatro barrios y una vereda, paisaje verde de los cerros orientales de Bogotá en cuyo interior tiene lugar un conflicto social por la legalidad de la propiedad de la tierra y que presenta un aislamiento geográfico particular.

Varios actores institucionales como el CINEP<sup>248</sup> y la Fundación Santa Fe,<sup>249</sup> y actualmente el Hospital Chapinero,<sup>250</sup> han tomado al territorio como objeto de intervención, una de las cuales ha sido el desarrollo de la estrategia de APS. A pesar de ello, las relaciones entre instituciones y comunidad no han sido exploradas, ni si existe sinergia u oposición, desde la mirada comunitaria que a la larga, pudiera influir sobre los resultados en salud obtenidos.

A continuación se describe el desarrollo del proyecto, a través de tres fases: preentrevistas, entrevistas y posentrevistas.

---

<sup>247</sup> UPZ: unidad de planeación zonal o agrupación de barrios con características administrativas similares

<sup>248</sup> CINEP: Centro de Investigación y Educación Popular, es una fundación sin ánimo de lucro que trabaja por la edificación de una sociedad más justa y democrática; genera alternativas para la construcción de la paz, el desarrollo humano integral, la realización de los derechos y la ampliación de la democracia, desde la investigación y producción de información, la educación, el acompañamiento a procesos sociales, el ejercicio de la incidencia y la comunicación.

<sup>249</sup> Fundación Santa Fe: división de salud comunitaria, tiene como propósito liderar y facilitar procesos de construcción de entornos saludables, como una expresión de responsabilidad social y compromiso de servicio con el país.

<sup>250</sup> Hospital Chapinero: Empresa social del Estado, encargado de la atención individual y colectiva en el territorio a través de la su Institución Prestadora de Servicios (IPS), Unidad Primaria de Atención (UPA) San Luis.

### 3.2.1 Fase de preentrevistas.

Como primer paso, se define la Comunidad de destino. Para el caso del proyecto y por las facilidades de contacto mencionadas atrás, se escoge a los pobladores del territorio de APS San Luis, quienes se identifican como comunidad, como grupo, por la tenencia de la tierra. Llegaron a construir su “paraíso posible,<sup>251</sup> su casa, su hogar, en un lugar privilegiado por la naturaleza, que actualmente está en la mira de grandes constructores para venderlo a familias ricas que se hastiaron de la ciudad contaminada. Arbitrariamente designado como territorio de Atención Primaria, este colectivo no es la suma de particularidades, sino el resultado de experiencias que vinculan unas personas a otras, seguido de la articulación de construcción de identidades de sus memorias expresadas en términos comunitarios.<sup>252</sup>

#### 3.2.1.1 La comunidad de destino.

El territorio de APS San Luis, se elige como comunidad de destino porque se identifica como un territorio social, también definido como el lugar donde se tejen las relaciones sociales y es constituido desde las personas y poblaciones que lo componen, siendo un concepto que sobrepasa los límites institucionales del territorio geográfico y/o administrativo. A pesar de ser un concepto fundamental en las diversas corrientes de la geografía, ya sea como parte de la geografía física, de la teoría del análisis regional o de la geografía crítica,<sup>253</sup> en la práctica, el territorio social es pertinente en tanto suceden fenómenos históricos significativos para las personas y las comunidades que ellas forman, ya que “los actores colectivos identificados no serían tantos grupos definidos e identificados por su lugar en el sistema productivo sino por su pertenencia a un cierto tipo de asentamiento dentro de la ciudad”.<sup>254</sup>

La construcción del territorio se constituye a partir de migraciones campo – ciudad en busca de nuevas oportunidades, laborales, familiares, de atención en salud o por el conflicto armado. Todas las colaboradoras de la primera generación tienen este hecho en común: migración interna desde diferentes pueblos y áreas del país atraídos por el que se considera el principal polo de desarrollo, la capital.

---

<sup>251</sup> Expresión utilizada por el profesor Meihy durante la revisión de las entrevistas en la pasantía realizada por la autora en el NEHO (núcleo de historia oral) de la Universidad de Sao Paulo, Brasil, 2010.

<sup>252</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p. 120.

<sup>253</sup> LLANOS HERNANDEZ, Luis. El concepto del territorio y la investigación en ciencias sociales. Agricultura, sociedad y desarrollo, septiembre - diciembre, 2010. volumen 7, número 3

<sup>254</sup> JOUFFLE, Yves. Las clases socio-territoriales entre movilidad metropolitana y repliegue barrial. ¿Tienen los pobladores pobres una movilidad urbana de clase? En: Revista Transporte y Territorio, Universidad de Buenos Aires. 2011. N° 4. P. 84 -117

A pesar de sus orígenes diversos, los pobladores del territorio terminaron en un espacio geográfico particular escogido por su similitud con las áreas rurales de procedencia, sin considerar el transporte precario, la falta de servicios públicos y su relativo aislamiento de los centros urbanos más consolidados en la parte baja de la localidad. Aunque en su momento las colaboradoras consideraron otros lugares de la ciudad para construir sus hogares, el acceder a la pertenencia de la tierra y escoger este territorio, estuvo fuertemente ligado a la asociación del paisaje de la reserva forestal con sus sitios de origen.

Con la comunidad de destino definida respondo a la primera pregunta orientadora del proyecto: historia oral de quién? De esta comunidad que se considera a sí misma legítima propietaria de lo construido durante más de 30 años y que la institucionalidad pretende reducir a un problema de límites de una reserva forestal, que no supo proteger antes de que se convirtiera en el hogar de más de 1.600 familias.

Foto 3.1: El territorio en los cerros, con la ciudad como telón de fondo

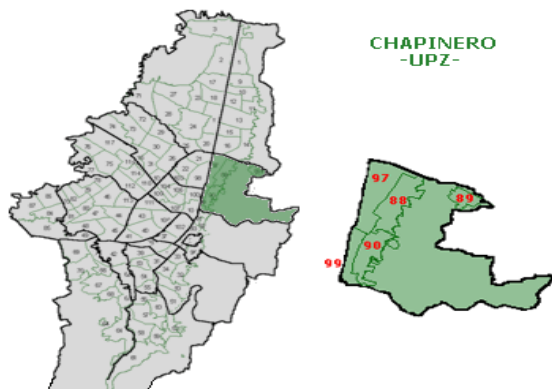


Si bien es territorio social por lo definido atrás, según la definición oficial, el territorio administrativamente conforma la Unidad de Planeación Zonal (UPZ)<sup>255</sup> 89., San Isidro Patios, que comprende los barrios de San Luis, San Isidro, La Esperanza, Moraci, Altos del Cabo y La Sureña, en la zona de los cerros orientales de la localidad de Chapinero.

---

<sup>255</sup> Las UPZ Son áreas urbanas más pequeñas que las localidades y más grandes que el barrio, cuya función es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal. Son un instrumento de planificación para desarrollar una norma urbanística en el nivel de detalle que requiere Bogotá, debido a las grandes diferencias que existen entre unos sectores y otros. Son la escala intermedia de planificación entre los barrios y las localidades.

Figura 3.1: División de la ciudad por localidades y UPZ.<sup>256</sup>



La UPZ cuenta con 16.858 habitantes,<sup>257</sup> con predominio de población joven y adulta entre los 15 a 34 años; tiene un área de 113,02 Hectáreas, siendo la de menor extensión de la localidad. Los barrios de la UPZ 89 fueron construidos sobre una cota de altura mayor a los 2900 metros sobre el nivel del mar, lo que los sitúa en el límite de la reserva forestal de los cerros, declarada en el año 1976.

Normativamente, el Instituto Nacional de los Recursos Naturales Renovables y del Ambiente INDERENA, a través del Acuerdo 30 de 1976 declaró y delimitó como área de reserva forestal protectora a la zona denominada “Bosque Oriental de Bogotá” y delegó en la Corporación Autónoma Regional de la Sabana de Bogotá de los Valles de Ubaté y Chiquinquirá, CAR, las funciones que le competían en su momento al INDERENA en la administración y manejo de las áreas de reserva, con destinación exclusiva conforme al Decreto Ley 2811 de 1974, que declara que “sólo podrá destinarse al aprovechamiento racional permanente de los bosques que en ella existan o se establezcan y, en todo caso, deberá garantizarse la recuperación y supervivencia de los bosques”. Esto significa que no podrá darse otro uso al suelo diferente a lo expresado en la norma.

Se buscaba la protección y conservación del área, evitando que continuaran las actividades de tala de árboles para proyectos de construcción de vivienda y explotación de canteras, entre otros. Con la declaratoria del territorio como zona de reserva, se legisla para que las actividades de construcción, creación de vías e infraestructura y los asentamientos humanos, tengan unos límites precisos y vigilados por la autoridad correspondiente. A pesar de ello, se encuentran barrios construidos en sus límites, aún antes de la declaratoria del decreto que se han ido

<sup>256</sup> Fuente: Subdirección de Desarrollo Humano y Progreso Social, Proyecciones 1997. C. C. R. P. Corporación Centro Regional de Población.

<sup>257</sup> Secretaría Distrital Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos 2009. Boletín Informativo: Bogotá ciudad de Estadísticas. Julio, 2009. No. 9.



consolidando y ampliando con el correr del tiempo.<sup>258</sup>

Los barrios de la UPZ 89 nacieron a partir del loteo de fincas de mayor extensión a mediados del siglo XX. Finalizando la década de los setenta, las antiguas fincas habían sido parceladas, vendiéndolas sin resolver cuestiones fundamentales de servicios públicos. La administración distrital permitió los asentamientos sin regulación en el área de la reserva forestal declarada en 1974. Sólo hasta el año 1985, la CAR con la aprobación del Departamento Nacional de Planeación, efectuó la primera sustracción de la reserva para atender la “consolidación urbanística” de los barrios San Luis, San Isidro y La Sureña, por lo cual su “manejo y control no puede darse bajo la perspectiva de reserva forestal sino bajo normas urbanísticas y de solución a los problemas de la comunidad allí establecida”.<sup>259</sup>

Esta zona de sustracción validaba la legalidad de los barrios y por ende la posibilidad de ser atendidos en sus necesidades por las entidades distritales. Sin embargo, transcurrieron casi 20 años en un limbo jurídico hasta que mediante la Resolución 463 del 2005, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, redelimitó la Reserva Forestal protectora Bosque Oriental de Bogotá y fijó las pautas y lineamientos para el manejo y ordenamiento de los cerros orientales, declarando una zona de adecuación o transición entre la ciudad y los cerros, de 40 kilómetros de longitud, entre las cotas 2.650 y 2.820 en su extremo norte, y entre la 3.050 y 3.210 en su extremo sur. La zona de adecuación tiene como objetivo constituir un espacio de consolidación de la estructura urbana y una zona de amortiguación y contención definitiva de los procesos de urbanización de los cerros orientales.

Para ello las administraciones distritales, a través del departamento de planeación, deberían incorporar esta franja en el Plan de Ordenamiento Territorial, POT,<sup>260</sup> que regula el uso del suelo en la ciudad. Sin embargo, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, en respuesta a una Acción Popular, mediante Auto de Junio 1 de 2005, suspendió provisionalmente la Resolución 463, en cuanto excluye una parte de la Reserva, por lo cual hoy, la adecuación y sus efectos jurídicos están suspendidos.

---

<sup>258</sup> Plan zonal franja de adecuación o transición entre la ciudad y los cerros orientales. TOMO I- Documento de Caracterización y Diagnóstico, cronología jurídica. Disponible en: [www.cerrosdebogota.org](http://www.cerrosdebogota.org)

<sup>259</sup> ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Los cerros orientales de Bogotá. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá. 2006

<sup>260</sup> ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Plan Maestro del Espacio Público, Decreto 347 de 2004. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá.

**Figura 3.2: Reserva forestal y zona de adecuación** 1 <sup>261</sup>



La figura 3.2 muestra la zona de adecuación (en naranja) que atraviesa toda la ciudad tal como lo hacen los cerros, hoy nuevamente en conflicto.

Como se puede concluir, el territorio se caracteriza por su incumplimiento de la normatividad y por existir a pesar de ella, como bien lo refiere el título del informe de la Procuraduría distrital, el territorio se constituye en “un desafío institucional”.<sup>262</sup> Si bien es objeto de los programas de focalización para población vulnerable con que cuenta la ciudad (Salud a su Casa, comedores comunitarios, hogares infantiles del Bienestar Familiar, etc.), el territorio deseado desde la institucionalidad, expresado en los objetivos de la política pública, no se corresponde con el territorio producido,<sup>263</sup> porque el Estado no tiene en cuenta las realidades del mismo, sus dinámicas, sus expectativas y su necesidad de supervivencia.<sup>264 265</sup>

### **3.2.1.2 La colonia.**

Como Colonia se escoge inicialmente a pobladores del territorio que vivieran en él desde su poblamiento. Se consideró a mujeres y hombres identificados como líderes desde lo institucional que quisieran participar relatando sus vivencias.

<sup>261</sup> Fuente <http://www.habitatbogota.gov.co/>

<sup>262</sup> PERSONERIA DE BOGOTÁ. Cerros orientales, desafío institucional. Bogotá, Personería de Bogotá, 2007

<sup>263</sup> BOHORQUEZ ALFONSO; Ivonne Alexandra. La política pública para los cerros orientales de Bogotá: Una revisión en perspectiva y comentada. En: Territorios. Enero - diciembre, 2008. Núm. 18-19, pp. 229-242.

<sup>264</sup> BAUMAN, Zygmunt. La sociedad sitiada. Fondo de cultura económico. 2008 p.289

<sup>265</sup> MURAD, Rocío. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. Proyecto regional de población Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Población y desarrollo. Santiago de Chile, noviembre, 2003. P. 26.

Si bien esta delimitación seguía siendo amplia, el proyecto consideró mujeres y hombres líderes del territorio APS San Luis. Se escogió a la señora Adelina como punto cero, con una serie de preguntas orientadoras iniciales. Adelina es residente del territorio desde su fundación, líder y organizadora de los adultos mayores, con quienes promueve actividades culturales, ambientales y de recreación, en el marco del programa de apoyo de la Secretaría de Integración social. Este es un grupo cautivo al que asisten los que han sido beneficiados con el bono de la tercera edad,<sup>266</sup> con este grupo Adelina ha logrado el reconocimiento de varias de las instituciones que trabajan en el territorio.

La primera entrevista se realizó en su casa en compañía de la profesora Lucero López. En esta, la colaboradora sugirió otras personas, entre hombres y mujeres que podían aportar con sus historias de vida, orientando la formación de la red. Adicionalmente, esta entrevista inicial, permite tamizar las preguntas relevantes para el proyecto, incluir otras a través de las cuales se profundicen las entrevistas para el logro de los objetivos propuestos.<sup>267</sup>

Entre estas personas del territorio sugeridas, se mencionó al señor Albercio, presidente de la junta de acción comunal del barrio la Esperanza; así como al señor Gonzalo presidente de la junta de acción comunal del barrio San Luis. Sin embargo, de los hombres sugeridos ninguno aceptó ser entrevistado, uno de ellos por sus compromisos laborales y con la junta de acción comunal y el otro por quebrantos de salud.

En esta búsqueda inicial de colaboradores, se hizo notorio que las mujeres tienen mayor representatividad en los espacios comunitarios. Las mujeres se consideran y se visibilizan como una de las principales fuerzas de cohesión social y comparten características culturales, sociales, económicas y afectivas que las distinguen como grupo, a pesar que los hombres ocupan los principales cargos directivos en la organización comunitaria.

Este hallazgo es significativo para el proyecto. Las mujeres se constituyen como la colonia porque es la comunidad quien finalmente le aporta desde su sentido cultural, la reflexividad a la misma. Afirmando con Guber que el “investigador puede predefinir un campo según sus intereses teóricos o su sentido común, es la villa o la aldea la que le dará el sentido final al campo de investigación”.<sup>268</sup>

---

<sup>266</sup> Programa de apoyo económico a los mayores de 60 años de los barrios de estratos 1 y 2 de la ciudad de la administración distrital. La asistencia al grupo es obligatoria o los adultos son excluidos del programa.

<sup>267</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p.49.

<sup>268</sup> GUBER; Rosana. La etnografía: método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo Editorial, Norma, 2001.

### 3.2.1.3 La Red.

La red se conforma con tres mujeres del territorio de San Luis para que a través de sus historias de vida, describan la mirada comunitaria de las relaciones instituciones – comunidad, mediadas desde la perspectiva cultural de un territorio en construcción.

Al realizar el acercamiento a las colaboradoras en esta investigación, todas ellas concedieron las entrevistas de manera voluntaria, brindándoles la oportunidad de tener su propia historia registrada y la posibilidad de transmitirla a otras personas, especialmente aquellas de sus círculos más inmediatos.<sup>269</sup>

Una de las colaboradoras más destacadas como contacto en el territorio fue la señora Lucia, por su conocimiento del mismo, su vinculación con el Hospital de la localidad y por ser promotora de salud del equipo de APS. Fue ella quien propuso a la señora Adelina, para iniciar con ella las entrevistas.

Se procedió entonces a contactar a dos mujeres más por su relevancia en las acciones de organización comunitaria, asunto evidenciado en la entrevista con el punto cero. Si bien esta perspectiva de género se hizo cada vez más fuerte a medida que se realizaron las entrevistas, Adelina marcó este énfasis de manera particular. A partir de este hallazgo, que corrobora una vez la reflexividad del campo de investigación, se definió que la red sería entonces conformada por mujeres: Lucia, Mery y María Luisa, grupo que en adelante se denominará Primera Generación. Lucia es y ha sido gestora en salud desde hace más de 20 años y su nombre es referencia obligada de la historia de estos barrios. Mery es una aguerrida líder de la Sureña, compañera de Lucia; y María Luisa hace parte de las mujeres del Portal de la Quinoa, aportando otra visión del territorio desde su red de producción económica, ya que junto con cinco mujeres más mantienen un proyecto de fabricación de repostería a partir de la quinua, cereal ancestral reivindicado por sus propiedades nutricionales hoy en día.

El tema de la segunda generación se hizo evidente durante la pasantía con el Profesor Bon Meihy, quien resaltó la potencialidad de comparar este “paraíso posible” desde dos miradas generacionales diferentes. A partir de los análisis iniciales de las entrevistas, surgió la necesidad de contrastar la memoria de las mujeres de la primera generación, con mujeres jóvenes y su visión de las necesidades, de la comunidad y del papel que ellas juegan en la organización comunitaria hoy en día. Este contraste se hizo evidente al empezar el análisis de las entrevistas que mostraban a mujeres construyendo a partir de cero un territorio social y su mirada a ese territorio hoy pero faltaba el contraste de esa segunda generación que vio a la primera obtener importantes logros para los barrios y el papel desempeñado por ellas en divergencia con las de primera





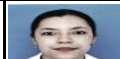

---

<sup>269</sup> AMADO, Janaina. A culpa nossa de cada día: ética e historia oral. En: Projeto historia. Abril 1997. No 15, p. 145 -155.

generación.

La segunda generación se definió por la cercanía con las colaboradoras de la primera, esto para el caso de María Lucía (nombre cambiado por solicitud de la colaboradora). Para el caso de Jennifer quien es promotora, líder y ejecutora de proyectos de organización juvenil en el territorio, fue una recomendación de otras mujeres de la primera generación quienes la conocen y respetan su trabajo. Ver tabla 3.1

Tabla 3.1: Datos generales de las colaboradoras

	COLABORADORA	LUGAR DE ORIGEN	EDAD (AÑOS)	ESCOLARIDAD	
PRIMERA GENERACION	ADELINA	CUCAITA (BOYACA)	70	BASICA PRIMARIA	
	LUCIA	CAROLINA DEL PRINCIPE (ANTIOQUIA)	61	TECNICO	
	MERY	ALGECIRAS (HUILA)	60	BASICA PRIMARIA	
	LUISA	SOATA (BOYACA)	62	PRIMARIA INCOMPLETA	
SEGUNDA GENERACION	MARIA LUCIA	BOGOTA	37	TECNICO	
	JENNIFER	BOGOTA	26	UNIVERSITARIO (EN CURSO)	

### 3.2.2 Fase de entrevistas.

Definidas comunidad, colonia y redes, surge el planteamiento del cómo, que describe las condiciones necesarias para la realización de las entrevistas. Detalles relativos a dónde se desarrollarán, el tiempo de duración y otros factores ambientales son tenidos en cuenta en esta fase del proyecto. Meihy resalta que el lugar para las entrevistas, en lo posible, debe ser escogido por el colaborador,<sup>270</sup> ya que lo deseable es conservar la espontaneidad de la narrativa.

Las entrevistas, inicialmente, se planearon en el salón comunal del barrio San Luis, punto de encuentro del grupo liderado por Adelina, pero todas las colaboradoras accedieron y solicitaron realizar las entrevistas en sus casas. Estas se realizaron en diferentes momentos con cada una de las colaboradoras, según sus tiempos disponibles.

<sup>270</sup> MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Op. Cit., p.120.

Al realizar el primer contacto con las colaboradoras, les expliqué en qué consistía el proyecto, cuál era su participación, quién me las había referido. De igual manera, se explicó el objetivo del proyecto, el consentimiento informado y la dinámica de la entrevista en cuanto a tiempos o nuevos encuentros así como la devolución que se realizaría al terminar, finalizados los textos transcritos. También se explicó el proceso de transcripción y el tiempo necesario para que las grabaciones se conviertan en texto escrito. Todas las colaboradoras aceptaron gustosas los encuentros, que se realizaron en sus casas, donde fui objeto de sus atenciones.

Cuando se inició el trabajo de campo y previo a la primera entrevista con el punto cero, se identificaron algunas preguntas norteadoras:

- Qué es participación para las colaboradoras?
- Quiénes participan más: hombres, mujeres, jóvenes?
- Qué las motiva a participar?
- Existen consecuencias en la participación? (en lo personal, en lo institucional, en lo comunitario)?
- Hay problemas para la participación: lo que la fortalece, lo que la dificulta.

En el transcurrir de las entrevistas y del análisis fue necesario reformular, ampliar las preguntas. Especial atención tomó el hecho que la frase “participación social en salud” no era identificada por las colaboradoras. No identificaban las acciones de las instituciones de salud como elementos de participación social en salud. Fue un arduo trabajo de descubrimiento, para lo cual se rastreó el tema de la organización como expresión de la participación. Si bien al inicio fueron contactados ocho líderes, cuatro de ellos hombres, solo uno aceptó participar pero infortunadamente no demostró disponibilidad de tiempo para conceder las entrevistas. Dada la proximidad de una investigadora con las mujeres líderes en la comunidad, fueron contactadas cuatro mujeres líderes y pobladoras iniciales del territorio, denominadas como la primera generación. Posteriormente, el análisis de la primera generación de líderes fue necesario contrastar con la nueva generación de mujeres líderes del territorio, por tanto, se elaboraron las historias de dos líderes indicadas por las más antiguas y denominadas segunda generación, con quienes se logró la saturación de los datos.

De esta fase se obtuvieron cerca de 24 horas de grabaciones en total. La duración de las entrevistas dependió de la dinámica de los encuentros. Mery, Adelina y Lucia, locuaces, cautivadoras con su narrativa, podían durar varias horas contando sus historias. María Luisa fue un término medio, desde la seriedad que la caracteriza. En el polo opuesto, la segunda generación: María Lucia, concreta y puntual como contadora de su historia. Jennifer aportó la vivencia de una joven creyente en los otros y en su proyecto comunitario, con una historia contemporánea y dinámica.

### **3.2.3 Fase de posentrevistas.**

Esta fase describe dos grandes actividades del proyecto: la primera el paso de lo oral a lo escrito, donde las entrevistas grabadas se convierten en textos transcritos y la segunda, construyendo el análisis de las entrevistas que se realiza a partir de las mismas y a la luz del proyecto.

#### **3.2.3.1 El paso de lo oral a lo escrito.**

Se inició el primer paso de lo oral a lo escrito: la transcripción textual. Esta fue realizada por un tercero, quien transcribió las grabaciones con supervisión constante de la autora y entregó la totalidad de las entrevistas en textos en bruto. Durante la transcripción, se realizaron reuniones con el digitador para realizar seguimiento al trabajo realizado y resolver dudas sobre algunas partes de las entrevistas que no eran claras fuera de contexto.

El segundo paso fue depurar los textos desapareciendo al entrevistador, las preguntas e intervenciones que éste realizó; dejando un texto continuo en forma narrativa con una trama fácil de leer. Durante esta fase del trabajo, los textos se estructuraron según una narrativa lineal de tiempo del pasado al presente, buscando algunas temáticas comunes de las colaboradoras en las entrevistas que permearan las historias y fueran fácilmente reconocibles a su lectura.

Adicionalmente, se buscó el tono vital de cada una de ellas, frase que resume en una oración al colaborador desde su reflexividad y la de la investigadora. En estas, se remarcó el tema de género que fue una constante en todas las colaboradoras. Así mismo, se conservaron expresiones propias de las colaboradoras o expresiones indexicales cuyo “sentido es inseparable del contexto que producen los interlocutores. La propiedad indexical de los relatos no los transforma en falsos sino en especificaciones incorregibles de la relación entre las experiencias de una comunidad de hablantes y lo que se considera como un mundo idéntico en la cotidianeidad”<sup>271</sup>.

El paso siguiente fue la transcreación. Transcribir es una responsabilidad con el colaborador ya que se pretende crear un texto a partir de su narrativa, que siendo atractivo para el lector, permita al colaborador reconocerse como sujeto, reconocer su voz, su historia y su memoria.

La siguiente tabla muestra el número de versiones realizadas de cada entrevista y el tono vital identificado:

---

<sup>271</sup> GUBER; Rosana. Op. Cit., p. 17.

Tabla 3.2: Transcreaciones y tono vital identificado 1

GENERACION	COLABORADORA	NUMERO DE ENTREVISTAS	NUMERO DE VERSIONES REALIZADAS	TONO VITAL
PRIMERA	ADELINA	2	9	"Fuimos las mujeres las que sacamos todo adelante"
	LUCIA	2	8	"A mi nunca me ha gustado quedarme dormida, desde niña participaba en todo"
	MERY	2	8	"Las mujeres éramos muy unidas"
	LUISA	2	5	"El día que usted no aprende algo, ese día se perdió"
SEGUNDA	MARIA LUCIA	2	5	"Participar con la comunidad es una opción personal"
	JENNIFER	2	5	"Le digo a las mujeres que tienen que transformarse"

Como se puede observar por el número de versiones realizadas, la transcreación es una acción que se desarrolla a través de hacer, componer y recomponer el texto. Dejar en el texto escrito al colaborador y que pueda identificarse a sí mismo, al igual que resaltar los matices que lo diferencian de los demás, solo se logra con la práctica. Desde los primeros ejercicios con los textos de Adelina, Lucia y Mery de los cuales se realizaron entre ocho y nueve versiones, se pasó a un promedio de cinco, con las demás colaboradoras. Este ejercicio se realizó con la supervisión permanente de la directora de tesis en todas las fases, desde la textualización hasta la última versión transcreada y del profesor Bon Meihy durante la pasantía en Sao Paulo, para las entrevistas de las tres primeras colaboradoras escogidas.

Cada documento inicia con un texto corto denominado "ventana" que, como su nombre lo indica es un conjunto de párrafos que describen el trabajo de campo con las colaboradoras, en una presentación breve que identifica y refleja la individualidad de cada una de ellas. A la luz de la metodología, la ventana permite un acercamiento inicial a la colaboradora.

Para el caso de esta tesis, las mujeres de la primera generación fueron pródigas en sus relatos y en compartir sus memorias, que se entrecruzan unas con otras. A pesar de tener historias de vida con orígenes, experiencias y expectativas diferentes, la construcción del territorio forjó memorias comunes y propias, que permiten evidenciar su individualidad en la creación de comunidad.

La última versión trabajada de las historias orales se entregó a las colaboradoras, quienes en compañía de la autora, revisaron la pertinencia de la información y aprobaron los textos, algunos de ellos con ajustes y correcciones solicitadas. Las historias orales de vida ya autorizadas en su versión final se encuentran en este documento y como paso final con las colaboradoras, se



realizó su devolución en forma de un texto escrito. Este paso, valida la importancia de la investigación cualitativa y particularmente de la historia oral, al permitir que el sujeto de la acción investigativa, en este caso el colaborador, asuma los resultados de su historia y esté en la capacidad de modificarlos desde su propia perspectiva.

Durante el proceso de transcreación, se tuvieron una serie de versiones que fueron puliéndose hasta dejar las finales, encontrando varios tonos vitales, que se modificaron para dar énfasis a la colaboradora y a su historia oral de vida. El proceso completo que representa trabajar en historia oral tomó cerca de dos años, desde las entrevistas hasta el texto transcreado, del cual se realizó devolución a las colaboradoras quienes lo enriquecieron para su presentación final. El proceso metodológico de la historia oral es un trabajo artesanal donde el investigador se liga al devenir de las colaboradoras, siendo el proceso de análisis cualitativo gradual, se va dando en cada fase, como se ha demostrado hasta el momento.

### **3.2.3.2 Construyendo el análisis de las historias.**

El proceso de análisis se fue realizando de manera simultánea a medida que se transcribían y se transcreaban, en su paso de oral a escrito. El análisis de datos se realizó de manera permanente, por ser un trabajo cualitativo, que pasa desde la transcreación misma, la determinación de los tonos vitales, la conexión de las historias entre ellas y consigo mismas, la lectura y consolidación de las subcategorías, categorías y el tema cultural.

La validez del análisis cualitativo se logró a través del rigor metodológico que se imprimió a lo largo del análisis de la información para pasar de la descripción a la interpretación y “comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio”.<sup>272</sup>

Este proceso de análisis, como lo menciona Morse “se trata de un proceso de compaginar datos, de hacer obvio lo invisible, de reconocer lo importante a partir de lo insignificante, de vincular hechos al parecer no relacionados lógicamente, de encajar unas teorías con otras y de atribuirles consecuencias a los antecedentes”.<sup>273</sup>

---

<sup>272</sup> AMEZCUA, Manuel y GALVEZ TORO, Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2002, vol.76, n.5 [citado 2012-11-08], pp. 423-436.

<sup>273</sup> MORSE, Janice M. "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia, 2003.

De manera similar al proceso de análisis hermenéutico<sup>274</sup>, los hallazgos descritos en las categorías permiten en primer lugar, un conocimiento apropiado del contexto en el cual es producido el discurso sometido a análisis; esto se trabaja de manera amplia en la discusión sobre la delimitación de comunidad de destino, colonia y red. En segundo lugar, se considera la categoría como unidad de análisis en el cuerpo del discurso, que es común a todos los textos transcritos; posteriormente se trabaja analíticamente a partir de la red de análisis de las categorías temáticas y sus significados culturales compartidos.

Tanto el trabajo de construcción de la historia oral como el analítico/interpretativo se sometió a "vigilancia" continua, considerando las tres reflexividades la reflexividad del investigador en tanto que miembro de una sociedad o cultura; la reflexividad del investigador en tanto que investigador, con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus hábitos disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población en estudio".<sup>275</sup> Proceso facilitado por el trabajo constante con la directora de tesis.

El trabajo inductivo e interpretativo fue construido manualmente de la siguiente forma:

1. Lectura de las historias para encontrar puntos de conexión entre ellas.
2. Elaboración de preguntas a las historias para responder los puntos temáticos de interés. Trabajo reflejado en esquemas explicativos, que son mecanismos visuales que muestran las relaciones entre los conceptos.<sup>276</sup> Proceso que generó más de 15 figuras resumidas en los anexos 2A, 2B y 4.
3. Construcción de subcategorías comparando aspectos comunes, divergentes. Especial atención tuvo el contraste entre generaciones.
4. Agrupación de subcategorías en categorías.
5. Descubrimiento del tema cultural (anexo 3).
6. Construcción interpretativa. Hubo una transformación de los supuestos ontológicos y epistemológicos planteados en el proyecto a partir de supuestos que fueron transformándose con el devenir del análisis.

Se identificó un tema principal: el tema cultural, "Mujeres participando y construyendo un paraíso posible", que comprende dos categorías: la primera "Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible" que vincula las necesidades del territorio como fuente de organización comunitaria; con sus subcategorías: necesidad, participación y paraíso posible; la participación como transmisión de la cultura y su relación con la mirada desde fuera que hacen las

---

<sup>274</sup> BAEZA, Manuel. De las metodologías cualitativas en investigación científico social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido. Editorial de la Universidad de Concepción, 2002

<sup>275</sup> GUBER; Rosana. Op. Cit., p. 19.

<sup>276</sup> Morse menciona que como parte del análisis en investigación cualitativa, la relación entre las categorías pueden exhibirse mediante el desarrollo de diagramas y modelos taxonómicos.

instituciones, subcategoría denominada el papel de la institución en la construcción del paraíso posible. La segunda categoría “Mujeres y nuevos pactos” se refiere a las subcategorías de género y de diferencias de generación, como dinámicas culturales de la participación social en salud.

### **3.5. ASPECTOS ETICOS**

Acorde a lo dispuesto por la Resolución 8430 de 1993,<sup>277</sup> este estudio se desarrolló bajo las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, considerándola una Investigación sin riesgo, según la definición del artículo 11 de la citada resolución que reza: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Adicionalmente, la ejecución de la investigación tuvo la aprobación ética del proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, mediante acta número 1 del 29 de enero del 2009.

La investigación se desarrolló en todas sus fases con respeto a la dignidad humana y a los derechos, así como al bienestar de las colaboradoras participantes, procediendo a firmar el consentimiento informado para la utilización de las grabaciones, las fotos y los textos de ellas derivados, de lo cual se anexa lo pertinente, entendiendo por Consentimiento Informado (ver anexo 5) lo descrito en el artículo 13 de la citada resolución, como “ el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”.

Se realizó la comunicación permanente con cada una de las colaboradoras, quienes se identifican en el documento con sus nombres propios o supuestos según su autorización. En cada fase se aclararon las dudas que surgieron y, se recibió la realimentación de las colaboradoras sobre los textos, los cuales se ajustaron con ellas, quienes dieron su aprobación final al texto transcrito que se utilizó como insumo final para el análisis de la tesis.

---

<sup>277</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 (octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá D.C. 1993.

#### **4. RESULTADOS Y DISCUSION**

Este capítulo está dividido en dos partes, la primera, “Mujeres participando: enlazando historias de vida” presenta las historias orales de seis mujeres del territorio de San Luis, textos literarios que permiten recuperar su memoria de la organización comunitaria. A través de ellas, se deja viva la voz de las mujeres, como fuente documental, de quienes de forma aguerrida y desafiante dejan ver las dinámicas culturales de su comunidad, las diversas tensiones de los actores en el territorio y el movimiento histórico en el mismo.

La segunda parte presenta los resultados obtenidos y la discusión. Se identificó un tema principal: el tema cultural, “Mujeres participando y construyendo un paraíso posible”, que comprende dos categorías: la primera “Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible” que vincula las necesidades de las personas como fuente de organización comunitaria; con sus subcategorías: necesidad, participación y paraíso posible; la participación como transmisión de la cultura y su relación con la mirada desde fuera que hacen las instituciones, subcategoría denominada el papel de la institución en la construcción del paraíso posible. La segunda categoría “Mujeres y nuevos pactos” se refiere a las subcategorías de género y de diferencias de generación, como dinámicas culturales de la participación social en salud.

El tema cultural identifica la búsqueda del paraíso posible, acción que resume

para las mujeres de las historias el origen de la organización comunitaria que termina siendo el sinónimo de la participación social en salud, inmersa en las relaciones de sus propias dinámicas culturales en juego con las instituciones presentes en el territorio. Los miembros de la comunidad descubren, que aunque estos paraísos pueden tener matices diferentes en sus significados, es común la expectativa de legitimar la pertenencia del territorio para todos ellos. Esta búsqueda de los paraísos posibles, es narrada por seis mujeres del territorio APS San Luis, localidad de Chapinero, en las siguientes historias orales de vida.

#### **4.1 MUJERES PARTICIPANDO: ENLAZANDO HISTORIAS DE VIDA**

Seis mujeres hablan a través de las historias de vida (ver tabla 3.1), cuatro de ellas de la primera generación, en tránsito de lo rural a lo urbano: Adelina, Lucía, Mery y Luisa. Cuatro perspectivas diferentes que muestran una línea de tiempo, a través de la cual se identifican y resuelven necesidades, se transmite la cultura y se define la legitimidad de la propiedad en contraposición con la legalidad, concepto definido desde la mirada institucional y que contrasta con la óptica de las colaboradoras.

Las otras dos historias de vida son de la segunda generación: María Lucía y Jennifer. Perspectivas de participación diferentes en un territorio ya establecido, con necesidades cambiantes y divergentes respecto a la primera generación.

Cada historia oral, se identifica por una frase o tono vital que revela a la colaboradora y liga la idea central de su historia de vida respecto al tema de investigación. Es importante resaltar la fuerza de la perspectiva de género en la mayoría de ellas: *“Fuimos las mujeres las que sacamos todo adelante”*; *“Las mujeres éramos muy unidas”*; *“Les digo a las mujeres que tienen que transformarse”*.

Adelina: *Fuimos las mujeres las que sacamos todo adelante*

Lucía: *A mí nunca me ha gustado quedarme dormida, desde niña participaba en todo.*

Mery: *Las mujeres éramos muy unidas*

María Luisa: *El día que usted no aprende algo, ese día se perdió*

María Lucía: *Participar con la comunidad es una opción personal*

Jennifer: *Les digo a las mujeres que tienen que transformarse*

El conjunto de tonos vitales muestran una clara posición de género frente a la organización comunitaria. Las mujeres se perciben a sí mismas como el motor de la participación social en el territorio. En segundo lugar, identifican la necesidad de participar para transformar y transformarse a sí mismas, delineando desde los tonos vitales, algunas de las subcategorías encontradas.

Así mismo, cuenta con una ventana, que permite asomarse a las generalidades de la colaboradora, a su propia auto percepción. Esta ventana muestra a la mujer desde la perspectiva de la investigadora y lo que suscitó en los encuentros y determinó los hitos que la identifican. Así, Adelina es una mujer activa, madre cabeza de familia, quien una vez jubilada de su trabajo, se dedica con tesón a participar en los proyectos institucionales del territorio.

Por su parte Lucia, cumple un doble rol: ligada a la realización de actividades en salud desde su llegada al territorio, conoce la institucionalidad desde dentro. Aún así, cree que la participación es posible y necesaria.

Luisa pertenece a una red productiva del territorio. Considera que el aprendizaje y la enseñanza deben ser continuos y diarios.

Mery, la única colaboradora que menciona el conflicto armado como parte de su infancia y como causa de su salida de la tierra natal, es una mujer práctica, sin miedo a enfrentarse por el logro de lo que considera justo para ella y los suyos.

María Lucia, por su parte, pertenece a una segunda generación con necesidades diferentes y con una postura más tranquila frente al territorio.

Si bien Jennifer pertenece a la segunda generación, es una de las jóvenes más activas del territorio, reivindicando el papel de los jóvenes en la participación.

Estas historias están hoy en manos de cada una de las mujeres. Las fotos que acompañan las historias cobraron significados para ellas en la medida que fueron partícipes durante toda su construcción. A continuación damos voz a las mujeres...

## **ADELINA GARCIA**



Foto 4.1: Adelina García 1

*Adelina fue la primera colaboradora entrevistada, sirviendo como punto cero del trabajo de investigación. Las entrevistas se realizaron en su casa, en el barrio San Luis, del cual es una de sus habitantes más antiguas.*

*Adelina es una mujer muy activa que participa en varios proyectos del territorio. A través de los encuentros sostenidos se percibe vivaz y emprendedora, igual al relato de su vida donde muestra que con constancia y esfuerzo, sacó adelante no sólo a su propia familia sino muchos proyectos comunitarios.,*

*Durante su relato se evidenció su postura de mujer autosuficiente por la cual es reconocida en la comunidad por sus iniciativas en favor del progreso del barrio. Durante el segundo encuentro, me mostró su casa, contando la forma como la fue expandiendo para ofrecer vivienda a sus hijos y mostrando con orgullo cada detalle de su jardín, de sus plantas y de su conocimiento adquirido en los diferentes proyectos en los que ha participado.*

## **FUIMOS LAS MUJERES LAS QUE SACAMOS TODO ADELANTE!**

Mi nombre es Adelina García, tengo 70 años, tres hijos Hilda, Luis y Martín y todavía hoy, sigo siendo jefe de hogar. Nací en un pueblo de Boyacá llamado Cucaita, entre Tunja y Villa de Leyva. Mi pueblo era todo verde, teníamos el río cerca, donde nadábamos. Hace un tiempo regresé pero lloré mucho porque tumbaron los árboles para hacer leña y está todo pelado, como un desierto.

Llegué a Bogotá cuando tenía 13 años, porque mi mamá se enfermó y nos vinimos para que la atendieran en el Hospital San Juan de Dios. Nos vinimos en enero y ella murió en marzo, a los 41 años. Primero la vio un médico homeopático, pero le dio una hemorragia terrible, no se supo qué fue. Seguro fue un cáncer o la tensión arterial, porque se hinchaba y sufría de hemorragia nasal. Mi cuñado se hizo cargo de mí y vivía con su

familia en el barrio Acevedo Tejada.

Soy la menor de cuatro hermanos, uno de ellos adoptado, sobrino de mi mamá. Mi hermana, mayor que yo 10 años, vino a Bogotá a estudiar con unas monjas cuando tenía 14. Yo estudié en el pueblo pero cuando vine para acá, no pude seguir. Mi mamá quería que fuera a la normal, para ser profesora. Me acuerdo que mi profesora en el pueblo, era la misma para todos los cursos de primero a quinto. Nos enseñaban primero auxilios, como por ejemplo a salvar a alguien si se estaba ahogando. Practicábamos con troncos y luego cuando estábamos listos, en el río con las compañeras. Yo estudié sólo la primaria por estar pendiente al pie de los hijos. Pero hubiera querido estudiar. La educación antes era diferente. Hoy, día por día, uno ve las cosas tan difíciles para los niños, que me da pesar. Los papás les enseñan otras cosas, no como nos enseñaron a nosotros y nosotros a nuestros hijos. A nosotros nos castigaban si traíamos algo ajeno, nos daban con un palo. A mis hijos les daba palmada y a los niños de ahora no se les dice nada...

Cuando llegué a este barrio, mi hijo menor tenía 5 meses de nacido y el papá se fue cuando él tenía esa edad. En parte, tuve la culpa. No sirvo para arrodillarme a la gente. Cuando uno es tan sincero y quiere tanto a esa persona, si se murió listo pero verlo con otra... Aun así, los saqué adelante a los tres. A todos les di lo mismo: a los muchachos los puse en buenas instituciones y no estudiaron. Uno hizo hasta tercero de primaria porque se acabó el colegio San José de Calazans que hoy es un seminario...Él ahora es mensajero. En cambio, mi hija hizo su bachillerato en el colegio de Colsubsidio, a donde yo era afiliada. Fue muy buena estudiante, muy responsable, aprovechó las buenas oportunidades que se le presentaron. El segundo año de secundaria empezó becada hasta que terminó. Pagaba sólo el almuerzo, el resto de gastos los pagaba la beca.

Sufrió el flagelo del alcoholismo con mis hijos varones... Si no hubiera sido así debería tener cada uno dos apartamentos uno para la renta y otro para vivir, carro también y los hijos deberían estudiar en colegios particulares. Los dos han tenido buenos sueldos, mejor que los míos, pero no tienen nada. No quisieron estudiar a pesar de todo lo que les insistí. Luis salió de la casa hace dos años, a los cincuenta! Le decía: - mijo ayude para algo, - no tengo, no tengo! Desde que se fue no me llama, no me visita, permanece con un rencor bendito no sé por qué. El que vive aquí me saluda porque tiene que pasar por al frente. Un día me tuvo aquí haciéndome todo el inventario: que no le había dado, que no le había apoyado, que no me preocupaba por él. Trabaja de mensajero porque no quiso estudiar. Les di demasiado? O no les exigí demasiado?

En cambio, mi hija Hilda se independizó, se fue para Suba, compró un apartamento. Yo le dije: - si se va de la casa, se va para lo propio. A veces iba a quedarme con ella, pero el transporte allá es muy difícil. Arrendó el apartamento pero lo dejaron hecho una porquería. Vendió y se vino a pagar arriendo en la 59 con octava.

Ella estudió idiomas en el Colegio Mayor de Cundinamarca. Le fue muy bien...como decía la decana, se inscribieron tantas niñas en el curso y prácticamente del grupo con las que ella se inscribió, se graduaron dos... Después estudió sociología en la Universidad Cooperativa de Colombia, está ahora desempleada, porque hoy hasta para los profesionales está duro... Ella es muy juiciosa, fue a representar a la mujer latina en Beijing en 1995, en el Foro internacional de la mujer; se inscribió en un concurso y salieron dos de Bogotá, una de Barranquilla, 5 mujeres colombianas. Tiene ahora 47, le trabajó mucho a la comunidad como delegada del acueducto comunitario Acualcos. Le



tocaba duro porque en la mesa de trabajo eran sólo hombres...Ellos sacaban el pecho y la única mujer era ella, pero no se les dejaba, siempre sobresalía, como era la más estudiada...

Antes de venir a vivir aquí, vivía en el barrio la Candelaria, arriba de la biblioteca Luis Ángel Arango, en un apartamento pequeñito pero muy acogedor, tenía cocina pero el baño era compartido. El arriendo no era barato, más los gastos de los tres y los jardines infantiles que no eran gratis en ese entonces. Trabajaba de domingo a domingo, nos restringíamos hasta en la comida y mandaba a los tres niños solitos al médico que una vez me mandó regañar por hacer eso. Porque uno tuvo tuberculosis y yo no estaba pendiente de ellos... Trabajaba por días y era muy difícil. Quería entrar a trabajar en Colsubsidio porque, por ser una caja de compensación, había estabilidad laboral. Cuando me llamaron para la entrevista fui la única que pasó, con tanta gente que se presentó.

En 1975 llegué a este barrio, por una compañera de trabajo: ella había comprado pero a los hijos no les gustó el sitio y tenían otro proyecto en Kennedy; como necesitaba dinero para comprar allá, me ofreció el lote. Colsubsidio me apoyaba con un préstamo del fondo de empleados y con esto lo compré. Me costó 7000 pesos de esa época. Siete mil pesos! ...Me da risa ese precio! Vi otros lotes en Santa Librada al sur, pero era muy lejos. También miré al norte en la autopista con calle 170, pero ninguno me convenció... Los compañeros de trabajo me criticaron por comprar aquí, sin ningún servicio público, únicamente generaba gastos, pero mi esperanza era acabar de pagarlo y luego empezar a construir... Siempre se tiene ese sueño de tener lo propio!

Tardé dos años en venir a vivir a mi casa! La estrené el 8 de mayo de 1977. Como es prefabricada, la instalaron el viernes y el domingo me trasteé, era el día de la madre, por eso me acuerdo y me causa risa, porque me di de regalo la casita para mis hijos y para mí. Siempre la tengo limpia, ordenada; mi patio lo mantengo lleno de matas... Aunque ahora no lo parezca, fue duro al comienzo...

En este lugar había pocas casas, vegetación y mucho monte nativo. Era muy bonito pero también era difícil: cuando llegué no había transporte. Imagínese! La vía principal era la vía a la Calera a más de 10 cuadras subiendo por la loma y el transporte municipal llegaba hasta Patios, donde hoy es el peaje, y nos dejaba en la Capilla. A veces nos veníamos a pie desde la calle 85...subíamos toda la loma! Nos demorábamos 45 o 50 minutos. Cuando no había bus, nos tocaba caminar, desde abajo hasta la Capilla y después hasta el barrio...Eso era mucho camino! Nos tocaba subir con todo: con los hijos, con los paquetes, con el mercado, porque no había tiendas, no había nada, al principio me tocó fuerte...

Cuando llegué casi todo estaba desocupado, porque era como una finca que fueron loteando. Después se vino más gente a vivir al barrio. La única vecina vivía al frente, por la carrera en una casita pequeña; de los primeros vecinos fueron también doña Adela y don Jorge P. Ellos estaban acá cuando llegué. Éramos poquitos, pero las personas que llegamos éramos propietarios. Luego, mis vecinos de arriba compraron, hicieron una pieza y se pasaron, también con muchas incomodidades... Pero aunque algunos se han ido, la mayoría seguimos acá... Recuerdo a una señora de Medellín, vendió y se fue para San Bernardino en Bosa, fue de las pocas; de resto los que compramos, estamos aquí.. Se van los inquilinos, pero nosotros los propietarios, no.

Para uno es muy importante tener algo propio y por eso nos vinimos a lotes sin servicios, sin agua, sin luz, sin nada! Sólo la tierra y lo que íbamos construyendo! No teníamos luz e hicimos un comité y la trajimos de contrabando del barrio de abajo que se llama la Sureña. Entre todos aportábamos un dinero para el cable y aportábamos el trabajo. Compramos el cable y trabajábamos los domingos, poniendo postes, abriendo huecos, ayudando a lo que fuera y en esto trabajábamos mucho las mujeres y los chicos. Los jóvenes eran un apoyo, por ejemplo mi hija hacía el almuerzo mientras yo estaba en las reuniones, o trabajando. Fue un equipo muy bonito de trabajo... Nos organizamos y logramos traer la luz, así no fuera legal todavía...

Pero eso de la luz era tremendo, el que se levantaba primero y tenía estufa eléctrica la prendía y la luz se bajaba, quedaba como luz de linterna... Después empezaron a organizar a la gente con la acción comunal para instalar la luz propia: por desorganización de la junta, nos quitaron los permisos y se las dieron a otras localidades. Nadie iba ni estaba pendiente, ni los de la Junta, por eso nos la quitaron dos veces... Sin embargo, después vino el ingeniero de la Empresa de Energía y estuvimos pilas todos! Se formó una lista de vecinos, cada semana iba una persona a la Energía a mirar el listado y así se logró.

Como necesitábamos otros servicios, empezamos a reunirnos en comités, como para conseguir el agua. En la esquina había un tanque de almacenamiento que un doctor nos dejó; el agua la traían de arriba de unos pozos que llaman las Moyas y que todavía hoy nos dan agua! Se alcanzaron a hacer una especie de dos pozos grandes. La quebrada también nos sirvió mucho, pero por el mal manejo de la gente, por la falta de educación y por la falta de conciencia, la quebrada se contaminó: la gente, sobre todo los muchachos iban y ensuciaban todo!

La conciencia de la gente es muy poca! Y uno tiene problemas si les dice algo! Aquí tuve uno: había un pocito y en tiempo de invierno, el pozo permanecía lleno y de ahí cargábamos el agua para lavar, para comer. Sin embargo, hubo contratiempos porque unos querían abrir un huequito, llegó otro y lo agrandó más, llegó otro e hizo lo mismo, hasta que se hizo un pozo que quedó muy grande... Pero la comunidad tiene poca conciencia! Hasta se presentaron inconvenientes con los vecinos, porque ellos le negaron el agua a una señora que puso su manguera para no cargarla, y los otros la trataron mal, y les dije: -no! El agua está en mi terreno y en el terreno de Don José y ustedes no tienen por qué negar el agua! Se pusieron groseros con la señora, alegaban que ellos eran lo que habían abierto el pozo. Eso era cierto, pero también es cierto que el agua no se debe negar a nadie...Porque para mí el líquido es tan sagrado, el agua la da la naturaleza, la da la tierra, la da Dios, por qué la tenemos que negar?!

Lo del agua empezó así, luego cuando nos organizamos tuvimos bastante apoyo: vinieron ingenieros, vino un muchacho que estaba estudiando química, vinieron de la Car también... Nos propusieron que nos organizáramos para hacer un tanque de almacenamiento arriba y que nos traían el agua desde allá hasta las casas, que hiciéramos un acueducto comunitario, porque el de Bogotá no lo podíamos tener porque el barrio no era legal. Dije: -pues listo! desde que tengamos el agüita, qué hacemos con estar cargándola! Porque muchas veces, mi hijo mayor y yo, a las 5 de la mañana ya estábamos luchando por el agua: con una carretilla y 4 galones de esos grandes, traía lo que podía y a las 5 y 20 ya estábamos de vuelta acá. Traíamos el agua así como saliera de la quebrada, la colábamos aunque no traía sino hojitas de chusque, era limpiecita y de un sabor delicioso porque estaba limpia!

Para conseguir el acueducto, con unos poquitos vecinos se formó el comité. Valía en esa época \$12000 pesos la acometida con el contador. Decíamos con los vecinos - y qué hacemos?- Algunos decían: - eso se roban la plata! Decidí pagar, si se la robaban allá ellos! pero por algo teníamos que empezar y con esos poquitos fue que se formó el acueducto comunitario. Empezamos como 20: construíamos, comprábamos materiales, terreno, motobomba, todo lo que se necesitaba, con la ayuda de las entidades. Don Manuel, que era de la Junta de Acción Comunal, fue un administrador muy bueno que apoyó el proceso del acueducto y conseguía plata de los políticos. El hombre si dejó algo, que la gente no quiera reconocer es otra cosa, pero aquí algo se levantó. Él ya no trabaja, porque la misma comunidad es dura a veces y se cansó de ir contra la corriente...

En esa época teníamos un servicio de salud muy bueno, yo tenía mi caja de compensación Colsubsidio y también venían de la clínica Santa Fe con un voluntariado de mujeres de Usaquén y Chapinero, que capacitaban a las mismas mujeres del barrio. Ellas trabajaban con las familias, nos hacían encuestas y educaban a la gente en salud. Como trabajaba no me daba mucha cuenta de eso. Alcancé a gozar de un carnet comunitario de salud que tenía la Santa Fe. Venían a hacer jornadas y los médicos los atendían allá, en la clínica para ricos! Y los atendían muy bien! También había médico en el centro de salud de la Capilla, pero no iba a ese médico, porque me iba de aquí a las seis, de la mañana, y llegaba, según el transporte que nos tocara, hasta las siete de la noche.

Las mujeres participábamos en los comités y los hombres también, pero eran los que menos querían, los que se alejaban en las reuniones y tenían mucha disculpa: -que no, que eso no sirve, que el acueducto de Bogotá es mejor, que para qué comunal, que tanto trabajo para tan poquito... Ellos iban a las reuniones a alegar y a pedir, bueno sí y a firmar las cartas, porque como en esa época todavía mandaba el hombre, las mujeres no podíamos hacerlo; en mi caso como jefe de familia, era la que firmaba todo.

Los hombres eran los que menos estaban de acuerdo, ó sea que éramos las mujeres las que estábamos ahí. Claro! como nos tocaba la lucha para el agua de la cocina, del baño, de lavar, nosotras nos movíamos. Muchas mujeres se empezaron a enfermar de cargar agua, de cargar tierra; porque aquí para construir nos tocaba subir el material, el ladrillo, el cemento, la arena, todo, desde la carretera o donde fuera! Las mujeres empezaron a enfermarse, los muchachos a crecer y ya no querían colaborar. Esto fue algo curioso, cuando los hijos crecieron ya no querían cargar agua entonces les tocó a los señores: ellos eran felices tomando cerveza, porque estaban cansados y la señora no, la señora entrando material, cargando agua, lavando por allá en las lajas, abajo en la quebrada junto a la iglesia, si conozco yo ese sitio!

Allá íbamos las señoras a lavar, a cargar esos costalados de ropa, y los hombres no consideraban, se emborrachaban y llegaban a pegarles a las mujeres, eran los que más protestaban que para qué acueducto, que eso se robaban la plata, cuando nadie se robaba un peso...

De esas mujeres que trabajaron así, éramos jóvenes en esa época, hoy unas tienen 89, otras tienen 70, yo tengo 70 - me da risa decir mi edad- otras tienen 75, y ahí seguimos dando guerra! Prácticamente fuimos las mujeres las que sacamos adelante el acueducto, la luz... todos los servicios... Una vez en el 91 se hizo una huelga para educación, se

cerró la vía, las mujeres fueron las que más participaron. Ya no... unas de ellas murieron... las otras ya tienen menos capacidad para estar en esas cosas...

Hoy veo que la gente se reúne para que se legalice el barrio o cuando piden alguna firma para esto. Los de las juntas hacen lo que pueden, pues no sé cuál será el interés... También nosotros tenemos la culpa: no se cuida nada, no se quiere nada, se echa mucho cemento y no dejan un arbolito, no cuidan los nacederos y el agua es potable, porque aquí el Ministerio y la Secretaria de Salud ha venido a tomar muestras y el agua es apta para tomar...

Cuando hay reuniones voy y participo mucho, ahora estoy participando con el medio ambiente, hicimos una jornada muy bonita en octubre, para concientizar a la gente sobre el manejo de la basura, con Aseo Capital, el Hospital de Chapinero...La gente pareciera que entre más se les da, el individuo menos se concientiza...

Actualmente soy dinamizadora con las personas mayores. Recibo todo, tengo todos los proyectos que vengan, tengo las puertas abiertas para los proyectos que lleguen, y los aprovechamos. Motivo mucho a las personas para que aprovechemos, porque las cosas valen plata... Todo cuesta y si no se aprovecha lo van quitando, porque eso da a entender que si uno no participa es que ya a no le interesa y se van a otro lado.

En el grupo de persona mayor somos unas 70, porque persona mayor sí que hay, se ven en las reuniones de cada mes que vienen con la Subdirección local de Integración Social; pasan como de a 50 en cada reunión, y son 3 reuniones, hay bastante persona mayor. Nos reunimos en el salón comunal de San Luis. La mayoría recibe el bono de la Subdirección porque somos muy poquitos los pensionados. Los que fuimos constantes en nuestro trabajo, aguantamos mucho para tener una mejor calidad de vida hoy...

En el grupo hay hombres y mujeres, pero hay más mujeres y a mí me da tristeza lo de la pensión, que las personas mayores del barrio no la tengan y vivan del bono de la Subdirección, porque aunque las mujeres daban todo y trabajaban como hombres, también eran muy sometidas.... Pero los hombres no tienen pensión porque no se sometieron a una disciplina, a una norma. Ellos tenían mucho talento, la mayoría son constructores y las constructoras les daban todo el material que sobraba en las obras y lo arriman por ahí hasta que se dañaba... No tienen tiempo sino únicamente para tomar el fin de semana... Ahora hay tanta drogadicción, por la irresponsabilidad de los papás, no son responsables ni con ellos mismos ni de la salud ni del bienestar de la familia.

Hay un grupo organizado de mujeres que trabajan con la quinua, con María Luisa, es el portal de la quinua. Nosotras también estamos organizadas con la agricultura urbana, con la Fundación manos amigas, una ONG de España. Los proyectos son muy buenos, pero como siempre pasa, no falta el que pega el codazo y las mujeres se van retirando para evitar problemas. Que pesar! Porque el proyecto es buenísimo, pero hay algunas que no quieren, que protestan! Entré a ese proyecto para aprender, porque a mí me encanta aprender para mí y para mi familia. Por ejemplo, con la agricultura urbana se aprende a hacer el compostaje, a hacer la lombricultura, a sembrar en terraza, a germinar semillas, se aprende bastante! Precisamente por ahí tengo unas semillas de rúgula, que reemplaza la carne, tiene muchas proteínas...

El cultivo está cerca al paradero de los buses, por la parte de abajo de la Semilla, donde hay una tela verde. El terreno es comunitario. Nosotras estamos por no abandonar el

proyecto porque el sueño mío era que de eso se formara una escuela para los niños también, pero hubo personas que no lo aceptaron, mujeres del mismo proyecto. Me da tristeza eso... Porque no están involucrando a los jóvenes, los están haciendo a un lado, pero no hay apoyo ni de grupos ni de familiares. Decía yo: -que entren jóvenes a este proyecto! En eso nos ganan los indígenas, porque allá están involucrados todos, son muy organizados, a las reuniones a las que he asistido veo que están involucrados los niños, los esposos, los cuñados, los hermanos, toda la familia, el núcleo familiar está involucrado en que hay un proyecto, y son los que cuidan verdaderamente la tierra....

Hoy no dejan participar a los jóvenes, me estoy concientizando de eso. Hace unos 3 o 4 años, se postularon 3 jóvenes para estar en el comité de Acualcos, el acueducto comunitario, porque aquí no se elije ninguno que venga de afuera, porque para qué se contrata una persona de afuera siendo que aquí hay gente capacitada? Resulta que a estos jóvenes no los dejaron porque ellos eran usuarios y no eran socios! Pregunté -por qué? Si precisamente para eso está uno educando a sus hijos, para que lo reemplacen a uno! Está el caso de un muchacho hijo de mi vecino que está estudiando derecho y otra chica que estaba estudiando auxiliar de enfermería, se postularon y no los dejaron, el día de la asamblea las mismas personas mayores decían: - es que los muchachos no saben nada....Es que los muchachos no saben sino fumar marihuana! Figúrese eso! No! En mí cabeza no entra eso, ni en mi cabeza ni en mi corazón entra esa actitud!

Porque precisamente necesitamos gente joven que se involucre, que es lo que pasa cuando uno les cree: a mí me gustaría una mujer para la junta de acción comunal. Se presentó una joven que tendrá unos 30 años, se postuló para presidente de la junta junto con otro señor, que es mucho mayor que ella, que es el actual presidente.... Lógico, voté por la mujer, que también es estudiante, el señor también está estudiando derecho y la mayoría votó por él. Por lo menos se la pasa por allá en la Alcaldía, en el Hospital, en la Secretaria de Salud, se mueve bastante, uno ve resultados, claro que a todo el mundo no lo puede tener contento, eso es igual que en la casa con los hijos...

En estos proyectos de aquí también participa el Hospital que nos tiene apadrinados con un ingeniero agrónomo. El ingeniero Carlos me ha asesorado varias cosas y me da consejos. Le hago preguntas y él me las contesta bien, me enseña. Pero no tengo tiempo, porque el tiempo mío es para los talleres de recreación y deporte, pues si no, tengo crisis de salud. Porque de eso algo se saca, a mí me interesan todas esas cosas para el grupo, los talleres de salud o los de género en la casa de igualdad, me gustó mucho el trabajo de ellos. Ay señor! Gracias a Dios, no dejamos ir ningún proyecto, siempre los cogemos, no los dejamos ir!

Me encanta el panorama que tengo. Este fuera un excelente lugar para vivir si no fuera tanto el desorden. Yo creo que es diferente de otras partes de la ciudad porque no somos tan violentos. Si hay trifulcas, trolepes pero hay menos violencia. Hay muchos problemas con la drogadicción. Me da mucho pesar ver tanto niño que uno conoció que eran sanos y ahora están mal. Yo regañaba a los amigos de Martín, no se queden en las esquinas, entren a las casas. Todavía ellos se acuerdan.

Hay algunas pandillas que roban. Aquí me pusieron a estrenar estufa, olla a presión, una cobija de Julián mi nieto y su bicicleta. Se entraron de noche, por la ventana y me tocó poner rejas. A pesar que los jóvenes tienen muchas cosas para el tiempo libre, lo de la droga es negocio y es difícil que se acabe, así haya un policía en cada esquina. Los niños y los jóvenes tienen sus derechos y hasta los delincuentes tienen sus derechos. Si

esa noche que se entraron, sorprendo a alguno y lo cojo a garrote me meten a mi presa y me quedo con los enemigos que además son del barrio. Hay un muchacho que consume y es terrible, se entra a las casa de día, levanta tejas. Un día nos encontramos y me dijo unas groserías y a mí no se me ha quitado lo impulsiva, le dije: - no se meta conmigo, no me vuelva a decir una grosería porque usted no sabe con quién se mete! Tenga esa lengua quieta! El otro día me lo encontré y volvió a mirar para otro lado. Con la mamá nos conocemos y sé que apuñaló al papá. Pero de eso nunca hablo con la mamá porque ellos son trabajadores y honestos. Otros dicen que ella tuvo la culpa porque el papá lo castigó y ella lo demandó y ahí está el resultado. El Padre Torres ha trabajado mucho con esos muchachos y tiene su casa para internos. Los psicólogos dicen que deben estar reclusos mínimo dos años, ocupados haciendo otras cosas. Pero aquí salen muy rápido.

A pesar de todo, creo que la comunidad es algo que hay que respetar, pero ya le digo la comunidad también tiene sus cosas y todos los servicios que logramos tener aquí es porque nos hemos unido, que más!!

## **LUCIA PALACIO**



Foto 4.2: Lucia Palacio. 1

*Lucia Palacio es reconocida como líder del barrio la Sureña, ya que desde su llegada al territorio en los años ochenta ha sido parte de juntas de acción y otras organizaciones comunitarias. Lleva más de 30 años viviendo en el barrio y actualmente es auxiliar de salud pública del programa distrital de Atención Primaria “Salud a su Casa”-*

*Como miembro de una de las instituciones de salud del territorio, su entrevista se desarrolló desde su perspectiva de moradora y funcionaria. Direccionada por ella misma en este sentido, percibe la relación entre instituciones y comunidad, como recíproca en ocasiones y desventajosa en otras. A través de la entrevista, recupera la cronología del trasegar institucional en el territorio, con sus propios objetivos dependientes del gobierno local o distrital de turno.*

*Su colaboración con el proyecto fue muy cercana, siempre dispuesta a contactar a los otros colaboradores. Su conocimiento del territorio y de sus pobladores se evidencia en la entrevista, así como sus vivencias que expresan la creación del barrio con el trabajo continuo y la esperanza de un mañana mejor.*

### **A MÍ NO ME HA GUSTADO ESTAR DORMIDA O PASIVA, DESDE NIÑA PARTICIPABA EN TODO**

Mi nombre es Lucia Palacio, tengo más de 30 años de vivir en el barrio la Sureña. Nací en un pueblito de Antioquia llamado Gómez Plata, a cinco minutos de Carolina del Príncipe. Si, el mismo de donde es Juanes el cantante. Nací hace 61 años en una familia con 12 hermanos. Soy la menor, Imagínese el ancianato! Mi hermana mayor todavía está viva pero es una abuelita... Cuando visito a los abuelitos aquí, me acuerdo de ella... Ya está cumpliendo los 90 años! Tengo otra hermana que vive en un asilo hermoso en Carolina. Un día ella decidió que no quería atender visitas, que estaba cansada, que ya estaba muy vieja, fue y se internó y entre todos los hermanos le estamos pagando.

Cuando conseguí novio me casé y ese mismo día, un 11 de noviembre, salí del pueblo y me vine para Bogotá, porque él trabajaba aquí. Me casé a las 6 de la mañana y a las 5 estaba volando hacia acá... Era la primera vez que montaba en avión, un jet de Avianca, el más sofisticado de la época... Pero era mayor la emoción del matrimonio! Me casé muy tempranito, a los 19 años, pero bueno ahí vamos, son ya 40 años de tener mucha tolerancia. El primer barrio de Bogotá en el que viví en arriendo fue el Gaitán cerca a la escuela Militar. Vivir en arriendo es una cosa terrible... Se trastea de aquí para allá, eso es muy aburrido...

Mi esposo se encontró con un conocido que le dijo que estaban vendiendo un lote por allá en una loma, se lo daba bien barato, que le diera una parte del valor y el resto cuando hicieran la escritura. Este lote era parte de una finca que se llama Palos Verdes, que a su vez era parte de la finca San Isidro, de la familia Guerrero que ha sido nativa; los que todavía quedan, viven en la Capilla. Todas estas fincas eran de ellos y empezaron a urbanizar y a parcelar. De esas fincas empezaron a nacer los barrios: San Isidro, la Sureña y San Luis. Eso fue en 1978 y el lote nos costó 27.000 pesos. Empezamos a construir tan pronto compramos, dimos 10.000 al inicio y los 17 mil restantes cuando se hizo la escritura que se demoró dos años para salir porque cobraban una gran cantidad de impuestos.

Como vivíamos en arriendo, a uno le parece que lo mejor es en donde primero pueda estar independiente. Lo importante era tener el lote y hacer un rancho donde meternos por eso lo negociamos de una. Cuando vine a ver el lote, sólo vi el sector de Pomona y me pareció maravilloso... Yo estaba cansada de estar de inquilina porque con otros inquilinos, generalmente hay problemas, empezando por tener que pagar arriendo, y todas las restricciones: que no tire la puerta, que cierra la llave y use la totuma chiquita para sacar el agua... Así tocaba, pero en ese entonces no entendía que la gente cuida porque le costó mucho tener un acueducto o una casa y hay personas que desperdician mucho... No sabía eso porque estaba acostumbrada a vivir en un pueblo, en una finca donde no se tienen límites y había agua limpiécita siempre y no la cobraban...

Veníamos de un barrio del sur, las Delicias, donde vivimos por 10 años. Cuando llegué tenía 4 hijos y aquí nació Diego, mi dolor de cabeza! Me rio pero de verdad ha sido un dolor de cabeza, porque tiene problemas de adicción... Cesar maneja taxi, mi hijo Andrés es panadero, y Sandra hace lo que le toque hacer; Adriana es agente de ventas en una empresa, y aquí la suscrita hace de todo... Vivíamos en arriendo en una casita, mientras echamos las bases y la plancha del segundo piso de la casa; nos pasamos en 1981, eso fue rapidito, volando... Mi esposo diseñó la casa: hizo aquí la sala, más allá la cocina, sobró ese pedacito y quedó grande, quedó mal distribuido y por eso quedó así, como sin orden... Ese recuerdo me produce risa, porque él fue el arquitecto!

Al comienzo todo era durísimo: no había agua, ni alcantarillado, no había jardines infantiles, el puesto de salud era algo muy provisional que funcionaba en la iglesia. Sabíamos que había luz legalizada desde hace como 40 años con unos contadores que no ponían a funcionar; en San Luis, en cambio, no había nada, se prendían desde aquí de un transformador. Toda la gente de San Luis, hasta el puro cerro, tuvo que comprar muchos metros de cable, de 300 a 400, para llevar luz a sus casas. Se veían solo cocuyitos hasta que en el año 85 empezó a legalizarla y a tener sus cosas porque antes todos los equipos eléctricos se les quemaban. Por mi parte, tan pronto llegué fui a la energía, hice la solicitud con mi escritura y de la misma empresa vinieron a bajarla



legalmente del poste.

Nos empezamos a dar cuenta de la dificultad con el agua: había un pozo descubierto aquí cerca, a donde teníamos que ir a la media noche, pero era agua muy limpia porque casi no habían familias. De pronto vimos pasar unos tubos cuando estábamos haciendo la explanación para la construcción y Edgar, mi esposo, gritaba de felicidad: mire que si hay agua! Eran las conexiones de un primer acueducto que se llamaba Chorro Seco que nació en San Isidro y con el cual los primeros moradores tuvieron agua. Sin embargo, como no funcionaba, nos tocaba proveernos en los pozos... eran unos agarrones y peleas, porque la gente se ponía a lavar allá, el más avisado peleaba con el más bobo.

El Acueducto de Bogotá nos había negado el servicio, con la justificación que estaba muy alto, a no sé cuántos metros sobre el nivel del mar. Por esta necesidad del agua, hicieron varios estudios y proyectos y ninguno funcionó... Como no había Junta de acción Comunal, se crearon unos comités y se trabajó con un proyecto con la Car, que proponía traer agua del Verjón, que es la zona rural de la localidad de Chapinero... En esto no hubo trabajo comunitario porque la Car fue la que desarrolló el proyecto, la comunidad participó pero en lo monetario. La Car lo entregó a la comunidad en 1985 y se empezó a formar la primera junta directiva del acueducto... Con problemas, siempre ha sido sólo problemas, pero ahí está... Inicialmente, se llamaba "acueducto comunitario San Luis-San Isidro y la Sureña", hoy se llama Acualcos. En 1989 entré a formar parte de la junta de administración interna y se constituyó su propia junta directiva a la se podía pertenecer desde que fuera de la comunidad. Cuando se constituyó formalmente en 1991, la junta estaba conformada por 3 delegados de cada barrio: Sureña, San Luis y San Isidro; los delegados tenían que ser nombrados en asamblea comunitaria, los enviaban con acta y era un requisito ser suscriptor del acueducto y figurar en sus listas.

En las asambleas del acueducto participan 50 personas más o menos, pero se ve el machismo, sobre todo para la parte interna, porque cuando entra una mujer a administrar, como a mí me tocó, eso es duro! Esos hombres son bien machistas! ... Si hay mujeres, pero predominan los señores! El periodo de gestión ha cambiado mucho también y depende de los intereses de quien esté adentro, dirigiendo. Porque la gente reforma de acuerdo a lo que quiere ver y hacer; cuando se está montado en el "curubito" con el poder, se piensa de una manera: cada quien tiene su ideal... Hace poco hubo un cambio que generó una cantidad de conflictos por una cuota que se inventaron y que no todos pagamos, nos sacaron de la junta administradora del acueducto; los que la pagaron se llaman asociados; nosotros no lo somos, solamente usuarios, sin voz ni voto. Me parece grave, porque estos asociados son una "rosca" que determina qué, cómo y quiénes participan; por ejemplo de Sureña sólo hay 20 suscriptores - de 300 - que según ellos pueden participar en la junta directiva. A nosotros nos sacaron por revolucionarios y porque -según ellos - no queremos el progreso, porque no aceptamos todo, porque cuestionamos las cosas...

Si fue así para los servicios públicos, de otras instituciones aquí no llegaba nadie! A veces venían funcionarios de Usaquén, porque esto supuestamente se llamaba zona 1 Usaquén pero después del acuerdo 7 del 87, repartieron por localidades. Quedamos de la localidad de Chapinero, supimos 5 años después y en aquel tiempo no había presupuesto para nada: nos dijeron -ustedes pertenecen a Chapinero y tienen que aliarse con ellos!

Por esa época, Virgilio Barco era el alcalde y tenía como bandera de gobierno la

erradicación de la pobreza, por lo que llegaron varias instituciones a ofrecer servicios y a organizar, como ahora, el llamado “Centro Operativo Local” que quiere trabajar todo articulado. Cada uno traía su misión, por ejemplo la fundación Santa Fe con salud, el Instituto de Crédito Territorial para los créditos de subsidio de vivienda; Iproscó trabajaba con un grupo de mujeres; Dancoop con las cooperativas; el Sena para capacitación, como cursos de técnico en contabilidad y en la parte administrativa; ellos dictaron en esa época un curso de autoconstrucción con 25 muchachos que patrocinaron y se les pagaba sueldo; fue un programa muy bueno que funcionaba en el salón comunal; ese fue más o menos, el arranque fuerte en esa época...

Cuando iniciamos en Sureña, las reuniones con las instituciones eran en la sala de mi casa! Me produce risa que todos se sentaban en mis camas: lo de Iproscó, los de la Fundación Santa Fe... los vecinos que participaban! Por eso no olvido a Mery M, mi vecina y amiga... Mery gestionó con la doctora Magda Helena R, líder del plan Padrinos internacional, la construcción del salón comunal, le dijo: -nos pueden colaborar para el salón? Ellos ayudaban con créditos a la comunidad; nos dieron uno de 12.000 pesos para construirlo. El plan padrino subsidió todo, desde la primera piedra, hasta la última teja...

La comunidad participó en la construcción, pero como siempre, todos eran maestros, todos sabían, hoy construían, hoy ponían una piedra, a los 8 días la pintaban, el otro que llegaba sabía más, desbarataba lo de los otros...se perdían materiales; ante esto Mery que era la tesorera en esa junta y mi esposo que era presidente, fueron al departamento de acción comunal a que nos colaboran con unos obreros. Nos dieron nueve que fueron los que construyeron el salón, porque con la comunidad no se pudo! En esa época, el departamento colaboraba en proyectos, daban sus bultos de cemento, así fuera por política pero donaban.... Con Mery también organizamos un encuentro de mujeres con Iproscó en el centro comunitario Lourdes, hicimos coplas relacionadas con los servicios, con la falta del teléfono, con la falta del agua, con todo, sólo mujeres, todavía tengo mis buenos recuerdos...

Las instituciones convocaban a la comunidad a participar con carteles, volantes y por megáfono. Cuando eso teníamos megáfono manual – y funcionaba – Yo lo cogía, caminaba toda la Sureña invitando a las asambleas, invitando a lo que fuera... Antes era mejor, porque la gente veía la necesidad y participaba. En salud, por ejemplo, llegó la Fundación Santa Fe, hizo un diagnóstico y el censo de la población, así como ahora Salud a su Casa. Hizo la caracterización, empezó a priorizar para la atención.... No había un jardín para atender los niños... Es que la mujer no planificaba y los niños no iban a vacunarse. Ese problema que encontramos fue el más notorio y se detectó porque preguntamos ¿con quién deja a su bebé cuando se va a trabajar? - pues encerrado! - Con la vecina! Se empezó a trabajar por el primer jardín que fue el Centro de Atención al Menor. Ese jardín era de la Fundación Santa Fe, que tenía una entidad satélite que se llamaba fundación Amparo. Inició en 1983, en un año se hizo el diagnóstico, al siguiente se construyó y funcionaba donde hoy es Titiribi –el restaurante- En adelante se abrieron otros jardines: uno en San Isidro, otro en Bosques de Bella Vista -de medio tiempo- y otro en San Luis.

La Fundación Santa Fe dejó huella. Llegó en 1982, porque los Esguerra, que son sus dueños, dijeron – vamos a donar un terreno para una fundación para hacer la clínica más sofisticada de Colombia, pero con la condición que se asigne un recurso para los sectores vulnerables; hicieron varios estudios y sondeos para saber dónde iba a

funcionar; ellos se estaban capacitando en Antioquia donde el trabajo de los promotores en salud era un programa que iba adelantado; porque la gente paisa es muy verraca! Escogieron 12 barrios de Usaquén y todos suponían que éramos de esa localidad y nos incluyeron. Aquí cogieron todos los barrios: San Luis, San Isidro, La Sureña, cuando eso no se había formado la Esperanza...También Bosques de Bella Vista que se llamaba Canteras; llegaron un domingo, en primer lugar para ver el problema del agua...Yo trabajaba las 24 horas del día, estaba barrigoncita de mi hijo menor, y un vecino de la junta me dijo: - Doña Lucia, tenemos un almuerzo con unos doctores que vienen de una tal fundación y queremos hacer el almuerzo en su casa porque es el lugar más apropiadito. Ese día vinieron el doctor Jorge Murillo Medina, ginecoobstetra, el doctor Luis Eduardo Rincón Cañón, un doctor Clifort, que era de investigación; una doctora Inés Elvira Aparicio, trabajadora social, la verraquera para trabajar; tomaron muestras del agua y empezó el cuento al verse todas las necesidades, la gente empezó muy animada, y ellos nos tocaron el corazón porque hicieron los diagnósticos, con los jardines, con todo....

Capacitaron a los voluntarios de salud e invitaron a varios de nosotros para serlo! Empezamos a asistir a la Capilla, las primeras clases eran sobre el manejo de la comunidad, cómo hacer reuniones...todavía tengo todos los recuerdos por ahí; nos enseñaron cómo había que convocar, sobretodo en estas localidades que había gente que no sabía leer, que decían ante un afiche: – esa vaina qué dice?- Nos hicieron muchas clases de la parte pedagógica para la convocatoria de la gente... Después nos capacitaron en infección respiratoria y también nos enseñaron a hacer encuestas, que nosotros mismos aplicábamos.

Las encuestas se hicieron en el 82 a todo el mundo; en el 83 ya teníamos carnés, y no había ley 100 que regula el sistema de salud hoy. La gente iba al médico de urgencias al centro, a hospitales como la Samaritana y la Hortúa, pero solo tenía salud continua el que tenía seguro social y la embarazada beneficiaria mientras duraba el embarazo, después el niño iba el primer año a la clínica Jorge Bejarano por la leche y el control del bebé, y no había más servicios de salud; la Fundación Santa Fe nos carnetizó a todos y por eso es que la gente quiere esa fundación. En el carnet estaba la fecha de nacimiento, documento de identidad, y estaban codificados de acuerdo al barrio; con el 04 se identificaba que era de Sureña...En la Fundación Santa Fe atendían por ejemplo los partos...La gente era feliz y la atendían igual que atendían al alcalde Barco o a cualquiera...

Cuando se convocaba, la gente iba por el interés del carné y los voluntarios por la capacitación; después nosotros teníamos que capacitar a los que venían detrás, con los de la Santa Fe ahí, de jueces, si la embarrábamos ellos nos reforzaban pero no nos interrumpían; eran muy chéveres! Eso duró hasta el dos mil...Hasta el 93 atendió en forma generalizada... Con la ley 100, atendían a las personas que tenían una patología complicada y creo que hoy día tal vez unas 5 personas siguen recibiendo el servicio...

Si se necesitaba atención en salud, de aquí se iba para la Fundación o lo remitían a Usaquén; la atención en el centro de salud era para planificación únicamente. Este era un tema muy necesario porque cuando hacíamos la campaña de planificación, la gente decía que el método más acostumbrado era el del ritmo, el sintotérmico – qué risa tanta ignorancia - eso era terrible... Aquí también tenían las vacunas de los niños, el control de la mamá, aunque no se hacía tanto énfasis en las gestantes, como hoy día.

Como esto era Usaquén, la ley 100 despelotó todo, porque el 14% de la población, más o menos, quedó de la parte de abajo: su carné y su IPS primaria salió con Usaquén y los mandaban para Toberín, un barrio en la séptima con 160. Lo cierto es que no nos atendían aquí, por eso el puesto de salud estuvo a punto de cerrarse, se volvió un nido de ratas, después se empezó a trabajar para rescatarlo y ahí fue cuando lo tomó en comodato el hospital Chapinero...

Hoy no tenemos a la Santa Fe pero está el programa Salud a su Casa, lo que pasa es que a la gente hay que decirle veinte veces qué es, porque vuelven y creen que es llevarles el médico a la casa, creen que los van a encuestar del SISBEN, últimamente he hecho énfasis en esto: es para impulsar la promoción, la prevención y la salud, venimos a orientarlos en la atención... Cuando esto empezó, lo tomaron como la Fundación Santa Fe y pensaron que iba a ser igual; ahora hay mucha inconformidad a nivel general con el distrito por el problema del aseguramiento, pues todo es una barrera y es una dificultad tenaz.

El diagnóstico que hizo la Santa Fe también mostró que la gente no tenía dónde comprar sus alimentos o eran muy costoso. Por eso, iniciamos con Mery una cooperativa para venderlos. Lo de la cooperativa fue un experiencia muy dura porque había personas que se apropiaban de todo, menos del trabajo! Constituimos la cooperativa de consumo de alimentos con líderes como don José H, don Ángel A, don Roque P, don Álvaro B; el criterio era hacerle competencia a los tenderos y se formó la guerra! La cooperativa funcionaba en el primer piso del salón comunal que la Junta nos había arrendado; yo era socia de la cooperativa y era la gerente provisional.

Reunimos 20 personas porque el estudio de factibilidad mostraba que si somos 20 socios, esos 20 llevan otra persona, y esa persona a otra, así era para haberse levantado en menos de nada, pero fue un complique. Se suponía que tenía que progresar mucho, pero ni siquiera los socios compraban, nos dejaron solas a Mery, a Abelardo R. y a mí... Mi esposo no era socio, pero iba al 7 de Agosto a traernos bultos de arroz. Eso nos ayudaba para ahorrar. Pero empezó la guerra de los tenderos: doña Elma y don Arístides, empezaron a averiguar precios y con el señor H dijeron – esa cooperativa hay que acabarla porque eso sólo beneficia a los 20 que están ahí!

Hicieron una asamblea de vecinos para decidir si se podía seguir con la cooperativa – y la gente cuando tiene poder hace maravillas y ellos tenían el poder! Dijeron: - que decida la asamblea si se quedan o no, veamos con toda la comunidad qué es y a quién beneficia la cooperativa. Llegué con mis estatutos, con mi personería jurídica, feliz y convencida de sus beneficios, y dice don Álvaro B: – no! la cooperativa solo beneficia a los socios; el señor Arístides - nunca va a las asambleas y ese día me parece verlo ahí en esa columna que hay en el salón, se recostó y dijo - No es que no esté de acuerdo con la cooperativa, pero sí que se les cobre más caro el arriendo! Para que tuviéramos que vender más caro, porque por eso podíamos hacerles competencia porque el arriendo eran 2000 pesitos! Y nos sacaron del salón. A pesar de todo, la mantuvimos por 2 años, la plata no se perdió...

Con la cooperativa a los únicos que se le estaba haciendo el feo era a los tenderos, porque se estaban viendo afectados; también nos perjudicó que cuando uno se mete en un proyecto de esos, todo lo ve muy fácil: le comprábamos al Idema que se suponía era lo más económico; pero vendía lo peor, salió un arroz horrible, que no se lo comía nadie! También nos dijeron que íbamos a tener crédito... Empezamos a gestionarlos: no los

daban porque si van por un crédito de 500 tienen que tener el respaldo de otros 500, lo que hizo muy difícil la financiación, y si a eso le sumamos que la comunidad no tenía conciencia de en qué se había metido y no pagaban las cuotas. Eso hubiera sido un éxito con el apoyo de la comunidad y si las instituciones hubieran cumplido lo que prometieron: por su parte, el Sena apoyó la organización y la capacitación en contabilidad; Dancoop lo único que hizo fue meternos ahí en la vaca loca y desapareció, aunque se suponía que ellos eran nuestro aval para los créditos, nunca aparecieron. Empecé a volverme canosa cuando eso, sumando 2 libras de arroz, haga inventarios y de todo; eso sí, entregamos la plata, la devolvimos y no más...uy! Porque quedamos curados...

Con lo de la legalidad del barrio, todo el territorio es igual! Dicen que es reserva forestal y que somos invasores. Por eso, ha habido mucha traba, todos dicen que legalizan y no! Pero no son barrios de invasión, que es lo que siempre le aclaro a la gente, porque es que aquí no se llegó invadiendo, aquí se compró, se hizo su escritura pública, pasó por registro, por catastro, se tiene su certificado de libertad, esto es todo legal. La Esperanza si estaba en zona de reserva forestal. Eso tiene su dueño, pero igual urbanizó y se empezó a poblar mucho por los años 90, en contra de todas las normas y ahora es un problema más, porque hay más gente, porque no tienen servicio de acueducto, ni siquiera el nuestro, hay redes de alcantarillado, aunque no 100%; la Esperanza es solo pozo, el agua viene del monte.

Esta zona es la más crítica de este territorio y llegan muchas instituciones a ayudar. Vino una que se llama Un techo para mi país, que estaban haciendo casas, pero la gente no es cuidadosa y son casas que hay que hacerles buen mantenimiento, porque son todas de madera, de material reciclable. De verdad creo que es una ayuda muy mala, porque de pronto el material sirve para divisiones pero para paredes exteriores no. Y de esa institución ya no se escucha, ahora la que está en auge es una que se llama Como pez en el agua, que hace actividades en el salón la Esperanza, refuerzo escolar para los chicos del colegio.

El tema de la legalización es lo único que mueve a la gente a participar; si a usted le dicen que viene fulano de tal y va hablar de la legalización, la comunidad está ahí, lo único que le interesa es eso... Llegan hombres, mujeres, pero más que todo, los adultos, los jóvenes son muy apáticos... En este momento, no sé que pasó con eso, porque me cansé de lo mismo, otra traba más que ponen para la legalización... Que apeló no sé quién, que apareció el dueño de no sé qué... son los duros los que están metidos en eso, son los que han impedido, porque tienen sus intereses! Es que hay algo, un guardadito a nivel mundial... Porque esta zona es envidiable, esto es muy sano! Es el pulmón de Bogotá, dicen que la parte de la circunvalar es costosísima...

Esa participación por la legalización es pasajera, por ese interés del momento...La gente espera que les hagan porque sí: van a ver qué hizo la junta, qué hizo el señor presidente; porque en sí la gente no quiere meter mucho la mano en nada... Si les piden una firma lo hacen, pero decir que lo voy a gestionar, no! Que lo hagan otros y yo firmo. La gente sólo va a lo que les interesa, no es mucha la conciencia en esa parte y no sé porque será!... A la gente no le importa sino vivir el día a día, esperar que le hagan todo... No sé qué estrategia inventarnos para que la gente participe, creo que no le gusta hacerlo, no tiene sentido o no mira más allá, algunos tienen deseos de superación y mejorar sus condiciones de vida. Además, llega gente de todos lados, no todos del campo, vienen de algunas otras partes como los costefios... También de Boyacá, hay santandereanos... Será por eso que la gente no quiere su barrio, pero se amaían acá, es un buen vivero!

Las cosas se han ido dañando a medida que va llegando gente.

El problema de la legalización no ha permitido que crezca como en otros sitios, también por el agua. Mucha gente deja de construir por no tener garantizado el servicio de acueducto, eso ha hecho que se frene un poco, que sea más cerrado que en otros lados. Además, están pagándole a algunas personas de la rivera de la quebrada -conozco como a 5 familias- para que se vayan y les han dado buena plata! Están reubicando a la gente que vive en los sitios con más riesgo pero es muy difícil que reubiquen toda la gente, además a los de Pomona, quién los va a sacar de ahí? O a la gente que acaba de llegar a la orilla de la quebrada la Chorrera, están haciendo otra mansión, con columnas con un diámetro de 18 pulgadas y queda ahí como a 13 metros de la quebrada, entonces no están reubicando porque sea ronda y haya riesgo...

Estamos en un paraíso, no quiero decir que aquí es perfecto, súper sano pero se vive casi que en un 90% de tranquilidad comparado con otras zonas y con otro sector de la ciudad. Al sur es una cosa totalmente diferente, si voy a un barrio del sur me enfermo de ver esa congestión, ese trajinar de gente, la inseguridad. No puedo contestar el celular porque ya tuvimos la experiencia de un sobrino que estaba contestando y le robaron su celular a punta de cuchillo. Y no es una cosa de ese día, mi hermano me cuenta que no pueden hablar por celular en la calle, hay que responder cuando se llega a la casa y eso me parece muy grave... Además, el hacinamiento, como en Ciudad Bolívar, es una piñusca de casas por todos lados. Mi esposo decía recién que nos casamos, que al sur no. Creía que era por discriminación y no es eso, es que es muy diferente la vida allá. A mí me dicen que yo estaba loca porque me vine acá, porque hace frío... No cambio esta tranquilidad, quiero mucho mi barrio con todos los problemas que tenga; el problema es mi hijo menor, pero si viviéramos en un sitio de esos al sur sería peor porque esas pandillas son terribles.

A mí me parece una locura pero veo que tal vez la cultura de la mayoría de la población ha hecho que otros quieran que nos vayamos de aquí, parecemos depredadores... en serio! En mis visitas a las familias encuentro contrastes como este: de una distancia de 10 metros entre unas cabañas donde no habían olores, limpio, no había nada y pasar un puente y al otro lado encontrar escombros, botaderos de basura, eso no es pobreza! Creo que lo que quieren es aburrirnos y sacarnos porque quieren este lugar, que es muy bonito, muy valioso y no quieren que se acabe de destruir! Nosotros, por ejemplo, hacemos campaña para aseo en la cuadra y las que colaboramos aquí siempre somos las mismas: doña Anita, la inquilina y yo. Pero los demás sacan la basura en cualquier momento y los perros a las dos horas ya vienen con la basura, con los pañales sucios...No entiendo eso y me choca, me molesta!

Desde niña participaba en todo, en mi vereda cuando llegaron las juntas comunales, me acuerdo que fui la primera tesorera de mi vereda a los 15 años; hacíamos fiestas para recaudar fondos; a mí no me ha gustado estar dormida, pasiva... Y llegué de allá a hacer lo mismo, siempre me ha gustado eso; mi familia toda ha sido así...Tengo un hermano que en el pueblo ha sido concejal, y eso sin sueldo; también de la junta de acción comunal, y él es como el papá de todos en el pueblo: don Argemiro. A veces me aburro y digo - no me voy a volver a meter- cuando me saca la piedra la gente, pero ve uno un abandono... Por ejemplo uno quiere hacer una campaña de aseo y mire... no aparecen y cómo va a vivir en un muladar si no está enseñado a eso, y resulta limpiándole la mugre a la gente. Ay! no sé cómo hacer para que la gente participe, ya no voy a volver a participar en nada porque ya estoy muy vieja...mentiras que no!

## **MERY MEDINA**



Foto 4.3: Mery Medina 1

*Mery es una de las pobladoras más antiguas del territorio, junto con Lucia y Adelina, quienes han sido sus compañeras en la organización comunitaria. Es reconocida por los habitantes por su compromiso con aquellas actividades que han permitido el desarrollo del barrio. El salón comunal es fruto de su empeño.*

*Mery fue contactada por Lucia para participar en el proyecto. Vecinas y compañeras del trabajo comunitario, han compartido vivencias que las han unido y enriquecido. A pesar de los contratiempos generados por el trabajo comunitario, como la labor no retribuida, los desacuerdos que surgieron, la falta de tiempo para su familia, sigue creyendo que es la misma comunidad la dueña de su destino. Las entrevistas con Mery se realizaron en su casa, en las dos ocasiones. Para contactarla hubo que ajustarse a sus tiempos entre Bogotá y Chiquinquirá, el pueblo en el que vivió por dos años. Brindó su casa con agrado para los encuentros y al calor de un tinto me permitió conocer la memoria del barrio, desde su perspectiva de mujer y madre orgullosa de sus logros.*

### **LAS MUJERES ERAMOS MUY UNIDAS...**

Mi nombre es Mery, nací en Algeciras en el Huila, departamento al sur del país. Soy del primer matrimonio, mi mamá se casó antes de cumplir los 15 años y quedó viuda a los 19 con cuatro niños vivos, con otro en el estómago, yo fui la segunda... Casi se vuelve loca. Fuimos muy sufridos de niños y a mi papá lo mataron - según la familia de él- por ser liberal, mamá dice que fue por matar a otro señor, no sé... Ella se volvió a casar y tuvo otros cinco niños, en total somos diez y uno que se murió de treinta años, del primer matrimonio. A este hermano, parece que lo mataron en malas condiciones porque como que se metió con unos paramilitares o la guerrilla... Únicamente una tía se dio cuenta, murió muy sólo. De los otros hermanos uno vive en Chocontá, tres en Algeciras - una hermana vive con mi mamá - Aquí en Bogotá, vivimos tres.

En Algeciras todavía hay mucha violencia, tanto de la guerrilla que combate al gobierno, como de los paramilitares, que son como un ejército adicional pero sin Dios ni Ley... Es

muy complicado porque no se puede estar de lado de ninguno: ni guerrilla, ni paramilitares ni del ejército del gobierno. A la gente del pueblo la terminan matando porque sí o porque no, aunque hay policía y dos bases del ejército. Hay jóvenes del pueblo que no estudian o que están estudiando, y la guerrilla les ofrece dinero para que trabajen con ellos. La primera entrada que les dan para que sean milicianos en el pueblo o guerrilla en el campo, son tres millones de pesos y tienen que rendir cuentas. Su trabajo es irse a las casas donde tienen sospechas de que son informantes del ejército o que el ejército pasa por ahí; los muchachos van, se meten en los cafetales, en los caminos, cerca a las casas para escuchar las conversaciones y al que no dé resultados o el que no haga lo que ellos dicen, lo matan. Muchos jóvenes se meten a eso porque tres millones de pesos para un campesino es muchísimo!! Esa es la trampa que ellos le ponen y a algunos los matan porque se gastan la plata en farra y no trabajan para ellos. En febrero estuve en Algeciras y el día que llegué habían matado a un muchacho que cultivaba tomate y esa semana mataron hartísima gente: dicen que una muchacha se había metido con el ejército, que era novia de alguien de allá, los citaron en una vereda y los hirieron...

Mi mamá sigue viviendo en el pueblo, ella no se amaña en Bogotá, porque hace mucho frío; pero se aburre allá por todas esas matanzas. Dicen que al que no se mete con ninguno de esos grupos, lo respetan. Y ahora el ejército tiene prohibido entrar a las casas porque cuando el ejército entraba a comprarles una gallina, una panela, el plátano, la yuca, ponía en riesgo a esa familia; porque viene la guerrilla a pedirles cuentas de por qué entra el ejército o por qué les vendieron. Un primo que vivía en Garzón Huila, le vendió una panela a uno soldados por la mañana y por la tarde vinieron los guerrilleros y lo mataron delante del papá.

Yo salí de allá porque no le veía futuro... No conozco a los guerrilleros en sí, conozco gente normal, trabajando... Muchas amigas mías cuando jóvenes, a pesar que estudiaban, se fueron a la guerrilla y hoy en día están muertas... Compañeras de mi hermana menor, muchachos que yo conocí, jovencitos que iban a visitar a mi mamá y escucha uno: - al hijo de don Víctor o al de don fulano ¿que se hicieron? Los mataron porque no se quisieron ir para la guerrilla.

De la infancia en mi pueblo, recuerdo que de niña, de todas partes nos echaban! Mi mamá había quedado viuda y sin un hombre al frente de la familia, es muy difícil. A mi papá lo mataron por la violencia de los años cincuenta provocada por los partidos políticos. Por eso, al partido conservador y al liberal los detesto, no me hablen de política... Mi mamá venía de una familia conservadora del Tolima y mi papá de una familia liberal de Huila. A él lo mataron en Acevedo- Huila, un pueblo muy conservador. Esta violencia sin sentido! Imagínese: dicen que lo mataron mis propios tíos, otros dicen que no... Era muy niña, quedé huérfana a los 4 años... Sufrí todo lo que sufre un niño sin papá, como una pelota que le dan una patada allí y allá; vivía con mi mamá, que se había vuelto a casar y mi padrastro nos echaba en cara la comida. Un tío que venía de pagar el servicio militar obligatorio, intentó violarme, me cogía mis partes íntimas, era muy pequeñita, tendría 7 años, pero de eso sí me acuerdo... No me acuerdo cuando mataron a mi papá, pero de ese señor sí, me tocaba, me metía los dedos porque quedaba adolorida, le cogí mucho miedo a los hombres, no me quería ni casar!

Vivíamos donde se pudiera... Una tía nos recibió en un ranchito de tierra caliente, en Puerto Rico Caquetá. Era una casa muy pobre, tenía huecos en el techo, pero no sentíamos frío... Mi mamá nos protegía con unos trapitos para que no nos diera la luz de



la luna en la cabeza a lo que le dicen en el campo enlunar, que nos la hacia doler, lo importante era que no nos cayera agua ni que nos diera la luna, de resto, todo al aire y todo lo que quisiera dar... Ah! y las serpientes! A veces estábamos dormidos cuando sentía las serpientes que caían encima o al lado de uno! La gente del campo ya sabía cual era el sonido de las serpientes cuando caían y estaban pendientes. Me despertaba cuando ya estaban sacándolas muertas! Todo era como ese temor... Mi mamá vivía de finca en finca, la echaban de esta, se iba para la otra; un señor le arrendó para que le cultivara el plátano, la yuca, el arroz... Por no tener la capacidad para hacerlo sola, se juntó con mi padrastro que trabajaba en otra finca... Igual, nos echaban de todas esas casas. A mí se me grabó un sentimiento de impotencia, que cuando me casé dije: –así sea debajo de una piedra, no voy a dejar mi casa! Por eso vine a vivir aquí.

Cuando me casé, me fui a vivir al barrio Garcés Navas, al occidente de Bogotá, donde vivimos un año. Mi esposo venía de Boyacá; nos conocimos estudiando bachillerato en la nocturna. Estaba embarazada y empezamos a buscar una casa donde vivir, porque quería tener algo propio... Mi mamá no tenía plata, nos crió muy accidentados en la situación económica: sí, porque eso es como un accidente, es como si lo tuvieran secuestrado: se ven todas las cosas desde lejos, no las puede usar... Un primo de mi esposo, Marco Antonio, nos dijo que en San Luis, estaban vendiendo lotes y este nos costó 100.000 en ese tiempo, hace 31 años.

Cuando llegué al barrio, el niño, Misael Hernando, todavía no había nacido, hoy tiene 29 años! Tenemos 31 de casados! Tengo 2 hijas abogadas y mi hijo que estudió criminalística, pero no la ejerce, en este momento está en la Sierra de la Macarena. Mi hija es constitucionalista y se acaba de casar con otro abogado y vive en Ocaña; a ella la llamaron de la corte constitucional y se fue a trabajar con ellos, pero está muy aburrida porque está recién casada, enamorada del esposo y lo ha tenido que dejar; la otra trabaja en un ARP, Positiva, en este momento está estudiando seguros en la universidad de la Sabana.

Esto era una finca y un señor Blanco decidió lotear y dejaron a la gente emproblemada porque no legalizaron nada, no hicieron planos... A nosotros nos tocó pagar al topógrafo para dar los números de las casas; tuve que estudiar todo el plano de la Sureña y mi esposo me ayudó porque sabía por su trabajo en Adpostal y en el correo aéreo. Aprendí a sacar la numeración y así fuimos dando los números. Hasta las 10 de la noche de los domingos la gente venía a golpear a mi casa; me echaba enemigos como nunca, porque atendía de 8 de la mañana hasta las 5 de la tarde en el salón comunal, muerta de frío y esperando y ellos llegaban a la hora que quisieran...Les cobraba 1000 pesos por el número y esa plata era para transportarnos cuando había que ir en representación de la junta de acción comunal. Eso es trabajar por una comunidad... Es tremendo, y sobre todo tan desprotegido, las juntas tienen mucho nombre políticamente, pero en la realidad, uno se desgasta...

Nos vinimos para acá, con el sentimiento de que fuera como fuera construía lo mío, no había agua, no había luz, esto eran potreros, solamente había 3 casas que eran la de don Arístides, la de doña Julia y otra casita. Ellos siguen viviendo acá; con ellos formamos la primera junta de acción comunal: hicimos el puente, las calles, todo a pala; me agarraba con la gente de San Luis, me da risa recordarlo, porque cada uno gestionaba por su barrio! Una vez no nos dejaron la máquina de arreglar las calles para Sureña y la gente de arriba se agarró conmigo, porque hice el reclamo por mi barrio. No le temo a hablar en público, a la gente, a los doctores, les doy su lugar, pero no me dejo;

y a mucho político le he dicho: – mire, a la comunidad no hay que decirle mentiras, como líder comunal, no lo voy a hacer, si quiere, dígaselas usted, con eso pone la cara!

Para conseguir los servicios también fue otra pelea; para la luz fuimos a los miradores, de la Paloma, le pedimos permiso al ejército para pasar -porque es zona restringida de ellos- nos dejaron pasar una cuerda y por allá nos pegamos. Así duramos por lo menos unos 5 años; ellos nos cortaban el cable y nosotros lo volvíamos a pegar, y aquí parecía un nido de pájaros, por los cablecitos. Mucha gente ponía hasta alambre de púas, no les llegaba la luz, pero la gente lo hacía para tener resistencia...

Para el agua, peleas y peleas! A las tres de la mañana tenía que lavarles los pañales a mis hijos en unos pozos. Había señoras que ponían un trapo que era el turno que separaba el lugar, yo les hacía su trapito para un lado y les madrugaba, que risa tanta lucha! Llegaba aquí a las 5 de la mañana con la ropa lavada, eso sí, tiritando de frío! Pero es que cuando uno es joven, se expone a todo.

En vista de tanta dificultad, formamos la junta de acción comunal de la Sureña, con lo cual eran ya 3 juntas que trataban todos los problemas: el transporte, la luz, el agua. Varios señores fueron a recorrer la quebrada Teusaca, para ver como sacábamos agua de allá, o de los pozos llamados las Moyas. Hicimos una comisión y fuimos a verificar, nos pegamos una embarrada, y a ojímetro, porque no había ingenieros, dijimos que sí, que se podía... Fuimos a la CAR, que mandó ingenieros, y técnicos, hicieron el acueducto en forma de caracol y no teníamos agua hasta que no se llenara todo eso! Hicimos la huelga de las tapas, salimos a la calle, con las ollas y les tocó inaugurar el acueducto sin que lo hubieran probado; se rompía por todos lados pero funcionó; hoy en día es una microempresa con mucho problema, porque donde hay muchas manos que quieren agarrar lo mismo, se daña y no se agarra nada! Finalmente formaron una cooperativa, muchos no participamos por varias políticas que impusieron... Pero el acueducto está funcionado, nos ha ayudado, y muchas veces no hay agua en Bogotá, pero aquí si tenemos.

Las mujeres éramos las que salíamos con las tapas, porque los hombres se dedicaban a trabajar todo el día, y estaban a veces sólo los sábados después de las 4 de la tarde... En ese tiempo eran obreros de la construcción o celadores y las señoras eran amas de casa, como nosotras, y las otras eran empleadas del servicio doméstico, por lo que está cerca el barrio rico del Chicó; ellas no podían participar o tener el liderazgo de ir a las oficinas de acción comunal, o a las diferentes entidades como la empresa de teléfonos, en la cual hicimos antesala unos 15 años para que nos dieran al fin unos armatostes para las líneas telefónicas... Quince años!

Con salud recuerdo cuando llegó la fundación Santa Fe, que quería abrirse campo con la comunidad y mostrar lo que eran capaces de hacer... Tenían ese proyecto porque recibían ayudas del exterior y para recibirlas creó la fundación Amparo, con la división de salud comunitaria que era un requisito para avanzar en los proyectos que hoy día tienen. Hoy no prestan el servicio de salud y le echaron la culpa a la comunidad: los pobres son los que se rajan, los ricos nunca, ellos se quedaron con su fama y con su fundación muy elevada y sofisticada y su tecnología avanzada, y nosotros acá con la pobreza!

Trabajé 14 años con la Fundación como voluntaria de salud, visitando las casas, enseñando a la gente, atendíamos hasta partos... Éramos casi todas mujeres, hombres muy pocos... Aquí la gente es muy machista y llegar a golpear a la puerta, donde está la

señora, verde del frío y del hambre, el marido no se aguantaba si fuera un hombre el que iba a educar! En una ocasión, sacamos de una casa a un niño de dos años, a uno de un año, y el de dos meses, y todos tenían casi el mismo peso, entonces se asustaron y dijeron: – en qué salón comunal ponemos el jardín? Teníamos dos salones terminados, y otro que estaba en obra que era el de la Sureña y ahí empezaron a funcionar.

Nosotras lo hicimos, con ese empuje tan macho que teníamos en ese tiempo, esas ganas de trabajar y de salir adelante, de no dejarnos rendir por la pobreza... Nos metimos con el Sena, con las universidades, con la Nacional, la Pedagógica, hicimos el estudio de suelos y todo con los estudiantes y al fin recogimos plata e hicimos el centro comunitario que es donde ahora está el comedor comunitario. Después fue el salón de la Semilla, que la regalaron los japoneses por medio de la Fundación... Pero era tanta la pelea entre todos que terminaron dejando la administración a San Luis, porque estaba en el territorio de ellos, y casi acaban con la Semilla! Le quitaron las sillas, los muebles, hasta los sanitarios del baño se los estaban llevando! Ahora le han vuelto a poner techo y la han vuelto a pintar, porque estaba lleno de basura y tenía jeroglíficos y todo lo que pinta la gente medio loca...

Las mujeres éramos muy unidas...Hubo una vez que hicimos una junta de acción comunal de sólo mujeres, no había ni un hombre! Cuando las mujeres tomamos el liderazgo y la vocería, es muy exitoso, porque nosotras no tomamos trago... A veces somos ingenuas, pero valientes, a veces también somos muy inteligentes y lo que no se les ocurre a los hombres, a las mujeres sí, y además los hombres ay! tienen un orgullo que no se puede doblegar, en cambio nosotras somos fáciles de llegar a un acuerdo, los hombres son más difíciles... Cuando ellos están, tratan de no soltarnos nada. Porque les da miedo que nosotras nos demos cuenta de su debilidad, que es la arrogancia y la poca facilidad de dar un paso atrás y volver a retomar la rienda...Lo he visto en los hombres, he trabajado con muchos y es más difícil si una mujer les tiene que decir qué hay que hacer... Tuve muchos problemas aquí con los señores, me le enfrenté a muchos; por lo menos nunca estuve de acuerdo con el presidente de la junta que acaban de sacar. Él fue uno de los tesoreros que hubo y tuvo la desfachatez de llevarse el libro de tesorería y el poquito de plata que serían unos 60.000 pesos de hace como unos 15 o 20 años, irse a vivir a Chapinero donde puso un negocio! Le dije: – si usted no quiere tener problemas con la fiscalía, con la policía, y con acción comunal, lleve eso, porque si no, lo voy a denunciar, soy presidenta del comité conciliador, y nos compete vigilar los bienes y conciliar las cosas que andan medio mal en el barrio! El señor me cogió entre ojos, y cuando lo fueron a nombrar presidente, le dije no estoy de acuerdo con ese señor y lo tuvieron que sacar porque él se toma la vocería y es lo que él quiera.

La gente participa en las reuniones pero le gusta que sea rápido, está cansada de tanta reunión, ya no cree porque es mucho tilín tilín y nada de paletas! Una de mis debilidades es que a la gente le dije la verdad, por ejemplo, cuando trajeron un programa de gas natural, el señor ya estaba dando el número de la cuenta para que fueran a consignar. Venía avalado por el presidente de las juntas de acción comunal de San Luis y de la Sureña y empecé a preguntar y les dije: empien a invertir que cuando la tubería llegue aquí al frente, nos dan el número de la cuenta... Eso hizo que le entrara la duda a la gente que no fue a consignar nunca, fue hace casi 10 años, y donde están? Hoy en día no hay red domiciliaria de gas natural. Después sacaron que el barrio no estaba legalizado, y nosotros siempre hemos sabido que muchos presidentes de junta vienen en tiempos de elecciones con políticos que le dicen a la gente que ya está legalizado y respondo: – no!, no se crean eso, vayan averigüen!

La legalización ha convocado a la gente a participar, sobretodo cuando se vio que probablemente nos iban a sacar, con el cuento que éramos invasores, ay! A mi si eso me dio mucha ira!, Porque es que en ese tiempo, reunir 100.000 pesitos, era como reunir hoy unos... 100 millones de pesos o no sé cuánto. Reunir esa plata para uno de pobre era mucho! Imagínese, nos tocaba hacer poquito mercado y sólo teníamos al niño; a mi esposo le daban las cesantías, el préstamo del banco y todo lo que se podía, porque el trabajó en Avianca 27 años... Todo era para el fondo del lotecito; para que vengan y le digan a uno que no es propietario, que es un invasor, porque al señor político le pareció, o al señor de turno de la CAR, o al señor de catastro, o al señor del registro o al que le compete vigilar estos territorios, no! Somos dueños del suelo, porque lo compramos, compré el lote, sin un chamizo y construimos, somos tan legales que nosotros mismos fuimos y denunciemos la construcción, porque esto figuraba simplemente como lotes o fincas.

Los intereses detrás de no legalizar y decir que esto es invasión, es que ellos nos sacan y lo venden a la gente para casa quintas... A ellos ya les pareció que Bogotá está muy contaminado, y que aquí es un sitio muy bonito, y ya trajimos el agua... Imagínese como será, nosotros luchamos tanto por el agua, a cuanta entidad se podía en ese tiempo pedir, y los señores de Pomona, y de las cabañas y de las tabernas, del motel tomándose y disfrutando del chorrillo, frescos! Y nunca los ve en una reunión, nunca... La gente de Pomona, entrando al barrio, son una gente muy estirada y de mucha plata... Cuándo trabajaron para que la calle fuera pavimentada? Nunca!, Toda la pavimentada la hicimos nosotros! Cómo nos la ganamos? Con un pesebre en vivo ante el alcalde Pastrana... Me causa muchas gracias que por esa calle pavimentada nos iban a poner estrato tres! Nos tocó ir a catastro: Si no somos legales, cómo vamos a ser estrato tres? Pagamos impuesto pero no somos estrato tres; es que de aquí nos han tratado de sacar de todas las formas! Así ha sido todo el tiempo! Pero, de quién es el problema? Nosotros llegamos y San Luis iba hasta la parte divisoria de la Esperanza, por donde suben los colectivos, ese era el anillo vial. La CAR es la que ha estado aquí y es la autoridad que tenemos de los terrenos de los cerros.

Porque si bien es cierto que la Secretaria de Salud ha estado, pero allí abajo en el saloncito que le hicimos, no había promotoras de salud; en todas las localidades tenían su promotora pero aquí no, porque no se sabía si era territorio de Usaquén o de Chapinero. Luego se inventaron la división de localidad: Usaquén de la carretera para abajo, Chapinero para arriba y mandaban al médico y la enfermera solamente para atender los usuarios de Usaquén... Pusieron el centro de salud en el territorio de Usaquén... Y la eterna pelea: que no hay sino un médico, porque las familias de Usaquén no son muchas... Nosotros hicimos la infraestructura, luchamos por eso, es nuestra plata! Imagínese! Ganándose el mínimo y teniendo que sacar una platica para hacerle la puerta a un centro de salud o para echarle los pisos, para ponerle el cercado o vigilar que no se lleven nada, para que hoy en día venga una entidad y diga que no nos presta el servicio, y que no manda sino un médico de las 8 de la mañana a las 12 del día, o a ciertas horas porque aquí no hay gente?! Y la gente que está a este lado? Es horrible la falta de respeto!

En este momento pienso en una pirámide, la de la salud: con el piquito arriba y debería ser lo contrario, con el piquito para abajo, porque si así fuera funcionaría mejor, no habría tantos muertos, ni tanta desigualdad... Por ejemplo, con la Santa Fe fuimos voluntarios, era como una salud a su casa, porque nosotros llegábamos, tomábamos la presión

arterial, dábamos charlas a las embarazadas, a la mujer soltera, hasta a los hombres para planificar; usted se imagina cuando di una charla...me da risa! Para 50 hombres y unas cuantas mujeres, de planificación familiar y del sida, porque me gané una beca y fui a Estados Unidos en 1989 a capacitarme; me tocaba dar esa charla del sida, mostrarles el condón...Los señores se ponían más rojos que yo... Mi marido me miraba y apenas como que pasaba saliva.... Pero bueno, nos ha tocado así.

Hoy lo de Salud a su Casa está bien para que la gente se dé cuenta, tanto los de allá, como los que viven acá, porque es muy difícil diagnosticar una comunidad desde un escritorio. Probablemente a usted le cuentan que al lado de esa casa pasa un río, usted viene a ver y resulta que es una zanja y no hay río. Pero cuando usted como funcionario se desplaza al territorio, conoce y técnicamente sabe qué es un nacedero, qué es un escurridero de aguas negras, cuál es el territorio que está en peligro de deslizamiento, usted ya tiene sus criterios propios, es como cuando usted va hacer una visita domiciliaria, usted no necesita preguntarle a la señora –ay! Este piso de qué es? Simplemente usted lo diagnostica porque sabe, le interesa hacerle las preguntas necesarias.

Los jóvenes siempre han tenido participación después de los quince años, pero no les interesa la peleadera de los cuchos, los viejos... Una vez dijo un muchacho en una reunión:- los cuchos se sientan en la palabra y tienen siempre la razón y uno qué? Son pensionados y tienen la plata para ir por allá a las reuniones, nosotros en cambio estudiando y sin plata para un transporte! Con la participación de los jóvenes me parece que ha habido muchos rectores y directores de colegio que les han enfocado eso; pero cuando uno es un líder o cuando uno participa, los hijos salen: como en este momento sobre todo mis hijas; yo los llevaba a las reuniones, imagínese?! El bebecito de 3, 4 años, le tocaba ir conmigo: - siéntese mijito que voy a dar una charla o que voy a dar un discurso...Que risa!...

Aquí hemos participado hasta para regular cuántos pisos se puede construir. Está aprobado hasta 3 pisos y la gente que ha venido a comprar lotes debe cumplirlo. Por ejemplo, una ONG, Manos Amigas, nos convocó sobretodo a las mujeres, para hacer un vivero en un lote cerca del paradero de los buses. Necesitábamos un terreno y le dijimos a la señora dueña que es de fuera de aquí, que si podíamos poner un vivero, le pagábamos arriendo y nos dijo que no, porque ella va hacer un metrovivienda. No sé que será...No le dije nada porque es ponerse a discutir con la gente por teléfono, pero ella debe saber y se debe acoger a lo que aquí hemos acordado: que son casas y no son edificios; porque no queremos que esto se parezca a Ciudad Bolívar: roca, cemento, humo... y nada verde; la gente que no deja espacio para un arbolito está ignorante de lo que hicimos, pero aquí deben tener por lo menos un bejuquito que le cuelgue de la ventana...Eso fue acordado por nosotros...

Pienso que la gente a medida que tiene la comodidad deja de lado esta forma de tener a la institución de la mano; inicialmente nosotros teníamos a la acción comunal, la alcaldía de Usaquéen o de Chapinero, Planeación distrital, la alcaldía y el Concejo de Bogotá - a los políticos se les ha creído mucho- a la gente de salud y la Fundación Santa Fe que siempre estuvo de nuestro lado y los diferentes organismos de salud y educación para los colegios, porque a nosotros también nos tocó frentear lo de los colegios, los jardines y también con el transporte...Mejor dicho a nosotros nos tocó de todo!

La necesidad de antes fue la que nos llevó a meternos de lleno con las instituciones. Por ejemplo, con la Fundación Santa Fe, fue porque en una semana santa, se murió un niño

de peritonitis y no hubo un hospital que lo recibiera. Otra cosa era que íbamos a ver las señoras que ya estaban teniendo el bebé y lo tenían a la orilla de la carretera y a veces nos transportaba el camión de cemento a las cuatro de la mañana o los de leche, en medio de las cantinas y nos llevaban hasta la séptima y ahí mire como llegaba a la Fundación Santa Fe o algún hospital. La fundación lo que hizo fue abrirnos los ojos y así aprendimos a hablar, a pedir, a exigir. Una vez una señora llegó aquí de parto con la cabeza del bebé por fuera. Mi esposo se levantó asustado y me dijo: - Mery no se vaya a meter en líos, de pronto se muere esa señora y ese bebé! Le contesté: - Pues si me da tiempo de llamar a la policía la llamo, pero mientras tanto la dejo aquí sentada, porque ella llevaba tiempo pidiendo que por favor la llevaran y los carros no paraban porque ella gritaba por el dolor. La señora sabía que nosotras podíamos atender el parto. Fui a llamar a Lucia y al presidente de la junta para que llamara por teléfono. Porque allá estaba el único, que era para todo el mundo! El bebé no alcanzó a nacer aquí, nació en la ambulancia de la policía. Pero bueno, me siento satisfecha porque le pude ayudar. Pero en otro parto me quede sola con la señora y ella pujó y lo único que le pude poner fue un pedazo de alfombra y unas sabanas que tenía, y ahí nació el bebé; luego tratar de ponerle la liga en el cordón umbilical y esperar que saliera la placenta y cuando salió, llegó la ambulancia...

Hoy en día, los proyectos son muy cortos y la idea dura lo que dure al alcalde o la organización o el concejal de turno. No son unos proyectos de continuidad, es decir, esto se hace, se continúa y hay que seguirlo. Lo digo porque cuando la Fundación Santa Fe vino, se introdujo en nosotros y a nivel internacional ganó muchos premios por salud comunitaria, porque si no podíamos ir mandaban a los capacitadores; eso era una forma de entusiasmar a la gente así no ganara ni un peso. Ese entusiasmo con que llega una entidad y esa permanencia es lo que falta hoy porque la Fundación se quedó por veinte años!

Desafortunada o afortunadamente la necesidad, en algunos casos, une y es en todo sentido, porque si hay una familia desunida y se muere un miembro, se unen los esposos que estaban separados, vuelven a encontrarse así sea sólo como amigos. La necesidad siempre une...Es la necesidad la que tiene a toda la gente pendiente de la legalización de los barrios, de conservar Acualcos y evitar que lo vendan. Si hubiera visto la cantidad de comités y de grupos y de fuerza que había, así fuera el agua al precio que fuera pero que viniera de Bogotá... Todo el mundo quería ser el presidente de esos comités, quería hacer algo por el agua pero como ahora hay agua, nadie quiere meterse... Hace un tiempo vino un señor de la CAR que dijo que definitivamente nos teníamos que ir aquí: todo el mundo se movió, veía a los cristianos con los católicos, a los de diferentes religiones, todos estamos allá y en el nombre de Dios que nos atienden los directivos de la Car, porque cuando hay una crisis si nos movíamos a hacer algo.

Ahora, los colegios que nosotros queríamos están; el servicio como el transporte llegó; el agua, aunque sea comunitaria está; el alcantarillado, así le falte la mitad, porque nos quedaron debiendo la parte del proyecto para hacer planta de tratamiento de aguas negras. La satisfacción es que es un barrio vivible, hay mucha gente que se quiere venir a vivir acá; todavía es estrato 2, el ambiente es bueno y es sano; tengo una hermana que vive en Bosa, al sur, si ellas dejan la puerta abierta y está la bicicleta o lo que dejen, entra el ladrón corriendo y hasta los acuchilla... Aquí las casas a veces se quedan abiertas, un día me fui hasta Mosquera, duramos medio día y los vecinos eran pendientes de la puerta. La seguridad sigue siendo buena; no sé en otras calles, pero al menos en esta es buena, en la de Lucia también...

Los jóvenes que viven aquí no tienen que pertenecer a pandillas como en otros lados... Teníamos un lote en Engativá, en el barrio Villa Sandra, y los muchachos debían pertenecer a una pandilla. Cuando nos íbamos a ir a vivir allá, varias niñas compañeras del colegio Simón Rodríguez les dijeron a mis hijas a cuál pandilla pertenecían, porque todos los del barrio tenían que pertenecer, así no participen en las fechorías que la pandilla haga...

Aquí tenemos unas ollas terribles, donde expenden drogas... Incluso el Padre Torres se dio cuenta como mataron un muchacho y se desangró por ahí en una puerta. A raíz de eso abrió la casa de ayuda a la gente que está metida en las drogas... Pero hay mucho niño que lo han enviciado, hay mucha droga, jíbaro que la vende y gente rara; pero la gente que es raizal de acá como uno, no está acostumbrado a dejar a sus hijos mucho tiempo en la calle hasta tarde de la noche; hay muchas familias que si han llegado y que están acostumbradas a salir, a bailar y parrandear, y hacer escándalos por la noche, esa gente sí pertenece a ese mundo; cuando mis hijas eran estudiantes llegaban del colegio a su casa, si nosotros salíamos era a alguna reunión como al salón comunal; en ese tiempo la gente era así; y nosotros los antiguos nos conocemos casi todos, pero la nueva gente no.

Ahora, en Chiquinquirá vivo en el campo, en una finca que le dejó mi suegra a mi esposo.... Ella se murió allá solita, porque vino a vivir con nosotros pero este frío la sacó corriendo y nosotros no pudimos ir porque estábamos criando los hijos... Ahorita que ellos ya estudiaron, nos fuimos a cuidar la finquita, para arreglarla y venderla... o si podemos no quedamos allá, pero también es frío y queremos algo calientico, porque esto nos ha servido para darnos cuenta que uno de viejo ya no debe buscar una finca; que le va a explotar a una finca uno de viejo? Con qué fuerzas? Si uno ya tiene problemas de salud... Acabo de pasar por una cirugía grave, por la diabetes y por la gordura, me bajé 28 kilos... Pero eso me quitó la presión alta, el azúcar alto de la sangre... volví a nacer; hoy me siento bien de salud. Mi esposo también toda la vida trabajando... Para vivir en una finca se necesitan hombres que puedan azadonear, abrir huecos, que corra, que camine... Y uno se va en sudores hasta decir ya no más... Le duelen las piernas, termina cansado, el campo es duro para uno! Uno ya no sirve para eso! Ahora criamos marranos en una cochera, un agrónomo nos dio las dimensiones, la hizo muy técnica para que el ICA se la certifique, es una cochera muy moderna...

Ahora no sigo participando así de activamente en lo de la junta porque estoy fuera de Bogotá, pero mi hija en este momento es la presidenta del comité conciliador. Hemos participado en las juntas de acción comunal, porque unos con otros nos colaboramos, conocemos las necesidades y muchas veces la gente no conoce al presidente de la junta de San Luis, pero viene porque soy la amiga. Imagínese 30 años viviendo acá... Doy la información a la gente, no importa si es de San Luis o si es de San Isidro, nos conocemos, nos ayudamos y uno participa indirectamente...

## **MARIA LUISA RODRIGUEZ**



Foto 4.4: María Luisa Rodríguez 1

*María Luisa es una de las mujeres más reconocidas del territorio, por su trabajo en el Portal de la Quinua, proyecto productivo con más de 10 años, que reúne a un grupo de mujeres para la transformación de la quinua en productos de panadería, cuyas ventas les permiten tener ingresos para ellas y sus familias. Ha vivido por más de treinta años en el barrio San Luis y al igual que Lucía, Mery y Adelina es una mujer de la primera generación que construyó su casa, formó su familia y levantó su comunidad con el trabajo de sus manos.*

*Para las entrevistas, Luisa me recibió un sábado en su casa, rompiendo el principio familiar de no recibir visitas el fin de semana que es para dedicar a sus nietos y familia. Su casa tiene una vista espectacular de los cerros, de la quebrada que corre cerca y del colegio, que hoy existe gracias a mujeres como ella.*

### **EL DIA QUE USTED NO APRENDE ALGO, ESE DIA SE PERDIO**

Mi nombre es María Luisa, tengo 62 años, soy del grupo de mujeres del Portal de la Quinua. Vivo en el barrio San Luis. Nací en un pueblo de Boyacá, que se llama Soatá. Soy de una familia grande, la mayor de 12 hermanos. Estudié hasta tercero de primaria en la normal superior de mi pueblo, no terminé por cosas de la vida...

Soatá es un pueblo muy sano, toda la vida lo ha sido, sin conflictos. Me vine cuando me casé a los 22 años, porque mi esposo trabajaba aquí en Bogotá, en todo lo que tiene que ver con pintura y construcción. Construyó esta casa, que es muy bonita, nunca pagamos maestro porque él hace todos los arreglos de la casa... Llevo treinta y pico de años viviendo acá.

Tengo cuatro hijos: tres hombres y una mujer. Cuando llegué tenía a mis tres hijos



mayores, el menor es nacido aquí. Mi hijo mayor, es ingeniero en hidroneumática y robótica, está viajando y tiene su hogar fundado; la segunda es administradora hotelera, tiene su esposo y dos niños; el tercero trabaja con Transcalero y el cuarto estudió cocina y trabaja en un restaurante, tiene la esposa y dos niños y vive conmigo. También tengo siete nietos, una de veinte años, que fue líder del colegio y pensé que se iba a quedar aquí pero se fue a estudiar y a trabajar a otra parte.

Llegamos del pueblo a vivir a un barrio que se llama San Carlos, en el sur de la ciudad, en la casa de una hermana de mi esposo, pero al poco tiempo compramos este lote. Lo vendieron como parte de la Parceladora San Luis, Altos del Cabo, que actualmente se llama San Luis Nororiental, porque una Junta de Acción Comunal le cambió el nombre. La parceladora había destinado lotes para la plaza de mercado, el paradero de buses, el colegio... Porque el vendedor había hecho la planificación de las cosas y lo diseñó como una urbanización. Compramos este lote en once mil pesos y construimos, mientras tanto vivíamos en arriendo en una casa prefabricada. Nosotros mismos nos dedicamos a construir, a cargar piedra, agua, a mezclar cemento para poder hacer la casa. Nos demoramos un año para pasarnos al primer piso. Pero el resto, así como lo ve, se fue haciendo despacio.

Escogimos este lugar para vivir porque a mi siempre me han gustado los lugares sanos, me ha gustado el campo. De niña vivimos muy pocos años en el campo, porque nos fuimos al pueblo, por mi estudio y el de mis hermanos. Mis padres compraron una casa para vivir y todavía tengo raíces allá. Tengo dos hermanos, tíos y la casa paterna.

Cuando nos pasamos no había luz, agua, teléfono, ni transporte. Aún con todas estas dificultades, nosotros compramos! Traíamos el agua de un nacedero, era muy pura pero ahora ya no sirve porque mucha gente hizo baños en la tierra y el agua sale contaminada, lógico. Después, las juntas directivas se organizaron para lo del acueducto. Nos transportábamos en la flota Valle de Tenza o a veces bajábamos y subíamos a pie porque la flota cumplía su ruta con un horario, no como los buses corrientes. Después colocaron el trolí, ese servicio distrital de buses grandes; luego otra ruta de unos colectivos que eran de una familia de San Isidro y la empresa Pensilvania, una ruta de busetas. Ahora tenemos los colectivos, los transcaleros, y la ruta de buses, que no son suficientes pero entran a todo el barrio.

La luz la traíamos por cables y la repartíamos en las tres o cuatro casas que había; después fue aprobado el servicio y cada uno pagamos nuestra acometida. Más tarde vino el teléfono, la pavimentación de las calles, lo del agua, yo fui unas de las que peleé por conseguirla, estuve en la CAR, en muchas oficinas... El barrio ha ido mejorando.

Al comienzo, no había colegio, sólo la escuela de San Isidro. Estuve en el paro para conseguir que nos construyeran un colegio decente, porque los techos de la escuela se caían sobre los estudiantes, los niños no cabían, era muy peligroso cruzar la carretera o teníamos que ir a Canteras a llevar a nuestros primeros hijos, monte abajo. Hicimos esa huelga y logramos que la Secretaría de educación hiciera ese colegio! Lo más triste de todo es que hoy está arrumado, cayéndose! Eso es una cosa que no entiendo, por qué el gobierno ayuda a hacer un colegio tan bien instalado y dotado y luego lo deja cayéndose?! Las paredes llenándose de pasto?!

Como aumentaron tanto las familias y los niños también, logramos que el Plan Padrinos nos patrocinara, nos diera unas casitas prefabricadas que nos sirvieron mucho. El plan

financiaba ese tipo de obras para el progreso de los barrios. En ese tiempo hicimos la explicación para el colegio entre mujeres, hombres y niños porque por lo general detrás de un hombre hay una mujer o detrás de una mujer hay un hombre para trabajar, y unos hijos... Recogíamos piedra, mezclábamos, llevábamos agua de la quebrada, instalamos las prefabricadas, hacíamos de todo; Plan Padrinos San Luis, dio las casas que hoy no sé ni siquiera a dónde las trasladaron, sin decirnos qué iban a hacer con ellas... Creo que las tienen arrumadas en san Isidro...Hubieran podido dejárselas a mucha gente pobre o haberlas dejado para otra cosa. Con el colegio, que hoy es el Campestre Monteverde porque le cambiaron hasta el nombre, también nos patrocinó la Fundación Santa Fe, a quien debemos darle gracias, en cabeza del doctor Luis Eduardo Rincón y la doctora Ignacia Elvira de Esguerra. Además de colaborarnos con la nutrición y la dotación del colegio, que fue un acto muy bonito de su parte, también nos carnetizaron y durante un año nos dieron consultas de medicina. Así como el colegio, también se consiguió el salón comunal de la Semilla, con los jóvenes entre ellos los hijos míos, que en ese tiempo eran campistas e iban a reuniones y a organizar eventos.

Fui directiva de la asociación de padres de familia durante cinco años y me cansé porque realmente hay gente que es agradecida, pero también hay gente a la que se sale debiendo, por eso me retiré... Después de ser de las directivas del barrio, me cansé porque la gente habla más de la cuenta y no mira lo bueno si no que buscan problemas y para eso no sirvo, me gusta vivir alejada de los problemas. De pronto la gente dice: - ¡María Luisa es orgullosa! No, no lo soy, me siento igual al mendigo que va, al príncipe que llegue, pero no me gustan los problemas, me gusta mantenerme alejada de todas esas vainas. Y es que hay gente que exige sin dar nada a cambio. El problema de ser directiva es que si usted se puso un par de zapatos, inmediatamente la gente comenta: esos se los sacó del dinero de la junta! Si se puso un vestido, -eso se lo robó de la junta! Y eso duele...Porque uno le dedica mucho tiempo a la comunidad y nadie lo ve. Lo que corrí por el Plan Padrinos, que compre el cemento, traiga, lleve, suba, baje y hasta a mis hijos los dejaba solos. Y para completar, vendía la gasolina, porque en ese tiempo se cocinaba con gasolina. La pagaba la acción comunal y la traía un carro tanque, la descargaba en canecas y tenía que tener el tiempo libre para recibirla, venderla, cuidarla, porque el puesto de la gasolina era ahí donde quedan las oficinas del colegio. El día de la venta de la gasolina era terrible, porque no había carro tanque, no había bomba, tocaba chupado con manguera... No, no quise más de eso!

Me salí del trabajo comunitario, no sólo por las dificultades con la gente, sino también porque como familia estábamos en una situación bien pesada. Mis hijos estaban estudiando, aumentaron los gastos. Fui de la junta comunal un año, después trabajé con la asociación del colegio, pero hubo un momento en que dije: - tengo que hacer algo por mí, porque veía a mi esposo muy ahorcado en el trabajo. Él ha sido muy trabajador, burro para el trabajo, como buen hombre boyacense, a veces es exagerado... Yo, en cambio, en Soatá tejía para una empresa, pero aquí no era igual, allá tenía mi sueldo, mis contactos, aquí nueva y sola. Cuando pasé la hoja de vida para Casa Brava, el restaurante que queda en la vía a la Calera, era para el trabajo que saliera. Entré lavando parrillas de piedra, que es un trabajo muy duro. A pesar que había hecho el curso de nutrición en el Sena, de administración de hogar y sabía limpiar y cocinar, yo pensaba:- si digo que sé de cocina y de pronto le hecho más sal o más azúcar, le pongo, le quito y queda mal! Mejor no me arriesgo! Esperé, fui despacito y empecé lavando parrillas. Llegaba con las manos hinchadas! Trabajábamos de cinco de la tarde a cinco de la mañana, con doce mesitas! Fue terrible ese cambio: en mi casa no lavaba los tiestos, imagínese! era la niña bonita y venir a hacer eso por mis hijos, por mi hogar! Fue duro

pero en el restaurante fui jefe de cocina porque se dieron cuenta que manejaba alimentos y personal, pues a mí no me ha sido difícil manejar personal, porque a los seis años ya manejaba los obreros de la hacienda de mi abuelo. Pero si pagué el noviciado del trabajo pesado!

Trabajé en Casa Brava por seis años y medio y dirigí jóvenes toda la vida, como los pelados del parqueadero, que eran del barrio. Cuando voy entrando y algún muchacho me ve, me dice: - hola mamá Luisa, cómo está? Porque han trabajado conmigo y los he sabido entender, he compartido con ellos. A mí me gustaría, a estas alturas de la vida, que ellos me enseñen lo que saben y enseñarles lo que yo sé, porque es bonito y uno no se debe llevar lo que aprende; que lo que uno sabe se quede en otra persona para cuando se vaya.

Con la Fundación Santa Fe hice un curso de planificación familiar y uno de nutrición. Colaboré en la nutrición del colegio, pero la enfermería nunca me ha llamado la atención. Pude haber sido voluntaria de salud, pero no me gusta y lo que a uno no le gusta no lo ejerce, entonces para qué le quita el cupo a otra persona. Una cosa diferente es el portal de la quinua que nació porque la Alcaldía local nos pagó un curso excelente en la universidad los Libertadores, con la intención que las mujeres tuviéramos trabajo. Unas sesenta mujeres hicimos el curso, había cupo para cien de Chapinero y entramos cerca de cuarenta, pues muchas se inscribieron pero no asistían por cuestión de plata; hicimos el curso durante un año: en administración de empresas, en la transformación de la quinua, que es un cereal ancestral, un alimento excelente. Creo que tiene más proteínas y más calcio que la soya, a pesar de ser un grano pequeñito y la producen en el Ecuador, en Boyacá, en muchas partes del mundo. Para fabricar nuestros productos compramos la harina, no la quinua como tal, porque hay que limpiarla y hacerle un proceso muy grande, no se puede usar así como se coge de la mata: hay que limpiarla, lavarla mínimo doce veces, sacarle la saponina, tiene un proceso bastante complicado y es muy costosa. Conocemos a un señor que la procesa muy bien y nos la vende garantizada, como harina ya lista u horneada; pocas veces la compramos y la procesamos para venderla en pepa, para ensaladas o sopas; además no podemos comprarla en cualquier parte, porque hay muchas clases de quinua y según una líder indígena hay como cien clases.

Al curso le metieron gente bien preparada para dictarlo, como ingenieros químicos. Terminamos veinticinco mujeres, seguimos doce y hoy somos sólo cinco. Es que realmente fundar empresa en Colombia es muy duro y nosotras somos madres cabeza de familia, no tenemos recursos y trabajamos con las manos! Prácticamente con las uñas! Hacemos tortas, galletas, mantecadas, masato de quinua, empanadas vegetarianas...

Llevamos cuatro años luchando. Somos dos mujeres de Pardo Rubio, Angélica B., Magdalena V. y tres de San Luis, Barbarita, Otilia M. y mi persona. Todas trabajamos en producción también nos repartimos los trabajos: Magdalena hace producción y Otilia y yo le colaboramos con eso y con los inventarios. Angélica es nuestra representante y Barbarita es vendedora, pero cuando hacemos mercados campesinos también apoyo y vamos a la Plaza de Bolívar a vender. El año pasado estudiamos seis meses en la Universidad de la Salle y sacamos el Invima, que es el permiso para producir los alimentos, pero todavía nos faltan muchas cosas porque, por ejemplo, pagamos arriendo en la casa donde estamos, en el barrio San Martín, atrás del Hospital Militar.

A pesar de ser una empresa comunitaria hay muchas dificultades... El dinero es uno de

ellos, porque hay que comprar batidora, implementos, materia prima... Y no tenemos sueldos, apenas si hacemos lo del arriendo, no nos hemos colgado pero de todas maneras es tremendo mantenernos a nivel. Hay poco apoyo para la pequeña empresa, por ejemplo, el año pasado la Alcaldía nos dio unas cosas, no mucho así que digamos, sin embargo, hemos podido impulsarnos, aunque nos falta para el arreglo de la casa. Y además el Invima es una cosa y el registro sanitario es otra y se deben tener ambos para trabajar legal y la casa debe estar en perfectas condiciones. Donde estamos es una casa que fue un jardín y un restaurante para niños, por eso nos exigen meterle arreglos, pintarla, arreglarla, limpiarla y mantenerla impecable para poder procesar y garantizar los productos.

La experiencia con el Portal ha sido bonita porque se comparte con gente que no es ni siquiera del mismo departamento de uno, por ejemplo hay una huilense, una de Pasto, una cundinamarquesa y dos boyacenses. Difícil conocer los genios, pero como todo, si con su esposo o con su mamá, no deja de haber diferencias, más en un grupo donde cada una es de un sitio diferente. No hay hombres porque el proyecto fue sólo para mujeres. Las que hicimos el curso, nos quedamos e iniciamos porque la Alcaldía nos había dado el horno, latas, cosas pequeñas, con eso arrancamos. También teníamos algunos productos y con eso seguimos. Éramos como diez o doce y ya no somos si no cinco; pero es muy difícil por la plata, porque todo es plata. Que el producto, que la harina, que la quinua, que las uvas, que las nueces... Hacemos tortas para cumpleaños, no las decoramos, las hacemos así.

Vendemos en la Plaza de Bolívar, en los eventos, vamos a alimentación sana, porque también pertenezco a ese grupo, con el Hospital Chapinero. Ellos nos han colaborado mucho. También van de la Universidad Javeriana. Bueno, gracias a Dios, en plata no nos hayan ayudado pero con cursos, enseñándonos como manipular, estamos al día. Mi esposo me colabora mucho, pero un día me dijo: - no más, hasta aquí! Pero él no influye en esas decisiones porque siempre ando metida en grupos, no me ha podido ganar con lo del portal de la quinua. Él optó por entender que ando metida en todas esas vainas, que voy al adulto mayor, que hay que hacer todas esas cosas. La señora Adelina dice: - señora Luisa, hay que hacer tal cosa para tal día. Bueno, planifico el programa y voy. Tengo una agenda de reuniones, pero el día que me dedico a la casa es a la casa. Ahora con el fin de semana si no cuenta nadie, porque es el día que está mi esposo, que nos reunimos en familia.

Si eso pasa con una empresa productiva para la que capacitaron casi a 100 mujeres y hoy quedamos cinco, imagínese con las cosas del barrio. La gente no participa porque es mi mentalidad, no sé la de las demás personas, que si usted como líder se sienta a mirar trabajar y exige, pero no lo ven metiendo las manos en el cemento o parando ese palo, la gente dice: - pero si el líder no lo hace, porque nosotros lo tenemos que hacer? Al comienzo nos embarrábamos, nos espinábamos las manos cortando las varas, uno tiene que dar ejemplo para que lo sigan, por eso había muchos jóvenes que nos colaboraban. Generalmente veíamos a los hijos de los padres que trabajábamos en lo comunitario, éramos ochocientas familias que había en ese tiempo y los muchachos estaban detrás de los papás y detrás de las mamás... Ahora no veo los jóvenes participando, sé que les interesa porque yo he hablado con muchos de ellos y lo que pasa es que los líderes no saben atraer a la gente a trabajar...Lo primero que se debe pensar es en los jóvenes porque son cabezas frescas, tienen muchas ideas, están mirando hacia el futuro, lo que hacíamos nosotros en años anteriores. Sí, de pronto es falta de iniciativa, no tienen quién los lidere. Y para hacerlo hay que invitarlos, estimularlos. Porque si se le dice al joven: -

ay, este no hace nada! Pero si usted le dice: - oiga mire vamos a hacer esto, o - por qué no paseamos, nos divertimos, compartimos experiencias, nos cuentan y se valoran como tal, creo que si le caminan. En las reuniones de las juntas no se ven jóvenes, como antes que hasta los niños, todo el mundo participaba... Muchos de nuestros hijos se han ido porque tienen que buscar otros futuros. Mis hijos estaban en campamentos, en reuniones, en bazares, pero en este momento no, porque esto cambió del cielo a la tierra. Es un tiempo que yo creo que no volverá...

El barrio tiene problemas como la falta de vigilancia, mucha juventud desorientada, faltan sitios de recreación para que ellos tengan en dónde divertirse, terminan el bachillerato y quedan como volando, no tienen nada que hacer... Claro que en este momento, el Sena está patrocinando a San Luis con cursos. También alguien me decía hasta qué punto será verdad que no prestan los salones comunales para los cursos... Qué hacen unos salones cerrados pudiendo prestar un servicio excelente? Y lo otro es ese colegio allá abajo, que lo deberían prestar aunque fuera los sábados para dictar cursos a los jóvenes, para que se integren y tengan algo en qué distraerse y no se dañen la mente, porque a veces se piensa - no hacen nada, no suben, no crecen... Pero, cómo si nosotros los adultos no les damos la mano?

Lo del colegio es otra cosa muy dura, porque hay mucho estudiante y hay hacinamiento. No lo amplían, no sé hasta qué punto será cierto que hay un metraje de tierra que le pertenece al colegio pero que no lo han ampliado y eso influye para los problemas de hacinamiento, porque imagínese por ejemplo en su casa: si es para seis personas y le mete cincuenta, pone histérico a cualquiera para controlar tanta gente!

El colegio nos da tristeza, porque se ve a los niños todas las mañanas, ahí jugando, sin control, se van para el potrero y se vuelan; no le han hecho un buen muro o una estructura para que los niños no se salgan. Porque se ven tantas cosas ahora, que le da a uno vaina, de verdad que sí, y el único que puede poner remedio es el gobierno. Como vecino, qué puedo hacer? Dígame? Se puede llamar a la policía y sabe qué hace la policía? Antes le dicen a los que venden la droga "fulana de la casa tal nos llamó". Y lo que hacen es que le echan enemigos a uno. No puedo hacer nada por el colegio, y toca hacerse como dice Shakira el ciego, sordo y mudo para evitarse problemas... Aquí usted puede saber donde esta la olla, quiénes son los que venden la droga pero usted no puede hablar. Y digo, recojamos unas firmas, hagamos un memorando, mandémoslo a tal parte... Porque al principio, dejaba lo que fuera ahí, su ropa tendida en esas matas y no se la roban. Ahora usted no puede hacer eso. Hace quince días se me metieron aquí, no se puede confiar y hay gente que nunca he visto; porque mucha gente vendió la mitad del lote, dividieron en tres, cuatro o hasta seis partes y vendieron y esto se superpobló. Si hubieran dejado tal y conforme el parcelador vendió, no habría tanta gente pero todo el mundo dividió y vendió... Ahora se sube uno a un colectivo y no sabe quiénes ni de dónde son. Antes usted se subía a un colectivo y comenzaba: - hola fulana de tal, cómo está? Ahora es como subirse a un bus cualquiera en la ciudad.

Y aquí es muy diferente de otras partes... Perdóneme, pero es que a San Carlos llegué ciega, novata del pueblo y sin embargo viví ocho años allá. Pero también era un barrio súper tranquilo. Era muy cerca del parque el Tunal. En ese tiempo el parque era una zona forestal donde se divertía con los hijos y no tenía ningún problema. Ahora, San Carlos esta subdesarrollado... No hace mucho fui, sólo de visita: "buenas tardes y hasta luego". De lo contrario, me gusta, me fascina estar aquí en mi casa. Tengo matas, me la paso molestando con las aromáticas, menta, hierbabuena, romero, flores... Me fascinan

las matas, el mejor aliciente es ponerme a arreglarlas. En el momento no pensaría irme, porque es que no lo cambio por nadie, aunque mis hermanos dicen: - ¡María Luisa!, cambie de casa!

Me gusta vivir aquí, porque es muy tranquilo, a pesar de todo. El aire que nosotros respiramos no lo respira nadie en la ciudad, eso le puedo asegurar y mi hogar no lo cambio por nada. Voy a la ciudad porque tengo que ir, pero llego aquí con dolor de cabeza, con estrés por el bus, el colectivo, el Transmilenio, los carros, para mí es horrible! Pero aquí soy feliz. Gracias a Dios, soy muy feliz con mis hijos porque se criaron en un sitio sano, bien aireado. Traigo a mis nietas los fines de semana porque es que el aire de aquí no lo respiran donde están, soy feliz con ellas, no tengo si no un nieto varón, las demás son niñas. Me dicen: - abuelita, haces tal receta? nos haces tal cosa? Parezco una gallina criando patos: ataje a la una, ataje a la otra, pero es rico compartir, esa es la prolongación de la familia, la prolongación de la vida de uno... Aquí también están mis amigas. Lucia trabajó muy duro y fue una líder muy verraca. Admiro a Lucia cuando trabajó en Acualcos, es doloroso que le digan a usted ladrón sin serlo...

Mi esposo si ha querido vender e irse de ver cómo nos tratan, como si fuéramos una invasión. Nosotros no somos invasores, que miren quiénes lo son y que los saquen! Si dicen que no estamos legalizados, por qué no nos legalizan si ya tenemos luz, agua, teléfono y pagamos impuestos que es una de las cosas que exige el gobierno, no entiendo por qué! Duele que a uno lo traten de invasor, nosotros no somos invasores, si habrá uno que otro, lógico como en todos los barrios, pero yo actualmente tengo hasta recibos del pago de este lote! Nosotros no tenemos nada que ver con invasión, con el sudor de nuestra frente compramos! Reconozco que arriba en la Esperanza y en las Moyas es diferente, no sé por qué el gobierno dejó que lo fundaran ahí y no se puso las pilas e hizo respetar la reserva forestal, porque la parceladora no avanzaba hasta allá, sólo iba hasta donde está la carretera pavimentada. A las Moyas íbamos de paseo con la familia los domingos, había nacimientos de agua; había piedras muy bonitas, una flora y plantas exóticas lindas, pero ahora ya no se puede ir, porqué es inseguro. Eso lo empezaron a poblar hace como unos diez años. Hasta donde sé, de la pavimentada para arriba, tienen servicios, he visto casas con luz, pero no sé de agua, ni sé de teléfono... Ya no me dan ganas de ir por allá porque me da tristeza, eso era una zona muy linda y la han dejado destruir.

Todas las experiencias que usted quiera son bonitas, el compartir, relacionarse y conocer gente. El día que usted no aprende algo, ese día se perdió, así se lo digo a mis hijos. Siempre se aprende algo. Por ejemplo, llega a una casa y ve que están haciendo una ensalada, disimuladamente pone cuidado cómo la hacen y piensa "a esa ensalada no le echaba choclitos, pero me parece rica, voy a hacerla así". Aprendió. Ayer venia en el Transmilenio y una jovencita, traía un bolsón tejido. Cuando nos bajamos, la niña me dice: - abuelita tú qué mirabas tanto? Le dije: - miraba el bolso. - Por qué? Porque traía tejido en equis, pero en medio traía cordón, se ven tres colores y no tiene nada de ciencia, lo aprendí, sé que lo aprendí. Lo tejo y me sale! Me gusta mucho aprender cosas, como con la gente de canteras y el Plan Padrinos; con Sarita y Gloria, gente echada para delante. Hacíamos baúles y canastas en mimbre y yo pipona, esperando a Carlos y a mí no me daba miedo manejar la sierra eléctrica, cortaba la madera. Un día llegó el doctor, jefe del Plan que era gringo y me dijo: - tu qué hacer ahí con esa máquina, con esa barriga que vayas y te cortes? Tranquilo, le dije porque siempre he sido echada para delante, me tocaba aprender lo que fuera y para atrás ni para coger impulso.

## **MARIA LUCIA**



Foto 4.5 María Lucia 1

*María Lucia pertenece a la segunda generación de pobladores del territorio de San Luis y es hija de Lucia. Llegó a los 6 años, a un barrio casi rural, donde contrastaba la tranquilidad y la familiaridad de los vecinos con su antiguo sector de residencia, en el sur de la ciudad.*

*María Lucia siguió el ejemplo de su mamá, involucrándose desde muy joven con las actividades comunitarias del barrio. Sin embargo, debido a una situación particular de salud, hoy día su participación es más limitada. Cree que la participación comunitaria debe ser proporcional a los resultados obtenidos desde lo prometido por las instituciones, porque de lo contrario la gente deja de interesarse, cuando estas no cumplen con sus compromisos*

*La entrevista de María Lucia se desarrolló en su casa. Fue una entrevista diferente a las de primera generación ya que se requirió seguir el listado de preguntas porque la narrativa fue entrecortada y dirigida específicamente a lo solicitado.*

*María Lucia es una mujer fuerte, con otra visión de su territorio, de su historia y de sus luchas y esta perspectiva aporta una pieza más de la memoria colectiva de la comunidad.*

### **PARTICIPAR CON LA COMUNIDAD ES UNA DECISION PERSONAL**

Mi nombre es María Lucia, nací en Bogotá, tengo 37 años, vivo con mis papás y tengo 4 hermanos. Soy hija de Lucia, que es una líder reconocida por todos en este sector. Soy la segunda hija. Cuando nací vivía en el barrio las Delicias, al sur de la ciudad. A los 6 años, mis papás compraron este lote y se vinieron a vivir aquí, a la Sureña.

Las Delicias es un barrio ya poblado tan diferente a éste, que cuando nos vinimos a vivir a esta casa, se notaba la diferencia. Aquí era muy rústico, había ranchos y sólo había como dos o tres casas en cada cuadra. Era muy despoblado pero muy agradable, porque éramos poquitos y todo el mundo se conocía con todo el mundo, había mucha

tranquilidad, no había robos, era muy tranquilo.

En el barrio había otros niños de mi edad, con los que salimos a jugar a la calle. Nos subíamos a los árboles, era todo tan sano! Nos la pasamos en este sector, no nos dejaban ir hasta arriba, que era más despoblado. Hoy ese lado se llama la Esperanza, es una zona dura de este lugar, porque tiene muchas necesidades. Hace mucho tiempo que no voy, pero dicen que han construido mucho más arriba... Ese era un lugar muy bonito y había un pozo que se llama las Moyas, no habían casas, una que otra, creo que los únicos que habían por allá era los de la familia Valbuena, que tienen vacas, pero eso queda arriba y sé que han ido construyendo más y más...

Estudí mi primaria en una escuela que quedaba en la Capilla, donde hoy es la iglesia, hice primero de primaria y luego estudié en el colegio San Isidro, el que también queda junto a la iglesia pero que ahora está cerrado. Mis papás pudieron pagarme mis estudios y el bachillerato lo hice en un colegio privado de Chapinero, el instituto Anglo Francés, que quedaba en la calle 66 con carrera 15, me iba en bus todos los días.

El transporte hacía el colegio no era difícil porque había una ruta de busetas y después pusieron el servicio de los colectivos. Como estudiaba en la mañana, salía para el colegio a las seis y media, con dos compañeras del barrio San Luis. Después, estudié sistemas y computación en el instituto Ingabo, luego estudié en el Sena secretariado general, e hice cuatro semestre de contaduría. Actualmente trabajo pues dejé de estudiar porque padezco de polimiositis, que me causa limitación física y para desplazarme es complicado...

El servicio de salud en ese entonces lo prestaba la Fundación Santa Fe con un servicio que se llamaba salud comunitaria. No recuerdo si era para todos o para los que estuvieran enfermos, pero era para todos los que vivían en este sector e inclusive podían ir allá a la clínica costosa que queda en Usaquén.

Desde que llegamos siempre hemos vivido en esta casa y en ese tiempo había luz, no había agua, ni teléfono. El agua la teníamos que cargar desde unos aljibes que hay aquí abajito, del pozo que está al comienzo de la cuadra. Con mis hermanos cargábamos el agua desde muy temprano, nos tocaba madrugar porque había unas colas larguísimas. Lavábamos la ropa en la casa, aunque había gente que se iba a lavar a una quebrada abajo de la Capilla, o se iban a un pozo llamado las Moyas.

Para tener acueducto - yo debería saber la historia, no?-, al ver la necesidad la misma comunidad se reunió y buscaron un sitio donde hacer una bocatoma, de dónde traer el agua hasta acá. Sé que aportamos todos, cada uno dio dinero para la acometida., no sé cuánto... Ay! no me acuerdo pues de todo!

Mi mamá si sabe todas las historias, porque ella ha sido muy activa con lo comunitario, siempre ha estado en todo que tenga que ver con la comunidad, la salud, el acueducto, las juntas de acción comunal. Yo la veía y me parecía rico, ella fue un ejemplo para que yo estuviera en el grupo juvenil. Mi papá también fue presidente de la junta del barrio. Ellos siempre han estado vinculados con las actividades comunitarias, todo el mundo me conoce por ellos.

Ellos han estado muy pendientes de todo, principalmente de lo de la legalización, que no he entendido claramente por qué no estamos legalizados de un lado pero del otro si nos



exigen y tenemos que pagar impuestos puntualmente. Tenemos servicios públicos también, no sé por qué seguimos sin legalizar... Hay muchos intereses porque es un lugar muy bonito para vivir y a nosotros no nos resuelven pero a otros si les dan licencias para construir, a la gente ricachona, veo que hacen casa quintas aquí y a ellos no les dicen nada! El tema de la legalización es crítico porque son muchas familias las que vivimos aquí y siguen vendiendo los lotes, no sé quién, no he entendido si supuestamente no están legalizados, quiénes son los dueños de eso y por qué los venden?

El barrio ha progresado mucho desde que llegamos, tiene más cosas, se ve el cambio. Aunque lo del acueducto es difícil, porque lo ideal es que no fuera el comunitario sino el de Bogotá, pero es imposible... Cuando hay sequía, sufrimos mucho, duramos hasta dos meses sin agua.

Ahora hay algunos problemas que no había antes, como la drogadicción, que antes no se veía. Hay consumo y venta. Muchos jóvenes consumen, por eso no les importa nada más... Y eso ha redundado en algunos otros problemas como el de la inseguridad, porque no hay casi policía, pero a pesar de eso, algunos sectores son muy tranquilos y se puede dejar la casa sola. La vida aquí no ha sido fácil pero se vivía mas feliz antes que ahora, a pesar de todo, a pesar de la falta de servicios, a pesar de las limitaciones que se tenían, porque con el progreso, no sé, me produce nervios, pero todo cambia tanto! Antes, no teníamos que pagar el agua, escasamente la luz; no había internet y antes el teléfono que había, quedaba como a dos cuadras en el paradero de los colectivos. Para avisar que alguien nos llamaba, nos pegaban el grito: -oiga teléfono! Me da risa esto! Y así uno vivía bien! Ahora se crean más necesidades y no todos tienen lo que quieren.

Hay otros barrios que tienen características similares, que quedan también en los cerros, pero este sector es diferente. La inseguridad es lo que hace la diferencia. Por ejemplo, hay barrios como Mariscal, que queda arriba de la Javeriana, a pesar que tiene todos los servicios y aquí ni siquiera estamos legalizados, es un lugar inseguro y difícil por eso. Es más seguro aquí porque quienes vivimos en este sector llevamos muchos años conociéndonos. Todo el mundo me reconoce. Usted llega a cualquier parte y pregunta por la familia Pérez, eso me produce gracia, y cualquiera da razón de uno! Ahora después de la limitación ya casi no salgo, pero a casi todo el mundo lo conozco.

Creo que ver a mi mamá y a mi papá tan activos, influenció para que participara en grupos, pero no es lo único, porque ni mi hermana ni ninguno de mis hermanos han participado en nada! Es más una decisión personal. Participé entre los doce hasta los 18 años en el grupo de la juventud, formado por adolescentes. Mis hermanos no se vincularon, sólo uno estuvo, los otros no. No les interesaba, no les gustaba, no han sido constantes en las cosas...Yo también pertenecía a un grupo de danzas, de una institución que se llamaba Iproscó. Pero eso también se acabó, por lo mismo, porque es que aquí la juventud no es constante en las cosas. Había muchos grupos, pero nada progresa por la inconstancia de la gente.

La Semilla de la Juventud era un grupo de jóvenes que había iniciado la Fundación Santa Fe de Bogotá. Como mi mamá estaba trabajando con ellos como voluntaria de salud, me uní al grupo. Había una trabajadora social que venía a darnos capacitación todos los jueves, nos reuníamos donde hoy queda el centro de salud, en el segundo piso. Luego, conseguimos fondos y se construyó el salón de la Semilla, porque así se llamaba nuestro

grupo.

Participábamos como 20 a 30 jóvenes. Fui secretaria, tesorera y presidenta del grupo, durante 6 años. Aprendíamos a coser, a cocinar, a tejer, nos daban clases de educación sexual, organizábamos paseos, fiestas y reuniones. La idea que tenía la Fundación para el grupo, era ofrecer otras alternativas a los jóvenes menores de 18 años y capacitarlos. Éramos de todos los barrios y queríamos hacer algo diferente... Cuando cumplí los 18 años, me retiré y además la Fundación se dedicó a otro sector, estaba trabajando en otro sitio, aquí se acabó... No sé por qué, en parte porque dependíamos de la Fundación, no era un grupo de nosotros...

Después organizábamos grupos, no como el de la Semilla que tenía que ver con la comunidad, sino grupos de ahorro, en los que he participado como en tres. Nos reunimos con otros vecinos para ahorrar; de esos grupos también he sido la secretaria, la tesorera. Ese tipo de grupo, donde se ve un resultado, si atrae a la gente. En el que estoy empezamos 30 y ya vamos en 55. Hacemos los aportes en un fondo que se llama Misión, todos hacen sus aportes juiciosos, semanalmente lo que uno quiera aportar y se reparte la plata a final de año; también se hacen actividades como rifas y fiestas para recoger fondos.

Hoy la gente no participa como hacíamos de jóvenes. Es muy apática, los presidentes de las juntas son los mismos, o a las reuniones siempre van los mismos. Creo que es falta de conciencia de la gente, les gusta mucho criticar y decir que los otros no hacen, que se robaron la plata, pero nadie se mete en el cuento. Son los mismos los que participan; por ejemplo, ahora venía de una reunión con la junta administradora local y no se ven jóvenes ahí, sino a los mismos viejitos de siempre, los que están desde el comienzo, los que le han metido el hombro a todo. Ocurre con todas las reuniones: a cualquier espacio de este sector al que uno va a participar, ya los conoce a todos! A la gente joven no, porque no se interesa. Particularmente, cuando no tenía la limitación, sí iba mucho a las reuniones de la junta, iba a las reuniones del acueducto, a mi me gustaba eso, pero no sé la juventud por qué no. Tienen como otras prioridades, otros intereses y otros problemas...

La gente se cansa de participar sin ver resultados. Me acuerdo cuando mi mamá trabajó en el Acueducto comunitario, todos los días esa llamadera, hasta las 11 o 12 de la noche y no teníamos vida en ese entonces. Llamaban por todo: porque había algún problema, que se rompió el tubo y por cualquier cosa... Uno termina acostumbrándose a eso y después cuando ya no está, se extraña que no la llamen... Pero ahora con lo de la salud vienen a buscarla todos los días! Qué risa! - Doña Lucia es que no me dieron el Sisben, - ay! doña Lucia qué tengo que hacer para que tal cosa y ay! doña Lucia, qué tengo que hacer para tal otra! Le digo a mi mamá: - ponga un aviso que diga "Atiendo de tal hora, a tal hora" como asesorías... Porque cuando uno recorre el barrio con ella, sale toda la gente a preguntar! Sólo le digo: - mami, uno se cansa de salir contigo con tanta preguntadera! Pero bueno, ella es feliz!

Si yo pudiera le cambiaría al barrio tantas cosas, que no sé por donde empezar... Creo que el problema de la drogadicción básicamente. Eso es algo tan complejo que el Padre ha tratado de hacer cosas pero es muy difícil... Lo dejamos avanzar mucho, porque siempre ha habido gente que consume, pero era más a escondidas y desafortunadamente no sólo es un problema de acá sino en cualquier barrio que uno vaya... Pero hay barrios en que la comunidad se une y saca a los jibaros pero acá no, la

gente puede saber que en esa casa están consumiendo o que en esa casa venden y no hacemos nada por el miedo a las represalias, uno no sabe si la policía misma es la que ayuda o si están a favor de ellos.. No sé, no me consta. Pero si falta mano dura de parte de ellos también, porque cuando hacen allanamientos no encuentran nada, es como si alguien le avisara... Es bien complejo y difícil y la comunidad no se une con la policía y por eso cuando hacen reuniones para hacer frentes de seguridad la gente no habla por ese temor... La gente no va o van los mismos de siempre y eso es un problema pues la verdad es que creen: - a mí nunca me va a pasar, a mí no. La gente es apática.

Las instituciones tampoco duran mucho en el barrio, porque se les acaba el presupuesto, hacen proyectos corticos y para captar la atención de los jóvenes a que participen, pues no se puede hacer mucha cosa porque eso ese concientizarse depende de cada uno. Y se necesita esa consciencia para que ver la necesidad del barrio y se pueda decir: - quiero participar, quiero colaborar, eso nace de cada uno. No se puede obligar, no se puede meter a la fuerza... Ahora es complejo porque los muchachos no ven la necesidades del barrio y creen que eso no les afecta, ven eso como tan lejos de sus vidas...

A pesar de todo, recomiendo este lugar para vivir, me parece excelente, no hay mucho comercio, hay que ir hasta abajo para comprar algunas cosas y no queda cerca... Pero aun así lo recomiendo!

## **JENNIFER MONTAÑES**



Foto 4.6: Jennifer Montañes

*Jennifer es una joven del territorio de San Luis. Fue una de las pocas personas de segunda generación que participó con las entrevistas.*

*Jennifer es una mujer del territorio que ha trabajado en diversas organizaciones sociales, algunas de las cuales ha establecido por iniciativa propia. A pesar de tener su propio hogar y estar estudiando una carrera profesional, se permite dedicar tiempo a sus grupos comunitarios.*

*Para las entrevistas me recibió en la casa en la que vive en arriendo con su propia familia, cerca a la casa materna, compartiendo un tinto junto con sus experiencias en el trabajo comunitario, su visión del papel de los jóvenes en las organizaciones comunitarias ya constituidas y su mirada de género, donde la mujer tiene un papel muy importante que cumplir.*

## **LE DIGO A LAS MUJERES QUE TIENEN QUE TRANSFORMARSE**

Mi nombre es Jennifer, tengo 26 años, nací en Bogotá y he vivido en este barrio toda la vida. Cuando nací, mis papás ya vivían aquí. Tengo una hermana menor. Estudio zootecnia en la Universidad Nacional, estoy en octavo semestre, también trabajo con la comunidad, soy casada y tengo un hijo de tres años. Mi esposo se llama Wilson y mi hijo, Felipe. Estoy haciendo mi tesis, un ensayo, sobre mercadeo. Me gusta todo lo espacial y los mapas, estoy haciendo una relación entre la infraestructura, las vías, los centros de acopio y su relación con la concentración de la tierra y cómo han sido rezagados los pequeños productores de leche y carne de bovinos en los pueblos.

Estudí la primaria en el colegio junto a la carretera, que antiguamente era el único que existía. Ese colegio fue hecho por la misma gente, porque no había escuela en el barrio y un señor muy rico, creo que era de los finqueros, donó ese lote y la misma gente se organizó: - ¡vamos a hacer algo, a hacer un teletón de ladrillos! E hicieron el colegio con casas prefabricadas y solicitaron los profesores a la Secretaria de Educación... También estuve cuando lo cerraron en el año 2003 porque pasa una quebrada muy cerca y dicen que el terreno es peligroso, inestable y la quebrada está en zona de conservación. Varios compañeros dormimos ahí para evitar que lo cerraran... Se supone que hay una ley

ambiental que dice que no se puede construir en ronda de quebrada y el colegio queda en la ronda, pero eso es injusto, porque lo levantó la misma gente y fue una donación.

El bachillerato lo estudié en el campestre Monteverde. Luego estude en el Sena administración de recursos humanos y después, la universidad. Tengo que ser muy organizada y no desperdiciar tiempo, no puedo quedarme un día a hablar con mis compañeros, porque tengo muchas cosas que hacer y si hay un momento libre, prefiero regresar rápido para estar con mi hijo. En el colegio participaba en grupos, como el club ecológico, le pusimos la filosofía, la visión, la misión. Hicimos varias caminatas, organizamos varias cosas, fui parte de las organizaciones del colegio, como la veeduría y también me lancé como personera pero no gané porque el otro muchacho era simpático y daba colombinas. También en esa época había una organización ambiental a la que iba por las tardes.

Lo que sé de mi familia es que mis papás eran de Boyacá – mi papá ya falleció- y tenían el sueño bogotano de mejorar la vida por lo que se vinieron de su pueblo y se encontraron con que no tenían en dónde vivir. En primera instancia, vivieron donde los hermanos y los tíos y después quisieron tener algo propio. Primero fueron al barrio el Codito, pero allá había una cuestión más frontal, porque la gente quería apropiarse de la tierra a través de las invasiones. Mi papá consiguió un amigo que le dijo que aquí estaban vendiendo muy barato y no era invasión y no tenían que enfrentarse con nadie, era rural y los finqueros estaban parcelando y vendían los lotes muy baratos por eso fue que pudieron comprar como en ochocientos mil pesos.

Mi papá se llamaba Luis Enrique y no era de esas personas de reuniones, simplemente organizaba una jornada de trabajo con los señores de la cuadra y hacían las chambas o zanjas, los tramos para echar la tubería o para echar el acueducto y alcantarillado. Me acuerdo que se reunía con los amigos los domingos para hacer comitivas y cada fin de semana le ayudaban a otras familias a hacer su casa para que no tuviera que pagar obreros. ¿Qué más me acuerdo de la niñez? El clima era mucho más fuerte, había granizadas y remolinos que se llevaban los techos de las casas. También recuerdo que teníamos que ir hasta el río a lavar, porque apenas estaban consiguiendo el agua domiciliaria y consolidando el alcantarillado. A las casas llegaba poquita agua como para comer o bañarse, por eso muchísimas personas íbamos a lavar ropa en la quebrada de Lajas, cada uno tenía su piedra donde lavar.

Con el transporte era otra cosa porque sólo pasaba por la vía principal. A pesar que estamos cerca de la carretera, esto no era un camino ni una calle, era una trocha, no estaba el hotel, era un bosque... Para salud, los médicos venían a las casas porque esto era más rural, había menos gente, menos emergencias.

Me quedé en el barrio cuando formé mi familia porque aquí, a diferencia de la ciudad, todavía se vive una cuestión de ruralidad urbanizada. Vivimos como urbanos y como rurales porque estamos fuera de esa urbe llena de carro, de gente. Puede respirar aire puro: si quiere en diez minutos está en medio del bosque, si quiere ir a una quebrada - aunque sucias- puede ir a caminar, puede retirarse y despejar su mente. Me crié con mi hermana así, en este bosque; había una laguna y nosotras jugábamos ahí y no me gustaría vivir en la ciudad en medio de tanta contaminación y agite y lo segundo es que uno debe querer su territorio y debe luchar por él. Algún día me tendré que ir, pero todavía no... Si estoy aquí algo tendré que hacer, porque soy de las que pienso que no debe dejar que la vida lo lleve, si no que donde esté, así sea en su cuadra, debe hacer algo. Les digo a las mujeres que con su familia, con su esposo, pero tiene que

transformarse porque si no, no están haciendo nada en la vida.

Del barrio conozco muchas organizaciones como Acualcos, el acueducto comunitario, yo trabajé allá. Está la parroquia que se mueve muchísimo, tiene en su interior varios grupos que se dedican a diferentes funciones. Conozco la red de mujeres, la red de artesanos, los que organizan en los comedores. Conozco una fundación de la Esperanza que se llama pez en el agua; una organización de jóvenes que se llama barrios del mundo y conozco otra que se llama éxodo. Conozco casa taller que dirige Nicolasa, ahora hay una nueva organización en el barrio que se llama Fundatio. Esta última y como pez en el agua son unidos pero no son la misma raíz. Hay una corporación que se llama sede Emilista, en el paradero de colectivos. Ellos prestaban la casa y la comunidad se había consolidado ahí para sus actividades. Había un grupo muy interesante que se llamaba el cóndor vive. También hay dos organizaciones de madres comunitarias, la asociación gente del mañana y la asociación mirando hacia el futuro, cada una tiene más o menos quince mujeres, quince madres comunitarias. Hay una fundación que se llama Mirar y trabaja con los niños haciendo refuerzo escolar. Hay otra organización que se llama ecolombia que trabaja por lo ambiental. También hay un grupo de jóvenes raperos que se llama KM.

Hay un grupo en la sede casa Emilista que es privada, no es comunitaria porque es del colegio Emilio Valenzuela, un colegio de ricos. El padre Sánchez, que fue uno de nuestros primeros párrocos, fundó esa sede. Él fue importantísimo aquí, porque hacía cursos para las señoras y traía mercado. El padre fue cofundador de ese colegio, precisamente porque su pensamiento era fundar algo para ricos para que donen cosas para la gente pobre. Pero claro, ese lote tenía que pertenecer a alguien y cuando él murió, pasó a nombre del colegio. Ahora manejan la sede desde el punto de vista de ellos. No hablo mucho de esto porque me da rabia que nos hubieran quitado el espacio, nos trataron mal y salimos como los peores, básicamente porque dijeron que nos estábamos adueñando de la casa.

Hay tanto grupo porque creo que la cultura del barrio se ha vuelto una cultura de mendicidad. Son exitosos? No sé cómo medir el éxito. Desde el punto de vista del impacto? O sea, número de personas? Pues los comedores ganan. ¿Cuánta gente no va a comer? O pez en el agua, que regala muchas cosas. Pero si miramos la capacidad de abrirle la mentalidad a alguien y que diga: -sí, pasé por esa organización y necesito organizarme, donde esté tengo que transformar mi entorno, entonces sí creo que las organizaciones que nacieron en el sector son mejores.

No participo en las juntas de acción comunal del sector porque... tienen dueño! O sea, usted va a encontrar los mismos líderes de hace diez o veinte años, son los mismos, se intercambian los cargos. Lo hemos intentado... Hace dos o tres años que teníamos un trabajo fuertísimo con jóvenes, estábamos moviendo doscientos muchachos a través de unos campeonatos y unos talleres y necesitábamos salones comunales porque no cabíamos en la sede que teníamos, pero los de las juntas nos pedían plata por todo y es muy complicado trabajar con ellos, porque ya es el vicio de ser adulto, el vicio del poder, del dinero.

Si bien no he estado con la juntas, asistí en el año dos mil cinco a un montón de reuniones sobre la legalización, porque es que la ley es muy ambigua. Primero dijeron que era rural, después que era ambiental, después que podía ser urbano. Han ratificado al acomodo político. Lo que creo es que aquí no es ilegal porque nadie ha invadido, todo

el mundo ha comprado sus lotes, tienen las escrituras. Inclusive los de la Esperanza tienen sus escrituras, tienen su documento de compra. No hay una ilegalidad porque todo el mundo tiene sus documentos.

Los jóvenes casi no participan en lo de la juntas primero porque los de siempre no quieren ceder espacio, porque creen que por ser joven, no es capaz de manejar ciertas cosas y ahora se dan cuenta que sí somos capaces. Se pegan una desinflada y prefieren no meterse con nosotros. Lo segundo, los jóvenes que están en organizaciones en el sector que de verdad camellan o trabajan, porque una cosa es estar en una organización y otra que trabajen de verdad, son gente como yo, que vieron a sus padres trabajar en el barrio, que sus padres han sido líderes. También saben cómo es esa gente de las juntas y prefieren hacer sus cosas auto gestionadas, tener su propia organización y no ponerse a pelear con ellos. Hace un año y medio estuvimos a punto de irnos todos en bandada, en un gran grupo, a la junta de San Luis, y elegirnos a nosotros mismos, desde el presidente en adelante y no fuimos capaces. Nos dio vaina porque ese señor Barco, el actual presidente, es de los que se la pasa hablando con los sargentos del ejército y de la policía.

Participo en una organización de deportes y cultura juvenil. Estamos consolidando un grupo base porque sólo no se puede, tiene que buscar siempre un grupo de trabajo... El que había se desvaneció, tocó volver a armar uno nuevo. Todo nació cuando estaba en la Universidad, le surgen muchas ideas y en la Nacional hay mucha organización juvenil y en mi facultad hicimos parte de una que se llamaba comité cultural e hicimos cine club, diferentes cosas. Nos pusimos a hablar con un amigo sobre el grupo en la universidad que no estaba respondiendo a ningún problema social y fue cuando empecé a reunir a los más cercanos. En esa época era bella, joven y soltera! Me reuní con mi hermana, mis primos y les dije que si hacíamos algo, ellos siempre han jugado micro fútbol, y empezamos a escribir qué íbamos a hacer, cómo nos íbamos a llamar.

El nombre del grupo - ¡Si P'alante! - se nos ocurrió del estancamiento del joven, de los que no hacen nada y del estigma que hay, pues pongámonos P'alante y P'a las que sea! Y empezamos a hacer juegos autóctonos, competencias de yo-yo, de trompo, de rana, de tejo. Lo curioso era que se pensó para jóvenes y llegaban y llegan adultos y los dejamos participar. Porque no vivieron su juventud, por eso son tan resabiados... Hicimos convocatoria y llegaron cincuenta a participar esa vez, nos pareció buena la idea de un centro de juegos autóctonos, proyecto que se llama "el retorno del turmequé"... Ahora le metimos mas cosas, la cuestión política, la organización juvenil alrededor de una identidad colombiana, teníamos que hacer respetar nuestro territorio y fue cuando se agarraron con las juntas porque empezaron a recuperar las canchas de la Semilla. Decidimos convocar más jóvenes y lo que más los convoca es el fútbol. Para participar no pagaban pero tenían que ir a los talleres, porque la idea es que de este proceso se formara un grupo semillero, lo que pasa es que algunos tuvieron que irse del barrio, otros trabajan y no tienen tiempo, otros eran desplazados y el gobierno les dio la ayuda para una casa, pero les salió en Usme, al sur, ellos no podían desaprovechar la oportunidad y se fueron.

Entre organizaciones anteriormente se colaboraban, ahora ya no mucho. Hace unos tres años se hicieron intentos, hicimos un diagnóstico de la problemática barrial, propusimos proyectos juntos, hicimos una cantidad de cosas pero de pronto entraron otros intereses y también se metieron otras personas ajenas que no dejan a los muchachos solos y empiezan a abanderarse de la organización. Por ejemplo, éramos tres organizaciones y

empezamos a hablar con otras que tenían sus propias costumbres, empezaron a imponer sus ideas y se rompió todo. Estas organizaciones tampoco se cruzan con las juntas. Hay otras organizaciones como Salud a su Casa que trabaja en los territorios, pero no hemos participado porque no es llamativo para los jóvenes, la institucionalidad no es llamativa para el joven, o sea, lo que venga desde arriba. Porque han prometido mucho y no han cumplido. Si dicen: “van a venir de la alcaldía”, los jóvenes dicen: -¡ay no! No hay un respeto por la institucionalidad, en cambio si uno les dice: - vamos a hacer algo, dicen: - ¡ay si chévere! Como algo más interno, más propio, entonces si participan.

Las instituciones no saben acercarse a los jóvenes. Hace dos años, trabajamos con el fondo de las Naciones Unidas y ellos si supieron hacerlo: venían, visitaban las organizaciones, hicieron un proceso y los jóvenes si les trabajaban. Pero a veces por ejemplo, le voy a decir del hospital Chapinero dicen: “lléneme la planilla”. Uno entiende que es su trabajo pero muchos no lo entienden y chocan porque se sienten usados...

En las organizaciones obviamente los hombres participan más; con las mujeres es más complicado. Pareciera que la mujer se encierra en su mente, en su casa, no quiere ir más allá de su familia. Este sector todavía es muy machista, usted ve peladas de quince años vueltas nada la cara a los golpes o toman una posición pasiva y no exigen nada a su pareja, menos lo hacen con el barrio. Pero en mi grupo P'alante somos más mujeres, todas son solteras, esa es la diferencia, cuando las muchachas tienen su marido ya no existen organizaciones. En cambio, mi esposo a diferencia de otros hombres, me apoya. ...No podría hacer todo lo que hago sin su apoyo. Él es el coordinador de P'alante, porque se necesita un compañero en el proyecto de vida...Pueda que sea muy buena líder pero si su esposo le pelea porque sale a la esquina, la cela y usted se aguanta, eso no funciona. Él trabaja en una fundación con de la Secretaria de Educación, en un proyecto sobre música colombiana en un colegio de Usaquén, le están enseñando a los pelados a tocar arpa, cuatro, acordeón.

Los hombres eran más apartados en la generación anterior, el caso de mi papá fue un caso diferente. En las juntas todos son hombres, a las únicas mujeres las dejan como secretarías o tesoreras, el resto, como en la junta de san Luis o en la de la Sureña, son hombres. Algunas mujeres están en la red de mujeres, si hablo de mi organización, casi todas somos mujeres pero el hombre tiene ciertas ventajas en la participación.

Otra cosa que impide la participación de las mujeres son los hijos, o mejor, que las mujeres los usan como excusa. He llegado a la conclusión que el que las mujeres se embaracen más temprano, es un problema a nivel general, por la falta de consolidación de las familias. Ellas crecen en un ambiente donde ven sólo a la mamá o al papá, a la madrastra o al padrastro y falta el afecto porque como es posible que niñas de quince – diez y seis años, se van de la casa porque están aburridas, se van a vivir con un niño de la misma edad y se dejan pegar de una forma... No entiendo, es como una carencia de afecto, una falta de alternativas a lo que ellas viven, entonces entregan su vida yéndose con alguien y teniendo un hijo y ese es su proyecto de vida. Si les pregunta ¿y usted que quiere hacer? - Criar a mi hijo y no más. Algunas están haciendo cursos en el colegio, las que yo conozco por lo menos, parece que se están poniendo pilas a estudiar, a mirar otras fronteras, se dan cuenta que los hombres no siempre son la mejor opción... Porque eso de la liberación femenina, que aparte de estudiar y trabajar tenemos que seguir con el rol de mujer, tener la ropa lista, la comida, los niños, el hombre se ha descargado, pero la mujer se ha dado cuenta que tiene que prepararse para buscar mejores trabajos.



La participación de los jóvenes es otro cuento. Hay que ver muchas cosas: que se generen espacios, si no nunca se van a reunir. Otras organizaciones hacen trabajos buenos, sin embargo no tienen espacios propios y por eso terminan en las esquinas. Ellos se encuentran donde les gusta estar, si se les generan otros espacios alternativos, les gusta ir, como dicen: -así sea me voy a sentar en una silla de puro desparche – para pasar el tiempo - pero me gusta! Pero si les dicen que vayan al salón comunal, no van a ir porque no le gusta, tiene que ser un espacio de jóvenes para jóvenes. Lo institucional no es atractivo, pero depende. Conozco juntas de acción comunal en Kennedy, donde han generado espacios para jóvenes y van muchos. Tienen tres pisos para la cultura juvenil y ellos hicieron sus murales, lo tienen como les gusta y tienen sus grupos de teatro porque es hecho por ellos y para ellos.

Tenemos un grupo que el padre Torres organizó, todos los párrocos deberían hacer eso, se llama comunidades de base y eso lo hacen en Brasil, creo que fue el movimiento Sin Tierra el que lo inició, con lo religioso, con la lectura de la biblia. Puedo invitar a los de mi cuadra, vamos a hacer una lectura de la biblia y empiezan relucir cosas, por ejemplo lo de la legalización y otros problemas de los jóvenes. La gente comienza a organizarse y empieza a construir cosas desde el punto de vista cristiano y se movilizan. Un día le pregunte al padre: - ¿usted está haciendo este intento, pero hay un lugar en Colombia donde lo hubieran hecho y haya resultados? Me dijo: - Si, pero mataron a los líderes, no les voy a decir mentiras! Le dije: - ¡juy padre! ¿Quiere que nos pase eso a nosotros? No, me contestó. Lo que ellos hicieron fue durante muchos años y con gente muy comprometida, porque que de la lectura de la biblia salga un hecho concreto para solucionar un problema es difícil sin que una comunidad sea tan preparada, porque así fue en Brasil. El padre Torres ha hecho muchas cosas en el barrio y se quiere ir a Ciudad Bolívar, ya pidió el cambio, aunque lleva cinco o seis años aquí. Tiene mucho espíritu de misionero porque Ciudad Bolívar es durísima. Él tiene una amiga misionera que se llama Katia que tiene que aceptar a donde la manden, ha ido a varios países de latino América. Cuando pidió aquí le tocó con el padre, se hicieron amigos, pero la cambiaron a Caracolí y por eso él se quiere ir, hay muchas necesidades y lo que la hermana Katia nos contaba un día es que usted va caminando y ¡pum! un muerto, es un conflicto muy horrible, muy agudizado. Para que los muchachos participen, se va de casa en casa y los acompaña porque les da miedo salir.

El padre nos contaba historias que no pensé que fueran ciertas... Hace ocho o quince días, llegó un muchacho desesperado a decirle que necesitaba plata, que eran puras ganas de droga y lo trató mal y le tiró la puerta y el padre fresquísimo, tranquilísimo. Le dije: - ¡Padre usted es muy controlado! - Es que me toca y si no ellos me la montan; cuando llego, me toca mirar para todo lado, que no me estén haciendo la encerrona o algo porque uno nunca sabe, no ve que yo me he echado muchos enemigos?! Pero él dice que si lo matan no pasa nada, como es un religioso tiene otro pensamiento. También me contaba que soñó que fueron a amenazarlo y dijo – mátenme, para mi mejor porque yo me voy para donde Dios y usted queda condenado!

Su cambio depende de la Curia, pero nadie quiere coger esta parroquia; él se iba a ir en diciembre pero ningún sacerdote quería venir. Porque cuando un padre comienza un proceso, el que venga tiene que seguirlo, ese es el compromiso. Creo que por eso acabó la casa de rehabilitación para que otro padre venga y lo reemplace más fácil. La casa funcionaba con internado aunque algunos se volaban, volvían, se iban, duraban ocho días y así. Mientras los engordaban otra vez y volvían a la calle.

También hay otras iglesias cristianas, hay muchas en el barrio. Los testigos de Jehová son fuertísimos porque llevan muchos años aquí; los mormones son otros, doña Saray de la sureña, es mormona. Aunque ella no viste como mormona, pero es radical. Hay otros cuatro tipo de iglesias deferentes: la Pentecostal, la adventista, una que es de muchos jóvenes, que está en el paradero de buses y otra que queda por la quebrada Morací y dan desayuno y almuerzo.

Uno de los problemas que siempre ha existido en el barrio es la falta de inversión, por la supuesta ilegalidad, no se invierte en infraestructura. Por ejemplo, lo que nos pasó cuando tuvimos la sede Emilista. Fue una lucha porque P'alante estaba en esa sede, pero era una sede juvenil compartida, por si otro grupo no tenía en donde reunirse. Habíamos fortalecido las organizaciones, hicimos eventos y nos la quitaron. Falta una casa juvenil y no solo acá sino en todo Chapinero. Otro problema que hay es que se diga que se están planeando los proyectos con la comunidad. Eso es una vil mentira! Vienen y convocan a los viejitos al salón comunal, yo he ido también, hablan muy bonito pero no se ve reflejado en los proyectos locales.

Esos proyectos no reflejan nuestras necesidades, como la de tener más programas para el tiempo libre. Aquí hay mucha potencialidad, muchos jóvenes buenos y no hay en qué se ocupen. En cambio hay otros que si están bien organizados, que son las ollas, que trabajan todo el día. Hay mucho problema de drogadicción; en el último año se ha presentado este problema hasta tal punto que hay niños de diez y once años consumiendo, porque no hay nada en que los muchachos se entretengan. Por más que las organizaciones trabajen, no tienen la capacidad financiera ni la fuerza para convocar a todos los jóvenes que hay, que son más de tres mil. Por el otro lado, las ollas están en un crecimiento impresionante. Un personaje que ha trabajado mucho contra esto es el Padre Torres, con jóvenes pesados drogadictos, pandilleros... Acabó hace un mes su casa de rehabilitación porque se cansó, cómo es posible que lo empujan y lo amenazan con cuchillo. Pero tiene un poder de auto control de admirar, les dijo: -me va pegar? Pégueme, me va a acuchillar? Hágalo. Una vez lo fueron a amenazar que si seguía con el desmantelamiento de ollas le iba a pasar algo, él le dijo al muchacho que llevaba la amenaza: - venga y me mata si puede...

De las cosas que han cambiado en el barrio, veo que una es la población. Antes éramos pocos, más fácil organizarse colectivamente, ahora somos muchos y no se sabe con quién está hablando. Antes se sabía quién era la familia tal y había confianza, ahora hay muchísima gente de otros sectores. Ya no se sabe de dónde vienen, ni cuál es su familia, son personas que no colaboran, no participan, es más difícil. El trabajo comunitario se ve menos por tanta gente que hace los procesos más lentos, cuando participan es más demorado ponerlos de acuerdo.

Hace unos años ambientalmente también era un sitio mejor, ahora está más degradado por la cantidad de gente que ha venido. Cuando estaba en el colegio, íbamos a nadar a las quebradas, el agua era limpia. Ahora es lleno de espuma y sucio. Pero eso refleja que el Estado ha privilegiado ciertos sectores, invierte y genera desarrollo... Nada más en la localidad algo tan básico como el saneamiento, el alcantarillado, lo debe financiar el gobierno, lo dice la constitución y aquí a Acualcos se le ha pedido muchas veces que invierta y no han querido. Eso si es cuestión de ilegalidad porque así sea rural o urbano debe invertir, por eso el alcantarillado es deficiente y las quebradas están contaminadas.

También hay exclusión por sectores, como con la Esperanza pues parece un sitio aparte. Mi esposo es de allá y su tío, don Albercio, duró como veinte años en la junta. La gente lo llama ladrón porque no se le mide a esa vaina. Nada más cuando él se trata de reunir con las otras juntas se siente: "usted para qué viene?" y él dice: - no más! Las otras juntas llaman a trabajar por la legalización y no llaman a la Esperanza, no invitan y ellos son los que más pendientes están porque son los que están en mayor riesgo.

La discriminación es grande, por ejemplo Acualcos no les provee agua y cuando trabajé en el acueducto comunitario, me tenían prohibido dar información o hablar con alguien de la Esperanza porque de pronto eso era perjudicial. Mi trabajo eran los sistemas de información geográficos porque yo sé manejar el programa SIF. Ellos toman el agua de nacimiento de Moyas y hay un mini acueducto pequeño, pero no tiene ingeniería. El agua pierde presión y a veces no llega y cuando llega deben tener sus galones y canecas listas para guardarla y que dure para toda la semana.

El problema es que la Esperanza se sigue poblando, siguen vendiendo los lotes, hay muchos lotes vacíos... Además, abajo es mucho más caro el arriendo, digamos esta casa vale trescientos cincuenta mil aparte de los servicios, en cambio se consiguen casas bonitas en doscientos mil y la gente busca la comodidad, se va a lo más barato, por eso se ha poblado porque la gente que tiene plata dice "yo construyo y gano dinero por arrendar". A pesar de los servicios porque ahora está la moda que cada casa tiene su aljibe, pueda que no tenga el acueducto pero tiene su aljibe de agua. Es una zona muy rica en agua por eso hay tanto barro, porque el agua sale, brota de la tierra.

Aparte de Acualcos he trabajado con las madres comunitarias, como, representante legal de la asociación Gente del mañana, que tiene once mamás. Mi trabajo consiste en que debo suministrarle los alimentos a los jardines comunitarios para que tengan lo suficiente para los niños, además de manejar todo lo administrativo: que tengan la cobertura, la planeación pedagógica, los requisitos para los jardines, el saneamiento, todos los parámetros para tener los niños. Todavía soy la representante legal, es duro porque eso es por amor al arte, la plata que asignan no alcanza para nada, como para decir: - voy a coger algo de dinero para los buses. El Instituto de Bienestar, que dirige las asociaciones, no da para el transporte ni para lo administrativo, solamente da lo de las raciones para los niños y lo de la beca para cada madre comunitaria. Cada ración niño día, son mil setecientos cuarenta pesos y con eso le tienen que dar un desayuno con fruta, huevo, bienestarina en leche, almuerzo que tiene proteína, huevo arroz, un carbohidrato, una verdura y jugo de cosecha y unas onces con bienestarina, queso o pan. Para que la plata alcance hay que comprar por mayor. Lo de las becas de las mamás, es un aporte que les hacen a ellas de trescientos setenta y seis mil pesos. Tengo ese pensamiento que no podemos coger plata cuando es para la gente, eso es antiético; con tan poquita plata he logrado optimizar, doy buen mercado para los jardines y a pesar de eso otras señoras de la asociación me dicen: - no sea tan boba, despierte, usted tiene que cobrar su sueldo.

Pertenecer a esa asociación es como estar en las otras juntas, a los que llevan años no se logra bajarlos de ahí... El cargo es por un año, aunque hubo una señora que estuvo cinco años, Doña Teresa, que también hace parte de la red de artesanos; me pregunto: Por qué no son reemplazados? Renovados? Se me dio por lanzarme y gané. Me eligieron por votación los padres de los usuarios. Lo que quería era tumbar esa estructura. Y resulta que las mismas señoras le hablan y le dan consejos como: - usted es muy peladita y no sabe de esas cosas. Como cada mes se deben pasar las cuentas de los gastos, paso lo que es y algunas me dicen: - páselo un poquito por encima! Por

qué? - Porque de pronto después se necesita plata, hágame caso. Soy la representante legal y paso las cuentas como a mí me parezca.

Mi mami también es madre comunitaria, tiene un hogar y mi hermana es profesora del distrito, ella ya se graduó -me ganó - está trabajando en un colegio de Usme, vive con mi mamá. Prefiere aguantarse el viaje hasta el otro extremo de la ciudad y no irse del barrio.

Gracias a Dios, he ido a muchas partes de Bogotá y sé que este lugar es diferente. Conozco Caracolí en Ciudad Bolívar, conozco Soacha y una cantidad de lugares. Primero, aquí no hay grupos armados o si los hay no sé en dónde están, nunca los he visto. Hay gente que dice: - mire este es raro o extraño, pero así que se vea la presencia, que impongan toque de queda, no, porque cuando fui a Caracolí, había ciertas horas que uno tenía que irse o que le recomendaban no hablar con algunos, porque allá si hay presencia de armados... Aquí suben las contra guerrilla del ejército, porque por el bosque pasan, pero yo no he visto nada. La seguridad también es diferente porque hay ladrones, como en todo lado y hay pandillas, pero no hay una violencia como tan fuerte que usted diga: - ¡no puedo salir a tal hora, porque me van a atracar en la calle! No hemos llegado a ese extremo.

A pesar que hay muchachos que están en las drogas, de todas formas ellos cuidan su sector, no son ajenos, porque se criaron acá y lo quieren a diferencia de otros. Por ejemplo, en Ciudad Bolívar hay gente de muchos lugares del país que no quieren su sector, porque no nacieron ni se criaron ahí, no les importa llegar a armar una pandilla. Aquí los chinos todavía quieren a su sector y por lo menos si ve que algún ladrón está haciendo algo, uno lo conoce, sabe en dónde vive, cuál es su familia. Lo otro es que aquí no hay indigentes porque no se aguantan el frío! Hubo un indigente una vez, se quedó dormido en el bus que lo trajo hasta acá. Le iba bien porque todo el mundo le daba pan, pero él se fue. Aquí no hay indigencia porque el clima es muy fuerte!

## **4.2 RESULTADOS Y DISCUSION**

Se identificó un tema principal: el tema cultural, “Mujeres participando y construyendo un paraíso posible”, que comprende dos categorías: la primera “Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible” que vincula las necesidades del territorio como fuente de organización comunitaria; con sus subcategorías: necesidad, participación y paraíso posible; la participación como transmisión de la cultura y su relación con la mirada desde fuera que hacen las instituciones, subcategoría denominada el papel de la institución en la construcción del paraíso posible. La segunda categoría “Mujeres y nuevos pactos” se refiere a las subcategorías de género y de diferencias de generación, como dinámicas culturales de la participación social en salud.

La figura del anexo 4 resume la perspectiva que la comunidad tiene una cultura marcada por su historia y los significados asignados de manera colectiva, incluido el de rol según género. Una línea ondulante atraviesa el territorio y una percepción de dos generaciones: la línea de tiempo, que discurre como una flecha sólida en un solo sentido que es el tiempo para la institución, representada como un punto de contacto delimitado y concreto en su contacto con la comunidad de la cual sólo logra conocer eso que puede a través de ese punto.

La discusión aborda el tema cultural, las categorías y las subcategorías desde las historias de vida respondiendo en primer lugar, al marco teórico de partida pero sobre todo a las tensiones epistemológicas presentadas en el desarrollo de la investigación, que obligaron a realizar una mirada más amplia desde los significados atribuidos por las colaboradoras al tema de la PSS. Mirada que intentan percibir el universo del significado de la comunidad más allá de la propuesta teórica inicial abogando por “la caída de dogmatismos ideológicos y el desuso en el extremismo del pensamiento humano”.<sup>278</sup>

### **4.2.1 Mujeres participando y construyendo un paraíso posible:**

El tema cultural resume el papel de la participación para las mujeres colaboradoras en la investigación, la cual se convierte en un medio en la construcción de un paraíso definido por la propiedad de la tierra y la posibilidad de arraigo.

Se resalta que durante la investigación sobre la PSS se evidenció que en el marco del lenguaje y del significado cultural de la comunidad, los términos participación social, participación social en salud, atención primaria, equipos básicos, núcleos de gestión, no hacen parte de su terminología. La definición más cercana a participación social es la de organización comunitaria, que tiene un fin

---

<sup>278</sup> DEL CAIRO, Carlos. JARAMILLO; Jefferson. Op. Cit, pág. 18

específico para las mujeres de este territorio.

Desde esta perspectiva, los miembros de la comunidad se organizan para construir sus paraísos posibles, que pueden tener matices diferentes en sus significados, pero sin embargo es común la expectativa de legitimar la pertenencia del territorio para todos ellos. De este resultado surge el tema cultural “mujeres participando y construyendo un paraíso posible” que abarca el sentido que tiene para la comunidad el asociarse, organizarse y negociar con las instituciones en busca de respuesta que contribuyan a esta construcción.

El paraíso posible está representado por la propiedad de la tierra y se vislumbra en el origen de las colaboradoras, cuatro de ellas inmigrantes del campo a la ciudad tras nuevas oportunidades, laborales, familiares, de atención en salud o por el conflicto armado, desde diferentes pueblos y áreas rurales atraídas por Bogotá, considerada el principal polo de desarrollo del país, escogiendo un enclave de los cerros orientales de la ciudad.

Desde que los cerros eran habitados por la cultura Muisca hace más de cinco siglos, ya se percibía el carácter discriminatorio de su uso<sup>279</sup>. A medida que avanza el crecimiento desordenado de la ciudad, los cerros ofrecieron posibilidades de habitabilidad para numerosas familias que hoy se asientan allí, a pesar de la política pública de regulación del uso del suelo,<sup>280</sup> ya que el territorio es aquello que es “valioso para otros pero que está ocupado arbitrariamente por las personas equivocadas, que no pueden invertir de manera adecuada para hacerlo más rentable”.<sup>281</sup>

*“En este lugar había pocas casas, pero había vegetación y mucho monte nativo. Era muy bonito pero también era difícil: cuando llegué no había transporte. Imagínese! La vía principal era la vía a la Calera a más de 10 cuadras subiendo por la loma y el transporte municipal llegaba hasta Patios.” (Adelina)*

*“Cuando nos pasamos no había luz, agua, teléfono, ni transporte. Aún con todas estas dificultades, nosotros compramos! Traíamos el agua de un nacedero, era muy pura pero ahora ya no sirve. Nos transportábamos en la flota Valle de Tenza o a veces bajábamos*

---

<sup>279</sup> “La disolución paulatina de la sociedad Muisca (durante la colonia), estuvo precedida por el desplazamiento de los nativos (y luego los mestizos) hacia los humedales y los Cerros. De este modo, los Cerros pasaron de ser una reserva natural exclusiva de la clase alta y comenzaron su vocación de territorio marginal. Hasta hoy, la mezcla de ambos caracteres se mantiene y los Cerros Orientales siguen siendo ocupados por aquellos lo suficientemente ricos para pasar por encima de las normas (muy pocos) o tan pobres que sólo pueden asentarse pasando por debajo de la cerca (un montón).” CAMARGO PONCE DE LEON, Germán [online]. Historia pintoresca y las perspectivas de ordenamiento de los Cerros Orientales de Santa Fe de Bogotá. [Consultado en marzo de 2011] Disponible en: [www.cerrosdebogota.org](http://www.cerrosdebogota.org)

<sup>280</sup> Resolución 463 de 2005.

<sup>281</sup> PEÑA FRADE, Nayibe [ONLINE]. El territorio y las ciencias sociales: una relación cambiante y segmentada. [Consultado en marzo de 2011] Disponible en: [http://www.fuac.edu.co/recursos\\_web/descargas/grafia/territor.pdf](http://www.fuac.edu.co/recursos_web/descargas/grafia/territor.pdf)

*y subíamos a pie porque la flota cumplía su ruta con un horario, no como los buses corrientes". (Luisa)*

Contra todas las dificultades de asentarse en un territorio legítimo para la comunidad que lo adquirió por las vías de derecho (compra a su propietario original), las mujeres se convierten en el motor de creación de vínculos para formar este proyecto local, donde transcurre buena parte de sus vidas, donde permean nuevas relaciones con los otros, donde se hace el paso de lo rural a lo urbano cuando ellas como migrantes del campo aprenden a ser ciudadanas, en diferentes momentos durante los últimos treinta años, que marcan miradas diversas desde las necesidades percibidas por una u otra generación, en este territorio aparentemente común pero diverso.

*"En ese tiempo había luz, no había agua, ni teléfono. El agua la teníamos que cargar desde unos aljibes. Con mis hermanos cargábamos el agua desde muy temprano, nos tocaba madrugar porque había unas colas larguísimas. Lavábamos la ropa en la casa, aunque había gente que se iba a lavar a una quebrada abajo de la Capilla, o se iban a un pozo llamado las Moyas". (María Lucía)*

La participación social en salud no es definida como tal por las colaboradoras. Este hallazgo de la investigación, generó múltiples dudas desde mi reflexividad: partiendo de unos supuestos teóricos y pragmáticos, establezco que a excepción de Lucía, quien ha tenido vínculo con las instituciones de salud del territorio, ninguna de las colaboradoras menciona el término y mucho menos su categorización como participación social en salud.

*"Nos propusieron que nos organizáramos para hacer un tanque de almacenamiento de agua arriba y que la traían hasta las casas, que hiciéramos un acueducto comunitario, porque el de Bogotá no lo podíamos tener porque el barrio no era legal." (Adelina)*

*"Como no había Junta de acción Comunal, se crearon unos comités y se trabajó con un proyecto que proponía traer agua del Verjón". (Lucía).*

Si las mujeres desconocen la nominación institucional de participación social en salud, desde el proceso de investigación se generó la búsqueda de lo que para las mujeres era el equivalente de participar. Definitivamente no es ninguna de las definiciones teóricas o de los enfoques mencionados. No se clasifica en el ámbito del derecho o de la instrumentalización. Y es en este momento en que se realiza uno de los principales hallazgos de la tesis desde el tema cultural y sus dinámicas: la participación es la organización comunitaria en la intersección entre necesidad y respuesta; entre necesidad e institución en el territorio; entre historia y contexto de la comunidad y la relación con el otro; entre roles de género aprendidos y negociados con las nuevas realidades y expectativas del paraíso posible; en tiempos en movimiento para generaciones diferentes. Y es allí donde precisamente, la institución no llega; la institución no entiende y sigue aplicando la misma mirada vertical que refiere Ugalde del que viene con el saber desde fuera a plantear formas de interrelación para con ella y entre la misma población que se queda al margen de los procesos participativos propuestos.

#### 4.2.2. Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible:

La definición de participación social en salud forjada a través del trabajo de investigación es la capacidad y el derecho de la comunidad de afectar las decisiones en salud que se tomen para sí misma y la capacidad de las instituciones de validar la voz de la población, teniendo en cuenta las dinámicas culturales que la generan. El equivalente comunitario desde la perspectiva de las mujeres es la organización para la construcción de respuestas a sus necesidades de servicios públicos, que las afectan de manera particular, ya que son quienes afrontan la cotidianidad desde las carencias. Las mujeres enfrentan las necesidades del día a día con una respuesta conjunta que terminará siendo el motor de la organización comunitaria.

*“Muchas veces, mi hijo mayor y yo, a las 5 de la mañana ya estábamos luchando por el agua: con una carretilla y cuatro galones de esos grandes, traía lo que podía y a las 5 y 20 ya estábamos de vuelta acá. Traíamos el agua así como saliera de la quebrada, la colábamos aunque no traía sino hojitas de chusque, era limpiecita y de un sabor delicioso porque estaba limpia!” (Adelina)*

*“A las tres de la mañana tenía que lavarles los pañales a mis hijos en unos pozos. Había señoras que ponían un trapo que era el turno que separaba el lugar, yo les hacía su trapito para un lado y les madrugaba, qué risa tanta lucha! Llegaba aquí a las 5 de la mañana con la ropa lavada, eso sí, tiritando de frío! En vista de tanta dificultad, formamos la junta de acción comunal de la Sureña, con lo cual eran ya tres juntas que trataban todos los problemas: el transporte, la luz, el agua” (Mery)*

*“Estuve en el paro para conseguir que nos construyeran un colegio decente, porque los techos de la escuela se caían sobre los estudiantes, los niños no cabían, era muy peligroso cruzar la carretera o teníamos que ir a Canteras a llevarlos, monte abajo. Hicimos esa huelga y logramos que el Plan Padrinos nos patrocinara, nos diera unas casitas prefabricadas que nos sirvieron mucho!” (Luisa)*

*“Hicimos la huelga de las tapas, salimos a la calle, con las ollas y les tocó inaugurar el acueducto sin que lo hubieran probado; se rompía por todos lados pero funcionó; hoy en día es una microempresa con mucho problema, porque donde hay muchas manos que quieren agarrar lo mismo, se daña y no se agarra nada!” (Mery)*

Los resultados determinan que la cotidianidad “identificada por el dominio de la repetición rutinaria, que es vivida enteramente en el presente”,<sup>282</sup> marca la organización comunitaria en torno a participar para hacer frente a las necesidades: el agua, la luz, la educación, el acceso a salud, se requieren hoy. Y para conseguirlo, esta organización se caracteriza por ser micro local, como lo menciona Arredondo. Las mujeres no pretenden resolver la ciudad, pretenden

---

<sup>282</sup> BAILLERES LANDERO, Diana. Op. Cit., p. 278.



resolver lo local, en el presente inmediato, su paraíso, característica a tener en cuenta en la planeación en salud. Sin embargo, la comunidad juega con las lógicas institucionales y los pobladores “establecen una relación instrumental con la política social del Estado expresada en la lógica del proyecto y del evento, que es, en todo caso, lo que en gran medida les permite sobrevivir”.<sup>283, 284</sup> Significa que negocian con el orden establecido para obtener lo mínimo que se les niega institucionalmente por la ilegalidad de los barrios.

Las respuestas fragmentadas que obtienen gracias a esta negociación, son también metas que las instituciones cumplen respecto a la representatividad que se les exige desde sus propios objetivos misionales y en consecuencia con las responsabilidades penales y disciplinarias que como servidores públicos tienen.<sup>285</sup> Es decir, la comunidad por una parte tiene necesidades y del otro lado, la institución tiene compromisos a cumplir.

Sin embargo, este embrión organizativo no convoca de manera masiva. Vivir en un territorio con necesidades no es condición sine qua non para participar. Esta decisión se genera en mujeres con una historia previa quienes, además, la transmiten como parte de su cultura. A partir de los significados culturales individuales y grupales, se establece un modelo de relación entre sí y con otros que permea la organización comunitaria.

Resolver la cotidianidad da paso, entonces, a formas variadas de organizarse y exigir lo que la comunidad considera les corresponde. En este orden “reconocer que los sujetos participan a partir de su cotidianeidad constituye una perspectiva decisiva para entender la racionalidad de sus prácticas; pero reducir las posibilidades de sus prácticas a dicho nivel imposibilita comprender por qué dicha racionalidad puede operar dentro de determinadas situaciones y no de otras. Más aún, impide comprender por qué determinadas formas de participación social son frecuentemente las dominantes en el nivel local, pero tienen poco impacto en las condiciones estructurales. Si la igualdad y la distribución de la riqueza son componentes importantes del desarrollo, las instituciones tradicionales tienen mucho que ofrecer, en algunos casos más que las modernas.”<sup>286</sup>

---

<sup>283</sup> ARREDONDO, Félix. Participación comunitaria y salud primaria: el caso de los consejos de desarrollo local de la comuna de La Pintana. Tesis de Sociología. Universidad de Chile, Facultad de ciencias sociales. 2008

<sup>284</sup> Como afirma Pardo, “Esto implica que no se deben generar falsas expectativas respecto a los alcances de las actuaciones que permite la participación. También implica que se deben respetar los ámbitos de actuación y las tareas encomendadas a los administradores en ejercicio de sus funciones”.

<sup>285</sup> PARDO, Martha. La política pública de participación del distrito capital como instrumento de efectividad para el ejercicio del derecho a la participación. Tesis Maestría en estudios políticos. Pontificia universidad javeriana. Facultad de ciencias políticas y relaciones internacionales. 2007. P. 100

<sup>286</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Op cit., p 119

#### 4.2.2.1 Necesidad, participación y paraíso posible:

Reunirse, agruparse, trabajar con otros para responder a necesidades comunes es una característica de la comunidad. Como lo resalta Bauman “en nuestro mundo privatizado e individualizado, en rápido proceso de globalización, uno puede imaginarse ambas (hogar y comunidad), sin miedo a la contrastación práctica, como un acogedor refugio de seguridad y confianza, y por esta razón son ardientemente deseados”<sup>287</sup>, independientemente de los conflictos que puedan surgir al interior en la formación de la misma.

El territorio no es apto para la comunidad según la perspectiva institucional: tiene carencias fundamentales en servicios públicos que no se resolverán de manera prioritaria por la ciudad. El territorio apremia respuestas a sus carencias: agua, luz, atención en salud, educación, transporte. En mayor o menor medida, las colaboradoras de la primera generación, crean espacios de demanda para la satisfacción de cada necesidad, en unión con otros pobladores.

La organización por el agua identifica de manera contundente el embrión de lo comunitario en el territorio. Sin embargo, no es una experiencia única ni original de esta comunidad, como lo menciona Ugalde: sujetos y grupos “no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas; gran parte de su vida consiste en tratar de vivir dentro de estas condiciones, que para la mayoría de la población aparecen como anónimas o son referidas a sujetos o procesos locales a los cuales identifican como los culpables de su situación actual”.<sup>288</sup>

Las colaboradoras se organizan para ser reconocidas y así lograr ser escuchadas en sus necesidades de auto conservación, que de esta manera se convierten en demandas como lo menciona Heller<sup>289</sup>.

*“Había un pozo descubierto aquí cerca, a donde teníamos que ir a la media noche, pero era agua muy limpia porque casi no había familias.” Lucía*

*“Para conseguir los servicios también fue otra pelea; para la luz fuimos a los miradores, de la Paloma, le pedimos permiso al ejército para pasar una cuerda y por allá nos pegamos...Para el agua, peleas y peleas!”. (Mery)*

*“ Traíamos el agua de un nacedero, era muy pura pero ahora ya no sirve porque mucha*

---

<sup>287</sup> BAUMAN, Zygmunt. Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil. Madrid: Siglo XXI editores, 2006. P. 198

<sup>288</sup> UGALDE, Antonio. Op. Cit., p 26

<sup>289</sup> YOSHIKAWA, Emiko. Op. Cit., p 16

*gente hizo baños en la tierra y el agua sale contaminada, lógico. Después, las juntas directivas se organizaron para lo del acueducto.”Luisa*

Las mujeres relatan la organización en torno a la consecución de los servicios públicos. Se organizan, generando comunidad marcada por la apropiación de necesidades particulares convertidas en comunes: el agua, la luz, el colegio. Es importante resaltar que es la cotidianidad en resolución lo que genera esta organización inicial, que evidencia que “la mayoría de la participación social en la que los sujetos y pequeños grupos gastan sus vidas, se realiza para enfrentar las consecuencias impuestas a sus vidas cotidianas por actores e instituciones ajenos a su localidad”<sup>290</sup>.

La manera de resolver el día a día, ha cambiado a lo largo de más de 30 años. Esas necesidades de lo cotidiano, que según Max Neef “cambian con la aceleración que corresponde a la evolución de la especie humana”,<sup>291</sup> permiten verificar una línea de tiempo y unos ritmos específicos según el desarrollo de la capacidad organizativa de la comunidad, que puede situarlas en un momento inicial de participación o avanzando hacia la resolución de necesidades axiológicas más complejas como la identidad y la libertad (ver Anexo C):

*“Le digo a las mujeres que tienen que transformarse porque si no, no están haciendo nada en la vida”. Jennifer*

Esta transformación exigida está dada por el cambio de las necesidades iniciales a otras más complejas, donde la organización comunitaria surgió como un satisfactor de la necesidad de participación que a su vez estimula las necesidades de protección, afecto, ocio, creación, identidad y libertad,<sup>292</sup> que permite integrar las acciones individuales en acciones colectivas cuya representatividad y efecto es mayor.

En cuanto a las necesidades en salud y a la PSS en el territorio, antes de la Ley 100 de 1993, la Fundación Santa Fe se hizo cargo de dar respuesta a las necesidades sentidas aportando desde su programa de salud comunitaria un paquete integral que no sólo contenía acciones del área, sino además capacitaciones, saneamiento básico y trabajo con los promotores en salud, similar al modelo comunitario de APS promovido en los setenta por Héctor Abad Gómez en Santo Domingo, Antioquia. Fue un ejercicio centrado en los promotores, a través de los cuales realizaron actividades preventivas y asistenciales, fortaleciendo la participación comunitaria, rasgo predominante de la actividad de

---

<sup>290</sup> UGALDE, Antonio. Op. cit., p 14

<sup>291</sup> MAX NEEF, Manfred. Op. cit., p. 45.

<sup>292</sup> MAX NEEF, Manfred. Op. cit., p. 64.

las ONGs, quienes pretendían que los promotores tuvieran “no solo un rol de curador sino también de transformador social”.<sup>293</sup>

*“La Fundación hizo un diagnóstico y el censo de la población, así como ahora Salud a su Casa. Hizo la caracterización, empezó a priorizar para la atención.... No había un jardín para atender los niños... Es que la mujer no planificaba y los niños no iban a vacunarse”.  
Lucia*

*“Con la Fundación Santa Fe nos metimos porque en una semana santa, se murió un niño de peritonitis y no hubo un hospital que lo recibiera. Otra cosa era que íbamos a ver las señoras que ya estaban teniendo el bebé y lo tenían a la orilla de la carretera y a veces nos transportaba el camión de cemento a las cuatro de la mañana o los de leche, en medio de las cantinas y nos llevaban hasta la séptima y ahí mire como llegaba a la Fundación Santa Fe o algún hospital”. Mery*

*“Con salud recuerdo cuando llegó la fundación Santa Fe, que quería abrirse campo con la comunidad y mostrar lo que eran capaces de hacer... Tenían ese proyecto porque recibían ayudas del exterior y para recibir las creó la fundación Amparo, con la división de salud comunitaria que era un requisito para avanzar en los proyectos que hoy día tienen”. Mery*

Gracias a un marco normativo diferente, la Fundación desarrolló atención en salud en un territorio naciente, donde logró cobertura universal, apoyo a actividades ambientales, dando respuesta a las necesidades en salud en un sentido amplio; capacitación y participación comunitaria que le permitieron ser una de las instituciones con mayor impacto en la población.

*“Desafortunada o afortunadamente la necesidad, en algunos casos, une y es en todo sentido. La necesidad siempre une...Es la necesidad la que tiene a toda la gente pendiente de la legalización de los barrios, de conservar Acualcos y evitar que lo vendan. Hace un tiempo vino un señor de la CAR que dijo que definitivamente nos teníamos que ir de aquí: todo el mundo se movió, veía a los cristianos con los católicos, a los de diferentes religiones, todos estamos allá y en el nombre de Dios que nos atienden los directivos de la Car, porque cuando hay una crisis si nos movíamos a hacer algo.” Mery*

Las necesidades representan “realidades concretas de las agrupaciones de campesinos, de las asociaciones de barrio, de los comités de saneamiento, de las cooperativas de mejora del hábitat, que no surgen de una lógica de participar en un hipotético desarrollo, sino que se inscriben en historias determinadas por dificultades (económicas, ambientales, políticas, jurídicas, etc.) y oportunidades (interés de una agencia de desarrollo, encuentros con organizaciones no gubernamentales, implantación de programas de ayuda de urgencia, plazo para la utilización de fondos públicos, votación de una ley, etc.).<sup>294</sup>

En conclusión, como menciona Ugalde, la decisión de participar “es altamente

---

<sup>293</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Op cit., p 225

<sup>294</sup> FASSIN, Diddier. Op. Cit., p 119

racional: cuando tenían una necesidad se organizaban, y cuando no tenían necesidades preferían dedicar su tiempo y energía a otras actividades, Cuando se detecta apatía entre los pobres y los analfabetos en los suburbios del Tercer Mundo, ella responde a "la bien fundada convicción que las autoridades son particularmente poco sensibles a su situación". Estas observaciones son importantes, porque de ser correctas, las agencias internacionales deberían reconducir sus esfuerzos o presiones a tomar a los gobiernos más sensibles a las demandas de los pobres en lugar de desperdiciar su tiempo organizando comunidades."<sup>295</sup>

#### **4.2.2.2 El papel de la institución en la construcción del paraíso posible:**

En el ámbito institucional se identifican jerarquías que permean sus acciones operativas y de direccionamiento, la mayoría de las veces invisibles para quien hace parte de lo institucional y que definen una forma de acercarse a la cultura de la comunidad, lo que ahonda las brechas existentes en términos de uso del lenguaje, desconocimiento de experiencias comunitarias previas sobre el quehacer al interior de los territorios y sobre las propias expectativas que tienen los pobladores del papel que juegan las instituciones en la construcción de su paraíso posible.

Lo institucional está marcado por las jerarquías que permean sus acciones, las cuales generalmente se desligan de la historia y cultura de la comunidad, lo que ahonda las brechas ya existentes. La mirada sobre el territorio se realiza desde paradigmas opuestos: la jerarquía institucional con una percepción del tiempo contraria a la de la comunidad, para la cual la resolución del día a día es fundamental, mientras lo institucional, planea a futuros distantes. Ugalde, destaca que esta diferencia de lo institucional pasa no sólo por el temor de que la jerarquía médica sea cuestionada sino incluso por el manejo mismo de los recursos: "no se deben subestimar los efectos de la oposición de la clase médica a este tipo de iniciativas, ya que cuestionan su monopolio profesional, no solamente en el terreno terapéutico sino también en el acceso a los recursos públicos."<sup>296</sup> Esta separación de hecho, se constituye en una de las principales barreras para la participación, por cuanto si las dinámicas culturales comunitarias son desconocidas para el paradigma oficial, aquellas propias derivadas de la jerarquía profesional lo son aún más.

*"Creo que la comunidad es algo que hay que respetar, pero ya le digo la comunidad también tiene sus cosas y todos los servicios que logramos tener aquí es porque nos hemos unido, que más" Adelina*

---

<sup>295</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Op cit., p 127

<sup>296</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Ibid. p 99

*“Hoy en día, los proyectos son muy cortos y la idea dura lo que dure al alcalde o la organización o el concejal de turno. No son unos proyectos de continuidad, es decir, esto se hace, se continúa y hay que seguirlo. Lo de Salud a su Casa está bien para que la gente se dé cuenta, tanto los de allá, como los que viven acá, porque es muy difícil diagnosticar una comunidad desde un escritorio”. Mery*

*“Hay tanto grupo (instituciones) porque creo que la cultura del barrio se ha vuelto una cultura de mendicidad. Son exitosos? No sé cómo medir el éxito. Desde el punto de vista del impacto? O sea, número de personas? Pues los comedores ganan. ¿Cuánta gente no va a comer? O pez en el agua, que regala muchas cosas. Pero si miramos la capacidad de abrirle la mentalidad a alguien y que diga: -sí, pasé por esa organización y necesito organizarme, donde esté tengo que transformar mi entorno, entonces sí creo que las organizaciones que nacieron en el sector son mejores”. Jennifer*

*“Las instituciones tampoco duran mucho en el barrio, porque se les acaba el presupuesto, hacen proyectos cortos.” María Lucia*

Según Menéndez, se requiere “incluir la dimensión histórica en términos tanto teóricos como prácticos, dado que existe una tendencia a pensar y sobre todo a practicar la participación como si operara en una suerte de vacío histórico y social lo cual entre otras cosas conduce a desconocer y en consecuencia a no buscar la existencia de formas y experiencias de participación social previas en las comunidades, grupos y sujetos en los cuales se trabaja. Se actúa como si “antes” no existieran experiencias participativas lo cual conduce a ignorar la existencia trayectoria y resultados de dichas experiencias así como los procesos o factores que limitaron o facilitaron la participación social”.<sup>297</sup>

*“Cuando iniciamos en Sureña, las reuniones con las instituciones eran en la sala de mi casa! Me produce risa que todos se sentaban en mis camas: lo de Iproscó, los de la Fundación Santa Fe... los vecinos que participaban! Mery gestionó con la doctora Magda Helena R, líder del plan Padrinos internacional, la construcción del salón comunal. El plan padrino subsidió todo, desde la primera piedra, hasta la última teja...” Lucia*

En el territorio, se reconoce la participación de las mujeres y la formal de las juntas de acción comunal, a través de las cuales la comunidad se organiza para obtener los beneficios de lo institucional. Esta figura organizativa, una de las pocas expresiones organizadas del capital social en la ciudad, sirve como enlace con los organismos que pueden -y deben- dar respuesta a las necesidades de la población, siendo además una figura avalada como vocero de las necesidades de los barrios.

Menéndez ubica esta forma de participación - las JAC - dentro de los macro grupos,<sup>298</sup> que se constituyen a partir de objetivos específicos y de relaciones primarias, que funcionan dentro de un ámbito definido por el dominio de relaciones secundarias. Suponen un nivel de complejidad, organización formal y

---

<sup>297</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Ibid. p 96

<sup>298</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Ibid. p 228

jerarquizada, con formas burocratizadas de funcionamiento, y sectores que monopolizan su organización y dirección.

Las juntas no están exentas de presiones internas y externas que desdibujan su propósito organizativo, confirmando la complejidad social y cultural de la organización comunitaria, ya que cada barrio tiene su junta, que es elegida de manera democrática pero que se asocia cada vez más con la figura de un intermediario clientelista, con sus propios intereses y sus maneras intrínsecas de preservar el poder y por ende las prebendas asociadas.

Definido el clientelismo como “una forma de intercambio personal que implica una larga amistad instrumental en la cual un individuo de más estatus económico (patrón) usa su propia influencia y recurso para proporcionar o beneficiar a una persona de menos estatus (cliente); a su vez, este corresponde al patrón al ofrecerle apoyo y asistencia general, incluidos sus servicios personales”,<sup>299</sup> los miembros de las juntas son vistos con recelo por sus actuaciones, lo que perpetúa una imagen de desconfianza que se transmite en el tiempo. Desafortunadamente, la experiencia corrientemente es negativa, lo que genera que se establezcan relaciones no recíprocas con las instituciones.

*“No participo en las juntas de acción comunal del sector porque... tienen dueño! O sea, usted va a encontrar los mismos líderes de hace diez o veinte años, son los mismos, se intercambian los cargos. Lo hemos intentado... Hace dos o tres años que teníamos un trabajo fuertísimo con jóvenes, estábamos moviendo doscientos muchachos a través de unos campeonatos y unos talleres y necesitábamos salones comunales, pero los de las juntas nos pedían plata por todo y es muy complicado trabajar con ellos, porque ya es el vicio de ser adulto, el vicio del poder, del dinero”. Jennifer*

El clientelismo se da en casi todas las instituciones de gobierno del país, como “respuesta a una estructura social con altas desigualdades económicas y sociales”.<sup>300</sup> Para el caso de la localidad de Chapinero, el índice de Ginni, que mide la desigualdad, es de 0.58,<sup>301</sup> que significa que al interior de la localidad hay territorios como el de San Luis con múltiples necesidades no resueltas al lado de territorios como el de Chicó Lago con barrios estrato seis. Por estas condiciones, el clientelismo seguirá siendo un buen mediador para la población del territorio, donde las juntas, validadas por lo institucional como mediadoras en la solicitud de necesidades, apuntan a respuestas parciales y de momento, que no contribuyen a disminuir esas desigualdades.

---

<sup>299</sup> GARCIA, Miguel. Ciudadanía avergonzada? Democracia local y construcción de ciudadanía. El caso de las juntas administradoras locales de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, 2003. P. 152.

<sup>300</sup> GARCIA, Miguel. Op. cit., p 134.

<sup>301</sup> HOSPITAL CHAPINERO [online]. Diagnósticos locales. Bogotá, Hospital Chapinero, 2010 [Consultado en noviembre de 2011] Disponible en: [www.eschapinero.gov.co](http://www.eschapinero.gov.co)

Por ello, para lograr su paraíso posible, las mujeres recurren a otros mecanismos de negociación ante lo institucional. La organización comunitaria que lideran, reconoce a las juntas de acción comunal como mediadoras, sin embargo evidencian que no logran su cometido a pesar del clientelismo, y esto es más claro para la segunda generación que mira con recelo aquellas estructuras viciadas desde su origen. La dinámica cultural de generación y su relación con las juntas es importante para dilucidar la participación en salud de los jóvenes en relación con el clima de desconfianza que generan.

#### **4.2.2.3 La participación como transmisión de la cultura:**

Para resolver la cotidianidad, la comunidad organizada inserta en esta trama de sentidos comunes, transmite sus saberes y experiencias exitosas a las siguientes generaciones. Como lo manifiesta Spector,<sup>302</sup> "aprendemos de nuestro propio pasado cultural y étnico". Existe un aprendizaje vicario donde se socializa y se culturiza dentro de unos significados donde organizarse es parte del tejido que permite sobrevivir:

*"A mí nunca me ha gustado quedarme dormida, desde niña participaba en todo". Lucia*

Esta actitud participativa de las mujeres está culturalmente determinada. Contrastando con estudios como el de Tong<sup>303</sup> en China, quien encuentra que las mujeres son políticamente pasivas dada su socialización primaria, que las condiciona desde niñas a aceptar un papel pasivo respecto a los hombres. Así mismo, factores situacionales como la educación y los roles domésticos y estructurales como acceso a la educación marcan un papel secundario en la participación.

La segunda generación vive su infancia marcada por la cotidianidad de la primera en resolver las necesidades de servicios públicos. Ya para algunas de la primera, la organización era parte de su pasado cultural y de reproducción de condiciones sociales como el caso de Lucia.

Cuando asumen dar respuestas a las carencias, los hijos son un apoyo, pero principalmente transmiten a través del ejemplo para que asuman sus propios roles en la organización comunitaria:

*"Precisamente para eso está uno educando a sus hijos, para que lo replacen a uno!"  
Adelina*

---

<sup>302</sup> Spector, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice Hall, Madrid, 2003

<sup>303</sup> TONG, J. The gender gap in political culture and participation in China. Communist and Post-Communist Studies 36 (2003) 131–150



*“Cuando uno es un líder o cuando uno participa, los hijos salen: como en este momento sobre todo mis hijas; yo los llevaba a las reuniones, imagínese?! El bebecito de 3, 4 años, le tocaba ir conmigo: - siéntese mijito que voy a dar una charla o que voy a dar un discurso...Que risa!...” Mery*

*“Generalmente veíamos a los hijos de los padres que trabajábamos en lo comunitario, éramos ochocientas familias que había en ese tiempo y los muchachos estaban detrás de los papás y detrás de las mamás...” Jennifer*

Si la PSS es el mecanismo comunicativo cultural, donde los actores construyen y deconstruyen significados<sup>304</sup>, éstos han cambiado. Se verifica una apatía generalizada cuando la comunidad antaño formada alrededor de las necesidades no lograr identificarse desde la individualidad con las necesidades cambiantes como grupo:

*“La gente participa en las reuniones pero le gusta que sea rápido, está cansada de tanta reunión, ya no cree porque es mucho tilín tilín y nada de paletas!” Mery*

*“La gente espera que les hagan porque sí: van a ver qué hizo la junta, qué hizo el señor presidente; porque en sí la gente no quiere meter mucho la mano en nada... Si les piden una firma lo hacen, pero decir que lo voy a gestionar, no! Que lo hagan otros y yo firmo”.Lucia*

*“La gente no participa porque es mi mentalidad, que si usted como líder se sienta a mirar trabajar y exige, pero no lo ven metiendo las manos en el cemento o parando ese palo, la gente dice: - pero si el líder no lo hace, porque nosotros lo tenemos que hacer? Al comienzo nos embarrábamos, nos espinábamos las manos cortando las varas, uno tiene que dar ejemplo para que lo sigan, por eso había muchos jóvenes que nos colaboraban.” Luisa*

*“Hoy la gente no participa como hacíamos de jóvenes. Es muy apática, los presidentes de las juntas son los mismos, o a las reuniones siempre van los mismos. Creo que es falta de conciencia de la gente, les gusta mucho criticar y decir que los otros no hacen, que se robaron la plata, pero nadie se mete en el cuento”. María Lucia*

Se puede hablar de deconstrucción activa dentro del contexto cultural, definido por Austin<sup>305</sup> como “la arena en la cual el individuo construye su comprensión del mundo y que está conformada tanto por los contenidos culturales tradicionales, como por las necesidades y expectativas individuales y colectivas que surgen del contacto con la sociedad amplia”. Dentro de la incipiente organización comunitaria, este contacto con la sociedad amplia implicó ajustarse para jugar con las mismas reglas y ser reconocido como tal por el otro, en este caso la institución, a través de sus mecanismos de participación.

Sin embargo, el modelo de APS no permite reconocerse como territorio desde su

---

<sup>304</sup> HERNÁNDEZ FREEMAN, Leopoldo Op. Cit., p 34.

<sup>305</sup> AUSTIN, Tomas. Op. Cit., p. 25.

misma definición, ya que fueron conformados desde la mirada comunitaria de manera arbitraria, desconociendo que más allá de los “criterios puramente estadísticos (un voluntario por cada diez mil habitantes, un territorio con 3600 familias), existe una gran variedad de formas de identificación social, como la proximidad espacial, las afinidades culturales o las realidades históricas”.<sup>306</sup>

Con las necesidades iniciales resueltas, con la expansión no controlada del territorio, con la pérdida de la identificación con el otro como aquel conocido de antaño, la transmisión cultural parece desdibujarse actualmente.

*“A mí me parece una locura pero veo que tal vez la cultura de la mayoría de la población ha hecho que otros quieran que nos vayamos de aquí, parecemos depredadores... en serio! En mis visitas a las familias encuentro contrastes como este: de una distancia de diez metros entre unas cabañas donde no habían olores, limpio, no había nada y pasar un puente y al otro lado encontrar escombros, botaderos de basura, eso no es pobreza! Nosotros, por ejemplo, hacemos campaña para aseo en la cuadra y las que colaboramos aquí siempre somos las mismas. Pero los demás sacan la basura en cualquier momento ...No entiendo eso y me choca, me molesta!” Lucia*

La transmisión cultural se ve afectada por los ruidos de fondo de una sociedad cambiante, que debe regenerar sus pactos para la participación social en salud, así ésta se considere una forma más de reproducción de la estructura social.

#### **4.2.3 Mujeres y nuevos pactos**

La comunidad heterogénea se agrupa en el territorio. Con orígenes diferentes, costumbres variadas, tradiciones plurales, estas mujeres lideran la organización, a través de la constitución de pactos de género nuevos con un trazo común: la supervivencia en el territorio. Independientemente de los roles culturalmente aprendidos, los papeles de hombres y mujeres se transforman y se dinamizan para obtener respuestas comunes de lo institucional.<sup>307</sup>

No es una transición silenciosa y sin conflicto: los hombres no pueden – o no quieren – participar. Sin embargo, no abandonan su papel protagonista. Los jóvenes no logran conquistar espacios en las estructuras comunitarias.

Sin embargo, es a partir de estas diferencias donde nuevos pactos se convocan. En la ejecución de los proyectos está la oportunidad de que la comunidad se consolide, aunque de una manera u otra se perpetúe la imagen del hombre como figura de prestigio y de toma de decisiones. Aquí se muestran las tensiones de la diversidad cultural de una comunidad heterogénea. Para algunos autores esto demuestra como la cultura no es homogenizante, lo cual debe constituirse en un

---

<sup>306</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Op cit., p 123

<sup>307</sup> ZIEGLER, Frederike. “You have to engage with life, or life will go away”: An intersectional life course analysis of older women’s social participation in a disadvantaged urban area. *Geoforum* 43 (2012) 1296–1305

punto importante de análisis y discusión para cuando se trabaja con la comunidad.

#### **4.2.3.1 Mujeres participando**

Es representativo el papel de género en la organización comunitaria. Las mujeres se reúnen, se organizan y generan espacios de interlocución con las autoridades con el propósito de proseguir con la construcción de su paraíso. Para ellas participar es esta respuesta que las agrupa a partir de sus necesidades cotidianas, indiferentemente si esas necesidades tienen su origen en la educación, la salud, los servicios públicos o la legitimidad del territorio. Este rol es una expresión de la cultura a la cual pertenecen y al sistema que perpetúan cuando lo asumen.

Las mujeres se organizan negociando sus roles tradicionales de género, para potenciar las acciones individuales en acciones colectivas cuya representatividad y efecto es mayor. La representatividad del grupo de mujeres residentes en el territorio se evidencia en su participación en los espacios comunitarios, constituyéndose en una de las principales fuerzas de cohesión, compartiendo como grupo características sociales, culturales, económicas y afectivas.

Ser hombre o ser mujer, con roles definidos, es resultado de un proceso psicológico, social y cultural a través del cual cada individuo se asume como perteneciente a un género, en función de lo que cada cultura establece. Por medio de un proceso de socialización permanente, cada persona incorpora el contenido de las normas, reglas, expectativas y cosmovisiones que cada cultura define sobre el significado que tiene el ser hombre y el ser mujer, delimitando los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones que son adecuados para cada ser humano, con base en esta red de estereotipos o ideas consensuadas.<sup>308</sup>

A través de los significados y sentidos asignados, cada cultura da forma al rol que hombres y mujeres asumen en la sociedad. En la nuestra, las mujeres asumen de manera natural su triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación),<sup>309</sup> y la organización comunitaria a través de la cual reflejan su capacidad de convocatoria y cohesión para resolver lo cotidiano. Sin embargo, asumir la carga de la participación genera tensiones al interior de los grupos en relación con el rol desempeñado como mujeres.

Cristin<sup>310</sup> concluye de su revisión de la encuesta de participación en 2008 en

---

<sup>308</sup> ROCHA-SÁNCHEZ, Tania E. Op. Cit., 46

<sup>309</sup> BREIHL, Jaime. Op. cit., p. 30.

<sup>310</sup> CRISTIN, Angele. Gender and highbrow cultural participation in the United States. *Poetics* 40 (2012) 423–443. Disponible online en [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Estados Unidos, que las mujeres participan de manera más frecuente por haber sido más tempranamente socializadas en la organización en contraste con los hallazgos mencionados por Tong en China evidentemente con una carga cultural diametralmente opuesta; por sus diferencias en la participación en la carga laboral y por la influencia del matrimonio y el rol cultural de los hombres en la participación.

*“Las mujeres participábamos en los comités y los hombres también, pero eran los que menos querían, los que se alejaban en las reuniones y tenían mucha disculpa: -que no, que eso no sirve, que el acueducto de Bogotá es mejor, que para qué comunal, que tanto trabajo para tan poquito... Ellos iban a las reuniones a alegar y a pedir, bueno sí y a firmar las cartas, porque como en esa época todavía mandaba el hombre, las mujeres no podíamos hacerlo; ó sea que éramos las mujeres las que estábamos ahí. Claro! como nos tocaba la lucha para el agua de la cocina, del baño, de lavar, nosotras nos movíamos. Muchas mujeres se empezaron a enfermar de cargar agua, de cargar tierra, los señores eran felices tomando cerveza, porque estaban cansados y la señora no, la señora entrando material, cargando agua, lavando por allá en las lajas, íbamos a cargar esos costalados de ropa, y los hombres no consideraban, se emborrachaban y llegaban a pegarles a las mujeres..” Adelina*

*“Las mujeres éramos las que salíamos con las tapas, porque los hombres se dedicaban a trabajar todo el día, y estaban a veces sólo los sábados después de las cuatro de la tarde...En ese tiempo eran obreros de la construcción o celadores y las señoras eran amas de casa, como nosotras, y las otras eran empleadas del servicio doméstico, ellas no podían participar o tener el liderazgo de ir a las oficinas de acción comunal, o a las diferentes entidades!” Mery*

*“En las asambleas del acueducto participan 50 personas más o menos, pero se ve el machismo, sobre todo para la parte interna, porque cuando entra una mujer a administrar, como a mí me tocó, eso es duro! Esos hombres son bien machistas! ... Si hay mujeres, pero predominan los señores!” Lucia*

*“En las organizaciones obviamente los hombres participan más; con las mujeres es más complicado. Pareciera que la mujer se encierra en su mente, en su casa, no quiere ir más allá de su familia. Este sector todavía es muy machista, usted ve peladas de quince años vueltas nada la cara a los golpes o toman una posición pasiva y no exigen nada a su pareja, menos lo hacen con el barrio” Jennifer*

Según Almarcha, la primera generación allanó a la segunda parte del camino de la participación social como experiencia de empoderamiento al lograr disminuir la asimetría del rol cultural asignado a la mujer de cuidado a la familia en contraposición con el rol político. Si bien no es una generalidad para el territorio, el caso de las mujeres líderes tanto de primera como de segunda generación permiten evidenciarlo.

*“Los hombres eran más apartados en la generación anterior, el caso de mi papá fue un caso diferente. En las juntas todos son hombres, a las únicas mujeres las dejan como secretarías o tesoreras, el resto, como en la junta de san Luis o en la de la Sureña, son*

*hombres. Algunas mujeres están en la red de mujeres, si hablo de mi organización, casi todas somos mujeres pero el hombre tiene ciertas ventajas en la participación". Jennifer*

Sin embargo, que haya mujeres líderes en una generación o en otra, no significa que todas sean líderes. Adicionalmente, el tema de la transmisión cultural a los hijos que en la primera generación fue fundamental para el proyecto de participación, puede ser un obstáculo para algunas mujeres de la segunda.

*"Otra cosa que impide la participación de las mujeres son los hijos, o mejor, que las mujeres los usen como excusa. He llegado a la conclusión que el que las mujeres se embaracen más temprano, es un problema a nivel general, por la falta de consolidación de las familias. Porque eso de la liberación femenina, que aparte de estudiar y trabajar tenemos que seguir con el rol de mujer, tener la ropa lista, la comida, los niños, el hombre se ha descargado, pero la mujer se ha dado cuenta que tiene que prepararse para buscar mejores trabajos". Jennifer*

La mayoría de mujeres no trasciende los roles tradicionales asignados. Esta perspectiva supondría que nuevamente la relación de la línea de tiempo de las necesidades no es simplemente "hacia adelante", sino que puede devolverse sobre sí misma. Es de particular interés para las instituciones rescatar este hallazgo, ya que se requiere promover la participación social en salud no con perspectiva de género sino de empoderamiento.

Adicionalmente, en la participación social en salud se siguen asignando a la mujer los roles tradicionales del cuidado de la familia, evidentes en la formación y capacitación de promotoras de salud y en los temas a través de los cuales se convoca.

#### **4.2.3.2 Intereses generacionales diferentes, perspectivas comunes**

La transmisión de la memoria y de los códigos culturales se produce entre las generaciones viejas y las nuevas, en una sociedad líquida donde la memoria se desdibuja por el desinterés generalizado donde la "precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada está marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones".<sup>311</sup> Lo que se confirma como tendencia a nivel de las relaciones intergeneracionales.

Los jóvenes participan en espacios diferentes a los institucionales, mientras que los viejos sí participan en esos espacios, porque existen dinámicas culturales que

---

<sup>311</sup> BAUMAN Zygmunt. Modernidad líquida y fragilidad humana.. Barcelona, Tusquets editores, 2007. P. 176.

discriminan por generación. La mirada desde uno y otro borde, generalmente tiene un sesgo, hay una ruptura en la comunicación, que perpetúa los imaginarios sobre el otro.

Con los viejos se confirma su “asociacionismo”. Las mujeres de primera generación participaron y participan en casi todos los grupos del territorio.

*“De esas mujeres que trabajaron así, éramos jóvenes en esa época, hoy unas tienen 89, otras tienen 70, yo tengo 70 - me da risa decir mi edad- otras tienen 75, y ahí seguimos dando guerra!”. Adelina*

*“Ahora no sigo participando así de activamente en lo de la junta porque estoy fuera de Bogotá, pero hemos participado porque unos con otros nos colaboramos, conocemos las necesidades y muchas veces la gente no conoce al presidente de la junta de San Luis, pero viene porque soy la amiga. Imagínese 30 años viviendo acá...Doy la información a la gente, no importa si es de San Luis o si es de San Isidro, nos conocemos, nos ayudamos y uno participa indirectamente...” Mery*

Esta relación género – generación de la participación social es importante para la salud pública, en un campo específico como la promoción. Como lo concluyen en el estudio sobre autopercepción del estado de salud “altos niveles de participación son asociados a los viejos, principalmente a las mujeres quienes presentan una mejor percepción de salud a mayor participación”.<sup>312</sup>

*“Todas las experiencias que usted quiera son bonitas, el compartir, relacionarse y conocer gente. El día que usted no aprende algo, ese día se perdió”. Luisa*

Memoria que resignifica el papel de los viejos, “quienes a pesar de no ser más los propulsores de la vida en el presente de su grupo social, tienen una nueva función social: recordar y contar a los más jóvenes su historia, de dónde vienen, lo que hicieron y aprendieron. En la vejez, las personas se convierten en la memoria de la familia, del grupo, de la sociedad”.<sup>313</sup>

Para el caso de los jóvenes, hay un sesgo cultural desde los viejos que refuerza un significado social aceptado culturalmente: los jóvenes no sirven porque no tienen experiencia:

*“Hoy no dejan participar a los jóvenes, me estoy concientizando de eso. Hace unos tres años, se postularon tres jóvenes para estar en el comité de Acualcos, el acueducto comunitario. Resulta que a estos jóvenes no los dejaron porque ellos eran usuarios y no eran socios! Está el caso de un muchacho hijo de mi vecino que está estudiando derecho y otra chica que estaba estudiando auxiliar de enfermería, se postularon y no los*

---

<sup>312</sup> HYO YOUNG, Lee. SOONG-NANG, Jang. SEONJA Lee. SUNG-IL Cho. EUN-OK Park. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008) 1042–1054

<sup>313</sup> BOSI, Eclea. Op. cit., p. 456.

*dejaron, el día de la asamblea las mismas personas mayores decían: - es que los muchachos no saben nada....No saben sino fumar marihuana! Figúrese eso! No! En mí cabeza no entra eso, ni en mi cabeza ni en mi corazón entra esa actitud!” Adelina.*

*“El tema de la legalización es lo único que mueve a la gente a participar; si a usted le dicen que viene fulano de tal y va hablar de la legalización, la comunidad está ahí, lo único que le interesa es eso... Llegan hombres, mujeres, pero más que todo, los adultos, los jóvenes son muy apáticos...” Lucia*

*“Los jóvenes siempre han tenido participación después de los quince años, pero no les interesa la peleadera de los cuchos, los viejos... Una vez dijo un muchacho en una reunión:- los cuchos se sientan en la palabra y tienen siempre la razón y uno qué? Son pensionados y tienen la plata para ir por allá a las reuniones, nosotros en cambio estudiando y sin plata para un transporte!” Mery*

*“Ahora no veo los jóvenes participando, sé que les interesa porque yo he hablado con muchos de ellos y lo que pasa es que los líderes no saben atraer a la gente a trabajar...Lo primero que se debe pensar es en los jóvenes porque son cabezas frescas, tienen muchas ideas, están mirando hacia el futuro. Sí, de pronto es falta de iniciativa, no tienen quién los lidere. Y para hacerlo hay que invitarlos, estimularlos. Porque si se le dice al joven: - ay, este no hace nada! Pero si usted le dice: - oiga mire vamos a hacer esto, o - por qué no paseamos, nos divertimos, compartimos experiencias, nos cuentan y se valoran como tal, creo que si le caminan. En las reuniones de las juntas no se ven jóvenes, como antes que hasta los niños, todo el mundo participaba...” Luisa*

*“Son los mismos los que participan; por ejemplo, ahora venía de una reunión con la junta administradora local y no se ven jóvenes ahí, sino a los mismos viejitos de siempre, los que están desde el comienzo, los que le han metido el hombro a todo. La gente joven no, porque no se interesa, tienen como otras prioridades, otros intereses y otros problemas...” María Lucia*

*“Las instituciones no saben acercarse a los jóvenes. Hace dos años, trabajamos con el fondo de las Naciones Unidas y ellos si supieron hacerlo: venían, visitaban las organizaciones, hicieron un proceso y los jóvenes si les trabajaban. Pero a veces por ejemplo, le voy a decir del hospital Chapinero dicen: “Iléneme la planilla. Uno entiende que es su trabajo pero muchos no lo entienden y chocan porque se sienten usados...” Jennifer*

Se requiere de manera urgente que las instituciones tiendan puentes resignificando la participación social en salud para dos generaciones separadas por las necesidades, el lenguaje y la perspectiva del tiempo.

*“La participación de los jóvenes es otro cuento. Hay que ver muchas cosas: que se generen espacios, si no nunca se van a reunir. Otras organizaciones hacen trabajos buenos, sin embargo no tienen espacios propios y por eso terminan en las esquinas. Si les dicen que vayan al salón comunal, no van a ir porque no le gusta, tiene que ser un espacio de jóvenes para jóvenes. Lo institucional no es atractivo, pero depende. Conozco juntas de acción comunal en Kennedy, donde han generado espacios para jóvenes y van muchos. Tienen tres pisos para la cultura juvenil y ellos hicieron sus murales, lo tienen como les gusta y tienen sus grupos de teatro porque es hecho por ellos y para*

*ellos.” Jennifer*



## 5. LOS DIALOGOS POSIBLES: ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y PARTICIPACION SOCIAL

Este capítulo presenta las consideraciones finales y las recomendaciones derivadas de la investigación, a partir de las historias orales y de su análisis. Se titula los diálogos posibles, porque a pesar de tratarse de participación, se concluye que lo institucional no entra en diálogo con lo comunitario para fortalecer este ejercicio particular en el modelo de atención en salud vigente.

### 5.1 CONSIDERACIONES FINALES

En primer lugar, se identifican dinámicas culturales en el ejercicio de la participación social en salud, que desde la mirada de las mujeres es el equivalente de la organización comunitaria como la intersección entre necesidad y la respuesta institucional: la participación como negociación con el actor que puede dar parte de las respuestas a esas necesidades.

El concepto de PSS es definido y convertido en un conjunto de actividades medibles desde la mirada institucional, incluso en el modelo integral de APS que implementó Bogotá. Como Bauman afirma al “delegar muchas de sus funciones más exigentes (las económicas y culturales, y cada vez más también las sociales y biopolíticas) a las fuerzas “desreguladas” del mercado, el Estado puede hacer un uso muy limitado y apenas ocasional del enorme potencial de movilización por el que las naciones solían ser una compañía bienvenida, y por cierto indispensable, del estado que luchaba por legitimarse”.<sup>314</sup>

Desde esta concepción, la participación social en salud es la herramienta para justificar las acciones fragmentadas en salud, en conjunto con los pocos que se movilizan ante el llamado institucional, como lo concluye Cotes, “la pobreza y la exclusión, la cultura política y la violencia, así como el modelo de Estado del actual gobierno que plantea el desmonte del Estado Social de derecho limitan las posibilidades de construcción de democracia radical, aún de la formal”.<sup>315</sup>

Y mucho de ello ocurre porque las instituciones se limitan a continuar los patrones establecidos de la actividad por la actividad misma, desconociendo las dinámicas culturales, inclusive las propias de su jerarquía, que determinan la participación en territorios y comunidades específicas. Historia, contexto, relaciones de género y generación, aprendizajes previos de participación a partir de las experiencias, modelos de organización comunitaria, tiempos y necesidades son desconocidas por la institucionalidad.

---

<sup>314</sup> BAUMAN Zygmunt. *Tiempos Líquidos*. Barcelona, Tusquets editores, 2007. P. 176.

<sup>315</sup> COTES, Karol. Op. Cit., p 31

Superar el déficit encontrado parte del reconocimiento que el sector salud está cruzado de manera transversal e invisible, por sus propias jerarquías y tiene sus propias dinámicas culturales que lo distinguen como grupo y a su vez lo distancian de lo comunitario. Establecer proyectos comunitarios de escucha, como lo demuestran las historias orales de vida, es un ejercicio que permite visibilizar la propia dinámica cultural en la cual el sector está inmerso.

A pesar de ser promovida por la APS, en la mayoría de las propuestas de participación la comunidad ve afectada su confianza, porque las instituciones no dan respuesta a las necesidades inmediatas o mediatas de un territorio. Persiste la postura de ignorar que “la población escucha lo que quiere escuchar; escucha mejor aquello en lo cual tiene experiencia y no le interesa la manera en que nosotros (las instituciones) pensamos debe hacerse”.<sup>316</sup>

Ugalde<sup>317</sup> destaca que “no existen historias de éxito en los programas de salud con participación comunitaria en América Latina. El caso de Colombia es particularmente interesante porque se trata de uno de los pocos países en la región que mantuvo un sistema político de base electoral sin intervención militar abierta en los últimos veinticinco años, y al mismo tiempo ha estado en la vanguardia en la provisión de atención médica primaria.”

Sin embargo, la participación institucional sigue desconociendo evidencias ya referidas en estudios que datan del siglo XX: “se requiere una preparación para ser socios en los programas de participación en salud; entender las necesidades e intereses del otro; dar una dinámica particular a las estrategias propuestas que apunten a las necesidades expresadas; considerar la globalidad del contexto y formalizar una meta comunicación desde la perspectiva que tiene el otro sobre participación”.<sup>318</sup>

Para el caso del territorio, e independientemente de sus logros relativos, tanto la Fundación Santa Fe como la institución presente en el territorio hoy, no se comprometen en PSS más allá de lo que les corresponde desde sus propios objetivos misionales y metas particulares, así desarrollen actividades de atención primaria como epicentro del programa Salud a su Casa. Es así como no se ha tenido en su agenda el tema de la legalización en seis años de participación social en salud y de núcleos de gestión, siendo uno de los pocos temas generadores de participación en el territorio, dedicando sus esfuerzos de movilización en tornos a problemas ambientales (manejo de residuos sólidos) o de educación en salud, que en un momento dado pueden llegar a movilizar

---

<sup>316</sup> RIFKIN, Susan. Op. Cit., p 34

<sup>317</sup> UGALDE, Antonio. Op. Cit., p 27

<sup>318</sup> KELLY, K.J. VAN VLANDERN, J. Dynamics of participation in a community health Project. *Soc. Sci. Med.* Vol. 42. No. 9, pp. 1235-1246. 1996

fracciones muy pequeñas de la población.

Es particularmente relevante que la postura desde la cual se plantea la participación social en salud, no deja de ser instrumental en el terreno aunque se denomine como de derecho en el papel. Es el caso de la APS propuesta para Bogotá, con un respaldo teórico que incluye una política de participación aparentemente incluyente. Sin embargo, se fundamenta nuevamente no en las necesidades, historia, contexto social y cultural de las comunidades sino en las institucionales y en su imaginario de lo que debería ser el papel de la población en la toma de decisiones en salud. Fassin lo destaca al concluir que “los técnicos en desarrollo comunitario harían bien en pasar más tiempo en buscar comprender cómo la comunidad está organizada, y menos tiempo en intentar organizarla ellos mismos”.<sup>319</sup>

Menéndez<sup>320</sup> refiere la experiencia de participación social en México, que no se distancia mucho del ejercicio de participación en Bogotá concluyendo que “se maneja una concepción de comunidad homogénea y simétrica. Los programas se caracterizan por su verticalismo, autoritarismo, control y por tender a una aplicación coercitiva de los mismos...”.

Si realmente se pretende que la comunidad se involucre, es pertinente que se trate de particularizar y ejecutar con la comunidad desde lo propio, aunque esto implique otros recursos y nuevas formas de relacionarse. Como lo define la epidemiología comunitaria “ya no es más una mirada-conocimiento que pertenece a los expertos externos, que a veces dan también espacio a técnicas de participación de la comunidad. Como lenguaje y cultura que acompaña, cuenta, documenta lo cotidiano de la vida (a partir de todo lo que ella cruza en relación con la enfermedad), la epidemiología comunitaria hace de la salud y de los cuidados de salud conocimiento que no se conforma con constatar, sino que adopta, en tiempo real, los problemas que se cruzan, en la perspectiva de una solución más o menos posible”.<sup>321</sup>

Para que los ejercicios de participación y organización comunitaria superen el modelo tradicional de ser respuesta a necesidades institucionales, se debe empezar por reconocer hechos sociales y culturales como el marcado componente femenino de la participación en salud ya que como asevera Breihl “buena parte de las organizaciones propiamente femeninas han nacido bajo el amparo directo o indirecto del sistema político oficial”.<sup>322</sup> Esto significa que el sistema se reproduce y reproduce sus estructuras que lo autoperpetúan.

---

<sup>319</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Op cit., p 134

<sup>320</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Op cit., p 187

<sup>321</sup> TOGNONI, Gianni. Manual de Epidemiología comunitaria. Cecomet, 1997

<sup>322</sup> BREIHL, Jaime. Op. cit., p. 32.

Al interior de las comunidades, las tensiones intergeneracionales dificultan la concreción, en medio de una sociedad líquida, de la transmisión de valores a través del lenguaje, que preserve la identidad con el territorio y con sus problemáticas. Adicionalmente, los intereses particulares tratados históricamente a través del clientelismo, no permiten la renovación de los cuadros de mando al interior de las organizaciones comunitarias reconocidas y legitimizadas por el Estado.

La Atención Primaria renovada permite acercar las dos miradas en tensión, de un lado la comunidad con su cultura, su línea de tiempo y sus necesidades y del otro la institucionalidad, como estructura rígida, a través por ejemplo de la identificación y el trabajo con los líderes comunitarios. Ello implica asumir otras concepciones de tiempo, que para lo institucional está marcado por cumplimiento de metas, contratos y control de los respectivos entes. Las estructuras institucionales deben ser entendidas como factores que permitan el avance de unas nuevas relaciones con la comunidad.

De otro lado, y superando la cultura de la ganancia secundaria, deben surgir nuevas prácticas asociativas que permitan repensar la relación individuo – sociedad, favoreciendo el reconocimiento y la colaboración.<sup>323</sup> A partir de historias diferentes y orígenes comunes, los territorios definidos como “espacios construidos por la historia, producto de la relación que todos los días entretejemos con los otros, que pueden conformar un barrio, un territorio indígena, una ciudad o una región del país”,<sup>324</sup> deben reconocerse desde lo institucional. El territorio se construye como espacio social donde se desarrollan procesos de apropiación y de identidad, con intereses y equilibrios propios y únicos, donde se construye a su vez un “capital de autoctonía”,<sup>325</sup> que define un forma particular de asociarse que no tiene valor fuera de este territorio.

La comunidad formada, genera y fortalece el “capital territorial, espacio que inicialmente integra primero el territorio individual, apropiado desde la vivienda - simbólicamente cargada de capitales sociales y económicos - y construye y específica códigos culturales y afectos personalmente significantes e incluye también la capacidad de uso del territorio colectivo”.<sup>326</sup>

---

<sup>323</sup> PAULO, Henrique. Pactos intersubjetivos y esferas públicas asociativas. En: Revista Madrid, Septiembre, 2007. No 17

<sup>324</sup> D’ELIA, Yolanda. DE NEGRI, Armando. HUGGINS, Magali. CASTAÑEDA, Mauricio. BAZO, Manuel. Estrategia promocional de calidad de vida. Agencia de cooperación técnica alemana, 2002

<sup>325</sup> JOUFFLE, Yves. Op. cit, p. 87.

<sup>326</sup> JOUFFLE, Yves. Op. cit, p. 86

## 5.2 RECOMENDACIONES

Un modelo como la APS en la ciudad que parte del abordaje teórico de la participación como derecho, debe fortalecer procesos de competencia cultural que permitan la implementación flexible y heterogénea de la PSS.<sup>327</sup> La participación social en salud responde a dinámicas culturales propias de la comunidad, que difiere de las metas institucionales. Mejorar los resultados en participación en salud teniendo en cuenta estas dinámicas, es el reto para que las propiedades positivas de la Atención Primaria en Salud Renovada tengan congruencia entre el sistema, las instituciones y las jerarquías profesionales con las dinámicas propias de la comunidad.

Para lograr la competencia cultural se debe partir de dos conceptos fundamentales: el primero de ellos, el de cultura definida por Geertz como la red o trama de sentidos con que se asignan significados a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana y el segundo, el concepto de formarse como profesional culturalmente competente requiere de la integración de conocimientos, actitudes y habilidades que aumenten la comunicación y la interacción apropiada y efectiva con los otros”.<sup>328 329</sup>

Según López et al. “los estudios de enfoque cultural recomiendan que a nivel institucional se deben tomar en consideración las percepciones, creencias y necesidades de los usuarios con el objetivo de optimizar los resultados, así como r de evitar los efectos negativos que emergen de los flujos de información incorrectos, del abismo que se da entre las metas institucionales y las de los usuarios, así como del suministro de servicios que no conceden un rol activo a los usuarios”.<sup>330</sup>

Si bien el tema de la competencia cultural en la atención en salud es incipiente y aplicado a situaciones concretas en la práctica sanitaria,<sup>331</sup> se reconoce al sistema de salud como un sistema cultural que es “un eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud

---

<sup>327</sup> ANDREWS, Margaret. BOYLE, Joyceen. Transcultural concepts in nursing health. Lippincott, Williams & Wilkins, 1998. 493 p.1998

<sup>328</sup> PAPADOUPULUS, Irena. Transcultural health and social care. Elsevier, 2006. P. 216

<sup>329</sup> ELDERS, Jocelyn. The politics of health care. Social research, Vol 73 Nro 3, 2006

<sup>330</sup> LÓPEZ, Lucero. CATAÑO, Nhora. LÓPEZ, Heddy. VELÁSQUEZ, Vilma. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afro colombianos: preservación y conciliación de saberes. En: Aquichan. Diciembre, 2011. Año 11, vol. 11, nro. 3. P. 287 -304

<sup>331</sup> STARR, Sharon. WALLACE, Debra C. Self-Reported Cultural Competence of Public Health Nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department. En: Public Health Nursing. Vol. 26 No. 1, p. 48–57

enfermedad”<sup>332</sup> por lo cual se requiere extender el modelo cultural a otro tipo de relaciones en el marco de los modelos de atención, principalmente en aquellos que promulgan la participación activa de la comunidad en su desarrollo, así como en la formulación de las políticas públicas con ella asociadas. El grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud, de la Universidad Nacional, ha hecho importantes aportes en este campo. Es de resaltar sus investigaciones en discapacidad y cuidado cultural, que concluyen la necesidad de un acercamiento integral que fortalezca “la comprensión de los fenómenos desde la mirada cultural, que permite que los profesionales de la salud ganen competencia cultural, debido a que van obteniendo conciencia del predominio de la cultura en la salud, permiten mayor sensibilidad hacia una población en particular y van generando estrategias para relacionarse de acuerdo con el contexto”.<sup>333</sup>

Cualquier propuesta en este ámbito, “debe inscribirse en la búsqueda de un cambio cultural, especialmente en las dimensiones éticas y epistemológicas. No se subordina; no se identifica, integra el ámbito de lo médico, pero es de mucho mayor amplitud”.<sup>334</sup>

Por ello, se propone una definición de participación desde esta tesis que tiene que ver con la necesidad de las competencias cultural que la jerarquía médica puede hacer a través de los espacios abiertos desde la APS renovada, como la capacidad y el derecho de la comunidad de afectar las decisiones en salud que se tomen y la capacidad de las instituciones de validar la voz de la población en este sentido, teniendo en cuenta las dinámicas culturales que la generan. Para ello debe reconocerse la voz de la comunidad, sus dinámicas culturales y su historia. Es necesario reconocer en el otro la capacidad de organización, ya que como lo menciona Spinelli “no pocas veces las propuestas de participación operan consciente o inconscientemente con marcos conceptuales que presuponen que los pueblos tradicionales no pueden organizarse a sí mismos y que sus valores constituyen la principal limitación para las mejoras en salud”.<sup>335</sup>

Desde esta perspectiva, si es capacidad, ésta se debe fortalecer en la comunidad a partir de una escucha atenta y de una respuesta congruente desde lo institucional; y si es derecho, reconocerla como un acto positivo no impositivo de las instituciones. Autores como Fassin destacan esta brecha al mencionar que “la participación de las poblaciones es necesaria, pero siempre de acuerdo a la forma

---

<sup>332</sup> ALARCON, Ana. VIDAL, Aldo. NEIRA, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica Chile; 131: 1061-1065, 2003

<sup>333</sup> LÓPEZ, Lucero. CATAÑO, Nhora. LÓPEZ, Heddy. VELÁSQUEZ, Vilma. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. En: Hacia la Promoción de la Salud. Julio – Diciembre, 2011. Vol. 16, no.2, p. 121 – 131

<sup>334</sup> WENSTEIN, Luis. Manual de autoayuda para la promoción de la salud integral. En: <http://www.saludypobreza.cl/wp-content/uploads/2011/10/>

<sup>335</sup> MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

de ver y entender la misma por parte de los gobernantes, los agentes de desarrollo o los expertos. Aunque se hable mucho de "investigación participativa" y de "participación comunitaria", de lo que se trata siempre a fin de cuentas es de un agente exterior que intenta cambiar las cosas".<sup>336</sup>

Si las investigaciones en las relaciones salud y cultura son incipientes, aquellas que evalúen la efectividad de la participación social en salud o su desarrollo son menos aún. Estudios que exploren la visión cultural de los diversos actores involucrados en su ejercicio desde las dinámicas comunitarias en el marco de una estrategia como la APS, prácticamente son inexistentes. Restrepo ratifica la escasez de evidencias escritas en el tema de la participación, por ejemplo.<sup>337</sup> Este vacío debe ser complementado con evidencia como la presentada a través de la historia oral, asignando a la voz comunitaria los significados de su contexto.

Aquí radica un importante aporte a la salud pública de esta mirada, reclamada cada vez con mayor énfasis si se habla de salud o de participación desde el abordaje del derecho, "como necesidad emergente en un mundo globalizado".<sup>338</sup> Como lo concluyen Velásquez et al. "conviene incentivar trabajos investigativos con ésta perspectiva donde participen diversos profesionales y grupos en diferentes áreas rurales, urbanas, niveles socioeconómicos y culturales".<sup>339</sup> Se hace necesario superar afirmaciones y actitudes, como que "en el trabajo de salud comunitario, las modificaciones que requieren cambios en actitudes o en la manera tradicional de hacer las cosas son aquellas que se realizan más lentamente y requieren más tiempo y paciencia, porque tales afirmaciones son hechas con relación a aldeanos o personas escasamente educadas, pero, como muchos pioneros de alternativas de atención médica pueden testificar, a menudo aquellos cuyas actitudes y enfoque tradicional son más difíciles de modificar no son los aldeanos sino los profesionales".<sup>340</sup>

Reconocer que hay dinámicas culturales particulares al interior de los territorios sociales, que pueden favorecer o entorpecer la participación social en salud, contribuirá a la elaboración de proyectos particulares que la fomenten, así como permite reflexionar sobre las jerarquías del modelo biomédico a través del cual se pretende implementar modelos de atención como la APS renovada.

---

<sup>336</sup> FASSIN, Diddier. Op. Cit., p 136

<sup>337</sup> RESTREPO, Darío. Participación social: relaciones Estado-sociedad civil. En: Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Septiembre, 2001

<sup>338</sup> OSORIO, May Bibiana. LÓPEZ, Lucero. Competencia cultural en salud. En: Índex de enfermería. Cuarto trimestre de 2008. Vol 17, no. 4. P. 266- 270

<sup>339</sup> LÓPEZ, Lucero. CATAÑO, Nhora. LÓPEZ, Heddy. VELÁSQUEZ, Vilma. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. En: Revista de salud pública. Junio, 2011. Vol. 13 (3)

<sup>340</sup> UGALDE, Antonio. Op. Cit., p 20

Para la salud pública, es importante reconocer que la pertinencia de la política pública debe partir de particularizaciones específicas más que generalizaciones amplias que no permiten entrever la trama cultural de la población a la cual van dirigidas.

Para la academia es un aporte importante al debate sobre mediación cultural en los procesos de salud – enfermedad, que no se refieren a grupos étnicos aislados sino a posturas sociales y culturales de cada comunidad objeto de las acciones en salud desde las instituciones.

Finalmente, es un aporte a las evaluaciones realizadas a la implementación de la APS en Bogotá, específicamente en participación social en salud, donde la producción en investigaciones y artículos es escasa.

Es necesario evaluar y aplicar los resultados de dichas evaluaciones en el redireccionamiento de los programas y las estrategias en salud, desde la perspectiva de las necesidades, tiempos y miradas comunitarias, como un desafío de salud colectiva del siglo XXI que define como prioridad la necesidad de reconocer que “no hay funciones esenciales de salud pública ni universales, dado que las prácticas de salud son determinadas social e históricamente. Lo esencial son los sujetos que se forman y los movimientos que se engendran. Lo esencial son los compromisos que ellos contraen en el cotidiano y en las luchas de su tiempo y que hacen historia”.<sup>341</sup>

---

<sup>341</sup> SILVA PAIN, Jair Nilson. Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. Lugar editorial, Buenos Aires, 2006



## BIBLIOGRAFIA

ABRANTES-PÊGO, Raquel. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. En: Salud pública de México / Noviembre- Diciembre de 1999, vol.41, no.6, 466 - 474

ACOSTA NAVARRO, Olga. Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del nuevo plan de desarrollo de Bogotá. Fundación para la educación superior y el desarrollo, 2005

ACOSTA, Naydu. La implementación de la estrategia de APS en Santander, después de la reforma: logros, retos, propuestas de ajuste y líneas de acción. Universidad Industrial de Santander, 2010

AGUDELO CALDERÓN, Carlos Alberto. CARDONA BOTERO, Jaime. ORTEGA BOLAÑOS, Jesús. ROBLEDO MARTÍNEZ, Rocío. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. En: Ciencia & Saude Coletiva. 2011. Vol. 16 (6), p. 2817-2828

ALARCON, Ana. VIDAL, Aldo. NEIRA, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica Chile; 131: 1061-1065, 2003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Los cerros orientales de Bogotá. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá. 2006

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Plan Distrital de Desarrollo Bogotá sin Indiferencia 2004-2008. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Plan Maestro del Espacio Público, Decreto 347 de 2004. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá.

ALCALDÍA MAYOR/SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2004

ALVARADO, Carlos. MARTINEZ, María. VIVAS – MARTINEZ, Sarai. Cambio social y política de salud en Venezuela. En: Medicina Social [online] Mayo 2008, Vol. 3, Nro. 2. [Consultado en noviembre 2011], Disponible en: [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

ALVES BOMFIM, Leny. AZEVEDO Monique Gestão. Participativa e corresponsabilidade em saúde: Limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. En: Comunicação saúde educação. 2009. Vol.13, supl.1, p.557-570.

AMADO, Janaina. A culpa nossa de cada día: ética e historia oral. En: Projeto

historia. Abril 1997. No 15, p. 145 -155.

AMEZCUA, Manuel y GALVEZ TORO, Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2002, vol.76, n.5 [citado 2012-11-08], pp. 423-436 Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1135-5727.

ANDREWS, Margaret. BOYLE, Joyceen. Transcultural concepts in nursing health. Lippincott, Williams & Wilkins, 1998. 493 p.

APRAEZ, Giovanni. La medicina social y las experiencias de Atención Primaria en salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. En: Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. 2010, Volumen 9, N° 27 p. 369-381.

ARCHILA, Mauricio. Voces subalternas e historia oral. En: Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura No. 32, 2005, pp. 293-308

ARÉVALO, Decsi. Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. Revista de Salud Pública. Julio, 2004. Vol. 6 (2), p. 107-139

ARIAS CASTILLO, Liliana. Formación en APS para la reconstrucción del tejido social en salud. En: Congreso sp6 (2009). Memorias [online]. [Consultado en septiembre de 2012] UDEA. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias/Viernes12/.pdf>

ARIAS, N.L. La rectoría en el marco de sistemas de salud basados en APS el caso de Bogotá. Fundación Santa Fe de Bogotá, 2007

ARREDONDO, Félix. Participación comunitaria y salud primaria: el caso de los consejos de desarrollo local de la comuna de La Pintana. Tesis de Sociología. Universidad de Chile, Facultad de ciencias sociales. 2008.

AUSTIN, Tomas. Para comprender el concepto de cultura. En: UNAP Educación y desarrollo, Universidad Arturo Prat. Marzo, 2000. Año 1, Nro. 1

AVILA, Ramiro [online]. Retos de una nueva institucionalidad estatal para la protección de los derechos humanos. 2008. [Consultado en Mayo de 2009] Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temasdeanalisis2/dhdemocraciayemancipacion/ramiroavila.pdf>

BAILLERES LANDERO, Diana. Reseña de la trama de la cotidianidad a los modos de vida urbanos. En: Convergencia. Mayo – Agosto, 2000. Vol. 7, Nro. 22. P. 275- 280

BAEZA, Manuel. De las metodologías cualitativas en investigación científico

social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido. Editorial de la Universidad de Concepción, 2002

BAUMAN, Zygmunt. Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil. Madrid: Siglo XXI editores, 2006. P. 198

BAUMAN Zygmunt. Tiempos líquidos. Barcelona, Tusquets editores, 2007. P. 176.

BAUMAN Zygmunt. Modernidad líquida y fragilidad humana.. Barcelona, Tusquets editores, 2007. P. 176.

BAUMAN, Zygmunt. Between us. En: I Conviure (1: 18-19, junio, 2007, Palau de la Música Catalana, Barcelona) Fundacio Viure. 2007

BAUMAN, Zygmunt. La sociedad sitiada. Fondo de cultura económico. 2008 p.289

BLOCH, Marc. Apología para la historia o el oficio del historiador. Fondo de cultura económica. México, 2001

BLUMENTHAL, David. MORT, Elizabeth y EDWARDS, Jennifer. The efficacy of Primary Care for vulnerable populations groups. En: Health services research. Abril, 1995. Vol. 30 (1)

BOHORQUEZ ALFONSO; Ivonne Alexandra. La política pública para los cerros orientales de Bogotá: Una revisión en perspectiva y comentada. En: Territorios. Enero - diciembre, 2008. Núm. 18-19, pp. 229-242.

BOLADOS, Paola. ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: el caso atacameño. En: Estudios Atacameños Arqueología y Antropología Surandinas. 2009. Nº 38 pp. 93 – 106

BONILLA PARDO, Guido Alberto. Escenarios democráticos para la participación descentralizada. Desencuentros entre los Discursos Políticos y las Prácticas Locales. Tesis de Maestría en estudios políticos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto de estudios políticos y relaciones internacionales. Abril, 2002

BOSI, Eclea. Memória & sociedade: Lembranças de Velhos. Sao Paulo, Editora Schuarcz Ltda, 2009 P. 488

BREILH, Jaime. La triple carga. Quito, CEAS, 1991, p. 92

BRICEÑO, Roberto. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.1998. Vol. 14(Sup. 2), p. 141-147.

BRONFMAN, Mario. GLEIZER, Marcela. Community Participation: Need, Excuse, or Strategy? What are We Talking About When We Refer to Community

Participation? En: Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro. Enero- Marzo 1994. Vol. 10 (1), p.111-122.

BUDÓ Maria Lourdes, OLIVEIRA Stefanie, GARCIA Raquel, SIMON Bruna, SCHIMITH María Denise, MATTIONI Fernanda Carlise. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma Unidade de Saúde da Família. En: Revista Gaúcha Enfermería. Porto Alegre (RS). Diciembre 2010 . Vol.31(4), p. 753-60.

BURSZTYN, Ivani. KUSHNIR, Rosana. GIOVANELLA, Ligia. STOLKINER, Alicia. STERMAN-HEIMANN, Luiza. RIVEROS, María. SOLLAZZO, Ana. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. En Revista de salud pública. 2010. Vol. 12 (1), p. 77-88.

CAMARGO PONCE DE LEON, Germán [online]. Historia pintoresca y las perspectivas de ordenamiento de los Cerros Orientales de Santa Fe de Bogotá. [Consultado en marzo de 2011] Disponible en: [www.cerrosdebogota.org](http://www.cerrosdebogota.org)

CARMONA, Luz Dary. La atención primaria de salud en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud: la experiencia de Bogotá-Colombia. En: Salud para todos, una meta posible. Ministerio de salud del Salvador, 2010

CASTIBLANCO TORRES, Bernardo [online]. Gestión social integral y participación: espacio de oportunidades para la construcción de la política social en bosa. [Consultado en marzo de 2012] Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/EJE02-27.pdf>

CELEDÓN, Carmen y NOÉ, Marcela. Reformas del sector salud y participación social. En: Revista Panamericana de salud pública. 2000. Año 79, Vol. 8, (1-2), p. 99 -104

COTES, Karol. Participación social en salud y democracia. Una reflexión a partir de la experiencia de Fausalud en Bogotá, 1999-2005. Tesis de la maestría de salud pública, Universidad Nacional, Facultad de Medicina, 2006

CRISTIN, Angele. Gender and highbrow cultural participation in the United States. Poetics 40 (2012) 423–443. Disponible online en [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Defensoría del Pueblo, Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud – 2009 Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud - ISUS – 2007

DELGADO, María. NAVARRETE, Luisa. Barreras y oportunidades para la participación social en Colombia: percepción de los actores principales. En: Revista salud pública. Julio, 2006. Vol.8 n.2

D'ELIA, Yolanda. DE NEGRI, Armando. HUGGINS, Magali. CASTAÑEDA, Mauricio. BAZO, Manuel. Estrategia promocional de calidad de vida. Agencia de

cooperación técnica alemana, 2002.

DE NEGRI FILHO, Armando. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas". Girotti Sperandio, A. M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004.

DE NEGRI FILHO, Armando. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Investigaciones en seguridad social y salud. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud, 2006

DEL CAIRO, Carlos. JARAMILLO; Jefferson. Clifford Geertz y el ensamble de un proyecto antropológico crítico. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.8: 15-41, enero-junio 2008

DURSTON, James. El capital social campesino en el desarrollo rural: Diadas, equipos y escaleras. Naciones Unidas, CEPAL, División de desarrollo social. 2002

ELDERS, Jocelyn. The politics of health care. En: Social research. 2006. Vol. 73 Nro. 3.

Eltiempo, Sección Bogotá, Junio 23 de 2005

ESLAVA-SCHMALBACH, Javier; GUARNIZO-HERREÑO, Carol Cristina; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario Esteban. Equidad en salud: posiciones e implicaciones. En: Revista de Salud Pública. Diciembre, 2008. Vol. 10, núm. 1. p.1

FASSIN, Diddier. Entre ideología y pragmatismo: Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

FERRER, Ismael. BORROTO, Tania. SANCHEZ, María. ALVAREZ, Jorge. La participación de la comunidad en salud. En: Revista cubana de Medicina General Integral, La Habana. Mayo –junio, 2001. Vol 17, Nro. 3.

FERREIRA, Marieta. Historia oral: una brújula para los desafíos de la historia. Historia, antropología y fuentes orales. Barcelona, 2002. Nro. 28, p. 141 -152.

FIALLO, Alberto. Movilización, participación y empoderamiento sociales en el campo de la salud. En: Foros ciudadanos en salud (2007, Argentina)

FLEURY, Sonia. Salud y Democracia en Brasil: Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. En: Salud colectiva [online], vol.3, n.2. P, 147-157 [consultado enero, 2012], Disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-8265. 2007

FRANCO GIRALDO, Álvaro. Atención primaria en salud: de regreso al pasado? En: 6º. Congreso Internacional de Salud Pública. (6:11-13, junio, 2009. Medellín, Centro de Convenciones Plaza Mayor). Facultad Nacional de Salud Pública.

FREIRE, Paulo. Pedagogía del Oprimido, Bogotá, Siglo XXI, 1985. P. 256.

GAITONDE R, SHEIKH K, SALIGRAM P. Community participation in health: global literature review. Public Health foundation of India. En: [uhc-india.org/downloadpdf.php](http://uhc-india.org/downloadpdf.php)

GARCIA, Miguel. Ciudadanía avergonzada? Democracia local y construcción de ciudadanía. El caso de las juntas administradoras locales de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, 2003. P. 152.

GÁSPERI ROMERO, Rafael. Caracterización de la participación social en un proyecto de promoción para la salud. En: Salud, Arte y Cuidado. Enero-Diciembre 2010. Vol. 3. Nro.1y 2, p. 14-23

Gobernación de Cundinamarca [online]. Plan departamental de salud "Salud a mi pueblo". [Consultado en Mayo de 2012 Disponible en: [http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/FILE\\_ENTIDADES/Gerentes/MiPueblo.htm](http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/FILE_ENTIDADES/Gerentes/MiPueblo.htm)

GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. En Revista Panamericana de Salud Pública. Mayo- Junio, 2002. V.11 no.5-6

GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora. La dicotomía emic/etic. Historia de una confusión, Barcelona, Biblioteca A/sociedad, Anthropos Editorial, 2009, 143 p.

GONZALEZ, Iván Darío [online]. El modelo de cuidado primario ambulatorio. [Consultado en mayo de 2012] Disponible en: <http://consultorsalud.com/home/468-aps-el-modelo-javesalud>

GRANDA, Edmundo. Quo vadis salud pública? UNL/OPS. En: Segundo congreso nacional en salud (2: 9-11, agosto, 2004, Lima)

GREEN, Andrew. ROSS, Duncan. MIRZOEV, Tolib. Primary Health and England: The comin of age of Alma Ata? Health Policy, 2006, no. 80, p. 11-31.

GUBER; Rosana. La etnografía: método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo Editorial, Norma, 2001.

HARRIS, Marvin. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Editorial Crítica, Barcelona, 2000.

HEDFFORD, Martin; CRAMPTON, Peter y FOLEY, Jon. Reducing health disparities through primary care reform: The New Zealand experiment. Health Policy, 2005, p. 9 – 23.

HELMAN, Cecil. Culture, health and illness. En: Oxford University press, 2007. P. 528.

HERRAN, Carlos. Cultura y modernización en los sectores populares y urbanos. En: Intersecciones en antropología. 2000. Año1, Nro.1. p. 79 -86

HERNÁN Fair. La globalización neoliberal: Transformaciones y efectos de un discurso hegemónico. En: KAIROS. Revista de Temas Sociales. [Online], [Consultado en Octubre de 2012] Disponible en: <http://www.revistakairos.org>

HERNÁNDEZ FREEMAN, Leopoldo LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO PROCESO SOCIOCULTURAL. En: Boletín entre líneas. Julio – Diciembre, 2009. Año III, No. 3-4

HERNÁNDEZ, Mario [online]. Obstáculos del modelo de Ley 100 para renovar la APS. No. 97 [Consultado en septiembre de 2012] Disponible En: [http://asmedasantioquia.org/momento\\_medico/edicion\\_97/obstaculos\\_modelo.html](http://asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_97/obstaculos_modelo.html)

HERNANDEZ, Mario. TOVAR, Mauricio. Nueva reforma en el sistema de salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. En: Medicina Social. Diciembre, 2010. Vol. 5, Nro. 241, p.4

HOSPITAL CHAPINERO [online]. Diagnósticos locales. Bogotá, Hospital Chapinero, 2010 [Consultado en noviembre de 2011] Disponible en: [www.esechapinero.gov.co](http://www.esechapinero.gov.co)

HURTADO; Belén. ALFONSO, Luz Marina [online]. Barrio saludable: experiencia de investigación en el barrio Villa Cindy, localidad 11 de Suba, Bogotá. [Consultado en marzo 2012] Disponible <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0371.pdf>

HYO YOUNG, Lee. SOONG-NANG, Jang. SEONJA Lee. SUNG-IL Cho. EUN-OK Park. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 1042–1054

Instituto de salud de Bucaramanga [online]. Isabu en su barrio. [Consultado en mayo de 2012] Disponible en: [http://www.eseisabu.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=175](http://www.eseisabu.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=175)

JARAMILLO, Sandra [online]. Participación y control social. [Consultado en noviembre 2011] Disponible en: [http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Participacionycontrolsocial\\_SandraJaramillo.pdf](http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Participacionycontrolsocial_SandraJaramillo.pdf)

JIMÉNEZ, Leonor. Metodología de la evaluación de la calidad de la atención en instituciones de Atención Primaria de salud. En: Revista cubana de Salud Pública. Enero – junio 1996. Nro. 1.

JOUFFLE, Yves. Las clases socio-territoriales entre movilidad metropolitana y repliegue barrial. ¿Tienen los pobladores pobres una movilidad urbana de clase? En: Revista Transporte y Territorio, Universidad de Buenos Aires. 2011. N° 4. P. 84 -117

JOUTARD, Philippe. La historia oral. En: Papers, revista de sociología. 1995. Núm 47.

KAUTZKY, Keegan. TOLLMAN; Stephen. A prspective of primary helth care in South Africa. School of Public Health, University of the Witwatersrand. Disponible en: [http://www.hst.org.za/uploads/files/chap2\\_08.pdf](http://www.hst.org.za/uploads/files/chap2_08.pdf)

KELLY, K.J. VAN VLANDERN, J. Dynamics of participation in a community health Project. *Soc. Sci. Med.* Vol. 42. No. 9, pp. 1235-1246. 1996

La participación social de las personas mayores. Instituto de mayores y servicios sociales. España, 2006. En <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abay-participacion-01.pdf>

LAMARCHE, Paul. LAROUCHE, Danielle. Choises for change: The path for restructuring Primary healthcare services in Canada. Ottawa, Canadian Health services research foundation, 2003

LAPALMA, Antonio. Proyecto de investigación “participación ciudadana en salud en el Mercosur ampliado”. Resumen de resultados preliminares y propuesta de continuidad. Coordinador Regional de la Investigación

LARIZGOITIA, Itziar. STARFIELD Bárbara. Reform of Primary Health Care: the case of Spain. *Health Policy*, 1997, no. 4 p. 121-137

LARROSA, Jorge. Coexistence between generations in time of crisis. En: Fundacio Viure i Conviure (18-19, junio, 2007, Palau de la música Catalana, Barcelona)

LEÓN OLÁN, Juan Carlos. Cultura Política y Participación Social de los jóvenes en la construcción de realidades. En: UNIrevista. Julio, 2006. Vol. 1, nº 3

LITSIOS, Sócrates. The Christian medical comission and the development of the World Health Organization’s Primary Health Care Approach. En: *American journal of Public Health*. Noviembre 2004. Vol. 94, Nro. 11. 1864-1874

LLANOS HERNANDEZ, Luis. El concepto del territorio y la investigación en ciencias sociales. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, septiembre - diciembre,



2010. Volumen 7, número 3

LÓPEZ GUZMÁN, Lorena [online]. Historia oral: La importancia de recuperar la palabra hablada como nueva propuesta de escribir historia en Colombia. Departamento de Historia de la Universidad del Valle, Colectivo de Historia Oral Tachinave. [Consultado en marzo 2011] Disponible en: <http://cununo.univalle.edu.co/articulos/articulolorena.pdf>

LÓPEZ, Lucero. CATAÑO, Nhora. LÓPEZ, Heddy. VELÁSQUEZ, Vilma. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afro colombianos: preservación y conciliación de saberes. En: Aquichan. Diciembre, 2011. Año 11, vol. 11, nro. 3. P. 287 -304

LÓPEZ, Lucero. CATAÑO, Nhora. LÓPEZ, Heddy. VELÁSQUEZ, Vilma. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. En: Hacia la Promoción de la Salud. Julio – Diciembre, 2011. Vol. 16, no.2, p. 121 – 131

LÓPEZ, Lucero. CATAÑO, Nhora. LÓPEZ, Heddy. VELÁSQUEZ, Vilma. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. En: Revista de salud pública. Junio, 2011. Vol. 13 (3)

LORENZO, Alcides [online]. El planteamiento ideológico de Alma Ata. [Consultado en octubre de 2010] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_2\\_05/spu11205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm)

MAGNUSSEN, Lesley; EHIRI, John y JOLLY, Pauline. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. En: Health affairs.2004. Vol. 23(3), p.167 – 176.

MARTIN BARÓ, Ignacio. Hacia una psicología de la liberación. Psicología sin fronteras. Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria. Vol. 1, Nro. 2, agosto 2006

MARMOT, Michel. Social determinants of health. En: Oxford University press, New York, 2004. P. 367

MARTÍNEZ, K. M. Comprensión del déficit de ciudadanía en Chile: La paradoja de su desarrollo. En: Revista Paraguaya de Sociología. 1999. No.36, p, 105-122.

MAX NEEF, Manfred. Desarrollo a escala humana. Barcelona, Learia editorial, 1998, p. 50

Mediación intercultural en el ámbito de la salud, Fundación la Caixa, Barcelona, 2009

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. HOLANDA; Fabiola. Historia Oral, como fazer, como pensar. Sao Paulo, Contexto, 2007

MÉNDEZ Claudio, VANEGAS LÓPEZ Jairo. La participación social en salud: el

desafío de Chile. En: Revista Panamericana de Salud Pública. 2010. Vol. 27(2), p.144–148.

MENENDEZ, Eduardo. De sujetos, saberes y estructuras. Lugar editorial. Buenos Aires, 2009

MENENDEZ, Eduardo. SPINELLI, Hugo. Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

MERCADO, Francisco et al. Avaliação de políticas e programas de saúde. Enfoques emergentes na Ibero America no inicio do seculo XXI. Bosi ML, Mercado FJ valiação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes. Petropolis: Editora Vozes, 2006. p. 22-64

MERCADO, Francisco y BOSE, María Lucia. Investigación cualitativa de los servicios de salud: Notas para un debate. Lugar editorial. 2006

MEYER, Eugenia. OLIVERA DE BONFIL, Alicia. La historia oral: origen, metodología, desarrollo y perspectiva. Instituto Nacional de Antropología e historia, México. En: [http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/BFTF8P5K1ILT V85CCF1D6M2FNPK6RI.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/BFTF8P5K1ILT V85CCF1D6M2FNPK6RI.pdf)

MIGNOLO, Walter. El potencial epistemológico de la historia oral. Daniel Mato, Estudios y Otras Prácticas Intelectuales Latinoamericanas en Cultura y Poder. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y CEAP, FACES, Universidad Central de Venezuela. 2002, p. 201-212.

MINAYO, Cecilia. O desafio do conhecimento. Sao Paulo, Hucitec – Abrasco, 1996. P. 158

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 (4, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá D.C. 1993

Ministerio de salud de Chile [online]. El primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud. Eurosalud social, 2008 [Consultado en mayo 2009] Disponible en: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00249.pdf>

MOLINA, Gustavo. TURIZO, Alfredo. CARDONA, Jorge. El responsable de salud y participación de la comunidad. En: Boletín Oficina sanitaria panamericana. Agosto, 1977, no.83 (2)

MORSE, Janice M. "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia, 2003. MOSQUERA, Janeth. GUTIÉRREZ, Alejandra. SERRA, Mauricio. La experiencia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. En: Colombia Médica. Enero- Marzo 2009. V.40 no.1

MUÑOZ, Darío. Construcción narrativa en la historia oral. En: Nómadas. Mayo 2003. núm. 18, p. 94-102.

MURAD, Rocío. Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia. Proyecto regional de población Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Población y desarrollo. Santiago de Chile, noviembre, 2003. P. 26.

NARANJO, Claudia. Salud a su Casa, Secretaría Distrital de salud, 2011.

NEWELL, Kenneth. Health by the people. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975

Organización Mundial de la Salud. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA. (6-12, septiembre, 1978, URSS) Declaración de Alma Ata.

Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales. OMS, 2005

Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura de salud con las estrategias de Atención Primaria y participación de la comunidad. OPS No. 156, Washington, DC. 1978

Organización Panamericana de la Salud. Proyecto multicéntrico sobre inequidades en el estado de salud, acceso y utilización de los servicios. OPS Washington, DC. 2001

Organización Panamericana de la Salud. La organización Panamericana de la salud y el estado colombiano: cien años de historia. Documento Conceptual. OPS, Washington, DC. 2002

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington, DC. 2005

Organización Panamericana de Salud. Renovando la Atención Primaria en Salud, modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado. Bogotá, OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Barrió adentro: derecho a la salud y a la inclusión social en Venezuela. OPS, 2006

Organización Panamericana de Salud. La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. OPS, Washington, 2007

OSORIO, May Bibiana. LÓPEZ, Lucero. Competencia cultural en salud. En: Índice de enfermería. Cuarto trimestre de 2008. Vol 17, no. 4. P. 266- 270

PAPADOUPULUS, Irena. Transcultural health and social care. Elsevier, 2006. P. 216

PARDO, Martha. La política pública de participación del distrito capital como instrumento de efectividad para el ejercicio del derecho a la participación. Tesis Maestría en estudios políticos. Pontificia universidad javeriana. Facultad de ciencias políticas y relaciones internacionales. 2007. P. 100

PAREDES, Juan Pablo. Deuda y Déficit en los 20 años de “Democracia” en Chile. Santiago, Chile. Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 10, N° 28, 2011, p. 473-499

PAULO, Henrique. Pactos intersubjetivos y esferas públicas asociativas. En: Revista Madrid, Septiembre, 2007. No 17

PEÑA FRADE, Nayibe [ONLINE]. El territorio y las ciencias sociales: una relación cambiante y segmentada. [Consultado en marzo de 2011] Disponible en: [http://www.fuac.edu.co/recursos\\_web/descargas/grafia/territor.pdf](http://www.fuac.edu.co/recursos_web/descargas/grafia/territor.pdf)

PERSONERIA DE BOGOTA. Cerros orientales, desafío institucional. Bogotá, Personería de Bogotá, 2007

PLAN ZONAL FRANJA DE ADECUACIÓN O TRANSICIÓN ENTRE LA CIUDAD Y LOS CERROS ORIENTALES. TOMO I- Documento de Caracterización y Diagnóstico, cronología jurídica. Disponible en: [www.cerrosdebogota.org](http://www.cerrosdebogota.org)

POZZI, Pablo. Historia oral: repensar la historia. En: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/profesorado/sitios\\_catedras/902\\_didactica\\_general/cursada/entrevistas/pozzi.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/profesorado/sitios_catedras/902_didactica_general/cursada/entrevistas/pozzi.pdf)

RIFKIN, Susan. Lessons from community participation n health programmes: a review of the post Alma Ata experiences. International Health (2009) 1, 31—36. Disponible en <http://www.elsevier.com/locate/inhe>

RAÑA, Javier. FERRER, Juan-Carlos. BEDREGAL, Paula. Modelo de asignación de recursos en atención primaria. En: Revista médica de Chile [online]. 2007 V. 135(1) P. 54-62 [citado 2011 Sep. 28] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000100008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000100008&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872007000100008

RESTREPO, Darío. Participación social: relaciones Estado-sociedad civil. En: Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Septiembre, 2001

RESTREPO Ofelia. Vega, Román. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud – APS. Bogotá: para la muestra un botón. En: Revista, Gerencia y Políticas de Salud. 2009. Vol. 8 (16), p. 153-164.

ROCHA-SÁNCHEZ, Tania E. DÍAZ-LOVING, Rolando. Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. En: Anales de psicología. Junio, 2005. Vol. 21, nº 1, p. 42-49

ROSETO BIXBY Luis. Evaluación del Impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasi experimental. En Pan American Journal of Public Health. 2004. Vol. 15 (2). P. 94- 103

ROVERE, Mario. Salud para todos. ALCHUE 2009. P. 318

SALAMANCA, Ana Belén [online]. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. En: Revista científica de enfermería. Nure investigación. Septiembre – octubre, 2006. Nro. 24. [[Consultado en julio de 2009] Disponible en: <http://www.fuden.es/formacion metodologica obj.cmf?id f metodologica=31>

SANABRIA, Giselda. Participación social en el campo de la salud. En: Revista Cubana de Salud Pública. Julio – septiembre, 2004. Vol. 30(3)

Secretaría de Hacienda Distrital. Hacia la Garantía del Derecho a la Salud en Bogotá. Diagnóstico y Políticas de Salud en el Distrito Capital. Cuadernos de la Ciudad, Serie Equidad y Bienestar. Abril 2005. No. 6

Secretaría Distrital Planeación. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos 2009. Boletín Informativo: Bogotá ciudad de Estadísticas. Julio, 2009. No. 9.

Secretaría Distrital de salud. Salud a su hogar: un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá, Secretaria Distrital de salud 2004

Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria en salud. Bogotá, Secretaria Distrital de salud, 2007

Secretaría distrital de salud [online]. Lineamientos Salud a su Casa, Prácticas favorables para la salud de las familias 2011. Bogotá [consultado en marzo de 2011] Disponible en: <http://saludpublicabogota.org/wiki/index>.

SILVA PAIN, Jair Nilson. Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. Lugar editorial, Buenos Aires, 2006

Spector, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice Hall, Madrid, 2003

STEIN, Airton [online]. El marco conceptual de la APS y la equidad en Brasil. [Consultado en mayo 2009] Disponible en: [http://www.ua.es/webs/opps/estudios/ponencias/airton/el\\_marco\\_espanhol.pdf](http://www.ua.es/webs/opps/estudios/ponencias/airton/el_marco_espanhol.pdf)

STARFIELD, Bárbara. Primary Care. Balancing health needs, services and technology. En: Oxford University Press. New York. 1998. P. 438

STARFIELD, Bárbara. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. En: Revista Gerencia y políticas de salud. Diciembre 2001. No 3,

STARFIELD, Bárbara. Atención Primaria y responsabilidades de salud pública en Europa y América del norte. En: Revista española de salud pública. Enero-Febrero 2004. Vol. 78, Nro. 1

STARFIELD Bárbara; SHI, Leiyu y MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. En: The Milbank Quarterly. 2005. Vol. 83, No. 3, p. 457- 502, 2005.

STARR, Sharon. WALLACE, Debra C. Self-Reported Cultural Competence of Public Health Nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department. En: Public Health Nursing. Vol. 26 No. 1, p. 48–57

STOLKINER, Alicia. COMES, Yamila. GARBUS, Pamela. Alcances y potencialidades de la APS en argentina. En: Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Vol. 16(6), p. 2807-2816

TAVARES CAVALCANTI, Maria de Lourdes. HENRIQUES DE PINA CABRAL, Marta. RODRIGUES ANTUNE, Ludmila. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros. En: Ciência & Saúde Coletiva. 2012, no. 17(7) p. 1813-1823

TEJADA DE RIVERO, David. Alma Ata 25 años después. . En: Perspectivas de Salud, revista de la Organización Panamericana de la Salud. 2003. Vol. 8, Número 1

TEXEIRA, Lucia. WERNECK, Vianna. CAVALCANTI, Lourdes. DE PINA CABRAL, Martha. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias, núm. 21, junio, 2009, pp. 218-251

TOGNONI, Gianni. Manual de Epidemiologia comunitaria. Cecomat, 1997

TONG, J. The gender gap in political culture and participation in China. Communist and Post-Communist Studies 36 (2003) 131–150

TORRES, Mauricio. Participación social: eje central de la renovación de la APS. La experiencia de Salud a su Hogar. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud, Mayo. 2005

TORRES; Mauricio. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. En: Revista Cubana de Salud Pública. 2007. no. 7, p. 33(4)

UGALDE, Antonio. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria. En: Participación social para qué? Lugar, editorial. Buenos Aires, 2006

VALLEJO, Astrid [online]. Experiencia de implementación de una política pública en salud: Atención Primaria con enfoque familiar y participación comunitaria. [Consultado noviembre 2011] Disponible en:

<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6>

VARGAS, William [online]. Atención primaria en salud en acción. 2006. [Consultado julio 2009] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>

VASQUEZ María. SIQUEIRA E, KUZE I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. En: Gaceta Sanitaria. 2002. No. 16(1), p. 30-38

VASQUEZ, María Luisa. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. En: Gaceta Sanitaria. 2002. No. 16(1), p.30-38

VÁZQUEZ ROCCA, Adolfo. BAUMAN, Zygmund. Modernidad líquida y fragilidad humana. En: Nómadas, Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. 2008. No.19

VEGA, Román. ACOSTA, Naydú. Mosquera, Paola. Restrepo, Ofelia. Atención Primaria Integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud. 2009

VEGA, Román. CARRILLO, Janeth. APS y acceso universal a los servicios de salud en el marco del SGSSS. En: Revista Gerencia y políticas de salud. Diciembre 2006. No 3

VILLAR BORDA, Luis. El Estado de derecho y el Estado social de Derecho. En: Revista Derecho del Estado. Diciembre, 2007. No. 20 p. 73 -96

WENDHAUSE Águeda. Relaciones de poder y democracia en los Consejos de salud en Brasil: un estudio de Caso. En: Revista Española de Salud Pública. 2006. Vol. 80, N°6, p. 697-704.

WENSTEIN, Luis. Manual de autoayuda para la promoción de la salud integral. En: <http://www.saludypobreza.cl/wp-content/uploads/2011/10/Luis-Weinstein-Manual-de-autoayuda-para-la-promocion-de-la-salud-integral.pdf>

YOSHIKAWA, Emiko. HINO, Paula. Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica. Sao Paulo, Dedone editorial, 2009.

## **ANEXOS**

ANEXO 1: Definiciones de participación y su relación con el abordaje teórico

ANEXO 2A: Diagrama explicativo de categorías

ANEXO 2B: Diagrama explicativo de categorías

ANEXO 3: Categorías finales

ANEXO 4: Diagrama de la línea de tiempo y las necesidades



## ANEXO 1:

### Definiciones de participación y su relación con el abordaje teórico

ACTOR	DEFINICION	ENFOQUE
<b>OMS</b>	Refuerzo del <b>poder</b> de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a uno.	Instrumental
<b>APS</b>	<b>Ejercicio</b> a través del cual la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones, aportan en la identificación e intervención de la situación de salud ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de la salud	Instrumental
<b>Sistema de salud - Colombia</b>	Es la intervención de la comunidad en la organización, <b>control</b> , gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto	Instrumental
<b>Modelo APS de Bogotá</b>	<b>Derecho y responsabilidad social</b> que posibilita a los ciudadanos y organizaciones sociales autónomamente constituidas, elevar el nivel de conocimiento y reflexión sobre sus necesidades sociales, con el objeto de incidir en las decisiones que los afecten	Derecho/Medio de democratización
<b>Política de participación Bogotá</b>	<b>Ejercicio del derecho político</b> que, mediante <b>procesos sociales</b> , posibilita la intervención autónoma de los ciudadanos y ciudadanas, en todas las etapas del ciclo vital y en su diversidad étnica, sexual y cultural, como de sus organizaciones, para reconocerse como sujetos de derecho	Derecho
<b>Comunidad (primera generacion)</b>	Reunirse en comités, juntas y otros grupos que permitan interactuar entre ellos y con las instituciones (negociación) para lograr respuestas a sus necesidades	Instrumental
<b>Comunidad (segunda generacion)</b>	Rescatar desde el concepto de derecho la organización como herramienta de transformacion	Derecho
<b>Tesis</b>	Capacidad y el derecho de la comunidad de afectar las decisiones en salud que se tomen y la capacidad de las instituciones de validar la voz de la población , teniendo en cuenta las dinámicas culturales que la generan	Derecho

## ANEXO 2A: Diagrama explicativo de categorías

<b>por qué participan</b>	salud pública	<b>por qué deben hacer participar</b>
necesidades comunes		lineamientos
historia familiar		política pública
cultura		política para pobres
demandas inmediatas		metabolismo gubernamental: no resulta como se espera desde el escritorio
supervivencia		<b>instituciones</b>
<b>comunidad</b>		
		<b>lo intangible</b>
	pobreza	
	filtro cultural y migración: el cambio de los roles sociales	
	orígenes heterogéneos, necesidades comunes	
	cómo aprender a ser ciudadano de la ciudad	
	línea de tiempo intergeneracional	
	legitimidad vs legalidad	

## ANEXO 2B: Diagrama explicativo de categorías

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TONOS VITALES
<b>necesidad</b>	básicas	Para conseguir los servicios también fue otra pelea; Cuando nos pasamos no había luz, agua, teléfono, ni transporte
	propósito común humanas	<i>Fuimos las mujeres las que sacamos todo adelante</i>
	creacion de redes	Una cosa diferente es el portal de la quinua que nació porque la Alcaldía local nos pagó un curso excelente en la universidad los Libertadores, con la intención que las mujeres tuviéramos trabajo.
	rol hombre mujer	<i>Las mujeres éramos muy unidas</i>
<b>genero</b>	significado de ser mujer (triple carga)	<i>Le digo a las mujeres que tienen que transformarse;</i> Pareciera que la mujer se encierra en su mente, en su casa, no quiere ir más allá de su familia. Este sector todavía es muy machista, usted ve peladas de quince años vueltas nada la cara a los golpes o toman una posición pasiva y no exigen nada a su pareja, menos lo hacen con el barrio.
	divergencias de expresión	el día de la asamblea las mismas personas mayores decían: - es que los muchachos no saben nada....Es que los muchachos no saben sino fumar marihuana!
<b>generacion</b>	como ven a la otra generacion en participacion (2)	Ellos han estado muy pendientes de todo, principalmente de lo de la legalización...Porque cuando uno recorre el barrio con ella, sale toda la gente a preguntar!
	como ven a la otra generacion en participacion (1)	Los jóvenes siempre han tenido participación después de los quince años, pero no les interesa la peleadera de los cuchos, los viejos
	propiedad de la tierra	
<b>legalidad</b>	legitimidad	"La legalización ha convocado a la gente a participar, sobre todo cuando se vio que probablemente nos iban a sacar, con el cuento que éramos invasores
	lo transmitido	<i>Aprender y transmitir, días con ganancia; Si precisamente para eso está uno educando a sus hijos, para que lo reemplacen a uno</i>
<b>transmisión cultural</b>	lo aprendido	<i>A mi nunca me ha gustado quedarme dormida, desde niña participaba en todo</i>

### ANEXO 3: Categorías finales

TEMA CULTURAL	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Mujeres participando y construyendo un paraíso posible	Resolviendo la cotidianidad en busca del paraíso posible	Relación de las mujeres, la necesidad y la participación
		Como nos ven desde afuera: participación y jerarquías en salud
		La participación como transmisión de la cultura
	Mujeres y nuevos pactos	Mujeres participando
		Intereses intergeneracionales diferentes

## ANEXO 4: Diagrama de la línea de tiempo y las necesidades

