

## Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano

### A look of health from social participation in sparsely populated Colombian Pacific

Ivanoba Pardo Herrera<sup>1</sup>  
Janeth Cecilia Gil<sup>1</sup>  
Bellazmin Arenas Quintana<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Santiago de Cali. Colombia.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** La participación social comunitaria se define como "el derecho a una significativa participación en toma de decisiones acerca de la salud, la política y la planificación, la atención y el tratamiento", en donde la comunidad se compromete individual o colectivamente.

**Objetivo:** Describir el concepto de salud desde la percepción de la comunidad.

**Métodos:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo mediante grupos focales y entrevistas individuales a líderes de dos comunidades del Litoral Pacífico Colombiano que participan del proyecto "Viabilidad de desarrollar un modelo basado en atención primaria en salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico".

**Resultados:** La gran mayoría de actores perciben la salud desde diversas miradas, llegando a un consenso desde la participación comunitaria para priorizar necesidades y sugerir propuestas de intervención. Dentro de la concepción que la salud se describe "que la salud es "un derecho", "es bienestar", "estar limpio", "lavarse las manos", "es no ir al médico", "es estar bien", "es tener casa", "es comer bien", "sentirse bien", "estar aliviado", "es larga vida" entre otras. Conceptos que parte de creencias, costumbres de su propia cultura y que se ve deteriorada por factores externos como, falta de compromiso del estado dentro del sistema de salud en poblaciones apartadas del país.

**Conclusión:** La existencia de la participación social comunitaria para el logro alcanzado revela el potencial de los interesados de participar activamente de la conceptualización de la salud y adquirir su auto responsabilidad al cuidado desde los determinantes sociales.

**Palabras clave:** Participación; salud; comunidad; determinantes sociales; consenso.

## ABSTRACT

**Introduction:** Social community participation is defined as "the right to a significant participation in decision making concerning health, policy and planning, care and treatment", where community is committed as a group or as individuals".

**Objective:** To describe the concept of health from the community perspective.

**Methods:** A qualitative, exploratory and descriptive study was carried out through focus groups and individual interviews with leaders of two communities of the Colombian Pacific Coast participating in the project "Feasibility of developing a model based on primary health care for municipalities with high rural dispersion of the Pacific coast".

**Results:** The vast majority of actors perceive health from different perspectives, reaching a consensus from community participation to prioritize needs and suggest intervention proposals. Within the conception that health is described that health is "a right", "is well-being", "to be clean", "to wash one's hands", "is not to go to the doctor", "is to be well", "is to have a house", "is to eat well", "to feel good", "to be relieved", "it is long life" among others. These concepts that part of beliefs, traditions of their own culture, which is deteriorated by external factors such as lack of state commitment with the health system in remote populations of the country.

**Conclusion:** The existence of community social participation for what was achieved reveals the potential of the interested parties to actively participate in the conceptualization of health and acquire their self-responsibility in care from the social determinants.

**Keywords:** participation; health; community; social determinants; consensus.

---

## INTRODUCCIÓN

En 1946 La Organización Mundial de la Salud-OMS, definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", siendo discutido por varios autores pero coincidiendo que integra al individuo, la familia y la comunidad como parte de la sociedad.<sup>1</sup>

En la Conferencia de Alma-Ata, los gobiernos de los países reconocieron que la salud es un derecho humano fundamental; que es más que la ausencia de enfermedad; que en ella intervienen muchos otros sectores, además del llamado sector sanitario; que está determinada por el desarrollo de los pueblos; que es política, social y económicamente inaceptable la desigualdad entre los países y dentro de ellos, y que requiere la participación de las personas, individual y colectivamente.<sup>2,3</sup> Al igual que describe que la situación sanitaria ha cambiado considerablemente, se han registrado importantes modificaciones en la distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno socioeconómico. Asimismo, han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud. Los gobiernos siguen redefiniendo sus funciones y responsabilidades en relación con la salud de la población y la organización y prestación de la atención de salud, lo que

entraña cambios en el contexto en que se enmarca la elaboración y puesta en práctica de la política sanitaria.<sup>4</sup>

La Política de Atención Integral en Salud, en el artículo 65 de la ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, dentro del marco legal de la ley 1751 del 2015, Estatutaria en Salud y las leyes vigentes proporcionan un nuevo impulso a la participación social comunitaria y ciudadana decisoria y paritaria en salud. Definida como uno de los principios de la seguridad social, la salud involucra a que las personas como derecho y deber deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. En este sentido, las decisiones tomadas en los territorios del país en materia de salud y sus determinantes, deberán garantizar que se toman en un marco democrático. Esto implica el respeto a la diversidad étnica y cultural y al desarrollo de procesos especiales de consulta previa a los pueblos y grupos étnicos, para lo que cuentan con mecanismos de uso individual e institucional como son la oficina de atención al usuario, Asociaciones de Usuarios, veedurías, defensoría del pueblo, representantes de las entidades administradoras de planes de beneficio. De igual manera la comunidad está organizada con representantes de los diferentes sectores, entre los que se encuentran: las Juntas Administradoras Locales - JAL, Las Juntas de Acción Comunal - JAC, los concejos Municipales, las organizaciones de base conformada por ciudadanos que intervienen en espacios de reflexión, análisis, vigilancia, control y toma de decisiones, como son las audiencias públicas, mesas de trabajo, concertación y rendición de cuentas entre otras. La política de participación social se formuló en 1994 para promover el control social a través de la participación en la gestión, la planificación y la evaluación.<sup>5-11</sup>

La participación social se define como el derecho a una significativa participación en la toma de decisiones acerca de la salud, la política y la planificación, la atención y el tratamiento. Se entiende como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individual o colectivamente a desarrollar la capacidad de asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y actuar para buscar soluciones. El término "participación comunitaria" se entiende comúnmente como la participación colectiva, dinámica de la población específica en una zona geográfica, en la que se determinan las necesidades y soluciones para satisfacerlas. En muchos casos las dificultades encontradas en los programas de salud basados en la comunidad se deben a una conceptualización inadecuada y estrecha de una "comunidad".<sup>12,13</sup>

Para la Organización Mundial de la Salud, la participación significa que los ciudadanos tienen la posibilidad de expresar a los órganos de decisión sus puntos de vista y preferencias respecto a las políticas de salud, convirtiéndose en parte activa dentro del proceso de toma de decisiones.<sup>14</sup> Partiendo de esta fundamentación, la Salud es uno de los mecanismos de progreso de una comunidad, relacionada con la disponibilidad y distribución de los recursos sociales, económicos y de acceso a los servicios de salud; entre los que se encuentra la educación, el abastecimiento de agua potable, la energía eléctrica, viviendas, manejo de aguas residuales, entre otras. Es por esto que los diversos actores interesados en que su comunidad tenga desarrollo deben participar permanentemente y de forma activa en el proceso para identificar las necesidades en las condiciones sanitarias y de salud de la comunidad, tomando iniciativas por su propia cuenta, adopten un comportamiento saludable y se esfuercen por mejorar la higiene ambiental; fomentando la autorresponsabilidad.<sup>12</sup>

Para el presente artículo, los actores sociales son definidos como aquellas personas, grupos de personas o instituciones que inciden e influyen en el

desarrollo de las comunidades a partir de acciones o relaciones colectivas donde se percibe la motivación expectativas fines, representaciones, valores, dentro de una situación determinada (ECFAO, 2006) (Ibáñez y Brie, 2001). En Colombia, el programa Prosperidad Social describe a los actores sociales que participan en los mecanismos y espacios de participación ciudadana a la comunidad beneficiaria, ciudadanía en general, academia, entes de control, gremios; Sector de Inclusión Social y Reconciliación; Entidades asesoras y de acompañamiento: Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones MINTIC, Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, entre otros.

El concepto de salud obedece a las definiciones que usualmente la gente posea sobre su sufrimiento, determinando el tipo de servicio a acudir al servicio de salud. Este concepto, parte de unas características complejas de creencias, actitudes, prácticas y conocimientos de la salud que se relacionan y que proporciona la decisión para actuar, a partir de la relación con su cuerpo, sus estilos de vida, su pensamiento y espiritualidad.<sup>15</sup>

La región del Pacífico colombiano enfrenta grandes retos y problemáticas sociales, con inequidades intra e inter-regionales, determinados por un complejo entramado de aspectos sociales, políticos, socioculturales y de respuesta de actores sociales, organizacionales (ONG) y gubernamentales.

En definitiva abordar el concepto de salud en las poblaciones del litoral Pacífico, se convierte en un desafío, ya que son muchos los testimonios que evidencian una perspectiva no grata para la salud de la población, en donde el concepto de la salud es socialmente construido, definido y tipificado por la cultura, sus creencias y su cosmovisión; lo que se debe considerar como una expresión, un componente biológico y otro cultural, primando la estimación del colectivo; soportada en que en estas zonas dispersas de Colombia, la información y las investigaciones en salud son insuficientes y si las hay no están disponibles. El propósito del artículo es describir la percepción del concepto de salud en la población dispersa del litoral Pacífico, caso Buenaventura, a través de la participación social comunitaria.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo mediante grupos focales y entrevistas individuales semiestructuradas a líderes de 2 comunidades del Litoral Pacífico Colombiano que participan del proyecto "Viabilidad de desarrollar un modelo basado en atención primaria en salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico" financiado por Colciencias y cuatro universidades de Cali, con el fin de recoger el sentir de los diferentes actores de la comunidad a cerca del concepto Salud, quienes a partir de la reflexión, investigación y acción alrededor del concepto, facilitan acuerdos en busca de propuestas participativas, de empoderamiento y de organización comunitaria e institucional, en la búsqueda del bienestar de la comunidad; para lo que se les solicitó consentimiento para la participación y permiso en los diversos momentos en donde fueron grabados y fotografiados, observados en su vida cotidiana y sus representaciones sociales, para luego ser transcritos los conceptos, el tiempo de las entrevistas fue de 45 minutos y realizada por una de las investigadoras del proyecto calificada en conceptos de salud, cultura y comunidad, los grupos focales fueron dirigidos por dos investigadoras con un tiempo de duración de cuatro horas durante el desarrollo de la estrategia que se imparte dentro del proyecto, que consiste en un diplomado, la observación la realizó una profesional investigadora de las ciencias sociales.

La información se recolectó de dos comunidades del Distrito de Buenaventura, una es la Comuna 3 y otra en Puerto Merizalde, comunidades seleccionadas a partir del consenso del ente territorial, organizaciones de base, interculturales y comunidad en general aplicando los criterios del proyecto, contando con la participación de líderes comunitarios, teniendo en cuenta los actores sociales comunitarios y la población en general.

La composición final de participantes fue de 25 participantes en la Comuna 3 y 15 en Puerto Merizalde, distribuidos de acuerdo a su componente intercultural mestizo (15 personas), indígenas (10 personas) y afro descendientes (15 personas).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta la información recolectada en las grabaciones, dibujos, fotos de los grupos focales y entrevistas, para luego narrar lo sucedido en cada comunidad, se generaron categorías de análisis, a partir de la depuración de datos recolectados en cada momento de las reuniones de los grupos focales y las entrevistas, organizando la información para ser interpretadas minuciosamente, así se garantizó la calidad de los datos, contrastándose los datos de las investigadoras y los registros, obteniendo representaciones de la percepción del concepto de salud.

## **RESULTADOS**

Se transcriben solo algunos testimonios de las personas entrevistadas, seleccionados por la significación y recurrencia de lo que expresan.

### **Percepción del concepto salud en actores comunitarios**

Se observó en las respuestas de los actores participantes dificultad para especificar el concepto de salud, por lo que se recurrió a estrategias didácticas (mapas elaborados por ellos, fotos, imágenes, expresiones, historia de vida) que facilitaron el sentir de qué es Salud.

En la disertación en el concepto de salud en la Comuna 3, los participantes en los grupos focales y los entrevistados mezclan y concretan que la salud es: "un derecho", "es bienestar", "estar limpio", "lavarse las manos", "es no ir al médico", "es estar bien", "es tener casa", "es comer bien", "sentirse bien", "estar aliviado", "es larga vida", "es protegernos de la malas enfermedades", "es tenerse conforme uno mismo", "es esperanza", "las yerbas", "es la parte fundamental para vivir de manera sana y libre de enfermedad", "es que el cuerpo esté bien", "para mi salud es un alivio en mi cuerpo porque sin salud no hay vida" "el cuerpo está aliviado", "es tener 150 años de vida", "es vivir saludable". Siendo para el grupo de líderes comunitarios un concepto diferente, porque relatan que salud son todas esas condiciones que los rodean, como es "no dejar basura tirada" "no arrojar cosas al río", "el clima genera proliferación de zancudo" "no todos los niños y jóvenes van a la escuela" "no hay trabajo" "acudir al médico es difícil". Lo que lleva a repensar que hay otros factores sociales más generales que determinarían en gran medida la variación del concepto.

De igual forma, el concepto va de la mano de la vida en familia y de su funcionalidad, debido a que en estas comunidades, la mujer es la referencia para el cuidado de la salud al igual que la responsable del trabajo doméstico y del cuidado de la salud familiar. Existe en la mujer su responsabilidad de este rol, en

los mismos testimonios de las mujeres, con una clara diferenciación de funciones de acuerdo al género: "... a mi familia la cuido yo .. mi esposo trabaja..." (Luisa, 29 años).

La preocupación diaria por satisfacer necesidades primarias desplaza la posibilidad de percepción de un problema de salud, ya que la lógica familiar es la del "día a día", en un contexto donde no hay garantía de ingreso diario para cubrir los gastos de alimentación o abrigo. Este hecho determina que lo económico sea el problema prioritario a resolver.

María (25 años) relata: "mi hijo está muy enfermo, hace mucho que no lo ve el médico, no hay... me toca esperar a ver cuando venga o esperar unos pesos para poderlo llevar, eso hace que yo también me enferme, no tengo los medios para aliviar esta situación".

El concepto de salud que refiere la comunidad, es algo más para poder trabajar, pero no es lo más importante, prima el poder hacer las cosas, el trabajar, sentirse útil, poder ir a la escuela; si pueden hacer esto consideran que tienen salud.

Esta percepción de lo que es salud se relaciona con los comportamientos que la comunidad manifiesta desarrollar ante un dolor o sufrimiento en su cuerpo, ratifica que salud es "poder ir a trabajar" "poder hacer su vida bien", donde bien es "no tener dolor", "me sienta contenta" "puedo realizar todo lo que se hacer".

Este modo de percibir la salud está determinado por los tipos de ayuda buscada y las prácticas desarrolladas para el cuidado, el cual está mediado por sentimientos, recuerdos, sensaciones, valoraciones, que no son factores de conocimiento, actitudes y prácticas, donde se ven inmersas las emociones y sentimientos.

En una comunidad indígena de Puerto Merizalde, el concepto de salud está enmarcado desde el territorio, su entorno, sus creencias, costumbres, cosmovisión que hace que sus rituales se perciben como medio para tener salud, desde su espiritualidad, el culto a sus lugares sagrados, la interpretación de la montaña como la cuidadora, la tierra como vida, el fuego, el aire como complemento para su salud. El padre es el encargado de la familia, que es la unidad funcional de la comunidad y es quien vela por la parte económica y sustento social. Dentro de la comunidad se asienta un personaje: el Chamán, en el que recae la salud de la población, porque tiene habilidades enigmáticas, la población lo respeta por la capacidad que tiene de solucionar las necesidades en cuanto a enfermedades tradicionales que puedan afectarlos.

El cuadro sintetiza el concepto de salud según los diferentes actores sociales que participaron en el estudio.

En algunas comunidades, la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias. Por delante de ella, existen otras prioridades no cubiertas como son la vivienda, el agua, la energía, manejo de residuos, la situación económica o el trabajo. Solo se preocupan cuando aparecen síntomas y consecuencias que limitan para continuar su vida diaria con normalidad, por lo que el concepto fue difícil de trabajar inicialmente pero al final, se concilio que todos estos elementos de vivienda, de agua, de energía, el manejo de residuos, la situación económica o el trabajo, son determinantes sociales que deben ser parte del empoderamiento del concepto de salud, inmersos como del propio concepto por su modo de vida y desde la conceptualización de la literatura.

**Cuadro.** Concepto de salud según los diferentes actores sociales

Actor social	Concepto
Comunidad en general (mestiza) Comuna 3	Prima el poder hacer las cosas, el trabajar, sentirse útil, poder ir a la escuela; si pueden hacer esto consideran que tienen salud. Salud es vivir sin contaminación ambiental y tener resuelto el problema de saneamiento básico como el manejo adecuado de basura, contar con escenarios para la recreación y el deporte en la comuna. La salud también es estar alegre, tranquilos, unidos y poder estar en paz espiritualmente, ir a la iglesia.
Comunidad Afro descendiente - Comuna 3	La salud está relacionada a las capacidades que permiten estar alegre, vivimos sonriendo, felices, por eso no se enferman, participan en acciones colectivas.
Comunidad Indígena	La salud está relacionada con el estado de equilibrio y armonía espiritual, vinculado con la cosmovisión.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten reconocer el concepto de salud de los actores participantes y descubrir los significados construidos alrededor del concepto. Por lo que se direccionaron las pláticas para lograr el objetivo propuesto, de la percepción del concepto de salud, realizando análisis interpretativo de los resultados, de manera que incorporaron la información recolectada en los grupos focales y las entrevistas, a partir de matrices que permitieron categorizar e interpretar la información.

La salud como fundamento para el progreso está categorizada por la dinámica social de quienes interactúan en la comunidad, que son los que construyen su propio concepto desde la percepción y el sentir desde su cultura, costumbres y vivencias. Se observó, a partir del discurso de todos los participantes, distintos conceptos de la salud, así como de los distintos significados que parecen reflejar sus propios roles y experiencias. Se construyó desde la propia comunidad su definición de salud, a partir del diálogo de saberes, de sus experiencias y vivencias, de sus interacciones con otros individuos o grupos. Así mismo lo describe *Gómez*:<sup>16</sup> "El concepto salud parte de unas características complejas de creencias, actitudes, prácticas y conocimientos de la salud que se relacionan y que proporciona la decisión para actuar, a partir de la relación con su cuerpo, sus estilos de vida, su pensamiento y espiritualidad como señala". En la Encuesta Nacional de Salud -ENS-2005-2006<sup>17</sup> se describe que el "estado de salud es percibido como uno de los indicadores por excelencia utilizado como aproximación a la situación de salud de las poblaciones. De igual manera relata que el término auto-percepción del estado de salud, o morbilidad sentida, se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud como producto de sus conocimientos e interpretaciones, sin que necesariamente haya sido confirmado por personal médico". En la comunidad estudiada solo se preocupan cuando aparecen síntomas y consecuencias que limitan para continuar

su vida diaria con normalidad, por lo que coincide con lo descrito por Agudelo-Londoño en la Percepción del estado de salud en la región central colombiana <sup>18</sup> en donde se menciona que la morbilidad sentida de la población establece la aproximación de no goce de salud, notándose como el indicador más inmediato de la necesidad de servicios de salud.

En la experiencia de la comunidad en general, la salud parte del cuidado que las mujeres, líderes de sus hogares son las que tienen que resolver los problemas, incluidos los de la salud, como una función propia de la cultura de su autorresponsabilidad por el núcleo familiar. Esto lo ratifica *Coria* cuando señala "esta función doméstica se circunscribe a la administración de los dineros de la carencia, ya que tiene que cubrir con pocos recursos las necesidades más inmediatas que le demandan mucha responsabilidad".<sup>15</sup>

En el presente análisis fue importante indagar el propio contexto de las comunidades afro descendientes y las indígenas del litoral Pacífico Colombiano, donde se entreteje la interculturalidad, para así poder obtener el sentir, su percepción en el concepto de salud, atendiendo a ese carácter diferencial propio en la población colombiana, no solo por la ruralidad sino por la dispersión que se presenta en la misma comunidad. Para esto se tuvo en cuenta el reconocimiento de la etnia, costumbres, creencias ancestrales, sus tradiciones, las necesidades colectivas y particulares; sumado a esta cantidad de variables la lengua nativa de las diversas culturas, haciendo más complejo el empoderamiento del concepto de salud desde los determinantes sociales. Tal es el caso de la población indígena, por sus creencias y tradiciones de la cosmovisión y en donde cada comunidad tiene mecanismos propios, como el de integrar prácticas y procedimientos de la cultura indígena a la medicina tradicional. Es así que el Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas [IWGIA] en el 2006 describen: "Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población."<sup>19</sup>

En conclusión, la percepción de la salud está fundada socioculturalmente y depende de lo que cada uno tenga y sienta, determinando así su actuación. La población participante, en su mayoría con necesidades básicas insatisfechas, con falta de oportunidades como acceso al trabajo, por lo que son pobres, con una mala organización de las viviendas y de las familias; sumado la interculturalidad, en donde el componente social, económico y político están directamente relacionados con el concepto; incrementando así sus necesidades para el cuidado, ya que se les dificulta alcanzar los recursos para la salud, aceptando un sistema de salud inequitativo para sus comunidades. La mujer carga con el peso de la autorresponsabilidad del cuidado de la familia, responsabilidad que está delimitada en cuanto a los recursos con que cuentan dada la precariedad de sus determinantes sociales. El que alguien no tenga recursos materiales, económicos, no debe estar condenado a tener un nivel de salud que no se corresponda necesariamente con la satisfacción plena de sus necesidades humanas. El empoderamiento del concepto de la salud desde la interculturalidad permite situar la salud a un nivel más alto, a partir de la generación de cambios en sus aspiraciones y perspectivas. El modelo de salud debe ser propio, desde el contexto de comunidad de alta ruralidad y dispersión en Colombia y en donde prima la población afro descendiente e indígena.



## AGRADECIMIENTOS

Estos resultados son parte de la investigación realizada en alianza COLCIENCIAS y la Universidad Santiago de Cali, Universidad ICESI, Universidad Libre de Cali, Universidad Javeriana Cali, con la participación de las comunidades, de la comuna 3 y Puerto Merizalde del Distrito de Buenaventura, en el Litoral Pacífico en Colombia. Agradecemos a todos los actores que activamente aceptaron compartir con los investigadores sus conceptos, vivencias y necesidades y a COLCIENCIAS por su ayuda financiera en la convocatoria del año 2015 convenio 725, dentro del proyecto "viabilidad de desarrollar un modelo basado en atención primaria en salud para municipios con alta dispersión rural del Litoral Pacífico". A nuestros pares de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana - Cuba, Noria Liset Pupo Avila y Leonardo Cuesta Mejias, en la revisión del escrito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). Ginebra; [consultado Feb 10 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: OMS; 2008.
3. Vega R, Carrillo J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia el caso de salud a su hogar en Bogotá. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2006;11(5):38-54.
4. Organización Mundial de la Salud. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 14.18. Ginebra: OMS; 2003.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Bogotá. 2015 [consultado Feb 10 2017]. Disponible en: [http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley\\_1753\\_de\\_2015.pdf&prefijo=file](http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=78676&name=Ley_1753_de_2015.pdf&prefijo=file)
6. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. 2015 [consultado Feb 10 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
7. Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991 [consultado Feb 10 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
8. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 del 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". [Consultado Feb 10 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
9. Presidente de la Republica de Colombia. Decreto 1757 de 1994. por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del

artículo 4 del Decreto-ley 1298. 1994 [consultado Feb 10 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850>

10. Pineda Granados F. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Revista Monitor Estratégico*. Superintendencia Nacional de Salud. 2014;(6).

11. Alcalde Mayor de Bogotá. Decreto 530 del 2010, "Por el cual se adopta la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital". 2010 [consultado Feb 10 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40982>

12. Meneses Copete YA, Gallo Restrepo NE, Minotta Valencia C. Percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades afrodescendientes de Medellín 2009-2010. *Archivos de Medicina (Col)* 2014 [citado Feb 10 2017];14:210-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273835711005>.

13. Mahoney ME, Potter JL, Marsh R. Community participation in HIA: Discords in teleology and terminology. *Critical Public Health*. 2007;27(3):229-41.

14. Jakubowski E, Lister G. World Health Organization. "Ninth Futures Forums on Health Systems Governance and Public Participation", Copenhagen: WHO; 2006.

15. Sacchi Mónica, Hausberger Margarita, Pereyra Adriana. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*. 2007 [citado 2017 Mar 13];3(3):271-83. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es)

16. Gómez López LI, Rabanque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez Dardet C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2004.

17. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud -ENS- 2005-2006: protocolo de la encuesta. Análisis de la Situación de Salud de Colombia: ASIS-COL 2002-2006. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.

18. Sandra M, Agudelo-Londoño, Adriana Giraldo-Villa y Víctor I. Romero-Nieto3. Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Rev Salud Pública*. 2012;14(6):899-911.

19. Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas [IWGIA], *El mundo indígena 2006*, reconocido como entidad consultiva por el ECOSOC. Colombia: IWGIA; 2006.

Recibido: 8 de junio de 2017  
Aprobado: 2 de abril de 2018.

*Ivanoba Pardo Herrera*. Universidad Santiago de Cali. Colombia. Teléfono: 317 3672497  
Dirección electrónica: [ivanoba.pardo00@usc.edu.co](mailto:ivanoba.pardo00@usc.edu.co), [ivanobapardo@gmail.com](mailto:ivanobapardo@gmail.com)