

---


## Alcalce revision documental- Enero 2026

---

**Desde** Yenny Viviana, Ruiz Vargas <YVRuiz@saludcapital.gov.co>

**Fecha** Vie 17/04/2026 13:53

**Para** Nixon Armando, Fandiño <NAFandino@saludcapital.gov.co>

 1 archivo adjunto (698 KB)

20260129 Alcance aportes comentarios doc de lectura.docx.pdf;

Apreciado Nixon,

De acuerdo con las orientaciones, remito el documento de Política Pública de Participación Social y Gestión Territorial revisado en enero. He incorporado comentarios técnicos enfocados en fortalecer la interculturalidad, los sistemas propios de cuidado y el enfoque diferencial para los pueblos indígenas.

Quedo atenta

**Yenny Viviana Ruiz**  
Mag. Salud Pública



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

**POLITICA DE  
PARTICIPACIÓN  
SOCIAL EN SALUD  
PPSS  
RESOLUCIÓN  
2063 DE 2017**

---

Bogotá, D.C., 2019





La salud  
es de todos

Minsalud

**JUAN PABLO URIBE RESTREPO**

Ministro de Salud y Protección Social

**IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación  
de Servicios

**DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA**

Viceministra de Protección Social

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**

Jefe de Oficina de Gestión Territorial,  
Emergencias y Desastres.

**OFICINA DE GESTIÓN TERRITORIAL EMERGENCIAS Y  
DESASTRES**

**GRUPO GESTION Y FOMENTO DE LA PARTICIPACION SOCIAL  
EN SALUD**

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Oficina Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Luis Fernando Correa Serna

Grupo Gestión y Fomento de la Participación Social en Salud

Tilcia Helena Angarita Baene Coordinadora

Luz Dary Carmona Moreno. Contratista

Luz Imelda Cruz E. Equipo Técnico

María Liliana Quimbaya B. Equipo Técnico

Rosmira Ulloa Delgadillo . Equipo Técnico.

**POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD 2017 –  
RESOLUCIÓN 2063 DE 2017**

Redacción de textos:

Luz Dary Carmona Moreno.

Tilcia Helena Angarita Baene.

# CONTENIDO

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
<b>1. Marco situacional</b>	<b>11</b>
1.1 Problemáticas relacionadas con debilidades institucionales	16
1.2 Problemáticas relacionadas con la falta de cultura democrática	16
1.3 Problemáticas relacionadas con debilidad en las capacidades sociales y/o ciudadanas	17
1.4 Problemáticas relacionadas con la normatividad	17
<b>2. Marco normativo</b>	<b>18</b>
<b>3. Marco conceptual</b>	<b>22</b>
<b>4. Marco estrategico</b>	<b>25</b>
4.1 Objetivo general	25
4.2 Objetivos específicos	25
4.3 Alcance de la política	26
4.4 Principios de la ppss	27
4.5 Ejes estratégicos y líneas de acción	29

<b>5. Responsabilidades que genera la política de participación social en salud</b>	<b>38</b>
5.1 Garantía del derecho a la participación en salud	38
5.2 Respeto del derecho a la participación en salud	38
5.3 Promoción y protección del derecho a la participación en salud	39
<b>6. De los deberes frente a la política de participación social en salud</b>	<b>40</b>
6.1 Defensa de lo público	40
6.2 Rendición de cuentas a los asociados	40
<b>7. Implementación.</b>	<b>41</b>
<b>8. Seguimiento y evaluación</b>	<b>41</b>
<b>9. Inspeccion, vigilancia y control.</b>	<b>42</b>
<b>10. RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES - ACTORES</b>	<b>42</b>

# PRESENTACIÓN

La POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS) Resolución 2063 de 2017 es un esfuerzo del Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento al mandato legal de direccionar y garantizar la participación social en el sector salud en el marco de la Ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015.

Se entiende la Política como: “[...] proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública, con fines de satisfacer las necesidades de una sociedad”<sup>1</sup>. En tal sentido, las Políticas son instrumentos que permiten la realización de respuestas a las necesidades de grupos y poblaciones. En el caso de la participación social en salud las necesidades son aquellas situaciones o condiciones que impiden, afectan, debilitan que la ciudadanía incida o decida sobre el derecho a la salud.

El presente documento recoge en forma de resumen el documento técnico que contiene la PPSS y la Resolución 2063 de 2017. La PPSS fue construida en talleres o espacios de deliberación con líderes y trabajadores del sector salud. En estos espacios se discutió y reflexionó sobre la participación en salud, tomando como referencia preguntas como:

<sup>1</sup> En Graglia, J. Emilio, En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS) Argentina, Buenos Aires, 2012, pág. 19.



1. ¿Qué necesidades o problemáticas afectan la participación en salud: qué la limita, qué dificultades y/o necesidades impiden que la ciudadanía ejerza el derecho a la participación; qué potencialidades existen en la vida cotidiana para impulsar y fortalecer los procesos existentes y cómo generar nuevos procesos que amplíen la participación para que muchas personas logren acceder a los espacios.
2. ¿Por qué participa o no la ciudadanía en los procesos en salud; que alcance ha tenido dicha participación; qué se requiere para mejorar los procesos de participación social en salud?
3. ¿Qué posibilidades da la norma para ejercer el derecho a la participación; existen dificultades; por qué?
4. ¿De acuerdo con las experiencias como se entiende la participación en salud; y cómo afecta la norma esas comprensiones o concepciones de participación?
5. ¿Qué se debe hacer para fortalecer la participación en salud; cómo hacerlo y quienes deben impulsar este esfuerzo; ¿qué estrategias se pueden usar, y qué acciones?

Para la reflexión y el debate se planteó un Documento Base que se construyó a partir del diagnóstico a los mecanismos y formas de participación realizado por los entes territoriales en el 2014. También se tuvo en cuenta un Taller Nacional realizado con los referentes de Participación Social del País que aportaron desde sus experiencias concretas. De igual forma, se recogieron análisis sobre participación en salud, elaborados por expertos.

Una vez elaborado el Documento de Base se puso a prueba en un taller con líderes de las formas y mecanismos de participación en salud de Bogotá: Asociaciones de Usuarios, Copacos, Veedurías y servidores públicos. El taller permitió validar que el documento inicial que recogía de manera adecuada las problemáticas de participación y permitía poner en discusión: la normatividad, las concepciones de participación y las posibles respuestas, estrategias y acciones para mejorarla y fortalecerla.

Posteriormente se realizaron diez (10) talleres más en las ciudades

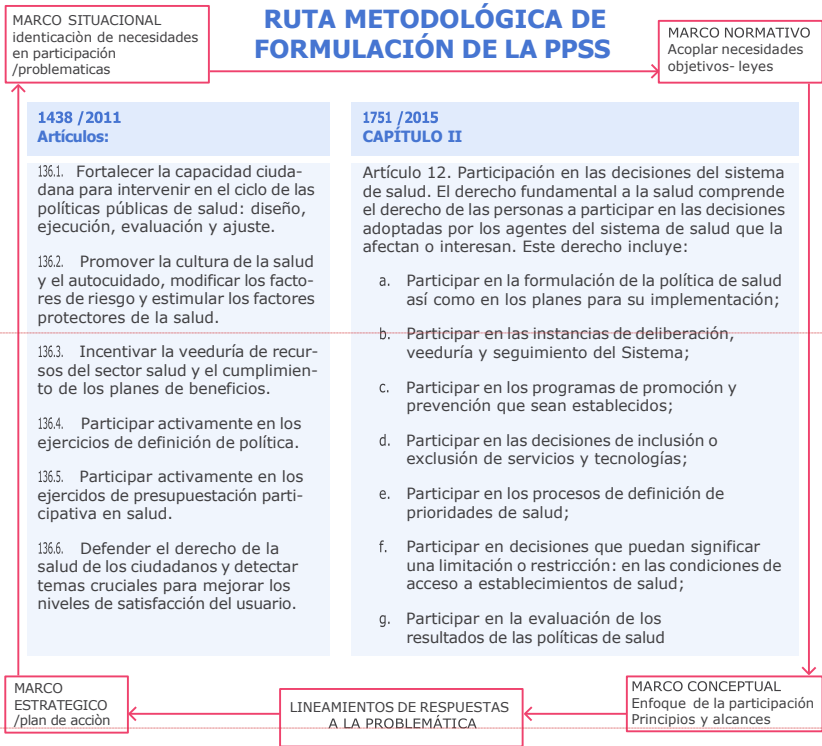
de: Armenia, Bucaramanga, Medellín, Sincelejo, Cali, Villavicencio, Ibagué, Popayán, Pasto y un taller final de socialización en Bogotá.

Todas las voces ciudadanas y de los trabajadores del sector salud que son referentes de Participación Social: de Hospitales (ESE), de Empresas promotoras de salud (EPS/EAPB), de Instituciones Prestadoras Privadas (IPS); se recogieron y sistematizaron para producir el documento técnico que soporta la PPSS y que se presenta en esta cartilla.

En total participaron 467 actores claves (personas calificadas) que cuentan con trayectorias, experiencias y saberes en Participación Social en Salud. Estos actores pertenecen a Asociaciones de Usuarios, Copacos, veedurías en salud, Comités de ética, trabajadores y defensores de derechos humanos, y servidores o trabajadores de la salud.

La ruta metodológica desarrollada fue la siguiente:

Gráfico 1: RUTA DE FORMULACIÓN DE LA PPSS



**Comentado [YVRV1]:** El documento debe es que las redes de cuidado no son solo individuales, sino colectivas. Se propone i la figura de los 'Cuidadores del Territorio' parteras, reconociéndolos como actores c sistema de salud que operan desde la me ancestral y que deben estar articulados co red de servicios convencional.

**Comentado [YVRV2]:** Es imperativo trascender la participación administrativa hacia una *intercultural crítica*. No basta con incluir a los pueblos; se debe re que la participación indígena parte de una estructura organizativa propia que debe dialogar en condicione equidad con el sistema institucional."

El documento que tiene en sus manos es una síntesis de la PPSS y es un instrumento para fortalecer el derecho a la participación social en salud en el entendido que establece directrices para quienes participan y para todos los actores del Sistema.

## 1. MARCO SITUACIONAL

En este ítem se presentan las necesidades o problemáticas de la participación en salud recogido a partir de los planteamientos que hicieron los participantes en el proceso deliberativo frente a las preguntas:

- ¿Qué necesidades o problemáticas afectan la participación en salud: que la limita, qué dificultades y/o necesidades impiden que la ciudadanía ejerza el derecho a la participación?
- ¿Qué potencialidades existen en la vida cotidiana para impulsar y fortalecer los procesos existentes y cómo generar nuevos procesos que amplíen la participación para que muchas personas logren acceder a los espacios y decisiones?

### La problemática fue:

La *visión de salud* es limitada al sistema, a la enfermedad y a los servicios, aun no se logra que la Participación Social en Salud se vea como un derecho que se articula al derecho a la salud, ni mucho menos al bienestar.

Algunas veces las instituciones de salud (EPS, ESE, IPS, etc.) no respetan y garantizan la autonomía de la ciudadanía, sus organizaciones, las formas y/o mecanismos de participación, generando **cooptación o control** que les limita su capacidad de incidencia, lo que termina afectando los procesos participativos.

La Falta de *unicidad* entre las leyes de participación hace que se conviertan a veces en obstáculos para participar. Muchas veces las leyes no son coherentes entre sí y se prestan a interpretaciones que termina siendo “acomodadas” de acuerdo con los múltiples intereses de los actores.

No hay suficientes *condiciones materiales* (recursos financieros, logísticos, humanos, etc) para el ejercicio de la participación: los Copacos, las Asociaciones, los Consejos, los Comités, las Veedurías, y las diversas formas no cuentan con condiciones adecuadas para la realización de los procesos participativos: oficinas/espacio, papelería, teléfono, computadores, entre otros.

**Comentado [YVRV3]:** La participación social alimenta la construcción de perfiles de salud y enfermedad que incluyan la visión indígena, lo que implica reconocer 'enfermedades culturales' y espirituales dentro del sistema de vigilancia epidemiológica, permitiendo que la respuesta institucional sea coherente con la cosmovisión del pueblo afectado.

Por lo general el Estado en cualquiera de sus representaciones (el ente territorial –Alcaldías; las ESE, etc.), *no consideran la participación como fundamental* para construir la salud y la ciudadanía y mucho menos le dan el *valor legítimo y legal* para promover el derecho a la salud.

La institucionalidad ha sido débil para promover y fortalecer la participación social en salud y en la estructura institucional (Ministerio, ente territorial, Alcaldías, etc.) la participación se ha mantenido como un elemento adicional o marginal y no se le ve como fundamental para el derecho a la salud.

Falta voluntad por parte de los gobernantes para reconocer a la comunidad y sus lógicas o formas y permitirles ser más participativos, deliberativos, beligerantes, lo que termina debilitando la participación.

Falta *cualificar* aún más a los servidores públicos para que promueven o impulsan procesos de participación con visión de derechos: a la salud y a la participación.

Falta *mayor posicionamiento* de la participación en el Ministerio para que ocupe un lugar en la estructura funcional: Dirección, Oficina, como esta en algunos entes territoriales.

Los procesos participativos no logran plasmar una visión con contenido de *la salud como bien público*.

Los procesos participativos en salud son débiles porque *fragmentan* o dividen a las poblaciones en lugar de aglutinarlas a la luz del derecho y no se logra concretar un enfoque diferencial.

Las comunidades y líderes se sienten *débiles* en relación con el poder de la institucionalidad en salud, lo que las pone en desventajas: de discurso, capacidad técnica, no cuentan con condiciones operativas ni recursos. Por ejemplo, en su representación en las Juntas directivas.

Los liderazgos y las organizaciones sociales (formas de participación) *no logran cohesionarse* (juntarse) y esto les debilita, sus recursos de poder.

En las *condiciones* en que se realizan los procesos participativos las comunidades y ciudadanía no logran sostener el tejido social, cada forma de participación (Asociaciones, Comités, Copacos, etc.) terminan *desarticulados* y disminuyendo la capacidad de incidencia, “cada uno se debe dedicar a lo suyo” y esto los debilita.

Las veedurías no han logrado el *impacto* necesario para el control. Uno de los problemas es el acceso a información y la necesidad de fortalecer capacidades para interpretación de información, de datos y cifras por parte de la comunidad.

No hay presupuestación participativa en salud se necesita diseñar o *generar las maneras institucionales* (procesos y procedimientos) que permitan el desarrollo de presupuestos participativos en salud.

Fruto del debate las problemáticas se agruparon en cuatro ítems que recogen los puntos críticos ordenados así:

**Gráfico 2: PROBLEMÁTICAS O NECESIDADES EN PARTICIPACIÓN EN SALUD**





## **1.1. PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON DEBILIDADES INSTITUCIONALES**

- Falta de direccionamiento Estratégico
- Visión medicalizada de la salud
- Participación institucionalizada y fragmentada
- Participación sin eficacia, instrumentalizada
- Debilidad del Estado para garantizar el derecho a la participación: insuficientes recursos materiales, de talento humano, físicos, financieros
- Estado atomizado - desarticulado y débil
- Falta mayor apropiación del enfoque de derechos.
- Falta voluntad política por algunos actores y tomadores de decisión
- Falta reconocimiento del papel de la Participación social en relación con el derecho a la salud, la ciudadanía y la democracia
- Falta conocimiento institucional para valorar la participación social como eje de desarrollo
- Prevalece la lógica institucional y hay poco reconocimiento a las dinámicas y lógicas comunitarias

## **1.2. PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA FALTA DE CULTURA DEMOCRÁTICA**

- Ausencia de construcción de lo público: prevalencia del interés particular sobre el general
- Prácticas clientelares que se reproducen en espacios micro
- Debilidad de la representatividad
- Prácticas que fragmentan lo social de lo político: tensiones en la representación
- Baja incidencia de la ciudadanía en las decisiones públicas
- No hay un sujeto político consolidado
- No hay vivencias cotidianas de los derechos
- La Acción Colectiva es circunstancial y coyuntural

### **1.3 PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON DEBILIDAD EN LAS CAPACIDADES SOCIALES Y/O CIUDADANAS**

- Fractura entre los líderes sociales
- Baja capacidad de incidencia y poca decisión en el escenario público
- Desestimulo no siente que participar transforma, es puntual, son utilizados
- La participación como instrumento para proteger intereses particulares
- Insuficientes capacidades, conocimientos y recursos de poder efectivos
- Falta comunicación
- Falta mayor autonomía
- Las organizaciones débiles
- No cuentan con recursos, apoyos, reconocimiento por parte del Estado,
- No hay incentivos para promover la participación,
- Sienten que el Estado: no responde, los funcionarios cambian, no saben,
- No hay suficiente voluntad política y esto les genera frustración
- Hay divorcio entre los representantes y los representados

### **1.4 PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON LA NORMATIVIDAD**

- Fragmentación en las leyes
- Proliferación de normas.
- La norma genera mecanismos que no necesariamente resuelven la cotidianidad (no prevalece la realidad)
- Interpretación de la normatividad de acuerdo a los intereses.
- La norma se instrumentaliza y termina dando poder a quienes las apropian y se convierten muchas veces en mecanismos de exclusión

En conclusión de acuerdo con los planteamientos anteriores hay cuatro líneas de problemas que afectan a impiden que la participación social en salud logre el cumplimiento del derecho a la salud: la debilidad institucional para garantizar el derecho a la participación; las debilidades en las capacidades de la sociedad y la ciudadanía para impulsar o exigir su cumplimiento; la lógica que organiza la cultura democrática que

ha estado caracterizada por la prevalencia del interés particular sobre el general (priman los intereses privados por encima de los intereses de todos/as: público); y la normatividad que a veces en lugar de impulsar la participación lo que hace es institucionalizarla. Estos problemas son los que se propone superar la PPSS para mejorar los procesos de Participación Social en Salud.

## 2. MARCO NORMATIVO

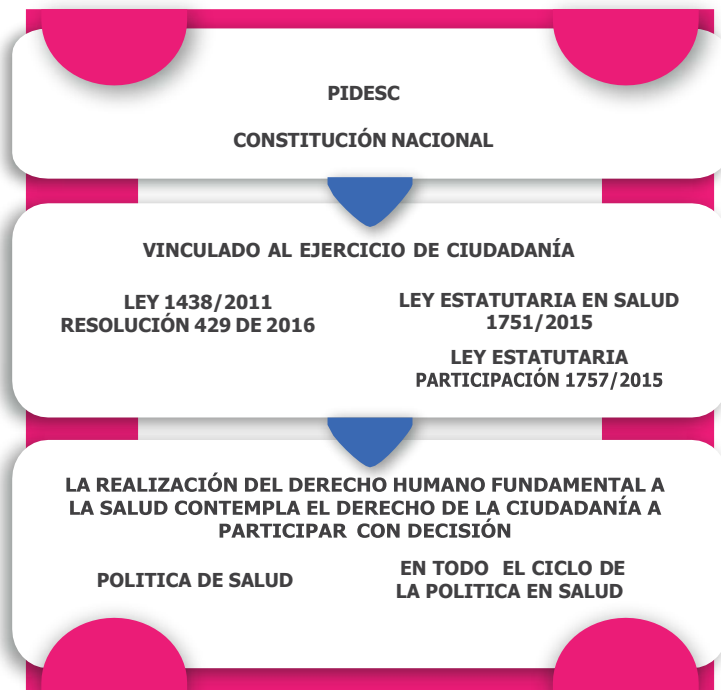
El Derecho a la Participación y su vínculo con el Derecho a la Salud: la salud es considerada como derecho humano y social desde el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales proferido en 1966 por naciones Unidas y ratificado por el Estado colombiano en 1978. La salud es una construcción social: expresa el valor que

el conjunto de las personas que conforman un país le otorgan al bienestar de cada ciudadano y de todos. Ese valor se ha positivizado, es decir se ha colocado en una serie de normas de obligatorio cumplimiento para todas las partes incluido el Estado. En este contexto, todos los ciudadanos tienen el derecho de expresar y decidir qué tipo

de salud corresponde a la mejor opción para todos, en este punto se vincula el derecho a la salud con el derecho a la participación en un todo indivisible,

interdependiente e integral. Es decir que sin derecho a la participación no es posible la realización del derecho a la salud.

**Gráfico 3: NORMAS QUE SUSTENTAN LA CONCEPCIÓN DE DERECHO A LA PARTICIPACIÓN Y DERECHO A LA SALUD**

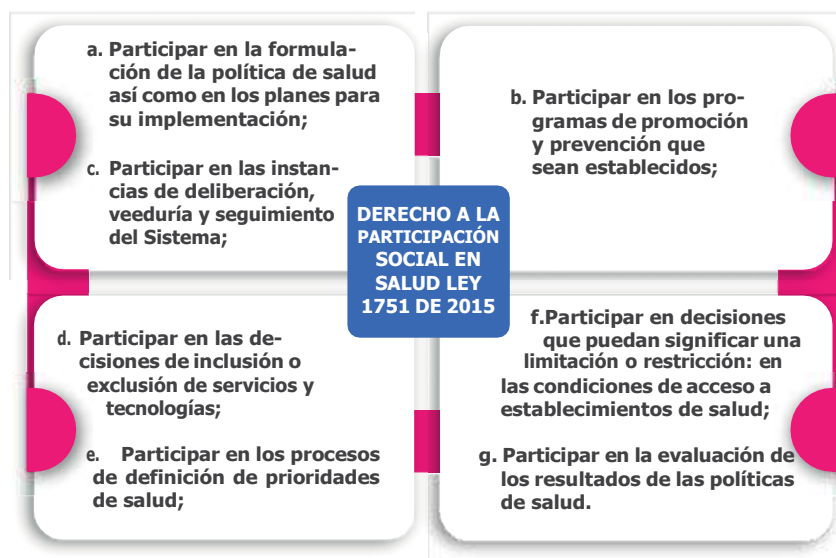


**¿Qué dice la norma y la LEY ESTATUTARIA DE SALUD (LES) en relación con el derecho a la participación en salud?**

Es necesario recordar que la Ley 100 de 1993, en su artículo 153, modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, estableció como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su numeral 3.10, la participación social, que es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Sistema en conjunto. Y para tal efecto se reglamentó el Decreto 1757 de 1994, compilado en la parte 10 capítulo 1 título 1 del artículo 2.10.1.1.1 del Decreto Único 780 de 2016.

En el marco normativo la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, es un hito pues establece expresamente que la salud es un derecho autónomo fundamental y dispone en su artículo 12, que “el derecho fundamental a la salud, comprende el derecho de las personas a participar en las *decisiones* adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan” y definió el alcance de la participación de forma taxativa:

**Gráfico 4: NORMATIVIDAD EN EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD  
LEY ESTATUTARIA 1751 - CAPITULO II ARTÍCULO 12**



Por su parte la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015 dicta disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación en especial en aspectos como la planeación, el control social y la fi-

nanciación. Esta norma se debe tener en cuenta pues la salud es un derecho y un bien público.

Así mismo, la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud – PAIS , seña-

la en el numeral 6.3 del artículo 6, que el Modelo Integral de Atención requiere procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño y de los resultados en salud, lo cual determina la necesidad. Implica la implementación de planes que incorporen las estrategias

de educación, comunicación y gestión con las cuales se realiza la participación social en salud como procesos.

En conclusión la Participación Social es un derecho vinculado con el derecho fundamental a la salud: sin participación no hay derecho a la salud.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### ¿Cómo se entiende la participación en la PPSS?

La Participación Social es un derecho vinculado con el derecho humano fundamental a la salud , y esto significa:

**Comentado [YVRV4]:** "Es imperativo trascender la participación administrativa hacia una *interculturalidad crítica*. No basta con incluir a los pueblos; se debe reconocer que la participación indígena parte de una estructura organizativa propia que debe dialogar en condiciones de equidad con el sistema institucional."

**Gráfico 5: CONCEPCIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN**



**LA PARTICIPACIÓN ES MEDIO A  
TRAVÉS DE ELLA SE LOGRA  
TRANSFORMACIONES**

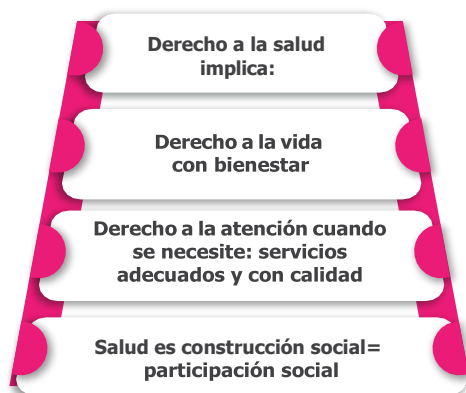
**Y ES FIN QUIEN PARTICIPA SE  
TRANSFORMA- SE EMPODERA**

En este marco, la participación es el derecho que tiene cada ciudadano/a y los colectivos a afectar las decisiones que afec-

tan su bienestar, es decir, es el derecho a decidir sobre qué es el derecho a la salud y cómo se realiza y se cumple.



**Gráfico 6: EL DERECHO A LA SALUD**



**Gráfico 7: Derecho a la Participación Social**



## 4. MARCO ESTRATEGICO

El Marco Estratégico establece las respuestas que la PPSS va a desarrollar para superar las problemáticas sobre participación encontradas. ¿Cuál es el objetivo, que persigue la PPSS?

### 4.1 Objetivo general

Definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación social en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud -PAIS.

**¿Qué proceso debe desarrollar la PPSS para lograr que se cumpla el objetivo general?**

### 4.2 Objetivos específicos

- a. Fortalecer la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud.
- b. Fortalecer la capacidad ciudadana y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga activamente, incida y decida en la definición, formulación de

políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.

- c. Promover la participación social para impulsar y difundir la cultura de la salud y el auto – cuidado, así como propiciar la defensa del derecho a la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción.
- d. Incentivar el ejercicio de control social y veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
- e. Promover los procesos de gestión y garantía en salud, y la participación en la presupuestación participativa en salud.

#### **4.3 ALCANCE DE LA POLÍTICA**

**¿Cómo define la PPSS los roles del Estado y la ciudadanía? Y**

**¿a quienes les compete cumplir esta Política?**

La política parte del reconocimiento de la participación como derecho fundamental vinculado a otro derecho fundamental como lo es la salud. En tal sentido, el Estado es garante de los mismos y la ciudadanía tiene el deber de co-construir la salud.

La Política sienta las bases para el cumplimiento del derecho a la participación en el marco de la Ley 1438 de

2011 y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 que cobija a todo el territorio nacional y a todos los actores del Sistema de Salud.

#### 4.4 PRINCIPIOS DE LA PPSS

La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS se fundamenta en los siguientes principios:

Gráfico 8: PRINCIPIOS DE LA PPSS



- Enfoque de derechos. Los ciudadanos son titulares y sujetos plenos para ejercer el derecho a la participación, y es responsabilidad de los servidores públicos adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de éste, incluyendo acciones de afirmación y restitución cuando ellos hayan sido vulnerados.

- b. Territorialidad: La PPSS tendrá en cuenta las dinámicas territoriales y la diversidad y heterogeneidad de los procesos de participación en la perspectiva de impulsar y garantizar el derecho a la participación, lo que implica reconocer el desarrollo diferencial de los espacios, mecanismos e instancias de participación social.
- c. Diversidad: Es el reconocimiento y promoción de la pluralidad, la heterogeneidad y la singularidad manifiesta en los planos étnico, cultural, de edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, religiosa o política de los sujetos participantes.
- d. Solidaridad: Capacidad de acción articulada entre las ciudadanas y ciudadanos, organizaciones e instituciones, en causas que aporten al desarrollo individual y colectivo, privilegiando a quienes se encuentren en desventaja manifiesta frente al ejercicio de su derecho a la participación.
- e. Autonomía: Es el reconocimiento de la libertad y dignidad de las personas y organizaciones para ejercer el derecho a la participación, para lo cual las Autoridades, instancias, espacios y organizaciones, ejercerán libremente sus funciones en materia de participación, buscando el pleno ejercicio de la libertad y la promoción de la autodeterminación individual y colectiva.
- f. Equidad: Desde la perspectiva de desarrollo humano, el concepto de equidad implica el reconocimiento de las condiciones desiguales que afectan a las personas para el ejercicio de la participación. El desarrollo de la política pública en participación debe tener en cuenta las asimetrías de poder y los diversos puntos de vista evitando las discriminaciones.

**Comentado [YVRV5]:** La gestión territorial no es geográfica, es simbólica y cultural. Para los pueblos en contexto de ciudad, el territorio se habita desde la y la colectividad. Se sugiere incluir el concepto de *territorialidad ancestral* para adaptar las rutas de atención a las realidades de pueblos no consultivos (ej. Wayúu, Wounaan)."

- g. Transparencia: Hace referencia al establecimiento de mecanismos de acceso a la información, criterios y dispositivos que garanticen la participación en los procesos de gestión de la salud: de inversión en salud, rendición de cuentas, auditoría y contraloría social e interacción entre los funcionarios y/o trabajadores de la salud con la población, en torno al manejo administrativo y gerencial de los recursos públicos, así como el cumplimiento de políticas públicas y programas e impacto en la población. Se debe tener en cuenta el ejercicio del control social de la ciudadanía en los procesos de participación y uso de recursos públicos que se utilicen para tal fin.
- h. Corresponsabilidad: La política de participación debe favorecer la concurrencia de esfuerzos de los actores sociales concertados y articulados entre sí, en un marco de colaboración protagónica, factibles de realizarse para enfrentar situaciones concretas relacionadas con los procesos de participación social en salud con el fin de lograr un mayor impacto en la calidad de vida.

#### 4.5 EJES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

En los ejes se agrupan una serie de nudos problemáticos y sus posibles respuestas, de acuerdo con los cuales se definen las acciones a desarrollar, estos son:

## EJE 1

### FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

El fortalecimiento de las capacidades institucionales para que el estado cumpla su papel de garante. Debe contar con los recursos técnicos, logísticos, operativos, financieros y humanos. Se fortalecerán las estructuras del nivel nacional y del nivel territorial que lideran la promoción de la participación social en salud.

### LINEAS DE ACCION

a. Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras administrativas y el recurso humano dedicado al fomento y gestión de los procesos de participación y en el desarrollo de la Política de Participación Social en Salud.

b. Definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social, así como, herramientas pedagógicas, didácticas y tecnológicas que permitan la intervención de la comunidad en el sector.

c. Desarrollar una estrategia sistemática de asistencia técnica a las entidades territoriales para la implementación de la Política de Participación Social en Salud.

d. Establecer mecanismos de cofinanciación de proyectos de inversión en los diferentes niveles de gobierno destinados a la promoción y gestión de la participación social en salud.

e. Realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud.

f. Definir los lineamientos para las entidades territoriales y entidades del sector salud que propendan por garantizar la participación en la decisión en la gestión del sector salud en el marco del cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación Social en Salud.

g. Transversalizar los procesos y dinámicas de participación social en el ciclo de las políticas públicas del sector salud a nivel nacional y territorial.

h. Incorporar el enfoque diferencial en el desarrollo de los espacios de participación en salud en la definición e implementación de los programas del sector salud.

i. Realizar los ajustes normativos que permitan la participación en la gestión del sector salud en los diferentes niveles territoriales e institucionales para el cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación en el marco de la Ley Estatutaria de Salud.



## EJE 2

### EMPODERAMIENTO DE LA CIUDADANÍA Y LAS ORGANIZACIONES SOCIALES EN SALUD

Es necesario el desarrollo de capacidades por parte de la ciudadanía para que logre cumplir un rol activo y el desarrollo pleno de la ciudadanía en salud.

Se deben fortalecer todas las instancias formales y autónomas que desarrollen procesos participativos para impulsar la incidencia, exigencia y decisión en el marco de la gestión de las políticas, planes y programas en salud.

Se propenderá por la legitimidad en la representatividad territorial e institucional, que, que facilite la coordinación entre los usuarios del Sistema de Salud y los entes responsables y vinculados con la salud,

para garantizar la defensa de los derechos de salud y de participación social. Se trata de dotar de herramientas a las instancias, formas y organizaciones para que cumplan con su papel y se posibilite la garantía del derecho fundamental a la salud, lo que implica la coordinación entre instancias de participación y los mecanismos de coordinación entre los diferentes actores que les permita canalizar demandas relacionadas con la salud. Un elemento central de esta estrategia es ampliar la base de participantes y generar articulaciones y sinergias en pro del derecho.

**Comentado [YVRV6]:** La política debe garantizar mecanismos de participación respeten los *Sistemas de Salud e Intercultural (SISPI)*. La vigilancia en salud solo debe ser técnica-occidental, sino también comunitaria ancestral, validando el rol de los sabedores y autoridades indígenas.

## LÍNEAS DE ACCIÓN

a. Crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud.

b. Establecer incentivos que propicien la participación social y comunitaria.

c. Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud.

d. Fortalecer las estrategias de información y comunicación incluido el acceso a medios, boletines, periódicos que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos.

e. Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud.

f. Gestionar recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en **salud**.

g. Definir los lineamientos que permitan a las entidades territoriales el establecimiento en sus presupuestos de los recursos necesarios para garantizar la participación de la comunidad en los espacios requeridos para la deliberación de las políticas públicas.

**Comentado [YVRV7]:** Se debe establecer un criterio de justicia distributiva que permita la financiación de planes de vida y acciones de salud propias, especialmente para los pueblos que no están formalizados en consejos comunitarios, evitando que la burocracia sea una barrera de acceso al derecho a la salud."

h. Definir los mecanismos para fortalecer la representación de las comunidades en los espacios de incidencia en la política pública en salud.

i. Definir los mecanismos de consulta y de la transferencia de la información requerida para garantizar la participación de la comunidad, en las definiciones de política integral de salud, en las prioridades en salud, así como en inclusiones y exclusiones.

## EJE 3

### IMPULSO A LA CULTURA DE LA SALUD

La salud como construcción social se ubica en la esfera pública (lo que es de todos de forma simbólica y material).

En tal sentido, el Estado debe fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado (colectivo) y del autocuidado (individual) como elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la salud.

### LINEAS DE ACCION

Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades.

**Comentado [YVRV8]:** En lugar de una 'capacitación unidireccional, se debe proponer un *diálogo de saberes* para el fortalecimiento organizativo indígena debe basarse en metodologías propias como los 'Círculos de Palabra' o 'Mingas de Pensamiento', donde el conocimiento ancestral y el ancestral tengan la misma validez."

a. Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria.

b. Promover un programa de formación de formadores comunitarios en salud pública con enfoque de derecho diferencial y de género.

c. Conformar y/o consolidar mecanismos y espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención.

d. Incorporar la Política de participación en los lineamientos de salud pública orientados a las entidades territoriales.

e. Incorporar la política de participación en los lineamientos de salud pública orientados a las entidades territoriales.

## EJE 4

### CONTROL SOCIAL EN SALUD

El control ciudadano sobre los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema es un elemento crucial para la garantía del derecho a la salud y para que la ciudadanía apropie de manera significativa la construcción social de la salud. Por ende, se requiere el fortalecimiento explícito del Control Social y las veedurías ciudadanas en salud.

## LÍNEAS DE ACCIÓN

a. Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública.

b. Mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía a través de ampliación de canales de comunicación por parte de las instituciones.

c. Posicionar el control social como elemento básico de la democracia y la transparencia en salud, lo cual incluye el reconocimiento a veedores y a sus redes.

d. Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.

e. Definir e implementar una estrategia de formación dirigida a los funcionarios y ciudadanía para el fortalecimiento y promoción del control social en las instituciones del sector salud.

f. Crear un observatorio de participación y control social en salud.

**EJE 5****GESTIÓN Y GARANTÍA EN SALUD CON PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE DECISIÓN**

Esta estrategia permitirá que la ciudadanía apropie instrumentos de gestión del sector salud para impulsar la definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud. Este ejercicio pasa por la configuración de dispositivos y condiciones para el ejercicio de la participación como la generación de proyectos, incentivos u otras formas que potencien de manera efectiva las capacidades de la ciudadanía.

**LINEAS DE ACCION**

- a. Diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestación participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en la identificación, priorización, presupuestación, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno.
- b. Implementar los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales.
- c. Definir los mecanismos que permitan la participación de la población en la toma de decisiones en la inversión pública.
- d. Fortalecer los escenarios para la participación en la decisión.

**Comentado [YVRV9]:** La gobernanza en salud para pueblos indígenas debe trascender la socialización de proyectos. Se debe reconocer el derecho al consentimiento y a la consulta previa, libre e informada como una forma de respeto a la autoridad tradicional, asegurando que las decisiones sobre salud en sus comunidades no sean impuestas desde la visión centralista.

## 5. RESPONSABILIDADES QUE GENERA LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

**El desarrollo de la PPSS genera las siguientes responsabilidades:**

### **5.1 GARANTÍA DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD**

El Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sector, a través de la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, deberá promover que la PPSS sea el instrumento para garantizar el ejercicio del derecho a la participación social en salud. En este sentido, impulsará el respeto, la protección y la promoción del derecho a la participación en salud a través de las orientaciones y lineamientos que se requieran así como prestar el apoyo técnico que sea necesario.

### **5.2 RESPETO DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD**

Los integrantes del Sistema de Salud y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus

competencias y funciones, deberán respetar el derecho a la participación en salud para el cumplimiento de los objetivos de la PPSS. En consecuencia, no podrán limitar el acceso de las personas a la misma, y por tanto, deberán abstenerse de realizar prácticas discriminatorias. De igual manera, tampoco estarán facultados para prohibir o impedir la participación social en sus diferentes expresiones conforme a la normatividad vigente sobre la materia.

### **5.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD**

La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, incentivarán el desarrollo de ejercicios de participación y de control social, y estarán obligados a su protección, así como a propiciar las garantías para su ejercicio, en el marco de lo señalado en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015. Para ello, deberán fortalecer e implementar los espacios de participación social que se requieran para estimular la participación de la ciudadanía en el cumplimiento de los objetivos de la Política de Participación Social en Salud, en el marco de la normatividad vigente.



## 6. DE LOS DEBERES FRENTE A LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

**La PPSS produce los siguientes deberes:**

### 6.1 DEFENSA DE LO PÚBLICO

Es deber de la ciudadanía y sus organizaciones la defensa de lo público, con base en el principio de prevalencia del interés general. En tal sentido, la defensa de lo público se debe expresar tanto en sus acciones como en la vigilancia de las actuaciones de los otros, así como en la vigilancia de los integrantes del sistema que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, las cuales deberán regirse por la prevalencia del bien general.

### 6.2 RENDICIÓN DE CUENTAS A LOS ASOCIADOS

Los representantes de la ciudadanía en espacios como las asociaciones de usuarios, COPACOS, juntas directivas, el Consejo Territorial de Planeación, el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, las veedurías y otros espacios de participación social en salud que se generen, están obligados a rendir cuentas a los integrantes de dichos espacios o a la ciudadanía en general, con relación a sus actuaciones y participación en dichas instancias, lo anterior, en procura de fortalecer prácticas de transparencia.

**Comentado [YVRV10]:** Para una participación efectiva, la información no solo debe traducirse sino 'transcribirse' culturalmente. Se recomienda el uso de piezas comunicativas en lenguas indígenas y el uso de la oralidad como herramienta legítima de rendición de cuentas, respetando las dinámicas de transmisión de saberes de los pueblos.

## 7. IMPLEMENTACIÓN.

**Los integrantes del Sistema, en el marco de sus competencias deberán:**

- 7.1 Disponer el alistamiento institucional que permita el desarrollo de la PPSS con los recursos humanos y logísticos que se requieran y
- 7.2 Formular los planes de acción que garanticen, a través de la definición de las metas, líneas de acción, actividades y recursos financieros, el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de los ejes estratégicos de la PPSS.

## 8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades del sector a nivel nacional y territorial, en el nivel que sea de su competencia, realizar el seguimiento y evaluación de la PPSS que permita identificar los alcances, logros y aprendizajes de la misma.

**Comentado [YVRV11]:** "Es necesario incluir indicadores que midan el *impacto cultural* y la armonización de la atención. No basta con contar asistentes; se debe evaluar si la participación ha fortalecido la autonomía de los pueblos. El sistema ha logrado una verdadera adecuación sociocultural."

## 9. INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL.

La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud frente al cumplimiento de lo estipulado.

## 10. RESPONSABILIDADES DE LOS AGENTES – ACTORES

Cuadro 1: ACCIONES DE RESPONSABILIDAD DE LOS ACTORES DEL SISTEMA EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 2063 DE 2017-PPSS

Agente – actor	Ministerio de Salud y Protección Social
Nivel de gobierno y/o institución	Nacional
Competencia	Direccionar y garantizar el derecho a la participación social en salud.
Interacciones	Con todos los actores
Competencias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer los lineamientos y directrices para la implementación de la PPSS.</li><li>• Realizar Asistencia Técnica</li><li>• Implementación de las estrategias operativas.</li><li>• Formular e implementar plan de acción.</li><li>• Respetar, promover y proteger el derecho a la participación conforme lo menciona la norma.</li><li>• Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación para el cumplimiento de la PPSS</li></ul>

Agente – actor	Entidad territorial
Nivel de gobierno y/o institución	Departamento Distrito Municipio
Competencia	Garantizar el derecho a la participación social en salud en su jurisdicción y realizar seguimiento a todos los actores como garantía de su cumplimiento.
Interacciones	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entidades municipales</li><li>• EPS</li><li>• ESE</li><li>• IPS</li><li>• Formas de participación</li><li>• Organizaciones autónomas</li></ul>
Competencias	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar las estrategias de comunicación, educación y gestión para la operación de la PPSS.</li><li>• - Realizar Asistencia Técnica a los actores del Sistema en el territorio.</li><li>• -Hacer seguimiento a los actores del sistema en el territorio.</li><li>• -Formular e implementar plan de acción para la implementación de la PPSS en el marco de su competencia.</li><li>• -Socializar el plan de acción y permitir su seguimiento por parte de la ciudadanía, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes de control.</li><li>• -Respetar, promover y proteger el derecho a la participación.</li><li>• -Realizar monitoreo, seguimiento y evaluación para el cumplimiento de la PPSS</li></ul>

<b>Agente – actor</b>	<b>EPS</b>
<b>Nivel de gobierno y/o institución</b>	Corresponde al territorio en donde opera en relación con el actor específico Asociación de usuarios
<b>Competencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar las acciones establecidas en la Resolución 2063 -2017 para la garantía de la participación social – PPSS.</li><li>• Dar información y cuentas a través del ente territorial.</li><li>• Dar información y rendir cuentas sobre la política a los usuarios de salud.</li></ul>
<b>Interacciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con el ET</li><li>• Con asociaciones de usuarios</li><li>• Veedurías</li></ul>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollar las estrategias de comunicación, gestión y educación para empoderar y generar una cultura de la salud en los usuarios de salud que tienen relación con la EPS.</li><li>• Generar condiciones (comunicativas, informativas, de gestión y educativas) para fortalecer la veeduría, el control social por parte de la ciudadanía a la EPS.</li><li>• Formular e implementar plan de acción para la implementación de la PPSS en el marco de su competencia.</li><li>• Socializar el plan de acción y permitir su seguimiento por parte de la ciudadanía, entidad territorial, Ministerio de Salud y Protección Social y los entes de control</li><li>• Respetar, promover y proteger el derecho a la participación.</li></ul>

<b>Agente – actor</b>	<b>IPS</b>
<b>Nivel de gobierno y/o institución</b>	Corresponde al territorio en donde opera en relación con el actor específico Asociación de usuarios
<b>Competencia</b>	Realizar las acciones establecidas por el Ministerio en la Resolución 2063 -2017 para la garantía de la participación social – PPSS.
<b>Interacciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con asociaciones de usuarios</li> <li>• Veedurías</li> </ul>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la institucionalidad en salud para garantizar el derecho a la participación de los usuarios de la IPS.</li> <li>• Desarrollar las estrategias de comunicación, gestión y educación para empoderar a los usuarios de salud de la IPS.</li> <li>• Desarrollar las estrategias de comunicación, gestión y educación para generar una cultura de la salud con los usuarios de la IPS.</li> <li>• Formular e implementar el plan de acción para la implementación de la PPSS en el marco de su competencia.</li> <li>• Socializar el plan de acción y permitir su seguimiento por parte de la ciudadanía, entidad territorial, Ministerio de Salud y Protección Social y los entes de control.</li> <li>• Respetar, promover y proteger el derecho a la participación.</li> </ul>





El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

Carrera 13 No. 32 - 76 Bogotá D.C.  
Teléfono: 330 5000  
Línea de atención al usuario desde Bogotá:  
(57-1) 589 3750  
Correo electrónico: [atencionalciudadano@minsalud.gov.co](mailto:atencionalciudadano@minsalud.gov.co)  
Resto del país: 018000960020

---

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**Política Pública de Participación Social**  
**Secretaría Distrital de Salud, Dirección de participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.**

**DOCUMENTO RESUMEN: POLÍTICA PÚBLICA DE PARTICIPACIÓN INCIDENTE (PPPI) 2023-2034**

**1. INFORMACIÓN GENERAL Y CONTEXTO**

La **Política Pública de Participación Incidente (PPPI)** de Bogotá es el marco estratégico diseñado para transformar la relación entre la administración distrital y la ciudadanía. Su objetivo central es garantizar que la participación no sea un ejercicio meramente consultivo o de asistencia, sino que tenga una **incidencia real** en el ciclo de la gestión pública (planeación, ejecución, seguimiento y evaluación).

- **Vigencia:** 2023 - 2034.
- **Liderazgo:** Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC).
- **Población Objetivo:** Habitantes de las zonas urbanas y rurales de Bogotá, con especial énfasis en sujetos de especial protección constitucional.

**2. TRANSVERSALIZACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL**

La transversalización es el proceso de integrar la perspectiva de las diversidades en todas las fases de la política. En la PPPI, el **enfoque diferencial** no es una "casilla extra", sino la lente obligatoria para diseñar cualquier espacio de participación.

**A. Categorías de Análisis del Enfoque Diferencial**

Para que la participación sea incidente, la política exige reconocer las barreras específicas de:

1. **Género y Diversidad Sexual:** Reconocimiento de las mujeres en sus diversidades y de los sectores sociales LGBTI, eliminando el sexismo en los espacios de decisión.
2. **Ciclo Vital (Transcurrir Vital):** Adaptación de metodologías para niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas mayores.

3. **Pertenencia Étnica:** Respeto a la autonomía y formas organizativas de pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y el pueblo Rrom.
4. **Discapacidad:** Eliminación de barreras físicas, comunicativas y actitudinales para asegurar la accesibilidad universal.

## B. Mecanismos de Transversalización

- **Metodologías Flexibles:** Uso de lenguajes claros, formatos accesibles (braille, lengua de señas) y horarios que no afecten las labores de cuidado (especialmente para mujeres).
- **Presupuestos Participativos:** Inclusión de cuotas o criterios de priorización para proyectos que impacten directamente a poblaciones vulnerables.
- **Espacialidad:** Reconocimiento de la Bogotá rural (Sumapaz y zonas rurales de otras localidades) para que el territorio no sea una barrera de acceso.

## 3. COMPONENTES ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

La política se estructura sobre tres ejes fundamentales, donde la transversalización del enfoque diferencial actúa como columna vertebral:

Eje	Objetivo Principal	Aplicación del Enfoque Diferencial
<b>Gobernanza Democrática</b>	Aumentar el alcance de la participación en las decisiones públicas.	Asegurar que los consejos locales y distritales tengan representación paritaria y diversa.
<b>Capacidades Institucionales</b>	Fortalecer a las entidades para que sepan dialogar con la diversidad.	Capacitación a funcionarios en enfoque diferencial e interseccionalidad.
<b>Competencias Ciudadanas</b>	Robustecer el tejido social y la accesibilidad.	Apoyo técnico y financiero a organizaciones de grupos históricamente excluidos.

#### 4. LA INTERSECCIONALIDAD COMO HERRAMIENTA CLAVE

El resumen de esta política destaca que la transversalización debe ser **interseccional**. Esto significa entender que una persona puede enfrentar múltiples discriminaciones simultáneas (por ejemplo, ser una mujer, joven, indígena y con discapacidad).

**Nota Crítica:** La PPPI establece que la administración debe identificar estas "capas de desigualdad" para crear acciones afirmativas que nivelen la cancha, permitiendo que quienes han tenido menos voz sean quienes más incidan en el presupuesto y la planeación de la ciudad.

#### 5. CONCLUSIONES Y SEGUIMIENTO

La Política Pública de Participación Incidente representa un cambio de paradigma: pasar del "asistir" al "decidir". Su éxito depende de la efectividad con la que se aplique el **enfoque diferencial**, garantizando que Bogotá sea una ciudad construida desde la pluralidad de sus habitantes.

- **Meta 2034:** Consolidar un sistema donde el 100% de las instancias de participación cuenten con protocolos de inclusión y accesibilidad ajustados a las necesidades de la ciudadanía.

Elaboro: Yenny Viviana Ruiz

Gestora Poblacional Pueblos Indígenas

DPSGTYT