

SISTEMATIZACION EXPERIENCIA CONTROL SOCIAL EN SALUD. MESA DE SALUD COMUNA 18 CALI. 2018-2021

RESUMEN

Los procesos de participación social en salud se orientan a lograr que las personas y comunidades adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan las condiciones de salud de la población. En este marco los ejercicios de control social pretenden fortalecer las competencias de los ciudadanos y grupos organizados en el control de la gestión pública, al establecer las formas y los sistemas de participación ciudadana que permiten vigilar los diversos niveles administrativos y sus resultados. Este proyecto sistematizó la experiencia del ejercicio de control social de la mesa de salud de la Comuna 18 de Cali entre los años 2018 a 2021

Materiales y métodos

Se realizara una sistematización con participación activa de miembros de la comunidad residentes en la Comuna 18 de Cali pertenecientes a la mesa de salud, funcionarios de la Secretaria de Salud Publica Municipal de Cali y una docente de la Universidad Libre seccional Cali. El proceso incluye cinco momentos: El punto de partida: la experiencia; formular un plan de sistematización; la recuperación del proceso vivido; las reflexiones de fondo y los puntos de llegada

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La participación de la comunidad ha sido promovida ampliamente en países de ingresos medios y bajos mediante la creación de comités de salud comunitaria vinculados al servicio de salud del sector público(1). Se ha planteado que este tipo de intervenciones puede hacer que las personas pasen de ser consumidores pasivos a más activos en la prestación de servicios y en la cofinanciación, cogestión y coproducción de servicios sanitarios (2,3).

En tal sentido la participación social entendida como, el proceso mediante el cual las personas y comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan las condiciones de salud de la población(4), se ha desarrollado mediante formas y mecanismos diversos entre los cuales se han destacado la conformación de asociaciones de usuarios y comités para la inclusión de la participación en los procesos de diagnóstico locales(5).

Simultáneamente, se han desarrollado movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil que buscan asegurar el derecho a la salud y promover normas y regulaciones que reconozcan la situación o las condiciones que afectan su salud y su calidad de vida(6), los cuales han asumido de forma gradual un papel más activo en la generación de procesos de transformación del sistema de salud a través de distintos mecanismos e iniciativas sociales(5).

Sin embargo, también se ha planteado que muchas experiencias relacionadas con la participación social se limitan a una participación no efectiva o meramente simbólica, que se circunscribe a la validación de decisiones ya tomadas por las autoridades a partir de procesos promovidos desde estructuras del estado o de organizaciones no gubernamentales ejecutoras de recursos públicos o de donantes que no corresponden a esfuerzos propios de las organizaciones sociales(6).

La Organización Panamericana de la Salud ha planteado que la fragmentación y la limitada institucionalización de los procesos de participación, la participación de la comunidad como respuesta a exigencias circunstanciales provenientes de la lógica institucional, la falta de reconocimiento de las dinámicas territoriales, y la inadecuada información, la falta de financiamiento y el mínimo alcance de la participación en la toma de decisiones junto con factores relacionados con la propia sociedad civil, como insuficiente organización, o luchas internas por la visibilidad y los fondos que unida a factores como la falta de voluntad política y la interferencia de grupos de interés son algunos de los principales problemas que afectan la participación social en salud en las Américas. (5)

Por tanto, se ha recomendado hacer énfasis en la función central de la sociedad en la vigilancia social como elemento fundamental para brindar transparencia y evitar incumplimientos u omisiones en los compromisos, o que las acciones se disocien del interés público o se distancien de la salud pública(7). Con ocasión de la pandemia por COVID-19 se ha resaltado la importancia de acciones orientadas por la comunidad en asentamientos urbanos informales(8).

En Colombia la Constitución Política faculta a la ciudadanía para que intervenga activamente en el control de la gestión pública, al establecer las formas y los sistemas de participación ciudadana que permiten vigilar los diversos niveles administrativos y sus resultados. (9) Así, el control social resulta fundamental no sólo para la transparencia sino también para la construcción de tejido social y para el fortalecimiento de la democracia.

Desde el enfoque de los derechos, el ciudadano tiene la obligación de intervenir en lo público; en consecuencia, la vida colectiva es responsabilidad de toda la ciudadanía, como ejercicio del deber. El control social es a su vez un derecho, que define el papel de la participación social en los asuntos públicos, consagrándolo como principio y deber de los ciudadanos y obligación del Estado(10). Adicionalmente la normatividad en salud establece la vinculación entre el derecho a la salud y el derecho a la participación(11,12) y en tal sentido la Política de Participación Social en salud propone como uno de sus objetivos el ejercicio de control social y veeduría de recursos del sector salud y de los planes de beneficios(13).

En Cali, la Secretaría de Salud Pública Municipal en el proceso de garantía del derecho a la participación social implementó para el año 2017 en el marco de la estrategia de Rendición de cuentas, espacios de diálogos públicos denominados Conversemos de Salud con las comunas y corregimientos, como un espacio de interlocución para informar y explicar los avances de la gestión de la Institución y a su vez, que los ciudadanos participen en la Evaluación y retroalimentación.

En este escenario la mesa de salud de la comuna 18, creada desde noviembre de 2016 bajo la asesoría y acompañamiento del Grupo de Participación Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal(SSPM), inició acciones de control social frente a una situación que afectaba en su momento, el acceso a los servicios de salud de los habitantes del barrio Lourdes y barrios aledaños, relacionada con la incompleta terminación del puesto de salud que oferta servicios a la población.

Estas acciones, denominadas ejercicio de control social, se llevaron a cabo en articulación con la Red de Salud Ladera y la SSPM bajo la implementación de una ruta como una herramienta para promover, fortalecer y acompañar procesos de Control Social, la cual está constituida por ocho fases que no necesariamente se dan de manera lineal, ya que en oportunidades se debe regresar a una fase anterior con el fin de responder a necesidades particulares del proceso. En el mismo sentido, algunas de ellas pueden ser transversales o repetirse varias veces, es decir que no se agotan con las primeras acciones, sino que se pueden requerir nuevas acciones en diversos momentos del proceso(14)

Esta experiencia del ejercicio de control social ha permitido evidenciar aprendizajes para cada uno de los integrantes de la mesa de salud respecto al derecho a la salud y su exigibilidad. Sin embargo, se han quedado solo en los momentos de encuentro o reuniones donde se retoman asuntos pendientes del mismo y los resultados quedan plasmados en actas como una práctica realizada pero que no son reconocidos abiertamente desde la magnitud de su creación, planeación e intervención.

Al no tener un registro consolidado de la experiencia, dichos aprendizajes han quedado olvidados o a la espera de ser visibilizados para el conocimiento de los actores institucionales y de la comunidad, como una experiencia de empoderamiento comunitario para ejercer el derecho y deber ciudadano de hacer control social.

La falta de información recopilada que permita el análisis y reflexión de la experiencia y sus aprendizajes conlleva a que se convierta en una actividad puntual e inmediata perdiéndose en el tiempo sin dejar un legado del trabajo que adelanta la mesa de salud de esta comuna, sin poder compartirlos con otros, desde una mirada de organización comunitaria, personal como habitante de esta comuna y desde la mirada del contexto del derecho a la salud y su exigibilidad.

A fin de abordar esta situación se planteó realizar un ejercicio de sistematización considerada como una estrategia investigativa que contribuye a la producción de conocimiento para transformar realidades, en el campo de las ciencias sociales y humanas(15). Involucrar este tipo de metodologías permite dar voz a los sujetos sociales que participaron y participan en las intervenciones de salud pública (16).

2. PROPÓSITO

Sistematizar la experiencia del ejercicio de control social de la mesa de salud de la Comuna 18 de Cali entre los años 2018 a 2021

3. MARCO CONCEPTUAL

Desde la perspectiva de Olmo el control social nació a finales del siglo SIX a partir de la sociología integracionista de base durkheimiana y cobro fuerza a comienzos del siglo XIX cuando se consideró un concepto central en la teoría social. En su desarrollo histórico se contemplan dos perspectivas una más estructural-funcionalista denominada del “control social del consenso” en la que se define como un sistema configurador del orden social que actúa promoviendo la socialización de los ciudadanos y la actuación sancionadora contra las desviaciones mediante instituciones sociales variadas y la otra de “control jurídico-penal del Estado” definida en términos materiales ejercida a través de agencias de control punitivo como los cuerpos policiales, etc.(17)

Edward Ross hizo uso explícito del concepto a partir de la idea de que sin control social no hay orden social, considerando que el control social se deriva del “poder social”, el cual, se relaciona de manera proporcional con el sentir o no la necesidad de guía o protección de las personas, por tanto puede estar atribuido a diferentes instancias de la sociedad. Los medios de control pueden ser éticos que buscan proteger el orden social y moral (la opinión pública, la sugestión, el ideal personal, la religión social, el arte y la valoración social) mientras los políticos, más restrictivos, implican la búsqueda de un fin (la ley, la ceremonia, la educación y la ilusión)(18).

Posteriormente Mead de la Escuela de Chicago afirma que la introducción del término “principio de revolución” en el orden social refiriéndose a la generación de un vínculo entre los miembros de un grupo y los demás, del cual surgen individuos con la capacidad de verse reflejados en el grupo y el grupo en ellos por lo cual el individuo adquiere la capacidad de autoregularse en sus relaciones tanto con el grupo en general como con los otros individuos(19). Adicionalmente la sociología estadounidense plantea un control formal(en ocasiones llamado legal) ejercido por funcionarios especializados, socialmente delegados para el control de un grupo y el control informal que es ejercido por los miembros del grupo como unidad

El control social, entonces, es el resultado de la acción de la sociedad mediante las normas informales que regulan las relaciones interpersonales, las cuales, al interactuar con un Estado poco intervencionista y escasamente controlador, generan la autorregulación del orden social. Las teorías del control social hasta la década del 40 del siglo pasado concluían que el desorden llevaba necesariamente al delito y a la guerra de clases, por lo que para evitarlo era necesario las instituciones de control que genera la propia sociedad(17)

Los diversos matices de las corrientes sociológicas son explicados por Gil por varias razones: la necesidad de asegurar el correcto funcionamiento de la realización de los beneficios del capitalismo, el incremento de las luchas sociales que incrementa la vigilancia y la represión de los estados, la expansión de los controles (vigilancia, observación, clasificación y encajamiento de las personas). En tal sentido el control social para este autor corresponde a la totalidad de sistemas, instituciones, colectivos y hábitos individuales, existentes en todo grupo o sociedad, destinados a su autocontrol(20).

Rosanvallon plantea que los mecanismos de control están relacionados con la erosión de la confianza entre los ciudadanos y sus dirigentes y refiere que estos son tan antiguos como la democracia haciendo referencia a los “Acuerdos del Pueblo” en Inglaterra en el siglo XVII y describe los poderes de control (vigilancia, denuncia y calificación)(21).

Los poderes de vigilancia implican de manera continua la revisión de los dominios de la acción gubernamental mientras los de denuncia centran la atención sobre la conducta de los gobernantes y los de calificación implican poner a prueba la competencia técnica de los gobernantes(22).

Por su parte Hevia propone el término contraloría social y lo define como “un tipo de participación ciudadana puesto que busca que los ciudadanos (organizados o no) puedan incidir en la esfera pública, ya sea de forma directa, por medio de su inclusión en comités de obra, órganos colegiados, etc., o indirecta, por medio de la activación de los sistemas de quejas y denuncias” y adicionalmente es un tipo de rendición de cuentas. Este autor diferencia el término de otras formas de participación en que de una parte está focalizada en el control, vigilancia y evaluación de las acciones y programas de gobierno y por otra que las acciones están institucionalizadas mediante normas(23).

Correia plantea que el control social implica la capacidad de los movimientos sociales organizados dentro de la sociedad civil para interferir en la gestión pública, orientando las acciones estatales y los gastos estatales hacia los intereses de la mayoría de la población(24). En tal sentido Souza y Heller plantean recientemente que este se concibe desde la perspectiva de la relación entre el Estado y la sociedad civil partiendo de tres supuestos: a) no hay separación entre el Estado la Sociedad Civil debido a que constituyen una unidad organizada pues la sociedad civil es un momento del estado y en tal sentido no hay separación metodológica: b) la heterogeneidad de la sociedad civil debido a los

intereses antagónicos circulantes y c) El estado mantiene la clase dominante incorporando demandas de las clases subalternas(25).

En Colombia es el derecho y el deber que tienen todos los ciudadanos a participar de manera individual o a través de organizaciones, redes e instituciones, en la vigilancia de la gestión pública y sus resultados, para la correcta utilización de los recursos y bienes públicos(11); puede ser ejercido por la sociedad en forma individual y colectiva de manera institucionalizada por el Estado y no institucionalizadas a partir de los intereses de los ciudadanos frente al quehacer gubernamental

Con la necesidad de sostener un sistema de mercado equivalente a cualquier otro bien se parten de que los demandantes del producto deben tener alguna injerencia en el funcionamiento de dicho mercado y por ello la la comunidad se asimila al conjunto de individuos o competidores por los recursos y beneficios de las políticas públicas, realizadas mediante la asignación de presupuestos focalizados y los subsidios a la población que ejercen la participación mediante formas institucionalizadas por el estado mediante programa y disposiciones legales y otras no institucionalizadas que surgen del interés de las personas frente a la actuación del gobierno.(26)

La Veeduría Distrital de Bogotá plantea una ruta para el control social que consta de 7etapas: identificación, caracterización de los objetos de control social, formación y capacitación, implementación de la Metodología/ estrategia de control social, evaluación del proceso, sistematización y divulgación.

La etapa de identificación pretende identificar ciudadanos y organizaciones comunitarios en salud para realizar ejercicios de veeduría teniendo en cuenta sus características, necesidades, intereses y conocimientos y posteriormente debe realizarse un acercamiento para presentar el proceso de control social.

La etapa de caracterización de los objetos de control social consiste en identificar aquellos Proyectos, Programas, Contratos, Convenios Interadministrativos, entre otros, que manejen recursos públicos en salud y tengan el potencial de convertirse en el foco del ejercicio a fin de definir las fuentes de información y realizar el trámite correspondiente para garantizar el acceso de la información a la comunidad en los tiempos de ley como también generar el plan de control social

La etapa de formación y capacitación pretende fortalecer las capacidades ciudadanas para el ejercicio de control social a partir de la identificación de sus necesidades mientras en la etapa de implementación de la Metodología/Estrategia de Control Social se desarrollan las actividades a cargo del veedor bajo la supervisión de la referente de Participación Social en la entidad pública

La etapa de evaluación del proceso de control social es responsabilidad del jefe de participación social y debe incluir el seguimiento al plan de acción de los veedores así como el análisis semestral del desarrollo del proceso de control social analizando el cumplimiento de metas, dificultades, fortalezas y recomendaciones para el proceso a partir del registro de las acciones adelantadas mientras la de sistematización pretende recuperar la historia, interpretar los procesos y resultados para extraer los aprendizajes e identificar las oportunidades de mejora.

Finalmente, la etapa de Divulgación de la Información y Comunicación permite ampliar las prácticas de empoderamiento que permitan a las personas entender e incidir en a los asuntos públicos procesos de Información y comunicación son fundamentales para ampliar las prácticas de empoderamiento, a través de las cuales las personas consiguen entender por sí mismas e incidir en asuntos públicos, considerar y debatir ideas, negociar y participar en debates públicos.

La ilustración No. 1 presenta un esquema que retoma los pasos descritos previamente



Fuente: Elaboración propia

En esta investigación se tendrán en cuenta los pasos de la ruta de control social para orientar la recuperación de la experiencia.

4. ESTADO DEL ARTE

La literatura sobre el control social y particularmente la documentación de experiencias de sistematización es limitada. Se identificaron estudios en Ecuador, Chile y Colombia algunos de los cuales no son recientes.

En Colombia el estudio de Arévalo reportó que posterior a la promulgación de la ley 100 que reformó el sistema de seguridad social en salud un elevado número de municipios conformaron organizaciones comunitarias que realizaban acciones de control social, particularmente en municipios de categoría E, 1 y 2, se encontraron veedurías, asociaciones de usuarios y Comités de Participación Comunitaria (COPACOS). En contraposición, los municipios pequeños alcanzan un bajo registro en la existencia de organizaciones comunitarias; se identificó que los municipios medianos y pequeños acusaban un elevado nivel de desconocimiento sobre la existencia de las organizaciones comunitarias. También se reportó que el proceso de cambios necesarios para realizar control social era lento, debido a que requería no solamente conocimiento sobre el funcionamiento del régimen sino también de las capacidades de participación social de la comunidad.

La participación relacionada con el control estaba focalizada en la ejecución de programas y proyectos, las prácticas de coadministración de algunas de las instancias o acciones de un programa y en la ejecución de las acciones de los programas. La falta de profundización del proceso de control social estaba ligada a las capacidades que desarrollan las organizaciones. Se encontró que los grupos dedicaban buena parte de sus esfuerzos a los problemas derivados de la sobrevivencia de la organización y a la difusión de información sobre la existencia y funcionamiento del régimen subsidiado pero no en el ejercicio del control social(27).

De manera mas reciente Franco Vargas identificó fallas en la implementación del control relacionadas con: la transparencia de la información acerca del proceso del Planeación Participativa(PP) y de sus controles, la rendición de cuentas y la baja participación ciudadana. En tal sentido propone diseñar indicadores que ayuden a ejercer el control ciudadano a la PP, profundizar en la capacitación a los actores involucrados y a la ciudadanía en general(28).

Por su parte Valencia y Vicuña en un análisis sobre el control social en el ejercicio de la participación ciudadana, haciendo énfasis en los servicios públicos en Colombia encontraron que el control social favorece el logro de la eficacia, eficiencia y calidad de estos, por parte de ciudadanos organizados y activados para participar en decisiones promovidas por el Estado, así como vigilar y evitar desviaciones, cambios e incumplimiento en las decisiones tomadas. En este sentido se consideran necesario generar trabajos conjuntos entre la sociedad, el estado y la transparencia y responsabilidad en el desempeño público(29).

En Ecuador al examinar se examina el marco de operación del control social en el período de gobierno de Rafael Correa Gutierrez Magaña encontró que en el periodo 2012 al 2016, el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social (CPCCS) registró un promedio de

150 veedurías activadas por año, de las cuales el 80% provenía de petición directa de la sociedad en asuntos relacionados con las facultades de gobiernos locales, las empresas públicas, universidades, y en menor medida, partidos políticos y organizaciones civiles que manejan recursos públicos en ese país, resaltando las tensiones de las instituciones participativas con la representación y el ejercicio mayoritario del poder (30).

Por su parte Neves, Zangironlani y de Medeiros en un estudio transversal efectuado en Brasil que pretendía comparar la existencia de diferencias en el acceso a los servicios de salud, acciones intersectoriales y control social, entre familias con derecho o no, al Programa Bolsa de Familia encontró que el control social era desconocido para la población, en particular los que tenían derecho al Programa y señaló esto como una debilidad en la operacionalización del mismo y otras políticas públicas sociales debido a que es un mecanismo relevante para apoyar mayores cambios para el desarrollo de políticas de seguridad alimentaria y nutricional el país, garantizado por la constitución(31).

Como se observa la literatura al respecto es limitada y en tal sentido este proyecto tiene el potencial de aportar elementos para identificar aquellos elementos que desde la perspectiva comunitaria contribuyen a fortalecer el ejercicio de la ciudadanía en la participación social en salud.

5. MÉTODOS

La intencionalidad de la propuesta se centró en recuperar lo sucedido, reconstruyéndolo históricamente para interpretarlo y obtener aprendizajes aplicables que permitan realizar ajustes y documentarlos. Por tanto, se propone la sistematización como asunto metodológico central retomando los planteamientos de Jara(32) que propone cinco “tiempos”: El punto de partida: la experiencia; formular un plan de sistematización; la recuperación del proceso vivido; las reflexiones de fondo y los puntos de llegada.

El punto de partida fue la experiencia, desde la mirada comunitaria e institucional del ejercicio de control social relacionado con el avance del cumplimiento del proyecto infraestructura del Puesto de Salud de Lourdes para lo cual se realizó reunión con los participantes de la mesa para establecer acuerdos básicos relacionados con pertinencia de la propuesta, disposición para participar y disponibilidad de tiempo

Posteriormente en sesiones de trabajo grupal se afinó el plan de sistematización con la participación de los miembros de la comunidad precisando el eje de esta identificando las fuentes de información disponibles y los procedimientos para recuperar la experiencia las reuniones, fueron documentadas mediante actas y se llevaron diarios de campo por parte del equipo gestor y de los miembros de la comunidad

El tercer momento implicó la recuperación de la historia de la experiencia así como ordenar clasificar la información para luego generar la reflexión de fondo que incluyó la interpretación crítica y la identificación de aprendizajes. Para ello se elaboró un listado de información disponible (Ver anexo No. 1 Inventario de información), y potenciales actores a involucrar en entrevistas individuales semiestructuradas, los cuales fueron contactados para coordinar fecha y sitio de la actividad. Se elaboraron guías de entrevista. (Ver anexo No. 2,3 y 4 Guías de entrevista). Adicionalmente se elaboró un audiovisual con el proceso documentado que se socializó a los miembros de la mesa y permitió avanzar en los puntos de llegada.

A pesar de haber programado tres entrevistas a actores institucionales estas no pudieron realizarse por falta de tiempo de las personas convocadas.

Los puntos de llegada implicaron formular conclusiones, recomendaciones y propuestas, así como definir la estrategia para comunicar los aprendizajes y las proyecciones. Para ello se realizaron reuniones del equipo ampliado y se documentaron los resultados de estas actividades, se elaboró un informe de trabajo por parte del equipo gestor que luego fue revisado y complementado con el equipo ampliado.

La última fase recogió la ruta construida de la sistematización focalizando en el proceso, los retos y aprendizajes para experiencias futuras.

6. RESULTADOS Y/O PRODUCTOS ESPERADOS

Como resultado de la propuesta se cuenta con un documento que describa la sistematización de la experiencia y se espera elaborar un artículo para publicar en una revista indexada y la socialización de la experiencia en un escenario local

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta propuesta reconoce la autonomía, la no maleficencia y la justicia como un principio ético fundamental. En tal sentido se presentó al Comité de Ética de la Universidad Libre Seccional Cali y fue aprobado. Solo participaron como actores comunitarios aquellas personas que manifiesten su deseo de participar mediante un consentimiento informado escrito.

Recolección de datos

Los datos provinieron de fuentes secundarias y primarias. En el caso de las fuentes secundarias fueron de los archivos disponibles por los actores de la sistematización. Se incluyó la información relevante para el proyecto, sin incluir datos sensibles o privados para evitar intromisión de la privacidad.

Almacenamiento de datos

El almacenamiento de los datos se realizó en un equipo de cómputo, y una copia en la nube electrónica.

Protección de datos

Los datos almacenados tanto en el equipo de cómputo como en la nube, se encuentran bajo protección con una única clave de acceso, que solo conocerá los actores definidos por los responsables de la sistematización.

Retención de datos

Dado que ya finalizó la sistematización, los datos se mantienen en los dos sitios de almacenamiento, hasta que los actores comunitarios soliciten la eliminación de la información, no sin antes entregar una copia de los resultados con sus respectivos sustentos electrónicos de base de datos organizados y de fácil entendimiento. Esta información se conservará durante 5 años, una vez finalizado este tiempo, se eliminará completamente.

Análisis de datos

Los datos se analizaron en el equipo de cómputo en el cual se encuentran almacenados, utilizando el programa Excel ®.

Compartir datos

Los datos no serán compartidos, salvo una solicitud formal tanto al investigador principal, como una autorización por escrita de la organización que facilitó los datos iniciales, con un respectivo soporte por parte del solicitante de los datos en donde especifique detalladamente las razones de solicitar la base de datos.

Reporte de datos

Los resultados que se obtuvieron con los datos, son de conocimiento público, el grupo comunitario que facilitó los datos tiene una copia de los resultados de investigación y el soporte de los datos que se utilizaron.

Propiedad de los datos

Los derechos legales son exclusivos del investigador y los involucrados en la investigación. La transferencia de datos se podrá hacer siempre y cuando se respeten las condiciones aclaradas en el punto de compartir datos

Se sopesaron los riesgos y los beneficios para los participantes y se identificó que el aporte de la propuesta supera los riesgos y contribuye a garantizar el derecho de las personas a la toma de decisiones sobre su propia salud, como también en la posibilidad de que los resultados aporten a otras comunidades vulnerables.

8. RESULTADOS

8.1 Recuperación del proceso vivido

Antecedentes

Durante el proceso de revisión documental se identificaron dos líneas de tiempo paralelas que se entrecruzan en diferentes momentos: una relacionada con aspectos institucionales y otra con los procesos comunitarios. La ilustración No. 1 presenta un esquema relacionado con ello.

Ilustración 1 Elementos comunitarios e institucionales. Reconstrucción de Experiencia de Control Social . Mesa C18. 2022



Fuente: Elaboración propia

Se identificó que el Puesto de Salud de Lourdes fue construido en la década del 90. Sin embargo, no es claro el momento exacto de la construcción. Este se encuentra ubicado en la carrera 74b #1b104 de la Comuna 18 del Distrito de Cali y administrativamente depende de la Empresa Social del Estado (ESE) Ladera de Cali.



Fuente: https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/118407/servicios_de_salud_de_la_ips_lourdes_se_prestaran_desde_el_ancianato_san_miguela/



Fuente: https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/107438/comuna_tendra_una_nueva_ips_en_el_barrio_lourdes/

2015

En el mes de febrero del año 2015 durante la administración de Rodrigo Guerrero en el encuentro “Alcaldía en tu barrio se anunció la construcción de una nueva edificación debido a que la existente no cumplía con los requerimientos de sismo resistencia¹.

¹ Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal. 2017. https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/107438/comuna_tendra_una_nueva_ips_en_el_barrio_lourdes/. Acceso Jul0132022)

Por otro lado, para este año los miembros de la mesa de salud de la comuna 18 que participaron en el ejercicio de control social, pertenecían a diferentes organizaciones sociales; algunos de ellos se encontraban inconformes frente a la relación establecida con las instituciones en temáticas que aquejaban a la comunidad. De acuerdo a lo anterior, manifestaron que participaban en escenarios comunitarios como las Juntas de Acción Comunal (JAC), Asociaciones de Usuarios como también con personas con discapacidad y grupos de adulto mayor y con estudiantes de la Universidad del Valle y Cooperativa de Colombia.

2016

En el año 2016 se identificaron dos comunicaciones entre la Secretaría de Salud Departamental y la gerencia de la ESE Red de Salud Ladera relacionadas con la viabilidad del proyecto y disponibilidad de recursos para renovación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) Lourdes por un monto de \$2.700.000 millones por parte de la Secretaría de Salud Municipal (SSPM). En el último oficio se menciona en el anexo “Viabilidad Sectorial Motivada” en el ítem E Aspecto institucional que “la comunidad está de acuerdo con el proyecto y participara de la veeduría”. Sin embargo los participantes de la Mesa de Salud de la Comuna 18 no conocían del proyecto en ese momento aunque era posible que se hubiera indagado a la Asociación de Usuarios (33,34)

En este mismo año se realizó la convocatoria para la conformación de la mesa de salud por parte de la SSPM y se conformó la misma en el mes de noviembre. Durante la reunión se planteó que el objetivo es permitir la participación de los diferentes actores sociales como ciudadanos, miembros de organizaciones comunitarias así como instituciones. Dentro de los elementos planteados por los participantes de la comunidad se mencionó la importancia de intervenir en el tema de prestación de servicios en los puestos y centros de salud de la comuna (35).

2017

Durante este año se realizaron comunicaciones entre la gerencia de la ESE Ladera y la Secretaría de Salud Departamental (SSD) relacionadas con la viabilidad sectorial del proyecto “Ampliación segundo y tercer nivel de la IPS Lourdes” como también con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)(36,37)

Se identificó en los documentos que este se sustentaba en el deterioro de la infraestructura física del centro de salud Lourdes como también en el hecho de que la mayor parte de las sedes de la Red Ladera eran construcciones antiguas con deterioro normal de los años y para la fecha de la construcción no se tuvieron en cuenta los requisitos de calidad y sismo resistencia vigentes a la fecha de elaboración del proyecto. También se menciona la alta demanda del Puesto de Salud y el potencial alto impacto y una mayor satisfacción para la comunidad como resultado de la ejecución de este.

Argumentaban que los cambios para mejorar los acabados y lo relacionado con el reforzamiento estructural hacen más costo efectivo una nueva edificación.

Como objetivo del proyecto se proponía ampliar la infraestructura física y la capacidad instalada para cubrir 25477 beneficiarios que correspondía a la población contratada del área de influencia, con un costo. de 2.700.000.000 a cargo de recursos propios de la alcaldía con una duración de 12 meses. Sin embargo la respuesta de la SDS a la viabilidad sectorial incluía de una parte que este proyecto era coherente el objetivo, los productos y el cronograma del proyecto con el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE aprobado pero que *“los incrementos de la capacidad instalada planteados no presentan una justificación adecuada y adicionalmente se presentan diferencias entre la capacidad instalada y lo registrado en los planos arquitectónicos como los cubículos de toma de muestras y unidades odontológicos”*. Adicionalmente se menciona que *“la alternativa de solución no es coherente con el problema planteado porque el proyecto se plantea como ampliación y lo que se propone es una reposición total de la infraestructura”* y que *“el proyecto inscrito y aprobado en el plan bienal es la ampliación del segundo y tercer nivel que no es coherente con lo planteado en el alcance del proyecto”*. De igual forma que *“el nombre del proyecto no corresponde con el diseño arquitectónico y estudios de ingeniería propuestos al diferenciar ampliación y reposición lo que implica el replanteamiento formal del nombre del proyecto, la inclusión del nuevo nombre en el plan bienal de inversiones en salud 2018-2019 y la presentación formal del nuevo proyecto actualizado en toda su documentación ante el Ministerio”*. Por todo lo anterior el proyecto se consideró técnicamente no viable.

Durante este año en el mes de Octubre se envía comunicación de la SSD al Ministerio de Salud y Protección Social con aprobación de viabilidad, para dar el trámite correspondiente, anexando el formato de revisión documental de proyectos del Banco de Programas y Proyectos del Departamento con fecha de aprobación de septiembre 21 de 2016 y radicación el 11 de septiembre de 2017, cumpliendo todos los requisitos cuando el proyecto es de infraestructura. También se envía el formato de verificación de requisitos para el registro en el Banco de Programas y Proyectos del Departamento con fecha de aprobación del 21 de septiembre de 2016 para la vigencia 2017 y el formato de viabilidad sectorial motivada con fecha de aprobación del 21 de septiembre de 2016 y firma del 18 de octubre de 2017 (36).

Los inicios

2018

En el mes de julio se envía comunicación del Secretario de Salud de Cali al gerente de la ESE Ladera sobre la disponibilidad de recursos para el proyecto “Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión y desarrollo de las ESE del Municipio de Santiago de Cali” con ficha ENI 01041854 por un monto de \$1.250.999.998 (37).

Simultáneamente el Secretario de Salud de la ciudad realiza el Diálogo conversemos de salud, entre la Secretaría de Salud y los Habitantes de la comuna 18 en el marco de la estrategia de Rendición de Cuentas (38) En la mencionada actividad el señor Fidelino Fernández manifestó que el puesto de Salud de Lourdes estaba en construcción pero sin terminar. El Secretario de Salud acordó entonces reunirse con un grupo de personas de la comuna para tratar el tema junto con el gerente de la Red de Salud Ladera. En el acta se estableció para el seguimiento como un compromiso conformar un grupo de salud para tratar estos temas.

En el mes de Agosto se realiza reunión con el subsecretario de salud Dr. Nelson Sinisterra, el gerente de la Red Ladera y la comunidad con varios propósitos, uno de ellos conformar el grupo de control social en salud a la construcción del Puesto de Salud Lourdes Red de Salud Ladera Comuna 18. Durante la misma se explicó la asignación presupuestal por parte de la Secretaría y la Red en aspectos de infraestructura y dotación así como el estado de la obra de infraestructura y se recomendó al gerente iniciar la prestación del servicio en los espacios del primer nivel (39).

El señor Fidelino Fernández manifestó la lentitud en el proceso de construcción del puesto así como el incumplimiento en los tiempos estipulados y el efecto en el acceso de los habitantes a los servicios. Se delegaron para el ejercicio de control social a Fidelino Fernández, Luis Eduardo Serrano, Mónica Hernández, Antonio Gómez y Mario Baus. Posteriormente en septiembre se recibe comunicación del Ministerio de Salud, subdirector de Prestación de Servicios sobre la no viabilidad de la propuesta enviada por inconsistencias en la misma (37).

En el mes de octubre el gerente de la ESE Ladera solicita nuevamente viabilidad sectorial a la SSD (40) y en ese mismo mes la SSD envía comunicación al Ministerio de Salud con la viabilidad sectorial motivada (41) y al gerente de la ESE comunicando el cumplimiento de requisitos y la viabilidad sectorial (42).

Adicionalmente en el documento de viabilidad sectorial se establece como objetivo general del proyecto “Reposición de la IPS Lourdes, cumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación y la disponibilidad de una capacidad instalada suficiente” y como objetivos específicos:

- Implementar instalaciones físicas sismo-resistentes de acuerdo a la NSR10-2010
- Realizar las adecuaciones correspondientes de capacidad instalada según la demanda de servicios y la proyección de oferta de servicios de acuerdo al perfil epidemiológico del sector
- Dar cumplimiento a los estándares mínimos de evaluación del Sistema Único de Habilitación vigente (Res 2003 de 2014)

A finales del mes de Octubre se realiza reunión entre la mesa de salud y el gerente de la Red Ladera para el seguimiento a la construcción del Puesto de Salud (43).

Durante la misma se aclara que el proyecto BP 1041854 "Fortalecimiento de la capacidad de gestión de las ESE del Municipio de Santiago de Cali", con recursos del organismo SSPM por valor de \$750.999.998 pesos para apoyar el proyecto de infraestructura física de la IPS Lourdes había tenido la siguiente ruta cronológica:

Diciembre de 2016: Viabilidad a la construcción del puesto de salud de Lourdes.

Julio 7 de 2016: Firma y Vo Bo para construcción.

Dic 31 de 2017: Termina la primera fase de la construcción.

Julio 10 de 2018: Asignación presupuestal de 700 millones para infraestructura y 400 para dotación del puesto de salud.

Julio 2018: Radicación a la Gobernación para viabilidad de segundo y tercer nivel

Septiembre 2018. Ministerio de Salud niega viabilidad de construcción por inconsistencia en información y necesidad de ajustes al proyecto.

Septiembre 2018: ESE Ladera radica nuevamente en la gobernación con ajustes al proyecto

Octubre 2018: Viabilidad por la gobernación para continuar la contratación

Octubre 23 2018: Radicación por parte de la ESE Ladera en el Ministerio de Salud para revisión y aprobación

Octubre 29 y 30: Informe del gerente de viaje a Bogotá en respuesta a citación para recibir aprobación por parte del Ministerio de Salud. En dicha reunión el gerente se compromete a reunirse nuevamente en Noviembre 2.

El desarrollo

2019

En el mes de febrero se realizó reunión entre la Mesa de la Comuna 18 y el Secretario de Salud Municipal quien informa disponibilidad de 700 millones para avanzar en la parte funcional de forma que la comunidad empiece a recibir los servicios (44).

Posteriormente se realiza reunión con participación de la Mesa de la Comuna 18, el gerente del Hospital Mario Correa y funcionarios de la Secretaría de Salud Municipal. De nuevo se mencionan los 700 millones para terminar el 1er piso e iniciar la prestación a finales de 2019 (45).

En el mes de mayo se envía por parte de la mesa comunicación de la mesa a la Contraloría con copia a la personería, Supersalud, SSDV, SSPM y gerencia del Hospital sobre el seguimiento y control a la obra y expresan su preocupación por la no culminación que afecta la oportunidad y el acceso a servicios (46).

Como resultado en el mes de Junio se realiza visita de la contraloría, durante la misma se establece como fecha tentativa de entrega de la obra del primer piso 31 de Julio de 2019 (47) . En el mismo mes se envió oficio por parte de la Personería solicitando al Secretario de Salud respuesta al derecho de petición de la comunidad (48).

Como respuesta el gerente Javier Colorado al secretario con descripción de acciones y contratos. Reporta ejecución de fases de vigencias 2016 a 2018 con el cumplimiento de los objetos de cada uno de los convenios interadministrativos efectuados (49) Respecto al convenio interadministrativo 2019 (4145.010.27.1.0013) se aclara que para el 31 de julio se terminaría lo relacionado con: a. el primer piso en términos de sistema de iluminación; b. el sistema eléctrico; c. el sistema de aires acondicionado; d. el cuarto eléctrico; e. sistema de detección de incendios, cielos, estuco y pintura del primer piso y cerramiento perimetral de seguridad y puerta de acceso al sótano. Para ello se suscribió acta de inicio del contrato de obra el 4 de junio. A partir de esta información el Secretario de Salud envía respuesta a la Personería (50) y a su vez la Personería envía oficio a Fidelino Fernández integrante de la mesa informando cierre del radicado por respuesta del Secretario de Salud (51).

En el mes de Julio se realiza reunión de la mesa para el seguimiento acordado al compromiso de avance del 80% de la construcción del primer piso. El avance reportado fue del 35% por problemas con conexiones de alto voltaje y suministro de energía para el funcionamiento del PS. Se acuerda enviar comunicación por parte de la mesa a EMCALI (52), la cual se envía el día 24(53). En respuesta la Jefe de proyectos de Media Tensión de EMCALI informa que el contratista no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas (22).

En Agosto 27 se realiza reunión con la participación de integrantes mesa de salud, funcionario contraloría, Funcionarios ESE Ladera e interventores de la obra civil informando la entrega el 30 de septiembre pero sin fecha de inicio de la prestación de servicios por el trámite de habilitación. Adicionalmente reportan la Proyección segunda fase 2020 y avance del 80% de la obra (54).

El 30 de septiembre el Gerente de la Red Ladera hizo entrega de la obra civil del primer piso del puesto de salud de Lourdes en su infraestructura y mobiliario. Informó que la prestación del servicio se haría el 7 de octubre de 2019(55). A finales del mes de Octubre los integrantes de la mesa de salud realizan recorrido por el puesto de salud para corroborar la prestación de los servicios, identificando la no instalación del equipo de Rx. de odontología ni el parlante para orientar a las personas (56).

En el mes de Noviembre se envía comunicación por parte de los integrantes de la mesa solicitando asignación de recursos para el segundo piso y el tercer piso así como el ascensor (57).

El cierre

2020

En el mes de Julio se realizó reunión de la mesa; con relación al ejercicio de control social se informó que en contacto con la Profesional Luz Stella Vallecilla encargada del área de Aseguramiento y desarrollo de servicios de la SSPM, se estableció que para la Comuna 18 no había asignación presupuestal para proyectos de infraestructura para el 2020 porque los recursos serían utilizados para dar cumplimiento al manejo de la pandemia COVID19. Esta información se tuvo en cuenta para definir que no se continuaría con el ejercicio de control social a la construcción del puesto de salud durante el 2020 (58).

2021

Entre los meses de enero a julio se realizó recorrido al puesto de salud de Lourdes, a partir del cual se elaboró un reporte y apreciaciones dirigido a la gerente de la Red de Salud Ladera e igualmente oficio a la Secretaría de Salud Pública Municipal con el fin de informar el avance del ejercicio de control social. Como plan para este año se propuso realizar un nuevo recorrido para identificar avance y culminación de aspectos relacionados con la construcción del segundo y tercer piso así como identificar aspectos relacionados con la seguridad en las escaleras, el aumento en la reja que rodea el espacio del segundo piso que permite visualizar la parte del primer piso y el cerramiento del tercero, como resultado de esta visita se realizaría informe el cual se enviaría y en el fortalecimiento de la ruta de control social el ejercicio de formación se articulará a la consolidación de la información disponible del proceso para organizar cronológicamente y unificada. Con el resultado de esta actividad se definiría el cambio del objeto de control social (59).

Durante el mes de septiembre se realizó la Socialización de la experiencia de ejercicio de control social realizada por la comuna 18 a los integrantes de la Asociación de usuarios de la Red de Salud Centro ESE (60) mientras en el mes de octubre se realizó la visita a la IPS Lourdes con el propósito de realizar hacer seguimiento a los observado en el recorrido anterior por parte del grupo veedor mesa de salud comuna 18 y corroborar si los servicios descritos en los sellos de habilitación se están cumpliendo. Fueron atendidos por la enfermera de la entidad y se informó acerca de los servicios ofertados en el primer y segundo piso.

Respecto a los hallazgos previos relacionados con el vidrio del segundo piso con riesgo de caer al primer piso, un espacio vacío en las escaleras que conducen al segundo piso con riesgo de caída de menores y teléfono de citas sin servicio; se encontró que no se habían tomado los correctivos. Adicionalmente se reportó robo de los grifos de las llaves y de las lámparas en los baños por parte de personas inescrupulosas y se identificó que el vidrio que protege el contador de energía estaba roto, sin protección; una lámina levantada por donde entran personas a delinquir, frente a lo cual se propuso socializar a los jóvenes lo relacionado al puesto de salud para que puedan cuidarlo. Se identificó que

alrededor del puesto de salud hay jóvenes consumiendo sustancias psicoactivas, que el puesto de salud no tiene nombre y que NO se sabe si se entregó a la comunidad mediante acto administrativo (61).

En el mes de noviembre se revisaron los resultados de la visita y se tomó la decisión de enviar oficio con la información anterior, solicitar reunión para que la Red Ladera brindara información sobre el estado de la obra y a partir de ahí definir si se continuaba el ejercicio o se cambia de objeto de control social (61)

En el mes de diciembre se realizó la reunión en la IPS con representantes de la Red de Salud Ladera durante la cual la ingeniera brindó información sobre el origen del presupuesto invertido para la culminación del segundo piso (recursos de la ESE), como también acerca del funcionamiento de los servicios acorde a la habilitación y se comentó que el tercer piso de acuerdo al plano era un espacio para el área administrativa, que estaba pendiente por cerramiento. De acuerdo a lo programado por la ESE la obra solo llegaría hasta el segundo piso al menos hasta ese momento y queda pendiente resolver la ubicación del ascensor que estaba dentro del plan bienal de inversiones. Con relación al cerramiento del segundo piso se informó estaba realizando acorde a los requerimientos del sistema de habilitación.

Los integrantes del grupo veedor informaron además de lo descrito previamente la acumulación de basura en las afueras de la institución y la ausencia del guarda de seguridad. La ingeniera manifestó que los letreros estaban pendientes para todas las IPS, se solicitó apoyo a la policía del cuadrante quienes de manera eventual realizaban seguimiento y también se comentó que el guardia de seguridad había recibido agresión por intento de robo.

Por otra parte los integrantes del grupo veedor manifestaron adicionalmente que el call center no funcionaba adecuadamente, los usuarios seguían acudiendo al Centro de Salud de Meléndez y no al de Lourdes y el sonido de la llamada del médico en el segundo piso se cruzaba con el del primer piso y los pacientes no sabían exactamente de qué consultorio se les llamaba (62).

Resultados: Documento Experiencia de Control social de la comuna 18.

Fortalezas:

- Conocer la ruta de control social
- Se evidenció un grupo unido
- Permitió fortalecer el respeto entre los integrantes del grupo, la opinión de cada uno
- Trabajo voluntario de la mesa de salud
- Recibir información de las instituciones involucradas

- La mesa se posiciono más ante otras organizaciones y espacios como comité de planeación, JAL y otros.
- Capacitación sobre el tema, incrementó los conocimientos en control social

Oportunidades de mejora:

- Cumplimiento de los compromisos que adquirió la institución al final del proceso
- Fortalecer el seguimiento frente a compromisos de la institución
- Solicitar intervenciones de otras dependencias para fortalecer el ejercicio de control social
- Aprender a preguntar sobre contrato, proyecto
- Es importante para el seguimiento que todo quede por escrito
- Tomar acciones frente a los incumplimientos

Recomendaciones:

-Implementar los pasos de la ruta de control social con los criterios establecidos para el fortalecimiento de los ejercicios de control social, que permita dar un norte más claro al seguimiento y cumplimiento a los objetivos del control social a lo público como un derecho y un deber ciudadano.

Vacíos de información:

Faltó información sobre el proyecto y su ejecución, su respectivo cronograma de actividades o fases, porcentaje de avances. Por otro lado, no se evidencia la participación de la comunidad en la aprobación en la socialización del proyecto y su viabilidad. Lo anterior hace parte de la caracterización del objeto de control social.

9. REFERENCIAS

1. McCoy DC, Hall JA, Ridge M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2012 Sep;27(6):449–66.
2. Ostrom E. Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. *World Dev.* 1996 Jun;24(6):1073–87.
3. Abimbola S, Molemodile SK, Okonkwo OA, Negin J, Jan S, Martiniuk AL. 'The government cannot do it all alone': realist analysis of the minutes of community health committee meetings in Nigeria. *Health Policy Plan.* 2016 Apr;31(3):332–45.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2010 [cited 2022 Apr 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
5. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud; 2019.
6. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/pv-civil-es.html>. 2017. La función de la sociedad civil y la comunidad en la definición de políticas públicas en salud.
7. Panamerican Health Organization, World Health Organization. Implementing the Pan American Health Organization's (PAHO) Regional Plan of Action on Health in All Policies (HiAP). 2015.
8. van Belle S, Affun-Adegbulu C, Soors W, Srinivas PN, Hegel G, van Damme W, et al. COVID-19 and informal settlements: an urgent call to rethink urban governance. *Int J Equity Health.* 2020 Dec 3;19(1):81.
9. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política República de Colombia. Colombia; 1991.
10. Osorio M, Henao G, Moreno ME, Angarita JJ. Manual de control social. Alcaldía de Santiago de Cali, editor. Santiago de Cali; 2017.
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1757. Colombia; 2015.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429. Colombia; 2016.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2067. Colombia; 2017.
14. Veeduría Delegada para la Participación y los Programas Especiales. Ruta para el fortalecimiento del Control Social. Veeduría Distrital, editor. Bogotá; 2015.
15. Jara-Holliday O.
http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf.
Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias.
16. Peña-Varón JF, Marín-Velásquez PA, Mosquera-Becerra J. Papel de la sistematización de experiencias en los procesos de evaluación de intervenciones de salud pública en la Comuna Saludable por la Paz, Cali - Colombia. *Prospectiva.* 2021 Jan 1;299–313.

17. Pedro Oliver Olmo. El concepto de control social en la historia social: estructuración del orden y respuestas al desorden . *Historia Social*. 2005;51:73–91.
18. Toro Silva CA. Entre el orden, el vínculo, el conflicto y el poder. Aproximación histórica al concepto de control social y análisis de sus usos historiográficos. *Trashumante Revista Americana de Historia Social*. 2019 Jul 18;(14):174–94.
19. Mead GH. The Genesis of the Self and Social Control. *Ethics*. 1925 Apr;35(3):251.
20. Iñaki Gil de San Vicente. Control social, un instrumento del poder. 2007.
21. La contrademocracia: La política en la era de la desconfianza. Manantial. Buenos Aires:
https://fadeweb.uncoma.edu.ar/viejo/carreras/materiasenelweb/abogacia/derecho_politico_II/biblio/unidad3/La-Contrademocracia.pdf; 2007.
22. Annunziata R. La democracia exigente. La teoría de la democracia de Pierre Rosanvallon. *Andamios, Revista de Investigación Social*. 2016 Aug 9;13(30):39.
23. Felipe Hevia de la Jara. Contraloría Social y Protección de Programas Sociales. Seminario Internacional Candados y Derechos: Protección de Programas Sociales y construcción de ciudadanía. Mexico: PNUD Mexico; 2007.
24. Correia MVC. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Fiocruz, editor. Rio de Janeiro; 2005.
25. Souza CMN, Heller L. O controle social em saneamento e em saúde: análise comparativa com base nos marcos legais federais brasileiros. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 Jan [cited 2022 Jul 10];24(1):285–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100285&tlng=pt
26. Restrepo DI. Eslabones y precipicios entre participación y democracia (Links and Gaps between Participation and Democracy). *Rev Mex Sociol*. 2001 Jul;63(3):167.
27. Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Revista de Salud Pública*. 2004;6(2).
28. Franco Vargas MH, Ramírez Brouchoud MF, Chinkousky Giraldo MA. Los controles a la administración pública en Colombia. Una aproximación al control social al presupuesto participativo en Medellín. *Reflexión Política*. 2019 Apr 30;21(41):50–63.
29. Ordoñez Valencia H, Trelles Vicuña D. Control social en la participación ciudadana: Una visión desde los servicios públicos locales. *Rev Cienc Soc*. 2019 Dec 24;25(4):175–85.
30. Gutierrez Magaña HM. La institucionalización del control social en Ecuador: posibilidades y tensiones de los mecanismos participativos. *Revista Chilena de Derecho y Ciencia Política*. 2017 Nov 30;139–64.
31. Neves JA, Zangirolani LTO, de Medeiros MAT. Health services, intersectoriality and social control: a comparative study on a conditional income transfer program. *Glob Health Promot*. 2022 Jun 15;29(2):14–22.
32. Jara H O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. CINDE; 2018.

33. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria Departamental de Salud. Oficio 090.1.219225. Santiago de Cali; 2016.
34. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria Departamental de Salud. Oficio 090.1.241690. Santiago de Cali; 2016.
35. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria Publica de Salud Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.068. Santiago de Cali; 2016.
36. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. Oficio 090.1.306149. Santiago de Cali; 2017.
37. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Publica Municipal. Oficio 2018450300035541. Santiago de Cali; 2018.
38. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.250. Santiago de Cali; 2018.
39. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Publica Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.278 . Santiago de Cali; 2018.
40. GerenteRed de Salud Ladera. Solicitud viabilidad sectorial. Santiago de Cali; 2017.
41. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria Departamental de Salud. Oficio 1.200.01-15.2437629. Santiago de Cali; 2018.
42. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria de Salud Departamental. Oficio 1.200.01-15.2437630. . Santiago de Cali; 2018.
43. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.381. Santiago de Cali; 2018.
44. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.003. Santiago de Cali; 2019.
45. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.038. Santiago de Cali; 2019.
46. Mesa de Salud Comuna 18. Comunicación Radicado 20192440086102. 2019 May 29;
47. Contraloría General de Santiago de Cali. Acta de mesa de trabajo. Santiago de Cali; 2019.
48. Personería de Santiago de Cali. Oficio Seguimiento Radicado Personeria. Santiago de Cali; 2019.
49. Gerente Red de Salud Ladera. Respuesta sobre Culminación IPS Lourdes. Santiago de Cali; 2019.
50. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Información culminación de la construcción IPS Lourdes. Santiago de Cali; 2019.
51. Personería de Santiago de Cali. Cierre Radicado 20192444008610-2. Santiago de Cali; 2019.
52. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.076. Santiago de Cali; 2019.
53. Mesa de Salud Comuna 18. Comunicación Radicado 100218752019. Santiago de Cali; 2019.
54. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.101. Santiago de Cali; 2019.

55. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.110. Santiago de Cali; 2019.
56. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.145. Santiago de Cali; 2019.
57. Mesa de Salud Comuna 18. Solicitud asignación presupuestal para culminación de obra. Santiago de Cali; 2019.
58. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta No. 4145.030.9.37.225. Santiago de Cali; 2020.
59. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.400 . Santiago de Cali; 2021.
60. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.454 . Santiago de Cali; 2021.
61. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.685 . Santiago de Cali; 2021.
62. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Acta TRD 4145.030.9.37.739 . Santiago de Cali; 2021.