



## **Territorios Saludables: una mirada crítica a la salud comunitaria en Bogotá en la última década.**

*Healthy Territories:  
a critical look at community health in Bogotá in the last decade.*

*Territórios Saudáveis: um olhar crítico sobre a saúde comunitária em Bogotá na última década.*

*Territoires Sains: un regard critique sur la santé communautaire à Bogota au cours de la dernière décennie.*

**Germán Andrés Cortés-Millán<sup>1</sup> e Laura Camila Alfonso-Morales<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Psicólogo y magíster en Sociología por la Universidad Santo Tomas de Aquino y doctor en Estudios Sociales por la Universidad de Externado de Colombia, Bogotá, Colombia. Es investigador colaborador de Grupo de Estudios y Investigaciones en Psicología Política, Políticas Públicas y Multiculturalismo de la Universidad de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Actualmente es Profesor Titular de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0001-9633-0095> E-mail: [gcortes138@unab.edu.co](mailto:gcortes138@unab.edu.co)

<sup>2</sup> Psicóloga por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0002-6758-3138> E-mail: [camilaalfonsomorales@gmail.com](mailto:camilaalfonsomorales@gmail.com)

## Resumen

El artículo presentado a continuación, propone una discusión sobre salud comunitaria y territorial en la ciudad de Bogotá (Colombia), a partir de un análisis documental realizado en la última década, en la que se reportan las tres últimas administraciones (Bogotá Humana, Bogotá ´para todos y la ciudad cuidadora). El ejercicio contempló la utilización de reportes, documentos y demás recursos documentales tanto institucionales y no institucionales, los cuales se integraron, se clasificaron y se analizaron para los intervalos (2012 - 2016), (2016 - 2020) y (2020 - hasta la fecha). Dentro de los hallazgos, se puede apreciar de manera explícita, como transitan por las concepciones y desarrollos estratégicos, sobre salud comunitaria y territorial, discursos diferenciales, que ponen a las comunidades, sus historicidades, sus prácticas cotidianas y sus formas de cuidado, en lugares y en formas muy distintas, a partir del marco ideológico desde donde se enuncian y documental. Dicha investigación, posibilita articular y problematizar componentes de la salud pública, como lo son las territorialidades diferenciales, la interculturalidad y la salud comunitaria, desde una perspectiva crítica y situacional, en donde las fuentes documentales cobran sentido transversal y estratégico.

**Palabras Clave:** Territorios Saludables; Salud Comunitaria; Organización Social; Derecho a la Ciudad,; Sistema de Salud en Bogotá.

## Abstract

The article presented below proposes a discussion on community and territorial health in the city of Bogotá (Colombia), based on a documentary analysis carried out in the last decade, in which the last three administrations are reported (Bogotá Humana, Bogotá ´for all and the caring city). The exercise contemplated the use of reports, documents and other institutional and non-institutional documentary resources, which were integrated, classified and analyzed for the intervals (2012 - 2016), (2016 - 2020) and (2020 - to date). ). Within the findings, it can be seen explicitly, how they go through the conceptions and strategic developments, on community and territorial health, differential discourses, which put the communities, their historicities, their daily practices and their ways of carefully, in very different places and forms, based on the ideological framework from which they are enunciated and documented. This research makes it possible to articulate and problematize components of public health, such as differential territorialities, interculturality and community health, from a critical and situational perspective, where the documentary sources take on a transversal and strategic meaning.

**Keywords:** Healthy Territories; Community Health; Social Organization; Right to the City; Health System in Bogotá.

**Resumo**

O artigo apresentado a seguir propõe uma discussão sobre a saúde comunitária e territorial na cidade de Bogotá (Colômbia), a partir de uma análise documental realizada na última década, em que se relatam as três últimas administrações (Bogotá Humana, Bogotá 'for all and a cidade do cuidado). O exercício contemplou a utilização de relatórios, documentos e outros recursos documentais institucionais e não institucionais, que foram integrados, classificados e analisados para os intervalos (2012 - 2016), (2016 - 2020) e (2020 - até o momento). Dentro dos achados, pode-se ver explicitamente, como passam pelas concepções e desdobramentos estratégicos, sobre saúde comunitária e territorial, discursos diferenciais, que colocam as comunidades, suas historicidades, suas práticas cotidianas e seus modos de cuidar, em lugares muito diferentes e formas, a partir do arcabouço ideológico a partir do qual são enunciadas e documentadas. Esta pesquisa permite articular e problematizar componentes da saúde pública, como territorialidades diferenciais, interculturalidade e saúde comunitária, a partir de uma perspectiva crítica e situacional, onde as fontes documentais assumem um significado transversal e estratégico.

**Palavras Chave:** Territórios Saudáveis; Saúde Comunitária; Organização Social; Direito à Cidade; Sistema de Saúde em Bogotá.

**Resumé**

L'article présenté ci-dessous propose une discussion sur la santé communautaire et territoriale dans la ville de Bogotá (Colombie), basée sur une analyse documentaire réalisée au cours de la dernière décennie, dans laquelle les trois dernières administrations sont rapportées (Bogotá Humana, Bogotá 'pour tous et la ville bienveillante). L'exercice a envisagé l'utilisation de rapports, documents et autres ressources documentaires institutionnelles et non institutionnelles, qui ont été intégrés, classés et analysés pour les intervalles (2012 - 2016), (2016 - 2020) et (2020 - à ce jour). Dans les résultats, on peut voir explicitement, comment ils traversent les conceptions et les développements stratégiques, sur la santé communautaire et territoriale, les discours différentiels, qui placent les communautés, leurs historicités, leurs pratiques quotidiennes et leurs manières de prendre soin, dans des endroits très différents et formes, en fonction du cadre idéologique à partir duquel elles sont énoncées et documentées. Cette recherche permet d'articuler et de problématiser des composantes de la santé publique, telles que les territorialités différentielles, l'interculturalité et la santé communautaire, dans une perspective critique et situationnelle, où les sources documentaires prennent un sens transversal et stratégique.

**Mots Clés:** Territoires Sains; Santé Communautaire; Organisation Sociale; Droit à la Ville; Système de Santé à Bogotá.

## Introdução

---

El siguiente artículo denominado “**Territorios saludables. Una mirada crítica a la salud comunitaria en Bogotá en la última década**”, se enmarca en las estrategias de abordaje y desarrollo investigativo del grupo GIPSAD de la FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), y corresponde a la primera etapa del Macro-proyecto “Modelo de gestión territorial para la salud comunitaria en Bogotá”. Para esta etapa se pretende, a partir de un análisis documental y situado, comprender el sentido de los programas, proyectos y estrategias formuladas en temas de salud territorial y comunitaria, por las últimas 3 administraciones de la ciudad, así como sus impactos directos e indirectos en las comunidades y en sus procesos.

Es así que el ejercicio de investigación se encuadra, para esta fase, en una tipología con diseño cualitativo y de naturaleza descriptiva – interpretativa, basada en la recolección sistemática de información documental y en un análisis contextual y situado, con el cual se reconocerán los alcances de las apuestas territoriales en salud y sus interseccionalidades psicosociales y comunitarias.

El documento a continuación presentado, desarrolla en detalle una problematización localizada y crítica, respecto a los procesos de salud comunitaria y su incidencia territorial en la ciudad de Bogotá, sustentada sobre una base teórica que va desde la salud comunitaria, las ciudades para la gente, la psicología social crítica, hasta el derecho a la ciudad y las territorialidades críticas (Cortés-Millán, 2019ab; Cortés Millán y cols., 2021). Posteriormente se presenta el análisis documental para un intervalo de 10 años, el cual integra las últimas 3 administraciones y sus programas, proyectos y estrategias de salud territorial, así como las experiencias dispuestas y promovidas por entidades y organizaciones no formales o no gubernamentales. Por último, se expone un marco de discusión que pone en diálogo los hallazgos con las perspectivas teóricas dispuestas, para cerrar con las conclusiones correspondientes.

## 1. Problematización y Contexto

---

La salud comunitaria se ha convertido en un desafío conceptual, metodológico y técnico para las administraciones locales, regionales y nacionales, así como para organizaciones, instituciones prestadoras de servicios, programas de formación y profesionales, razón por la cual se disponen programas, proyectos, estrategias e iniciativas, que soportan su sentido y operacionalizan acciones para vincular las premisas soporte de la salud con las comunidades y sus particularidades. La perspectiva territorial, si bien parece poseer un reporte estratégico para dicho propósito, no resulta siendo un elemento transversal en esta multiplicidad de intereses. Es así que, desde las ciencias sociales críticas con enfoque territorial, las perspectivas del derecho a

la ciudad, las ciudades para la gente, se atiende a esta circunstancialidad contextual y comunitaria, y se reconoce el territorio en toda su expresión multidimensional y dinámica, en donde las comunidades resultan protagonistas en la comprensión, la gestión, el acompañamiento, el desarrollo y la evaluación de procesos que las involucran directamente (FUCS, 2020).

La ciudad de Bogotá viene viviendo por décadas, las dinámicas socioculturales, demográficas y económicas, propias de un complejo contexto político, en donde el desplazamiento forzado, el despojo de tierras, producto de la violencia, el conflicto armado y la migración, entre otros, resultan siendo cotidianos y naturalizados por actores sociales, comunidades e instituciones. Puede decirse que Bogotá, D. C. hace parte de las diez ciudades con mayor población en América Latina, ocupando el sexto lugar en el continente y el primero en el país, lo que redundará en su composición y en sus prácticas, conductas y expresiones de trabajo y consumo que determinan el estado de salud enfermedad de sus habitantes. (Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016). Esta circunstancialidad pone a la ciudad como epicentro de expresiones, experiencias y procesos altamente complejos, que dan lugar a necesidades expresas de habitabilidad, educación, trabajo, seguridad y salud.

Una ciudad como Bogotá, con su complejidad y configuración propia, ofrece un escenario de doble vínculo. Por un lado, el proceso de urbanización al que se ha visto sometida la ciudad, ofreciendo infraestructura y oferta de servicios pensando en un mayor bienestar para cierto sector de la población, pero por otro, también imposibilita el acceso de servicios y la proliferación de la desigualdad. Esta configuración permite reconocer, además de la expansión socioespacial que sugiere una ciudad de este perfil, la evidente y sistemática segregación a sectores populares y periféricos, a los que los beneficios e impactos de los servicios sociales parecen no reconocerse de manera directa. Puede decirse, en este sentido, que el crecimiento de la ciudad en las últimas décadas ha sido exponencial y diverso, lo que ha generado ascenso poblacional, y con eso la segregación difícil acceso a servicios, programas y sistemas que satisfacen necesidades básicas. Uno de los procesos que dan lugar a la problematización, es el del desplazamiento forzado producto de las dinámicas del conflicto y la violencia política vivida en el país por más de sesenta años, que, según datos de la Dirección para la Acción Humanitaria y el Desarrollo de la Cruz Roja, y el reporte multipartidista, solo en el 2020 el número de desplazados es de 19.190, siendo Bogotá la ciudad receptora por naturaleza.

Es así que hablar de la ciudad, y especialmente de Bogotá, significa establecer una red de convergencias e interlocuciones propias de un escenario complejo y cambiante, en el que los procesos colectivos cobran sentido a la hora de pensar desafíos de bienestar y buen vivir. La ciudad es entonces concebida relacional y dinámicamente, por lo que sus asuntos, de manera constante, se entrelazan para caracterizarla y atribuirle un soporte social, cultural, político, económico y axiológico. Por lo tanto, la sociedad definida como urbana, es comprendida a partir de un cierto sistema de valores, normas y relaciones sociales que poseen una especificidad histórica y una lógica propia de organización y de transformación (Castells, 2014).

Es importante, para el análisis y la comprensión de la ciudad en todas sus dimensiones, reconocerla como un territorio de convergencias y vicisitudes propias de un contexto constituido por las tensiones entre un modelo de desarrollo hegemónico y los impactos del conflicto social y político. Dicha situación hace de la ciudad un territorio fragilizado, dividido y fragmentado en sus usos, prácticas y procesos de apropiación, precisamente por la acumulación expresa de capital privado en contra de los intereses y necesidades de las comunidades (Harvey,

2004), lo que significa, entre otros, la expresa inequidad para el acceso a programas y servicios estructurales, como son la vivienda, la educación y la salud. Por todo esto, se hace necesaria la emergencia de nuevas epistemologías urbanas que den lugar a procesos reivindicadores, de justicia comunitaria y de acción colectiva para el cuidado y para la promoción de la vida digna (Farrés-Delgado & Matarán-Ruiz, 2014; Silva, 2018ab). Pensar así el territorio, requiere poner en diálogo sus elementos constitutivos que, de forma interdependiente, sitúan la problematización y le otorgan sentido a la perspectiva de la propuesta. Estos asignan ontológicamente a las comunidades, la necesidad y la responsabilidad de la participación y la construcción activa y permanente de sus condiciones de vida en los territorios, y se conciben como fundamento para producir y gestar iniciativas para su transformación. Dentro de estos elementos se puede reportar la consideración de la ciudad como territorio posible, con la cual se asume la esencia de lo territorial, a partir de los consensos comunitarios para la generación de cambios y para la materialización de iniciativas para su bienestar (Bozzano, 2000; Silva, 2018c).

Para hablar de territorios saludables, se debe referir, de forma directa, al sistema y a sus devenires, los cuales, para el caso colombiano, han reportado impactos sensibles en la manera como se comprenden y se abordan las necesidades colectivas de salud. En esto cabe indicar que la estructura formal del sistema, el cual se soporta desde la idea de la atención gerenciada, denominada como pluralismo estructural, ha venido operando desde una lógica de competencia regulada, que, si bien ha logrado ampliar el margen de aseguramiento, ha producido, en las ciudades especialmente, expresas desigualdades, racionalizadas desde la capacidad de pago (Hernández, 2002). Si bien es cierto que las características del sistema han reportado respuestas comunitarias que contrarrestan esa noción de mercado, todavía son más las experiencias que distan de la concepción de la salud como derecho (Abadía-Barrero, 2004).

Este panorama de crisis del modelo tradicional en salud, ha repercutido no solamente en la forma de acceder al sistema y a los servicios que este supone, sino además en la forma como las comunidades conciben su papel en las prácticas de cuidado comunitario y en sus acciones colectivas para promover y decidir sobre su bienestar y calidad de vida. Por estas razones, es que se consolida ya un discurso global que sugiere el goce efectivo del derecho fundamental de la salud de la población, con el que se pretende impactar positivamente en la calidad de vida de las comunidades, a través de un modelo de salud humanizado y participativo que incluya atención primaria y redes integradas de servicios (ONU, 2015). Como resultado de esta perspectiva para Colombia, se vienen adhiriendo expresiones del paradigma de salud comunitaria, que dan cuenta de estas necesidades por promover a las comunidades en los procesos de problematización, apropiación y desarrollo co-construido de conocimientos y prácticas (Saforcada, 2009), que además de controvertir los sentidos, muchas veces, mercantiles de la salud, logran posicionarse como estrategias de dignificación comunitaria para la vida. En esta misiva de reivindicación y visibilidad de las comunidades en los territorios cabe, como alternativa, la pretensión de considerarlas desde sus asuntos autonómicos y éticos asociados al cuidado colectivo y a la búsqueda permanente del buen vivir (Escobar, 2014).

Dicha necesidad de articular estratégicamente a las comunidades con sus territorios, posibilita integrar formas organizativas y expresiones culturales, como principios orientadores para el cuidado y para la participación social en salud (Cortés-Millán, 2012), lo que significa, además de apostarle a procesos de integración comunitaria, fortalecer sus prácticas colectivas para la reivindicación de sus propios intereses, dentro de los que se encuentra la salvaguarda de la vida saludable en territorios igualmente saludables. Este enfoque está respaldado por la Ley

1751 de 2015 Estatutaria de la salud (artículo 2º), en la que se establece la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, a partir de su consideración autónoma e irrenunciable tanto en lo individual, como en lo colectivo.

Si hablamos concretamente de la ciudad de Bogotá, reconocida por sus particulares formas de constitución y ordenamiento, así como por sus dinámicas historiográficas y sociopolíticas que dan cuenta de asuntos estructurales propias de un modelo económico tradicional y centralizado, es inevitable hablar de los impactos que, sobre las comunidades, tiene esa concepción homogenizante y privatizadora del territorio. Es entonces que este panorama de la ciudad y de la calidad de vida urbana, que enfatiza más en la mercantilización de las prácticas, los deseos y los conocimientos (Harvey, 2013), y en las pautas urbanizadoras, excluyentes y privatizadoras (Ingersoll, 1996), sugiere pensar una perspectiva distinta y quizás emancipadora, en la que se le asignen a la ciudad valores de equidad, de participación activa, de inclusión y de pluralidad. Con esto claramente se establecen nuevas y más pertinentes formas de asumir la experiencia de ciudad, y por ende de asumir formas alternativas para su concepción y para su gestión interdisciplinaria, en las que las relaciones sociales, la habitación, el medio ambiente, la movilidad, el trabajo, el turismo y el espacio público y las prácticas de salud comunitaria y cuidado colectivo cobran sentidos distintos, al humanizar cada una de sus pretensiones y aportes.

Por esta razón, es que el proyecto tejiendo “territorios saludables”. Una mirada desde la perspectiva psicosocial crítica para el caso de Bogotá”, pretende acercarse a la complejidad de un proceso en el que la comunidad resulta protagonista y determinante en la construcción de prácticas comunitarias de salud, en un contexto en el que el sistema mismo no reconoce sus articulaciones y sus sentidos de participación. Para esta comprensión se sugiere, en principio, una mirada crítica desde la psicología social, con énfasis en salud comunitaria, que permita y posibilite, de manera estratégica, converger en aquellos procesos que soportan la concepción de las ciudades saludables, a partir de procesos comunitarios y organizativos, que reconocen, entre otras cosas, la salud como un derecho colectivo y territorial (Lozano, 1997).

## 2. Situación Conceptual

---

Como primera medida resulta conveniente indicar que los asuntos relacionados con lo territorial, especialmente aquellos que consideran la presencia activa de la comunidad, para su apropiación, gestión y desarrollo, requieren de una mirada conceptual abarcadora y situada. Este es el caso de los territorios saludables, en los cuales se reivindica la acción comunitaria como plataforma de sentido en la construcción de bienestar territorial y de buen vivir (Escobar, 2014). Cabe mencionar que la psicología, y especialmente la psicología social y comunitaria ha venido teniendo un papel fundamental, y si se quiere transversal, en esta expresa tarea de comprensión de dicha relación, por lo que resulta necesario precisar las intersecciones entre la

salud, la comunidad y el territorio, así como las relaciones que se construyen entre sí, bajo la premisa de un contexto que les da sentido y sugiere su emergencia.

Es así que, como soporte del proyecto, se establecen algunas consideraciones conceptuales que acompañaran la fundamentación y el encuadre de las reflexiones suscritas. Hablar, por ejemplo, de atención en salud, implica reconocer sus múltiples versiones y apuestas epistemológicas y técnicas, que van desde las perspectivas tradicionales y positivistas que conciben la salud al margen de la comunidad y establecen rutas fracturadas y unidimensionales, hasta las perspectivas críticas, interculturales y territoriales, que enfocan sus acciones en algo mucho más integral y complejo. Por lo tanto, se considera esta mirada como alternativa y contemporánea, precisamente por que asume nuevos desafíos conceptuales, epistémicos y metodológicos, los cuales responden a las dinámicas cambiantes del contexto social, geográfico, político y cultural, en donde la relación salud comunidad posee sentido de interdependencia.

Teniendo en cuenta esta circunstancia y este sentido de soporte epistemológico, resulta importante hacer hincapié en la importancia de comprender la relación macro y microsocia, en la que se reconocen las aproximaciones, los abordajes, las intervenciones, y los demás procesos de acompañamiento y/o asistencia. Para el caso de la salud y la enfermedad no resulta una excepcionalidad; por el contrario, se requiere de una mirada que conciba como prioridad la participación de la comunidad, resaltando su importancia, tanto en la comprensión de los eventos y los impactos que la afectan de manera directa e indirecta, como en la definición de alternativas para solucionar asuntos y problemáticas. Así, la participación comunitaria se asume como bastión y soporte fundamental en eso que se denomina la salud comunitaria, pues se orienta y soporta en la satisfacción de necesidades sentidas, a partir del establecimiento de acciones concientes y reales que salvaguardan los valores, prácticas e intereses de la comunidad. Todo esto bajo los principios del cuidado colectivo, de autonomía y de autorresponsabilidad, entendidos como constitutivos y transversales (Pimentel y Correal, 2015) para el desarrollo y el buen vivir en los territorios (Bozzano, 2000).

La salud comunitaria, en su concepción más actual y crítica, se debe comprender desde un lugar vital, es decir desde una concepción de vida que reconoce, amalgama y vela por el establecimiento del bien común, por la reivindicación de los derechos fundamentales, así como también por el establecimiento de la salud de la naturaleza y por la apropiación y defensa de los territorios que habitan las comunidades. Para estos efectos, es menester poner el acento sobre los territorios saludables como categoría emergente y cardinal, para la comprensión de la salud comunitaria y su relación con los procesos colectivos expresados por quienes habitan y otorgan sentido colectivo a los territorios. Dicha aproximación sugiere desde la comprensión socioespacial, georeferencial, hasta la definición de relaciones contextuales y sus características en los procesos de salud y enfermedad de las comunidades, en donde se asocian e imbrican los procesos biológicos, sociales, culturales y políticos que tienen incidencia en las dinámicas territoriales (Borde, Hernández y cols., 2015).

Es precisamente esta serie de características que hacen al territorio un tema pertinente y muy necesario para la comprensión misma de la sociedad y sus diversas dinámicas, precisamente porque el mismo encarna un sinnúmero de prácticas sociales, sentidos simbólicos, sistemas de valores, y elementos económicos y políticos que constituyen la vida colectiva (Le Cobusier, 1993). En este sentido, el territorio convoca a algo más que a una reflexión estética o espacial, para situar en un complejo escenario de percepciones, imaginarios y de identidades sociales que, al articularse, dan sentido y soporte a proyectos de sociedad, en los que se encarna

la vida colectiva, el cuidado y el bienestar. Por esto, la humanización de los procesos territoriales supone establecer estrategias que salvaguarden los intereses y las necesidades de sus habitantes, entendiendo, quizá, que los territorios y las ciudades particularmente, deben apostarle al encuentro, al fortalecimiento de lazos y a la promoción de la calidad de vida en todas sus dimensiones (Gehl, 2006).

Si se piensa en la ciudad como escenario, en el que convergen experiencias subjetivas e intersubjetivas, así como expresiones simbólicas, sistemas de valores y dispositivos políticos y culturales (Le Corbusier, 1993), se le debe atribuir críticamente un sentido distinto a la simple e instrumental idea geoespacial. Por tanto, hablar de procesos urbanos, como lo son aquellos asociados a la salud comunitaria y a la defensa de sus elementos constitutivos, requiere disponer de una apuesta articuladora y contextualizada, en donde se reconozcan los marcos interpretativos y las formas relacionales que surgen en esa triada sujeto – comunidad – territorio. Es preciso, además, dar cuenta de esta como una apuesta emergente de ciudad, en donde se reivindica la noción de sujeto como productor del espacio, y se supera la convención estructural de la racionalidad dominante, que le otorga una concepción objetual del paisaje (Weber, 2002).

Es a partir de esta experiencia de ciudad que se disponen determinantes de la vida industrial que parece, para la experiencia ciudadana, despoblada y aburrida (Gehl, 2006), y en ocasiones sin ningún tipo de respuesta a las necesidades sentidas de las personas y de las comunidades. Por esta razón es que se establece toda una perspectiva de reconfiguración de la ciudad, a partir del reconocimiento de elementos que requieren manifestarse como lo son las prácticas colaborativas y simbólicas, los espacios de encuentro, la reivindicación de lo público, y la relación con lo natural, entre otros. Es así que hablar de ciudades para la gente requiere, además de apostarle a la visibilización de estos elementos, abrir nuevos desafíos para la construcción de estructuras sociales, y herramientas visibles para el cambio y la dignificación de las personas en los territorios (Dávila-Cruz y cols., 2017, Silva, 2018c; Cortés-Millán, 2019b).

Esta mirada de las ciudades para la gente abre paso a la reivindicación del barrio y a la vida entre los edificios y las construcciones de uso comercial, y visibiliza incluso las superficies verdes para el uso y el relacionamiento entre las distintas generaciones, dignificando cada práctica y cada uso como de interés comunitario (Le Corbusier, 1993), como puede ser ejercer las necesidades, los hábitos, y las mismas capacidades de los ciudadanos. Por lo tanto, asumir esta posición implica, además de redescubrir la vida que acontece en el paisaje de la ciudad, que va más allá de concebir mejores espacios estéticos, más atractivos y significativos (Gehl, 2006), reconocer incluso aquellas cosas que la ciudad no provee en términos de dignificación de la vida para sus habitantes. Lo que se deriva de esto, es toda una apropiación que trasciende el discurso sobre lo territorial, y se instala en un amplio marco asuntos sociales, políticos, económicos y culturales, que hacen de la ciudad un espacio para construir sociedad, así como para ejercer derechos como ciudadanía (Sader, 1990), lo que termina redundando en la promoción de respuestas efectivas para el afrontamiento de las desigualdades sociales y el establecimiento de la justicia social en los territorios (Mello-Théry y cols. 2022; Silva, 2022).

As cidades necessitam adquirir a capacidade de criar soluções e de promover respostas efetivas e inovadoras no enfrentamento das desigualdades e promoção da justiça social.

La humanización del espacio urbano y la consideración ética que supone establecer estrategias que salvaguarden los intereses y las necesidades de los habitantes de las ciudades, resulta hoy una prioridad, entendiendo quizás que las ciudades deben apostarle al encuentro, al

fortalecimiento de lazos, y a la promoción de la calidad de vida de los ciudadanos en todas sus dimensiones (Gehl, 2006). Esto claramente sitúa la discusión sobre los modelos mismos de ciudad y de desarrollo urbano, y posibilita, en ese desafío, contrastar y complementar elementos y estrategias que pueden resultar pertinentes para dar respuesta a circunstancias locales y globales, como son los asentamientos, la migración y el desplazamiento, la precarización de las condiciones de hábitat de las comunidades, la violencia urbana, y la no apropiación identitaria del espacio.

Por esta razón, se resalta la premisa que indica que los marcos de análisis sobre el territorio y sobre la salud, tienen que ver con la manera como se comprende la salud y enfermedad, tomando como base las dinámicas sociales, culturales y económicas que se llevan a cabo en los distintos territorios, y que permiten situar, con claridad, las disputas, los accesos a los servicios, la calidad de atención y las condiciones propias de las comunidades que los conciben (Breilh, 2003). Es por tanto el territorio, el escenario estratégico donde se adscriben y cobran sentido todos los procesos sociales y naturales propios de “producción y reproducción social”, que determinan las condiciones en las que vive, enferma o muere un miembro de una comunidad. Esto significa que las formas de salud y vida, pensadas comunitariamente, dependen substancialmente de las relaciones complejas que se producen en los territorios, siendo este quien finalmente ofrece las alternativas para sostener la vida desde su particularidad y su esencia (Sánchez; León, 2006). Por esta razón, se hace fundamental que la categoría territorial tenga un papel central en los estudios relacionados a la salud y su praxis, teniendo en cuenta que son las dinámicas y prácticas que llevan a cabo los habitantes de un espacio determinado, las que determinan soporte al sentido del cuidado. Además de esto, es debido insistir que la dimensión territorial también reconoce el sentido de los cuerpos que, para el caso de la enfermedad, terminan siendo la herramienta de expresión de los diversos malestares sociales, así como también de sus resistencias y agendas (Marchese, 2019).

Desde esta perspectiva, lo territorial se asume de manera dinámica, multidimensional y simbólica, lo que significa reconocerle toda su impronta experiencial y expresiva, de intercambios sociales, de representaciones, y de formas de apropiación y transformación, que le asignan un sentido. Por lo tanto, todo aquello que se disponga en función del territorio socialmente concebido y producido, (Lefebvre, 1974), implica la explícita imbricación, tanto de los asuntos materiales, simbólicos y relacionales, en un contexto de convergencias culturales, políticas y comunitarias (Borde & Torres-Tovar, 2017), como de la situacionalidad histórica y cada uno de los matices que ésta le otorga a las comunidades y a los procesos en los que se encuentran inmersas. Es, en esta medida, que se asume la salud, el desarrollo social y lo comunitario, como un marco complejo de interacciones y posibilidades, en donde se le otorgan sentidos activos y propositivos a las comunidades, encaminándolas al fortalecimiento colectivo, basado en nuevas formas de comprensión, problematización, apropiación y defensa de sus territorios. Con esto, el bienestar territorial es asumido como un proceso activo y participativo, dirigido al desarrollo social, a la búsqueda de consensos, a la reducción de necesidades, y a la promoción de la salud comunitaria, como epicentro para la dignificación de la vida en los territorios.

Ponderar críticamente esta circunstancialidad, significa problematizar todas aquellas dimensiones que se insertan en esa relación salud y territorio, para así, propender activamente por la coherencia entre necesidades sentidas y estrategias de abordaje y resolución. Es entonces, la salud comunitaria con perspectiva territorial crítica, una manera de concebir nuevas lógicas

relacionales, que, transversalmente, reivindican la promoción del cuidado comunitario, desde el establecimiento y la acogida de la colectividad y la diversidad, así como también reconocen en las prácticas solidarias y de consenso, líneas transversales para la exigibilidad de derechos en salud (Soforcada, 2012).

### 3. La Salud Territorial Como Respuesta

---

Si bien, respecto a la salud territorial en la ciudad, se pueden incorporar, para el análisis, dimensiones diversas que soportan y le dan sentido al lugar de las comunidades para su promoción y defensa, debe insistirse, por demás, que dichas expresiones colectivas asentadas surgen como respuesta a las deficiencias e impactos, explícitamente visibles, de un modelo de salud que privilegia la noción de servicio en función de la capacidad de pago, en la que no sólo se excluye buena parte de la población periférica, popular y fragilizada, sino que además se atribuye al usuario la categoría de cliente, estratificando su condición y ampliando las brechas respecto a la calidad del servicio. Resulta entonces muy pertinente indicar que dicha consideración, no corresponde únicamente a una decisión local estructurada, que hoy por hoy atraviesa y transversaliza la política de Estado, sino que hace parte de un profundo y hegemónico discurso neoliberal que desplaza la idea de la salud como derecho, reemplazándola por prácticas intencionalmente asociadas al mercado.

Así pues, si se parte de las premisas supraestatales, las cuales depositan un acento a la salud como un derecho, podemos ir decantando las paradojas y contradicciones que el sentido y las prácticas vigentes poseen respecto al deber ser estructural. Para clarificar dicho panorama, no hay, sino que remitirse a lo consagrado en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, en el que se reconoce la salud como derecho fundamental de la siguiente manera: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (Naciones Unidas, 1948:52). Por su parte, para el caso colombiano, la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud), como sistema de salud de competencia regulada que se basa en una combinación de lo público/privado y mercado/regulación, en el que se reconocen regímenes como el contributivo (RC) cuya fuente de financiamiento está dada por parte de las cotizaciones de empleados y empleadores, y el subsidiado (RS), financiado por los recursos fiscales adquiridos a través de impuestos generales. (Agudelo, Cardona, Ortega & Robledo, 2011).

Las contradicciones y tensiones propias del sistema, se logran evidenciar en como dichas definiciones establecen priorizaciones y privilegios, según la posición social y de renta de la población, lo cual potencia las desigualdades en los accesos a los servicios en cada uno de sus frentes, y formaliza jurídicamente la exclusión, desde el sistema de salud pública y privada, a las comunidades más pobres e históricamente invisibilizadas por el establecimiento. Según Castro-Betancourt & Cubillos-Rengifo (2016), el sistema de salud colombiano es ineficiente, no solo

porque existen altos costos en la relación régimen contributivo y población amparada, sino que la cobertura no resulta siendo ni universal ni de calidad, estableciéndose una expresa distancia entre los servicios estructurales y los sectores marginados y de mayor vulnerabilidad en el país. Si a esto le sumamos, los principios de la privatización en la gestión, la administración y la prestación de los servicios de salud, que tienen presencia en los territorios urbanos, los cuales distan mucho de aquellos que promueven la dignificación, la justicia y la equidad, se puede afirmar que el sistema, regulado y reglamentado, por fines exclusivamente lucrativos, termina siendo otro aparato de segregación más, en este escenario donde la renta define la condición humana y ciudadana.

La respuesta a este conglomerado de tensiones, que pone a la comunidad en situación de vulnerabilidad, posee aristas diversas, en donde lo territorial pareciera transversalizar toda posibilidad de problematización acción referida. Con esto, la salud y sus matices, se asume, no solo como un asunto interés público y colectivo, sino que además se instala en la agenda política y de gestión de los territorios, que para el caso de Bogotá, supera las condiciones establecidas por los planes de ordenamiento formales, y se dinamiza en las prácticas locales – barriales, en las que las comunidades se reconocen gestoras del cuidado de manera autónoma y alternativa, al ser históricamente relegadas por el mercado de la salud y por otras determinaciones estructurales. Es así que controvertir el modelo en salud, resulta ser un ejercicio de conciencia política territorial (Cortés-Millán, 2019a), que reconoce en la dignificación de la vida colectiva, un baluarte de protección de formas comunitarias de cuidado, así como una oportunidad de reivindicación comunitaria, en su agenda de búsqueda y consolidación de escenarios de buen vivir y justicia social (Escobar, 2014).

Por lo tanto, resulta pertinente, para el caso de Bogotá, reconocer la emergencia de procesos comunitarios en salud, que evidencien emancipación y restablecimiento del tejido social de los habitantes, sus comunidades y sus territorios, y que, de paso, controvierten las formas tradicionales que le han atribuido a la salud una línea instrumental y de mercado. Dichos procesos, asumidos de forma crítica, dan cuenta de los distintos factores sociales, económicos, políticos y culturales, asociados al sistema de salud, y ponen a los procesos autónomos de las comunidades, como pieza transversal de la construcción social del territorio y de los territorios saludables, ya que posibilitan, de manera permanente y activa, fundamentar la relación social con el territorio y sus problemáticas, por medio habilidades colectivas y concientes (Lozano, 2016).

#### 4. Dimensión Metodológica

---

La presente investigación se planteó desde una perspectiva cualitativa, con tipología descriptiva e interpretativa. En este sentido el escenario cualitativo supone la definición de una realidad investigativa que posibilite la incorporación del investigador en el contexto mismo del proceso, lo que supone minimizar la distancia entre investigador y el fenómeno, a partir de

procesos inductivos que no pretenden de ninguna manera caer en generalizaciones ni en comprensiones objetivas o universales, sino por el contrario en posturas que dan lugar a lo subjetivo, lo intersubjetivo y contextual, como piezas clave para abordar reflexivamente los significados sociales (Whittemore, 2001). Esta concepción se instala en la perspectiva sociocrítica, la cual concibe la realidad como construida socialmente, por lo que se otorga un lugar transversal a los procesos de comprensión, explicación y de sentido (Berger y Luckman, 2003).

La experiencia cualitativa es entendida como un sistema relacional y complejo que incorpora e integra pluralidad de componentes, y al mismo tiempo trasciende la dinámica lineal, verificable y estandarizable de perspectivas empírico analíticas (Patton, 1990), lo que suponen la emergencia, organización y análisis de la información, muy en función de los escenarios y lugares en donde estos tienen sentido cotidiano (Hernández-Sampieri y cols., 2006). Para esto es necesario señalar que el método corresponde directamente a la naturaleza del problema que se investiga, es decir que este no define cómo se estudia la realidad, sino que, por el contrario, son esas características y propiedades de las realidades, las que permiten sintonizar el método, sus aplicaciones, sus organizaciones y sus correspondientes análisis. Por lo tanto, la característica y el diseño metodológico propuesto para la investigación, responden a esa necesidad misma del fenómeno a estudiar, partiendo de la idea que lo que se explora, define, interpreta y propone, corresponde a los conocimientos, valores y prácticas que comparten los individuos, y las organizaciones en contextos espaciales y temporales particulares (Bonilla & Rodríguez-Sehk, 1997).

A partir de la tipología definida para el estudio, se realizó un proceso de análisis documental, con el que se propone reconocer la realidad histórica y sus diversos matices, por medio de distintos textos como lo son los registros oficiales y no oficiales (Ruíz, 1989), relacionados con procesos de salud territorial y asuntos de impacto colectivo psicosocial. Para el logro de esta etapa del estudio se consideró un análisis documental de reportes oficiales y reportes no oficiales de la última década (Planes, programas, proyectos), es decir del intervalo que incluye las últimas tres administraciones, como son la de Gustavo Petro (Bogotá Humana), la de Enrique Peñalosa (Bogotá para todos) y la de Claudia López (Bogotá cuidadora).

## 5. Análisis de la Información

---

A continuación, se presenta el análisis de la información correspondiente a la última década. Cabe mencionar que el mismo se establece a partir de la demarcación de tres categorías de análisis que son: comunidades diversas, salud comunitaria y desarrollo territorial, que si bien, resultan transversales e interdependientes, a la hora de pensar los territorios saludables, poseen elementos diferenciales que aportarán a las discusiones sobre salud pública, comunitaria y territorial. Adicionalmente conviene precisar que el análisis comprende dos tipologías de documentos (institucionales y no institucionales), para cada una de las administraciones que

corresponden al intervalo de tiempo definido, e incluye fragmentos literales extraídos de los distintos documentos seleccionados y revisados.

### 5.1. Primer Intervalo de Análisis (2012-2016) “Bogotá Humana”

---

Comunidades diversas (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

El enfoque poblacional y diferencial invita al reconocimiento de la diversidad y las diferencias de la población, de las inequidades y desigualdades dadas por la falta de aval de los derechos a las personas. (Plan Territorial de Salud – Bogotá Distrito Capital, 2012:40).

Al identificar las diversidades poblacionales, se diseñan e implementan estrategias articuladas al interior del sector salud y coordinadas intersectorialmente para eliminar las brechas de inequidad de los diferentes grupos en condición de vulnerabilidad, como población infantil y personas mayores, indígenas, afrodescendientes, Room y raizales, ciudadanos y ciudadanas en situación de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, población LGBTI, en situación de trabajo sexual y habitantes de calle, entre otros. (Plan de Desarrollo Bogotá Humana, 2012:34).

Se desarrollarán Servicio Colectivos de Salud dirigidos a los sujetos sociales desde la diversidad, desde un enfoque territorial y poblacional por ciclo evolutivo, adicionalmente servicios colectivos de salud para la mujer, los territorios para la salud y salud colectiva para la diversidad y la inclusión. (Modelo humano de atención en salud en Bogotá, 2012: 29).

Comunidades diversas (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Movilizaciones barriales y comunitarias, organizadas con comparsas y otras expresiones artísticas a favor del respeto a la vida, la paz y los derechos de los niños, niñas y jóvenes. (Fundación Apoyar, 2013:9).

Garantizar prácticas socioculturales y educativas, que potencien el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. (Fundación Apoyar, 2014:9).

De acuerdo a los fragmentos mencionados previamente, se hace evidente que, desde la administración y las organizaciones no institucionales, el tema de la diversidad cultural e incluso el de la interculturalidad, como escenario de convergencias y diálogos, parecen tener lugar y presencia. Tanto lo institucional, como lo no institucional, reconocen en la salud una dimensión integral y compleja, en la que se configuran intersecciones, intersectores y particularidades culturales, que le otorgan un sentido situado a las acciones comunitarias asociadas a la salud. Resulta entonces este componente, significativo a la hora de concebir estrategias para las

comunidades, distinguiendo las particularidades poblacionales existentes en los distintos territorios de la ciudad de Bogotá. En este sentido, se percibe un panorama integral conforme a las capacidades, valores, tradiciones, creencias, prácticas, ideologías políticas, vivencias y etnias propias de las comunidades que llenan de sentido los distintos espacios y posibilitan prácticas socioculturales que favorecen el valor de la vida digna.

Salud comunitaria (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Satisfacción con la realización cotidiana de su proyecto vital con expresiones diferenciales acordes a (su identidad de género, orientación sexual, etnia, clase social, etapa de ciclo vital, generación, situaciones y condiciones, territorio, capacidades y habilidades. (Plan Territorial de Salud – Bogotá Distrito Capital, 2012:33).

Garantizar la atención universal de salud, la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo" (Modelo humano de atención en salud en Bogotá, 2012:11).

Garantía del derecho a la salud en Bogotá, mediante la combinación de dos grandes estrategias: la implementación de una reorganización del sector que permitirá universalizar la atención integral en salud, desde un modo promocional de la calidad de vida y la salud; y, por otra parte, el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría territorial del sistema general de seguridad social en salud, y en particular, sobre las EPS para garantizar el acceso oportuno y con calidad al servicio. (Plan de Desarrollo Bogotá Humana, 2012:36).

Salud comunitaria (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Ofrecer aprendizajes, tiene la obligación de seguir enseñando a los niños y a los jóvenes a vivir juntos, y a resolver los conflictos de sus vidas de forma pacífica. (Fundación Apoyar, 2013: 9).

Promover la salud, la nutrición y los ambientes sanos desde la gestación hasta la adolescencia; prevenir y atender la enfermedad, e impulsar prácticas de vida saludables y condiciones de saneamiento básico. (Fundación Apoyar, 2014:9).

En este apartado categorial, y tomando como referencia los anteriores fragmentos, se puede indicar que tanto las apreciaciones institucionales, como las no institucionales, reconocen la salud como una dimensión que trasciende la noción tradicional, propia del modelo clínico asistencial, y sugieren una perspectiva que incluye, de manera integradora, aspectos sociales, culturales y políticos, tanto en la concepción de sus principios, como en líneas atención, promoción y prevención. Es así que hacen explícitos, para el tema comunitario, unos desafíos que contrastan con el modelo de mercado, y que reconocen la salud como derecho, a partir de la democratización y la universalización del servicio, como un servicio público, integral y diferencial, con base comunitaria y territorial. En este sentido, la salud comunitaria se convierte en una plataforma de sentido, en la cual la comunidad y sus distintas prácticas colectivas, posibilitan la emergencia de nuevos lazos e interlocuciones con el territorio y con el mismo

sistema. Por otro lado, la premisa de los ambientes saludables, incluyen, además de presencia activa de la comunidad, en la generación de apuestas de cuidado colectivo, espacios de conciencia colectiva que fortalecen las prácticas solidarias

Desarrollo territorial (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad, para favorecer la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, incorporar enfoques diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado y reconocer las prácticas de los grupos étnicos. (Plan de Desarrollo Bogotá Humana, 2012: 35).

Fomentar y adoptar medidas que garanticen condiciones de equidad e igualdad a todas las personas, prevengan y eliminen toda forma de discriminación. (Plan de Desarrollo Bogotá Humana, 2012:47).

Generar espacios de confianza, se trabaje en el fortalecimiento de políticas públicas orientadas a garantizar los derechos de todas y todos, se acaten las leyes y normas que propenden por su cumplimiento y se optimicen las actitudes y comportamientos a favor de un mejoramiento de la situación de los derechos humanos en la ciudad. (Plan de Desarrollo Bogotá Humana, 2012:57-58).

Desarrollo territorial (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Visibilizar las condiciones socio espaciales de los asentamientos informales en Bogotá a partir del levantamiento de información realizado en el Catastro TECHO 2015. (Techo, 2015:16).

Construcción de una sociedad justa, pacífica y democrática como lo expresa la misión institucional. (Fundación Apoyar, 2013:9).

Promover la participación de niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones, que afectan sus vidas en los espacios de desarrollo social, familiar e institucional. (Fundación Apoyar, 2014:9).

Conforme a lo planteado en los fragmentos anteriores, se denota la transversalidad del componente territorial en la concepción de salud, y especialmente en aquella que asume lo comunitario como elemento diferencial. De acuerdo a esto, se advierte, tanto en lo institucional, como en lo no institucional, la importancia de articular aquellos elementos culturales que definen a las comunidades en sus territorios, y que, de paso, le otorgan a la perspectiva de la salud comunitaria, un nuevo elemento transversal a la hora de pensar el servicio público diferencial y situado. Con esto, se potencia la idea de un modelo de atención comunitario, que, además de soportarse desde las construcciones simbólicas y prácticas comunitarias de base intercultural, promueve la salud como un derecho que debe garantizar el establecimiento, y que debe defenderse colectivamente en la ciudad. Para este reconocimiento de lo territorial, y su base intercultural en la comprensión de la salud colectiva y comunitaria, es indispensable asumir el espacio público como medio transversal y estratégico para la construcción de bienestar colectivo, lo cual implica la participación activa de los actores desde su pluralidad, en

procesos, tanto de reconocimiento y cuidado comunitario, como en la gesta de construcción de política pública contextualizada en salud.

## 5.2. Segundo Intervalo de Análisis (2016-2020) “Bogotá Para Todos”

---

Comunidades diversas (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disminuye las barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y administrativas para reducir el riesgo de enfermar, morir o adquirir una discapacidad. (Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016: 174).

Con la operación de las redes integradas de servicios de salud se va a garantizar la atención oportuna de manera que adultos mayores, mujeres cabeza de hogar, menores y ciudadanos en general, no tengan que seguir haciendo extensas colas desde la madrugada para obtener una cita médica o una atención de urgencias. (Plan Distrital de Desarrollo, 2016:153).

Contempla acciones de tipo integral, orientadas principalmente a las personas en condición de pobreza extrema y quienes se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad socioeconómica en la ciudad. (Plan Distrital de Desarrollo, 2016:87).

Comunidades diversas (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Ha enseñado que la ayuda a la autoayuda es el motor del propio desarrollo y el de los demás, ha luchado incansablemente para desarrollar en nuestras comunidades la solidaridad, el compromiso y el respeto a la diferencia. (Fundación Apoyar, 2016:10).

Proceso de formación de líderes juveniles en los aspectos relacionados con la participación ciudadana y la intervención en los espacios de participación a nivel cultural y de juventudes, logrando que los miembros asuman estos espacios y generen nuevas dinámicas de acción e incidencia. (Fundación Apoyar, 2017:25).

Partiendo de lo expuesto en los fragmentos recuperados, vale mencionar que, en el caso particular de la diversidad como categoría, sí existen algunas diferencias en los discursos institucional y no institucional. La versión institucional considera, de manera explícita, la salud como un servicio instrumental de atención que, si bien reconoce aparentemente la priorización de poblaciones con algún matiz de fragilidad o vulnerabilidad, no se hace una expresa diferenciación, distinta a la vinculación a los servicios. En esta perspectiva entonces, no se habilitan, ni se transversalizan elementos culturales o históricos que caractericen las lógicas comunitarias, sino que se materializa la idea del servicio, a partir de categorías como la

integralidad del servicio. Por el contrario, los fragmentos correspondientes a documentos no oficiales muestran aspectos diferenciales respecto al componente de diversidad, exaltando, sobre todo, la emergencia de valores comunitarios que acompañan la expresión misma de la salud comunitaria, como son la solidaridad, las relaciones de apertura y consenso, la cooperación y el reconocimiento estratégico de lo diferencial. Con este se le otorga a las comunidades y a sus expresiones diferenciales una connotación de activación permanente, que tiene como propósito, redundar en políticas de salud que den respuesta a las necesidades sentidas de las poblaciones.

Salud comunitaria (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de una familia y la sociedad. (Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016:175).

Recuperar la autoestima ciudadana y la ciudad se transformará en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes y será reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor. (Plan Distrital de Desarrollo, 2016:25).

Potencializar sus acciones en favor del fomento de la salud, así como su activa participación en el diseño y ejecución de las actividades del PIC en los espacios urbanos: la vivienda, los lugares de trabajo y educación y el espacio público. (Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016:194).

Salud comunitaria (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Generación sostenible de sus ingresos no solamente para satisfacer sus necesidades básicas sino para soñar y hacer realidad su desarrollo y el de sus familias, con iniciativas individuales y grupales que tienen actividades económicas y grupales que tienen actividades económicas de producción o de servicios y que hacen parte de la economía formal del país. (Fundación Apoyar, 2016:10).

Brindó elementos valiosos a los líderes comunitarios para reconocer su contexto e implementar procesos de desarrollo que lleven a la transformación de sus entornos y realidades. (Fundación Apoyar, 2017:25).

Con relación a la segunda categoría de salud comunitaria, existen de nuevo diferencias de concepción y operacionalización. Institucionalmente se reitera la idea de la salud anclada a un sistema de servicio instrumental, en el que difícilmente se logra encuadrar lo comunitario y mucho menos lo crítico y propositivo. Este rasgo institucional se encuentra amparado en valores aparentemente universales de bienestar ciudadano y de responsabilidad y confianza respecto al modelo. En ese orden de ideas, desde la administración, y sus apuestas en salud, se enfatiza en procesos de autocuidado y en la prestación de servicios individuales, en los que se puede percibir la verticalización y la ausencia de participación comunitaria. Por el contrario, la mirada no institucionalizada, transversalizada, quizás por una crítica constante al modelo y a sus abusos expresos para con las comunidades más vulnerables, empobrecidas y excluidas del sistema, apuestan por una versión de comunidad más apropiada de los asuntos colectivos, destacando la

formación y los liderazgos concientes y participativos. Se reconoce también la convergencia de lo biológico, lo político, lo social y lo territorial, en las prácticas de cuidado colectivo, siendo esta una estrategia de desarrollo comunitario y de mejoramiento de condiciones de vida, que el sistema no proporciona.

Desarrollo territorial (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Desarrollar acciones intersectoriales y generar APP, que permitan la implementación de planes, programas y proyectos que incidan de manera positiva en las condiciones sociales, ambientales y económicas de los habitantes de las zonas urbana y rural y que permitan el acceso a los servicios de salud en condiciones dignas, lo que a su vez se reflejará en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población. (Plan Territorial de Salud para Bogotá, 2016:174-175).

Se realizarán las acciones de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica en los servicios de salud en la red pública distrital adscrita a la SDS. (Plan Distrital de Desarrollo, 2016:165).

Gestión y articulación con instituciones públicas y privadas, para fortalecer las destrezas, habilidades, capacidades e intereses de la persona, y el reconocimiento de su autonomía en cada una de sus etapas de ciclo vital, así como en la prestación de servicios de atención integral especializada para la promoción y garantía de sus derechos. (Plan Distrital de Desarrollo, 2016:98).

Desarrollo territorial (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

En el desarrollo de su trabajo ha intervenido las comunidades, empoderando y formando líderes y lideresas comunitarios en cultura de paz, en motores de su propio desarrollo, desde sus prácticas cotidianas de convivencia. (Fundación Apoyar, 2016:10).

Se contempla el liderazgo juvenil, reconocimiento del territorio, participación juvenil, conocimiento del Estado colombiano, incidencia política, mecanismos de participación ciudadana, comunicación asertiva y participación comunitaria. (Fundación Apoyar, 2017:25).

Se puede anotar, para el caso de estos fragmentos, que el componente territorial también hace parte del registro diferencial entre una perspectiva y la otra. Desde el punto de vista institucional, se presenta la idea de una ciudadanía distante a los procesos de concertación y decisión, respecto a la asistencia en salud, lo que pone al asunto territorial, de nuevo, en una abstracción evidente, que redundante en la disposición de acciones no diferenciales, y en muchos casos, descontextualizadas de las necesidades territoriales y comunitarias. Se privilegia así, más una asistencia formalizada por dispositivos y burocracias administrativas, que pensada en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes más pobres de la ciudad. Por su parte, la expresión expuesta en los fragmentos de corte no institucional, primero dan cuenta que lo sanitario hace parte de la cotidianidad del común, es decir que su componente colectivo, posibilita la articulación de factores y procesos sociales, con la salud y con la misma construcción social del territorio, en la que convergen mecanismos que dignifican la vida

colectiva, como son la participación activa, la comunicación horizontal, y la crítica conciente del establecimiento y sus estrategias de control, con las que especialmente en salud, se vulneran derechos legítimos de manera sistemática en los territorios.

### 5.3. Tercer Intervalo de Análisis (2020-Actualmente) “Bogotá Cuidadora”

---

Es importante indicar que este intervalo administrativo es el que se encuentra vigente en este momento, por lo que las versiones corresponden a información de una administración que aún no termina. Sin embargo, se logran extraer fragmentos de documentos institucionales y no institucionales, que dan cuenta de las categorías definidas para el estudio.

Comunidades diversas (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

El nuevo modelo de atención en salud propuesto para la ciudad se basa en APS que, ajustado con los enfoques diferencial poblacional, territorial y de género, permita la intervención en los determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud de la población de la Ciudad en el contexto del proceso de integración de Bogotá D.C. con la región, buscando el bienestar de todos los que habitan en ella. (Plan Territorial de Salud Bogotá D.C, 2020: 86).

Promueve una apuesta por la transformación cultural que mitigue las prácticas patriarcales y potencie la emergencia de nuevas masculinidades y feminidades que se soporta en el cambio de creencias, actitudes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades. (Plan Territorial de Salud Bogotá D.C, 2020: 96).

Previniendo la exclusión por procedencia étnica, religiosa, social, política u orientación sexual, atender la población proveniente de flujos migratorios mixtos. (Concejo de Bogotá D.C, 2020:53).

Comunidades diversas (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Reconocemos una sociedad con diferentes tipos de diversidades culturales, sexuales, étnicas, funcionales y de género. (Red Somos, 2021).

Todas las actividades impulsadas desde CorFomento, se basan en tres pilares fundamentales, la sociedad, la educación y la cultura. (CorFomento, 2021).

Contribuir a la sostenibilidad ambiental y la solución de las necesidades apremiantes de la población vulnerable. (Fundación Minuto de Dios, 2021).

La categoría de comunidades diversas se ve reflejada en los fragmentos anteriores, que corresponden a información extraída de documentos institucionales y no institucionales. Si bien, parece que el asunto de la diversidad transversaliza las dos miradas, y le otorga protagonismo al sentido plural de la ciudad, vale reconocer que existen algunas diferencias en la forma como estas se asumen dentro de las lógicas del sistema de salud. La mirada institucional insiste en un enfoque diferencial, que pone énfasis especialmente en ciertos sectores y comunidades históricamente excluidas. Esta perspectiva diferencial incluye población fragilizada y excluida del sistema, así como población migrante que, para el caso de la ciudad de Bogotá es la de mayor densidad y dinamismo en el país. Hablar así, de bienestar colectivo, supone no solamente la incorporación de las comunidades al sistema de manera diferencial, sino también dar cuenta del impacto que esto sugiere en las comprensiones e implicaciones de la diferencia misma en la ciudad. Por el lado de lo no institucional, se establece la importancia de reconocer la diversidad en la ciudad, y la necesidad de promover espacios para responder a necesidades colectivas sentidas, con sentido cultural y territorial. No es, por tanto, para esta mirada suficiente enunciar la incorporación de la pluralidad desde el enfoque diferencial, si este termina ampliando las brechas y acentuando la estigmatización sobre sectores empobrecidos.

Salud comunitaria (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Contribuye a promover modos, hábitos y estilos de vida que potencien los determinantes protectores y atenúen los determinantes destructores del proceso salud enfermedad, detectando oportunamente la enfermedad y fortalece la recuperación y la rehabilitación del ciudadano y ciudadana. (Concejo de Bogotá D.C, 2020:55).

Hacer ajustes a la oferta institucional para garantizar adecuadamente el acceso a los bienes y servicios reconociendo las particularidades y especificidades de los distintos grupos sociales o personas. (Concejo de Bogotá D.C, 2020:4).

Garantizar el goce efectivo de los derechos humanos y el ejercicio de las libertades de todas las personas que habitan o transitan Bogotá. (Concejo de Bogotá D.C, 2020:53).

Salud comunitaria (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Identificación de puestos de salud y/o comunidades necesitadas, consecución de medicamentos, insumos médicos y otras ayudas, embalaje y envío de carga, seguimiento y control de entrega a beneficiarios finales. (Fundación Manos Pintadas de Azul, 2021).

Reconocemos la perspectiva de género como herramienta de análisis para vislumbrar inequidades a superar entre hombres y mujeres. En particular trabajamos con personas de los sectores sociales LGBTI para su visibilización, empoderamiento e incidencia política. (Red Somos, 2021).

Los jóvenes además de fortalecer su sentido de responsabilidad social buscan incentivar en la comunidad la recuperación de valores y la creación de lazos más fuertes entre ellos. (CorFomento, 2021).

En este espectro categorial, concretamente desde lo institucional, se sigue percibiendo un matiz que limita la salud al plano estrictamente médico asistencial, sin que se explicita todo el marco relacional que acompaña la salud comunitaria, como son las prácticas compartidas, los consensos y definición de estrategias colectivas de cuidado, así como aquellas asociadas a las relaciones socioambientales construidas entre las comunidades y sus entornos naturales. En esta línea, la institucionalidad plantea, amparada en el soporte axiológico, que reconoce el goce efectivo de los derechos continuar fortaleciendo estructuralmente el sistema y los servicios implicados, con lo que se fortalece la estrategia preventiva y promocional, como contribución unidireccional proveniente del sistema para con las comunidades. Por cuanto, la no institucionalidad establece la salud comunitaria, de maneja más compleja y multidimensional, comenzando por el reconocimiento de la ciudad como multicultural y multidiversa. Esto parece facilitar la libre expresión comunitaria, respecto a su responsabilidad en la apropiación y cuidado territorial, lo que incluye el respaldo y cuidado de toda acción colectiva, que propenda por la dignificación de la vida y por la reivindicación de la participación activa con otros valores y lazos sociales en los territorios.

Desarrollo territorial (documentos institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Mejorar las condiciones, modos y hábitos de vida de la ciudadanía, por medio de la articulación de acciones colectivas e individuales con los programas intersectoriales e interadministrativos reduciremos los factores de riesgo en salud y mejoraremos la calidad de vida de todos los habitantes de la capital. (Plan Territorial de Salud Bogotá D.C, 2020: 86).

Intervenir zonas de la ciudad para la construcción social del espacio público basada en el respeto, el diálogo y el acatamiento voluntario de las normas, en concordancia con las estrategias de recuperación económica de la ciudad. (Concejo de Bogotá D.C, 2020:58).

La mirada y la intervención reconoce realidades distintas en las diferentes localidades que requieren distintas respuestas. Involucra instituciones, recursos y actores del sector salud, de la seguridad social en salud y de otros sectores. (Concejo de Bogotá D.C, 2020:55).

Desarrollo territorial (documentos no institucionales). Para esta categoría se reportan fragmentos representativos como los siguientes:

Promocionamos la diferencia con igualdad y oportunidades desde los enfoques de derechos, diferencial y de vulnerabilidad. (Red Somos, 2021).

Contribuimos en la disminución del déficit de vivienda, formando comunidades participativas, responsables y solidarias. (Fundación Minuto de Dios, 2021).

Cuenta con un equipo de profesionales experimentados en las disciplinas relacionadas con su objeto social, comprometidos en promover, ejecutar

y aportar proyectos que contribuyan con el desarrollo social y comunitario. (Fundación Kolping Colombia, 2021).

Respecto a la dimensión de desarrollo territorial, vale mencionar que, para institucionalidad, el asunto territorial asociado a la salud, se inclina específicamente a la gestión institucional en los territorios, es decir, en la operacionalización de estrategias dispuestas para el trabajo promocional y preventivo en los territorios, lo que incluye desarrollo de infraestructura e instalación del modelo de atención formal. Dicha perspectiva termina por contribuir a la concepción tradicional de la ciudadanía, la cual parece no tener una expresa presencia en la gestión del territorio, ni mucho menos en la gestación de asuntos colectivos que contribuyan en el mejoramiento de las condiciones del sistema en los territorios. En contraste, por el lado de lo no institucional, se evidencia, según los fragmentos, la instalación de la idea de una comunidad más conciente con los asuntos problemáticos de los territorios, disponiendo de acciones y estrategias que las movilizan en la búsqueda de nuevas formas de participación y corresponsabilidad. En este punto, se conciben a las comunidades como protagonistas directas en la construcción social del territorio, y por tanto en ejecutoras estratégicas de acciones que representan el bienestar colectivo y situado contextualmente.

## 6. Discusión de Resultados

---

Abrir la discusión respecto a tres períodos administrativos locales, y a sus correspondientes premisas, derroteros y alcances relacionados a su apuesta en salud, resulta un desafío complejo, que comprende distintos marcos de referencia. En principio, vale mencionar que la salud y su vinculación con lo comunitario y con lo territorial, es asumido y direccionado distintamente según la apuesta política de la administración correspondiente, asunto con el cual se soportan tanto la idea de salud, su sistema de gestión y su política de atención. Por lo tanto, la discusión no debe reducirse solamente a la salud como un elemento aislado de un modelo que lo soporta y le da sentido, sino que se deben incorporar, en las comprensiones de sus principios, las articulaciones que éste posee con el aparato estructural financiero, y con toda una tradición que concibe y naturaliza la idea de salud y su sistema, de forma puramente asistencial, instrumental y corporativa.

Si ponemos en consideración los tres periodos administrativos, se puede dar cuenta de asuntos expresamente diferenciales respecto al sentido del sistema y a sus aproximaciones a lo territorial, a lo diferencial y a lo público. La administración “Bogotá Humana”, concibe el ejercicio de articulación y ejecución de acciones del sistema, desde un enfoque diferencial, que, si bien no necesariamente reconoce la tradición e historicidad de las comunidades, pone un acento distintivo respecto a la condición diferencial en la ciudad, como ciudad plural e intercultural. En este sentido se reconoce, y al mismo tiempo se habilita un esquema de vinculación territorial, en donde los grupos étnicos, palenqueros, raizales, indígenas, room, LGBTIQ+, entre otros, resultan protagonistas para la generación de acciones comunitarias de

cuidado en los territorios, en las que se incorporan capacidades comunitarias, valores, creencias y prácticas cotidianas.

Esta perspectiva, que parece considerar cierta sincronía documental, en el soporte de sentido del sistema de salud comunitaria, permite abrir espacios de autonomía y participación de las comunidades, así como también posibilita el ejercicio pleno de los derechos colectivos territoriales, como base para la generación y consolidación de territorios saludables. (Beauchemin et. al 2003). Se destaca incluso, el amplio espectro de abordaje psicosocial, asociado al cuidado y al bienestar, en el que se construyen nuevos lazos de confianza y cooperación, así como también expresiones de participación activa, tan necesarias, incluso en la construcción de una política pública situada y territorial.

El segundo espectro, que corresponde a la administración “Bogotá mejor para todos”, parece caracterizarse por no hacer mención tan explícita de lo territorial y de lo diverso, por lo que la convención estructural del sistema se mantiene, y se expresa en un tipo de relación lineal, mediada por prácticas asistenciales.

Con esto, puede indicarse que las disposiciones estructurales uniformes, monoculturales y hegemónicas, al privilegiar la condición de afiliación y la capacidad de pago, contribuyen a la naturalización de la segregación de un sector popular de la ciudad, al cual se le asiste desde múltiples itinerarios burocráticos, sin reconocer las dinámicas y los asuntos propios de sus territorios. Si bien, este intervalo de gestión administrativa, concibe los avances del sistema como la ampliación de servicios y dotaciones infraestructurales, que no necesariamente indican mejoramiento de la calidad y mucho menos cobertura a los más necesitados, siguen siendo las comunidades, en su disposición activa de resistencia, quienes asumen el desafío colectivo del cuidado territorial, a partir de procesos comunitarios con carácter solidario e intercultural (Arenas, 2015).

Es, por tanto, lo territorial en salud, un elemento más instrumental que estratégico del sistema, en el cual se traducen expresiones operativas, que distan, en buena parte, de las necesidades sentidas y diversas de las comunidades que habitan principalmente la periferia de la ciudad. Por esta razón, se puede reconocer en este intervalo, una explícita estrategia de gestión en salud, que mantiene e incluso multiplica las brechas en el servicio, siendo las clases populares, sus comunidades y sus territorios, las más afectadas y significativamente desarticuladas del modelo de atención. Por lo tanto, la mirada territorial en salud y la salud comunitaria, como esencia, parece no transversalizar el discurso y el accionar del un modelo de salud en la ciudad, que insiste en demarcar la atención, según capacidad de pago y según el referente territorial, que abiertamente no considera las periferias ni los sectores populares más fragilizados y precarizados.

Por último, respecto a la administración vigente, caracterizada, desde su denominación, como cuidadora y plural, también se encuentra inserta en contradicciones y paradojas frente a la concepción y desarrollo de la dimensión comunitaria en salud. Es claro que, en términos discursivos, se hace un énfasis expreso en la pluralidad, en la diversidad y en la activación comunitaria, como plataforma para la generación de estrategias de atención y para garantizar el ejercicio pleno de los derechos individuales y colectivos. Si bien, dichos propósitos se acompañan con la generación de alternativas que incluyen comunidades invisibilizadas y fragilizadas por el mismo sistema, su enfoque de atención parece privilegiar, diferencialmente, algunas comunidades sobre otras, lo que ocasiona tensiones comunitarias, así como nuevos dispositivos burocráticos en la ciudad.

Se sigue preservando la idea de una atención segmentada y estratificada, que no reconoce necesariamente las dinámicas sociales, culturales y políticas de una ciudad como Bogotá, en la que se dinamizan nuevas y más complejas necesidades territoriales. Para los sectores populares y periféricos, el énfasis se centra en la operacionalización de acciones asistidas de promoción y prevención, que bien resultan necesarios para reconocer las necesidades de las comunidades en territorios diversos. Se rescata la intencionalidad por desarrollar y preservar valores sociales, como la participación comunitaria y la gestión de asuntos territoriales, que promueven la generación de alternativas y alimentan la discusión social, económica y política respecto a las necesidades sentidas que, en salud, viven las comunidades cotidianamente en los territorios (Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2004). Sin embargo, por más que se contemplen dichas acciones, no resultan suficientes para la condición generalizada de exclusión de sectores populares, los cuales, no solamente se encuentran replegados por el sistema de atención, sino también por el modelo de ciudad, que incluye dificultades de acceso en otros aspectos como la educación, la movilidad digna, la habitabilidad y la seguridad alimentaria.

## Consideraciones Finales

---

La salud, de manera global, se considera como un derecho fundamental, que si bien, se suele asociar a la ausencia de enfermedad, esta se construye como un fenómeno social que abarca elementos culturales, territoriales, pluralidades históricas y prácticas cotidianas, que requieren ser explicitadas en los programas y estrategias del gobierno local. La salud comunitaria es entonces el proceso colectivo de cuidado comunitario, que emerge dentro de los territorios, en los cuales se reconocen las distintas prácticas y expresiones que ejercen los miembros de las comunidades, para preservar creencias, valores y tradiciones que, sobre la vida colectiva y el cuidado, se comprenden y dinamizan de manera activa y permanente por los habitantes de territorios diversos.

El carácter intercultural de los procesos comunitarios en salud, debe ser parte de las agendas políticas de las ciudades, y por ende debe reconocer las necesidades de las poblaciones y sus condiciones diferenciales, para lo cual se requiere la incorporación de estrategias y de instrumentos de gestión comunitaria en las que se manifiesten las expresiones políticas, sociales y culturales de las mismas.

El modelo de mercado ha logrado permear las prácticas de salud comunitaria y las prácticas de cuidado que esta suponen, haciendo de la comunidad, en buena parte de los casos, una participante instrumentalizada y alineada, que se sirve de acciones y estrategias, pensadas y estructuradas, desde un sistema que reconoce en la rentabilidad del servicio, el único bien a salvaguardar, incluso por encima del bienestar de quienes reciben los servicios. Solamente, según la documentación consultada y analizada, el intervalo correspondiente a la Bogotá Humana, logra desalinear esta premisa, otorgándole a salud territorial, y por ende a las comunidades, una presencia activa y propositiva en los asuntos propios de la gestión de la salud.

La mirada documental permite distinguir, muy marcadamente, las premisas que, sobre salud territorial, han enunciado las últimas administraciones de la ciudad, por lo que resulta un ejercicio necesario de ser contrastado con las acciones de los procesos y movimientos comunitarios. Si bien, la documentación logra dar cuenta de un panorama intencional, en donde se reportan los discursos que sobre lo territorial en salud poseen tres líneas ideológicas diferentes, es necesario acompañar, con estrategias etnográficas y participativas, dicho proceso, con lo cual se problematice, de manera directa, la interlocución de dichos discursos, con las realidades sentidas de las comunidades en sus territorios.

La salud comunitaria, como estrategia territorial, que dinamiza acciones colectivas de cooperación, solidaridad, diálogo abierto y participación constante desde la diferencia, posibilita fortalecer el tejido social y los lazos colaborativos, que redundan en bienestar y mejoramiento de condiciones de vida, en muchas ocasiones, sin relación, ni presencia directa de la institucionalidad. Dicho proceso autonómico o autodeterminado, logra situar y operacionalizar acciones de cuidado colectivo, incluso de promoción y prevención.

El desarrollo territorial, asociado a la calidad de vida de las comunidades, reconoce en la salud comunitaria un elemento transversal para su expresión, debido a que permite poner en interlocución a las comunidades y a sus apuestas culturales, junto con otras, con las que se convive y se crea una condición y una agenda colaborativa, tanto para la generación de acciones colectivas de denuncia, como para aquellas que redundan en la promoción comunitaria y en la visibilización de sus perspectivas de cuidado.

La participación ciudadana, siendo una condición propia de la apuesta comunitaria, para la preservación y defensa de la vida digna en los territorios, no ha sido necesariamente, para la política pública en salud, un eje que transversalice y de cuenta de la diversidad cultural que habita la ciudad de Bogotá. Si bien los programas, proyectos y estrategias, hacen explícito, en algunos casos el asunto, sigue presentándose en los territorios, una amalgama de circunstancias precarizadas, a las que las comunidades han tenido que contemplar, resistir y contener con acciones más autogestionadas, pensadas para la preservación de la vida y la transformación social.

El sentido crítico de lo territorial, como apuesta alternativa, proporciona espacios de interacción social, que redundan en la problematización de los asuntos colectivos, en la apropiación identitaria comunitaria, impulsada por prácticas solidarias, de cooperación y de participación activa intergeneracional, y en la generación de agendas comunes de cuidado y protección diferencial, que finalmente se asumen para defender y proteger aquellas improntas que definen la vida popular, barrial y colectiva, principalmente de las periferias de la ciudad de Bogotá.

## Referencias Bibliográficas

---

- Abadía-Barrero, Cesar Ernesto. (2004). Políticas y sujetos del Sida en Brasil y Colombia. *Revista colombiana de Antropología*, 40, 123-154. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/article/view/1217>
- Agudelo, Carlos. (1983). *Participación Comunitaria en salud, conceptos y criterios de valoración*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15934/v95n3p205.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). *Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 – 2016*. Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). *Modelo humano de atención en salud en Bogotá D.C*. Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). *Plan de Desarrollo 2012 – 2016*. Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). *Plan Territorial de Salud para Bogotá 2016 – 2020*. Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). *Plan Distrital de Desarrollo 2016 – 2020*. Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2020). *Plan Territorial de Salud Bogotá D.C 2020 – 2024*. Bogotá.
- Concejo de Bogotá. (2020). *ACUERDO No. 761 DE 2020*. Bogotá.
- Hernández-Sampieri, Roberto., Fernández-Collado, Carlos., & Baptista-Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Berger, Peter., & Luckman, Thomas. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bonilla, Elssy., & Rodríguez-Sehk, Penélope. (1997). *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Borde, Elis., Hernández-Álvarez, María., & porto, Marcelo. (2015). Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate*, 39(106), 841-854. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00841.pdf>
- Borde, Elis., & Torres-Tovar, Maurício. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde debate*, 41(spe2), 264-275. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>
- Breilh, Jaime. (2003). *Epistemología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bozzano, Horacio. (2000). *Territorios reales, territorios pensados, territorios posibles*. La Plata: Universidad de la Plata.
- Castells, Manuel. (2014). *La cuestión urbana*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Castro-Betancourt, Edwar Enrique., & Cubillos-Rengifo, Lizeth Fernanda. Castro, E (2016). *¿La Ley 100 Culpable del Déficit Financiero de la Salud Colombiana? Facultad de posgrados*. Bogotá: Universidad La gran Colombia. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://repository.ugc.edu.co/handle/11396/4209>
- CorFomento. (2021). *Portal CorFomento*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://corfomento.org/>
- Cortés-Millán, Germán Andrés. (2012). Sustentabilidad y dinámicas organizativas de la Ecoaldea “Aldea Feliz” desde una mirada crítico emergente. *Revista Pre-til*. No. 26. pp.9-22 ISSN: 1692-6900

- Cortés-Millán, Germán Andrés. (2019a). *Acción colectiva y subjetividades políticas emergentes. El caso del Congreso de los Pueblos*. Universidad Externado de Colombia.
- Cortés-Millán, Germán Andrés. (2019b). Cidades para as Pessoas: perspectivas situacionais e interculturais do movimento social e popular na Bogotá. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 9(2), 254-273. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v9p254-273>
- Cortés-Millán, Germán Andrés., Silva, Alessandro Soares da., Chicareli, Semíramis. (2021). Acción colectiva y conciencia política: El caso de Movimiento Congreso de los Pueblos en la media colombiana. En Ramón-Campos, Xosé. (Org.). *Cando caen as follas: homenaxe ao profesor Carlos Sixeirei*. (pp. 121-148). Vigo: Ir Indo. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [https://www.researchgate.net/publication/355362581\\_Accion\\_colectiva\\_y\\_conciencia\\_politica\\_El\\_caso\\_de\\_Movimiento\\_Congreso\\_de\\_los\\_Pueblos\\_en\\_la\\_media\\_colombiana](https://www.researchgate.net/publication/355362581_Accion_colectiva_y_conciencia_politica_El_caso_de_Movimiento_Congreso_de_los_Pueblos_en_la_media_colombiana)
- Escobar, Arturo. (2014). Sentirpensar con la tierra: Nuevas lecturas, sobre desarrollo, territorialidad y diferencia. Medellín: Ediciones UNAULA. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf\\_460.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf)
- Farrés-Delgado, Yasser & Matarán-Ruiz, Alberto. (2014). Hacia una teoría urbana transmoderna y decolonial: una introducción. *Polis*, 37. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://journals.openedition.org/polis/9891>
- Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. (2020). *Sublínea Desarrollo y Sociedad. Programa de Psicología*. Bogotá. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [https://www.fucsalud.edu.co/pregrado/carreras\\_profesionales/psicologia](https://www.fucsalud.edu.co/pregrado/carreras_profesionales/psicologia)
- Fundación Apoyar. (2013). *Informe anual 2013*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [https://www.fundacionapoyar.org.co/assets/informe\\_anual\\_20132.pdf](https://www.fundacionapoyar.org.co/assets/informe_anual_20132.pdf)
- Fundación Apoyar. (2014). *Informe anual 2014*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [https://www.fundacionapoyar.org.co/assets/informe-anual-2014-\(2\)2.pdf](https://www.fundacionapoyar.org.co/assets/informe-anual-2014-(2)2.pdf)
- Fundación Apoyar. (2016). *Informe de gestión 2016*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://es.calameo.com/read/00521783034ff2ecd8618>
- Fundación Apoyar. (2017). *Informe de gestión 2017*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://es.calameo.com/read/0052178305cdec145991c>
- Fundación Manos Pintadas de Azul. (2020). *Portal Fundación Manos Pintadas de Azul*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://www.manospintadasdeazul.com/>
- Gehl, Jan. (2006). *La humanización del espacio urbano: la vida social entre los edificios*. Barcelona: Editorial Reverté.
- Dávila-Cruz, Carlos Alberto., Munévar-Quintero, Claudia Alexandra., & Giraldo-Quintero, Rodrigo. (2017). Territorios, margen y los mapas de la fragmentación. La creación de sujetos de desarrollo y sujetos de marginalidad. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(32), 93-104. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://www.redalyc.org/pdf/1002/100253055006.pdf>
- Harvey, David. (2004). El “nuevo” imperialismo: acumulación por desposesión. *Socialist Register*, 40, 99-129.
- Harvey, David. (2013). *Ciudades rebeldes. Del derecho a la ciudad a la revolución urbana*. Madrid: Akal.
- Hernández, Mario. (2004). El debate sobre la Ley 100 de 1993. Antes, durante y después. En Agudelo, Saúl Franco. (Ed.). *La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia.

- Ingersoll, Richard. (1996). Tres tesis sobre la ciudad. *Revista de Occidente*, 185, 11-45.
- Le-Corbusier. (1993). *Principios de Urbanismo (La Carta de Atenas)*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Lefebvre, Henri. (1974). *La production de l'espace*. París: Anthropos.
- Lozano, Betty Ruth. (2016). *Tejiendo con retazos de memorias insurgencias epistémicas de mujeres negras/afrocolombianas. Aportes a un feminismo negro decolonial*. Quito: Universidad Simón Bolívar. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <http://hdl.handle.net/10644/4895>
- Lozano, Alfredo. (1997). *Proyecto de Ciudades Saludables (Healthy Cities Project). Ciudades para un futuro más sostenible. Buenas Prácticas*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [http://habitat.aq.upm.es/cs/p5/a021\\_5](http://habitat.aq.upm.es/cs/p5/a021_5).
- Marchese, Giulia. (2019). Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: Elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, 13, 9-41. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://doi.org/10.31644/ED.V6.N2.2019.A01>
- Mello-Théry, Neli Aparecida de., Silva, Alessandro Soares da., Caldas, Eduardo de Lima., & Teixeira, Caio Penko. (2022). Models of Urban Governance and Social Movements in Latin America and the Caribbean. Em Jesús M. González-Pérez., Clara Irazábal., & Rubén C. Lois-González. *The Routledge Handbook of Urban Studies in Latin America and the Caribbean*. Nova Iorque: Routledge. Acessado em 12 de outubro de 2022, de: [https://www.researchgate.net/publication/366352845\\_Models\\_of\\_Urban\\_Governance\\_and\\_Social\\_Movements\\_in\\_Latin\\_America\\_and\\_the\\_Caribbean](https://www.researchgate.net/publication/366352845_Models_of_Urban_Governance_and_Social_Movements_in_Latin_America_and_the_Caribbean)
- ONU. (2015). *Objetivos del Desarrollo del Milenio: Informe 2015*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
- Patton, Michael Quinn. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: Sage.
- Pimentel, Juan Pablo., & Correal, Camilo Alejandro. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte*, 31 (2), 415-42 415-423. Acessado em 12 de maio de 2022, de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522015000200020&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522015000200020&lng=en)
- Red Somos. (2021). *Portal Red Somos*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <https://www.redsomos.org/>
- Ruíz, José Ignacio. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sader, Eder. (1990). La emergencia de nuevos sujetos sociales. *Acta Sociológica*, III(2), 55-84.
- Sánchez, Fábio., & León, Nohra. (2006). Territorio y salud: una mirada para Bogotá. En Jiménez, Luis Carlos. (Org). *Región, espacio y territorio en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Saforcada, Enrique. (2009). *Psicología comunitaria. El enfoque contextualista de James G. Kelly*. Buenos Aires: Koyatun.
- Silva, Alessandro Soares da. (2018a). Um Esboço do que poderia ser a Psicologia Política da Ação Pública. *Cadernos da ANPEPP, GT 62 Psicologia Política*. Acessado em 25 de fevereiro de 2022, de: [https://www.researchgate.net/publication/344134091\\_Um\\_Esboco\\_do\\_que\\_poderia\\_ser\\_a\\_Psicologia\\_Politica\\_da\\_Acao\\_Publica](https://www.researchgate.net/publication/344134091_Um_Esboco_do_que_poderia_ser_a_Psicologia_Politica_da_Acao_Publica)

- Silva, Alessandro Soares da. (2018b). A Ação Pública: um outro olhar sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 8(1), 194-204. Acessado em 25 de fevereiro de 2022, de: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v8p194-204>
- Silva, Alessandro Soares da., Mello-Théry, Neli Ap., & Romero, Juan. (2018c). Reflexiones acerca del cambio social y participación política como campo interdisciplinar de producción del saber. *Ver. de Investigacion Psicologica*, 20, 83-96. Acessado em 12 de março de 2022, de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322018000200007&lng=es&tlng](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000200007&lng=es&tlng)
- Silva, Alessandro Soares da. (2022). Movimentos sociais, ambiente governança urbana democrática. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 12(1), 84-106. Acessado em 12 de Septiembre de 2022, de: <https://doi.org/10.11606/rgpp.v12i1.202439>
- Techo. (2015). *Derecho a Bogotá. Informe de asentamientos informales*. Acessado em 12 de maio de 2022, de: <http://datos.techo.org/dataset/0db2b006-9005-4a50-a6b2-f61da2a55d3b/resource/efcc73c8-a25c-42f7-bac4-dbbae1f304c5/download/colombia-derecho-a-bogota-informe-de-resultados.pdf>
- Weber, Max. (2002). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica. México.
- Whittemore, Robin. (2001). *Validity in Qualitative Research*. Connecticut: Yale University.

**Recebido em 19/02/2022.**  
**Revisado em 12/06/2022.**  
**Aceito em 21/09/2022.**