





VÍNCULOS

PARA LA SALUD EN MEDELLÍN:


*Avances y limitaciones
de un modelo territorial*

*David Hernández Carmona
Eliana Martínez Herrera*

Coordinadores

*Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud / Dirección Técnica de Planeación
Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública / Centro de Extensión
Medellín
2020*





El Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbc) es una propuesta que parte de la priorización de las acciones para la salud local en el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo (1, 2, 3), generado en los procesos de participación comunitaria en Medellín. Con este proceso (4, 5) se promueven acciones colectivas y de empoderamiento en salud para incidir en las problemáticas priorizadas en los escenarios comunitarios y zonales de las comunas y corregimientos de la ciudad.

Por un lado, se busca generar un impacto saludable a través de la integración de los diversos actores de la vida ciudadana, organizacional y comunitaria; y de otro lado, orientar los esfuerzos hacia la autodeterminación de las personas para gobernarse y establecer prioridades para su desarrollo. Al sumar intencionalidades de las miradas sobre la salud, ésta se convierte en un factor de desarrollo económico, político y social que no desconoce las diversas maneras de relacionamiento con el medio ambiente, la cultura y las formas de vida de los pueblos, entre otras.



Vínculos comunitarios para la salud en Medellín: avances y desafíos de un modelo territorial

ISBN 978-958-5596-92-4

1ª edición: 2020

Reservados todos los derechos

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia

© Alcaldía de Medellín y © Universidad de Antioquia

Esta es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín, con el apoyo académico e investigativo de la Facultad Nacional de Salud Pública (2014 – 2019), Universidad de Antioquia. El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de sus autores y no compromete el pensamiento institucional de la Alcaldía de Medellín ni de la Universidad de Antioquia. Y se financia con recursos públicos priorizados por los habitantes de Medellín dentro del Programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo de la Alcaldía de Medellín (2019).

Entidades responsables de la publicación: Alcaldía de Medellín – Secretaría de Salud /
Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública.
Coordinadores de edición: David Hernández Carmona, Eliana Martínez Herrera,

Imprenta de la UdeA, 2020. 150 p., 16.5 cm x 23 cm. 150 ejemplares.

Diseño y diagramación: Melina García Palacio

Ilustraciones: Melina García Palacio

Corrección de estilo: Alba Rocío Rojas León

© Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud,

Calle 44 No. 52 - 165, Centro Administrativo Municipal La Alpujarra, piso 4,
PBX: (57) (4) 3856414, Línea única de Atención a la Ciudadanía (57) (4) 4444144.
www.medellin.gov.co/salud, Medellín, Antioquia, Colombia.

© Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Calle 62 # 52-59,
PBX: (57) (4) 2196800, Línea gratuita de Atención al Ciudadano: 018000 416384,
<https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio>,
Medellín, Antioquia, Colombia.



La Alcaldía de Medellín participa en esta publicación dando cumplimiento al Artículo 10 de la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción: “Presupuesto de publicidad. Los recursos que destinen las entidades públicas y las empresas y sociedades con participación mayoritaria del Estado del orden nacional y territorial en la divulgación de los programas y políticas que realicen a través de publicidad oficial o de cualquier otro medio o mecanismo similar que implique utilización de dineros del Estado, deben buscar el cumplimiento de la finalidad de la respectiva entidad y garantizar el derecho a la información de los ciudadanos. (...) Se prohíbe el uso de publicidad oficial, o de cualquier otro mecanismo de divulgación de programas y políticas oficiales, para la promoción de servidores públicos, partidos políticos o candidatos, o que hagan uso de su voz, imagen, nombre, símbolo, logo o cualquier otro elemento identificable que pudiese inducir a confusión”.

Queda prohibida la reproducción total o fragmentaria de su contenido sin autorización escrita de la Secretaría General del Municipio de Medellín. En caso de citas, mencione la referencia completa. Así mismo, se encuentra prohibida la utilización de características de la publicación que puedan crear confusión. El Municipio de Medellín dispone de marcas registradas, algunas utilizadas en la presente publicación con la debida autorización y protección legal.

*Todas las publicaciones de la Alcaldía de Medellín son de distribución gratuita.
Medellín – Colombia, 2020*



Alcaldía de Medellín



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Alcaldía de Medellín

Federico Gutiérrez Zuluaga
Alcalde

Equipo Directivo
Secretaría de Salud

Claudia Helena Arenas Pajón
Secretaria de Salud

Margarita María Escudero Osorio
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Natalia López Delgado
Subsecretaría de Salud Pública

Yanneth Castaño Castaño
Subsecretaría de Gestión de Servicios de
Salud

Ángela Londoño Trujillo
Directora Técnica de Planeación

Verónica Lopera Velásquez
Interventora Secretaría de Salud de
Medellín

Universidad de Antioquia

John Jairo Arboleda Céspedes
Rector

José Pablo Escobar Vasco
Decano Facultad Nacional de Salud
Pública

Yolanda López Arango
Vicedecana Facultad Nacional de Salud
Pública

Luz Mery Mejía Ortega
Jefa de Centro de Extensión Facultad
Nacional de Salud Pública

David Hernández Carmona
Coordinador Gestión Territorial de la
Salud basado en Comunidad.
Docente Facultad Nacional de Salud
Pública. Asesor en Salud Colectiva

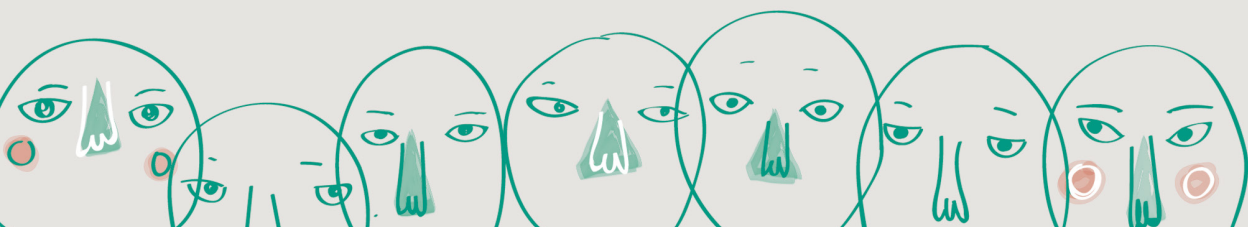
Eliana Martínez Herrera
Docente Facultad Nacional de Salud
Pública.
Coordinadora Línea de Investigación
Epidemiología y Salud Urbana GEPI.
Asesora de Salud Pública

Con la colaboración de

Joan Benach
Experto en desigualdades sociales en
salud.
Universidad *Pompeu Fabra*, Barcelona,
España

Jason Corburn
Experto en ciudades saludables.
Universidad de California, Berkeley,
Estados Unidos

CONTENIDO



Presentación
Introducción

Capítulo uno
Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad: elementos para la construcción en comunas y corregimientos de Medellín, Colombia

Eliana Martínez Herrera, David Hernández Carmona, Joan Benach, Jason Corburn, Verónica Lopera Velásquez

Capítulo dos
Gestión Territorial de la Salud basada en Comunidad: normatividad nacional y local

David Hernández Carmona, Alejandro Valencia Villa

Capítulo tres
Planificación, participación y sujetos sociales: pilares de la Gestión Territorial de Salud basada en Comunidad

Marcela Orozco Dávila, David Hernández Carmona

Capítulo cuatro
Reconocimiento de acciones de movilización social en el territorio: comunas y corregimientos de Medellín participes en la GTSbC

Natalia Álvarez Echavarría, David Hernández Carmona

Capítulo cinco
Formación de líderes y lideresas comunitarios para la Gestión Territorial de la Salud basada en Comunidad

Román Martínez Barrientos, David Hernández Carmona

Capítulo seis
Acuerdos ciudadanos para la Gestión Territorial de la Salud basada en Comunidad

Natalia Álvarez Echavarría

Capítulo siete

Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación, componente del Modelo de GTSbC

*Eliana Martínez Herrera, Yesly Lemos Mena, David Hernández Carmona,
Camila Rodríguez Corredor*

Capítulo ocho

Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Modelo de Gestión Territorial de Salud basada en Comunidad: avances, retos, limitaciones y recomendaciones

Eliana Montoya Vélez, David Hernández Carmona

Siglas y acrónimos

Autores

Agradecimientos

Listas de tablas, cuadros y figuras

Capítulo 1 19

Cuadro 1.1 Modelos y teorías que orientan el Modelo GTSbC. 21

Cuadro 1.2 Momentos del Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad en Medellín, 2014-2018. 28

Figura 1.1 Modelo de Gestión para la Salud en Medellín. Medellín, abril 2015. 22

Figura 1.2 Evolución Modelo de GTSbC para Medellín 2013-2018. Medellín, abril 2018. 25

Figura 1.3 Proceso de interacción teórico-práctico del Modelo de GTSbC, Medellín, agosto 2018. 26

Figura 1.4 Arquitectura del Modelo de GTSbC con los procesos de las conexiones e interacciones de los momentos 1, 2, 3, 4. Medellín, febrero 2017. 33

Capítulo 2 39

Cuadro 2.1 Formas de participación en salud según el PDSP. 46

Cuadro 2.2 Puntos de articulación de la RIPMS del Modelo MIAS con el Modelo de GTSbC. 51

Capítulo 3 55

Cuadro 5.1.1 Zonas, comunas y corregimientos de Medellín. 61, 62

Cuadro 6.1 Acciones de articulación GTSbC y MIAS en la comuna 1 Popular. 64, 65, 66, 67

Capítulo 4 71

Tabla 4.1 Comunas y corregimientos con sus dimensiones priorizadas en salud. 74

Capítulo 5 83

Tabla 3.2.1 Comunas y corregimientos participantes en formación: diplomados y capacitación. 91

Cuadro 4.1 Tópicos del proceso de formación. 92

Cuadro 4.2 Evaluación formativa en la Gestión Territorial de la salud. 93, 94

Capítulo 7 113

Figura 2.1 Dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 119

Figura 3.1 Componentes del Modelo de Gestión Territorial basado en Comunidad. 121

Figura 4.2 Tablero de indicadores para la GTSbC. 123

Figura 5.1 Actores y personal participante en el desarrollo de las acciones del SSME, 2018. 127

Cuadro 4.1 Instrumentos de evaluación propuestos para cada componente del Modelo de GTSbC. 124

Tabla 6.1.1 Índices de Capital Social Comunitario en Salud estandarizados por comunas y corregimientos participantes. 129

Tabla 6.1.2 Porcentaje de población por comunas y corregimientos según categoría de clasificación del Índice de CSCS. 130

PRESENTACIÓN

Una gran parte de los modelos de salud, especialmente en América Latina, se ha centrado en la tríada de procesos: salud-enfermedad-asistencia. Y aunque se dice que la relación del individuo con el entorno es fundamental, pocos modelos para la gestión de la salud pública han develado la importancia de reconocer los entornos urbanos y comunitarios como foco central para generar oportunidades de bienestar y salud.

El Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbC) señala las perspectivas comunitarias para posicionarlo en una óptica más integradora para crear oportunidades y generar salud con equidad. Se concibe como la integración de un grupo de siete elementos iterativos de diálogo y acción: activos en salud, redes sociales, capital social, movilización social, formación, pedagogía para el cambio social y comunicación para la salud, todo orientado a producir cambios sociales.

La implementación de este Modelo se inició en 2014 a partir de la articulación entre la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, la Secretaría de Salud de Medellín, las diferentes organizaciones de liderazgo para la toma de decisiones y participación comunitaria, y los líderes y lideresas que creyeron en esta propuesta y pusieron todos sus esfuerzos para propiciar su desarrollo en diez comunas urbanas y en dos corregimientos rurales de Medellín. Durante 5 años (2014-2018) esta unión permitió fijar unos elementos no lineales para encauzar la práctica de la salud pública en territorios concretos, al buscar la concertación de todos los actores y sectores de cada territorio y al promover acciones precisas para impactar los Determinantes Sociales de Salud y los temas priorizados por las mismas comunidades.

Así, el Modelo GTSbC se enmarca en los desafíos del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 para Colombia y busca la articulación con la Política de Atención Integral en Salud y su Modelo Integral de Salud Territorial. Además, se enmarca dentro de las perspectivas e intenciones de la Atención Primaria en Salud para Colombia y de los postulados de la legislación en salud vigente.

Los cambios sociales, cuando interactúan con funciones de gestión de la salud pública como el análisis de situación de salud integral, la intersectorialidad y la gobernanza, pueden estar mancomunados con el bienestar y la salud. Este Modelo que se propone puede ser objeto de monitoreo, seguimiento y evaluación para el mejoramiento de las metas trazadas dentro de la estrategia y como apoyo del Plan Territorial de Salud 2016-2019 de Medellín.

Para la Secretaría de Salud de Medellín, es muy gratificante presentarle a la ciudadanía los resultados de cinco años de trabajo, tiempo en el cual se han generado procesos de salud comunitaria con incidencia en las condiciones de vida de las personas, en la dignificación de la salud en los territorios y, poco a poco localmente, en la transformación para bien de la sociedad. Todo el amor y la calidad se evidenciaron en cada proceso que se desarrolló con la gente en la ciudad de Medellín.

El legado de Héctor Abad Gómez, médico, ensayista, político y especialista en Salud Pública, sigue presente y se rememora en estas palabras: “Cuando veamos los problemas demasiado grandes y la inmensa oscuridad de las guerras, los prejuicios y los fanatismos humanos que se oponen a la construcción de un mundo mejor, recordemos el proverbio oriental: ‘En vez de maldecir la oscuridad, prende, aunque sea, una pequeña luz’” (Memorias, Cátedra de Formación Ciudadana Héctor Abad Gómez 2014-2015).

Este libro, entonces, se comprende como una estrategia fundamental de socialización pública, para la apropiación social del conocimiento, de los aprendizajes y retos futuros en la experiencia de aplicación de un modelo para la gestión de salud que se fundamenta en la participación comunitaria como eje central y logra, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, dignificar la vida de las comunidades urbanas. Es, también, una forma de sintetizar cómo se expresa en la práctica una adecuada relación entre la universidad, la sociedad y el Estado.

Secretaría de Salud, Alcaldía de Medellín.

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbC) propone integrar la perspectiva del gobierno local en salud y las expectativas de la comunidad en consonancia con los resultados investigativos de la academia universitaria pública, reconocer la importancia contextual de los Determinantes Sociales de la Salud, las acciones intersectoriales y el abordaje comunitario para la comprensión, actuación y control de las problemáticas que les son propias, especialmente las referidas a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, y la salud ambiental.

El Modelo de GTSbC fundamenta su quehacer en tres firmes principios: (1) la identificación de los retos en salud y sus Determinantes Sociales en el territorio, con impacto comunal, a partir de las prioridades definidas por los líderes en salud; (2) el fortalecimiento de las capacidades comunitarias institucionales para la acción; y (3) la coherencia del cambio social que se alcanza cuando se tiene el capital social comunitario identificado para darle continuidad al cuidado comunitario de la salud.

La integración de los elementos iterativos de diálogo y acción se cimenta en el trabajo de investigación participativa con enfoque crítico social, cuyo efecto es la aproximación a la puesta en marcha de los cambios propios de las personas que, al habitar sus territorios, asumen, a través de la salud, la autorrealización, la armonía como capacidad de adaptación y la vida cotidiana adecuada como bien propio para vivir mejor.

Mediante ocho capítulos, se comunican los aprendizajes y los retos en la construcción del Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad, experiencia urbana y rural realizada en Medellín, Colombia.

El *primer capítulo* describe cada uno de los momentos en el desarrollo del Modelo de GTSbC en los territorios, se proyecta la interacción teórico-práctica, su arquitectura y la dinámica de relacionamiento, las limitaciones y las implicaciones técnicas y políticas. Los autores exponen la importancia de dicho Modelo y su relación con la política nacional y los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Además, explican el giro paradigmático en la comprensión del proceso salud-enfermedad-asistencia, en pro de la búsqueda de una salud integral desde el impacto positivo en los Determinantes Sociales de la Salud.

El *segundo* relaciona el Modelo GTSbC con la normatividad que rige en Colombia y en Medellín, en la relación dignidad humana y salud. Se explica cómo se empieza en el país a hablar jurídicamente de la salud como derecho fundamental en la Constitución Política de Colombia (1991) y su afianzamiento apuntalado con las múltiples revisiones y dictámenes de la Corte Constitucional, entidad judicial que vela por la integridad y la supremacía de la Carta Magna. Varios puntos de partida son la promulgación de la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social Integral. El análisis de la incidencia de las decisiones, mediante Sentencias, de la Corte Constitucional para la concreción de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en favor del derecho fundamental a la salud. El Modelo Integral de Atención en Salud y el Modelo de GTSbC en el Plan de Desarrollo Local de Medellín, precedido por leyes, decretos, acuerdos y resoluciones más los procesos de planeación y participación en salud. Todo ello como expresión local de los lineamientos de la Política de Atención Integral Territorial y del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012- 2021.

El *tercero* señala consideraciones generales sobre los aspectos de la planeación y la participación, para luego entenderlas en el área concreta de la salud con interrogantes que concretan en respuestas: ¿Cómo se expresa el sujeto social? ¿Por qué la participación es un proceso donde hay conciencia sobre las posibilidades para decidir?, ¿cuáles son los mecanismos y las vías dispuestas para que las comunidades prioricen y sean autodeterminantes en el rumbo de su vida comunitaria en Medellín? Describe lo que posibilita el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo, con sus tensiones presentes, y cómo se proyecta la experiencia de priorizar necesidades en salud, cómo se leen los contextos y cuál es la metodología que propone el Modelo GTSbC. Finalmente, da cuenta de las acciones posibles mediante alianzas en los territorios para transformar las condiciones de salud e impactarlos positivamente.

El **cuarto** aborda el componente de movilización social y comunicación para el cambio que se proyecta como un momento transversal en el desarrollo del Modelo, con prácticas y ejercicios que promueven la asociatividad y el relacionamiento para la acción colectiva y consensuada de las comunidades. ¿Cómo fueron los espacios de diálogo y discusión?, ¿cómo se hace el reconocimiento del territorio con enfoque de Determinantes Sociales de Salud?, ¿qué rol desempeña la comunicación en la gestión de la salud?, ¿cuál enfoque de comunicación es acorde con los planteamientos de participación del Modelo GTSbC? Además, el proceso de construcción de las acciones de movilización y el producto de la participación activa y vinculante que derivan en un ejercicio de priorización de necesidades y problemáticas de salud por comuna. Los ejes temáticos resultantes se trabajan actualmente en diferentes territorios de Medellín.

El **quinto** despliega la experiencia del componente de formación y capacitación a líderes y lideresas vinculados a la gestión de la salud en sus territorios. Proyecta una serie de planteamientos teóricos sobre la pedagogía crítica, la educación para la salud y su papel en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que luego contrasta con la puesta en marcha de un proceso pedagógico en la práctica concreta con los habitantes de las comunas. ¿Cuáles temas y acciones formativas se implementan y desde cuáles perspectivas pedagógicas? ¿Cuál es el rol de los participantes comunitarios en estos procesos? Finalmente, desde el punto de vista institucional, académico y comunitario, deja una reseña sobre los aprendizajes, los aciertos alcanzados en la implementación del proceso formativo y los retos para hacer posible una pedagogía movilizadora, que concrete capacidades para que sean las comunidades los agentes de su propia transformación positiva.

El **sexto** explicita el momento del Modelo GTSbC sobre el ejercicio de intersectorialidad, a través de alianzas posibles para la acción entre organizaciones de base comunitaria, ciudadanos e instituciones públicas y privadas. Los 'Acuerdos ciudadanos para la Gestión Territorial de la Salud' son posibles cuando se reconocen las potencialidades que integran un territorio. Por ello, el mapeo de activos sociales es un primer paso clave para la concreción de las alianzas que confluyen en un progresivo accionar en favor de la salud de cada comuna. Se prioriza la experiencia de los liderazgos en el desarrollo del Modelo para hacer posible la gestión de la salud y una realidad en los territorios de Medellín. Y se devela una dinámica propia de la participación comunitaria en los procesos de gestión de la salud pública.

El **séptimo** comprende el sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación, momento que es transversal y constante en todo el desarrollo del Modelo GTSbC, ya que es una apuesta que busca generar conocimientos, impactos y transformaciones puntuales para la salud. Enfatiza la importancia de la evaluación, sus fundamentos conceptuales, teóricos y políticos, cómo se verifica y cómo se hizo la evaluación. Describe el resultado sobre la evaluación de una práctica salutogénica para la superación de las inequidades de salud en la experiencia en la comuna 1 Popular. Monitorea las acciones, las evalúa y construye la línea base de Capital Social Comunitario. Finalmente, expone las lecciones aprendidas, recomendaciones y retos en su desarrollo.

Y el **octavo** proyecta una reflexión sobre la implementación de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de Salud (RIPMS) con base en la experiencia del Modelo de GTSbC, como proyecto piloto de la Secretaría de Salud de Medellín. Destaca los avances significativos de dicho Modelo en relación con la RIPMS, presenta cómo fue el desarrollo en los entornos y plantea los retos y las limitaciones en la ejecución.





COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN

GOBERNANZA LOCAL

EVALUACIÓN

HABLA-DA-LOGA-A

OBSERVA-DA-ESPECTA-MI-DA-A

CA
PITAL
SOCIAL



capítulo
1

MODELO DE GESTIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD BASADO EN LA COMUNIDAD: ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN EN COMUNAS Y CORREGIMIENTOS DE MEDELLÍN, COLOMBIA

Eliana Martínez Herrera, David Hernández Carmona, Joan Benach, Jason Corburn, Verónica Lopera Velásquez



Sumario. *Contexto de la Promoción de la Salud // Origen, antecedentes y consolidación del Modelo de GTSbC // Proceso de interacción teórico-práctico del Modelo de GTSbC, Medellín (Colombia) // Arquitectura y dinámica de los siete momentos del Modelo de GTSbC en Medellín, 2014-2018 // Limitaciones del Modelo de GTSbC // Implicaciones políticas del Modelo de GTSbC. Referencias.*

El Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbC) es una propuesta que parte de la priorización de las acciones para la salud local en el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo (1, 2, 3), generado en los procesos de participación comunitaria en Medellín. Con este proceso (4, 5) se promueven acciones colectivas y de empoderamiento en salud para incidir en las problemáticas priorizadas en los escenarios comunitarios y zonales de las comunas y corregimientos de la ciudad.

Por un lado, se busca generar un impacto saludable a través de la integración de los diversos actores de la vida ciudadana, organizacional y comunitaria. Y de otro lado, orientar los esfuerzos hacia la autodeterminación de las personas para gobernarse y establecer prioridades para su desarrollo. Al sumar intencionalidades de las miradas sobre la salud, ésta se convierte en un factor de desarrollo económico, político y social que no desconoce las diversas maneras de relacionamiento con el medio ambiente, la cultura y las formas de vida de los pueblos, entre otras (6).

Contexto de la Promoción de la Salud

Con más de dos décadas, la evolución de los modelos teóricos de Promoción de la Salud ha girado alrededor del “Proceso para permitir que las personas aumenten el control y mejoren su salud”, definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (7) en diversas orientaciones (8-10). Este concepto ha tenido un amplio alcance dentro del sector salud y entre éste con otros sectores, con aplicación en los niveles internacional, nacional y local (11). En la perspectiva local, los entornos micro —donde transcurre la vida, la **comunidad** local, el hábitat, el trabajo y el esparcimiento e incluyen el acceso a los recursos sanitarios y a las oportunidades para su empoderamiento—, se han convertido en pilares fundamentales para que las personas, los colectivos y las comunidades amplíen sus capacidades y desarrollen autonomía respecto de la salud (12). La mayoría de los modelos de salud, especialmente en América Latina, se han centrado en los procesos de salud-enfermedad-asistencia (13).

Entre los teóricos, el Modelo que se presenta acá considera aspectos propuestos por Antonovsky (14, 15) como la capacidad de crear salud por las comunidades hacia la resolución de sus problemas a partir de la orientación de los recursos disponibles de los pueblos. De esto se desprende la coherencia, la cual abarca la comprensibilidad, la capacidad de administración o manejabilidad, la significancia e interacción entre las personas y las estructuras de la sociedad.

Así, la evolución de los modelos no ha sido solo en su cronología y comprensión conceptual; también, desde sus prácticas. En el tránsito de estos modelos teóricos a los modelos técnicos para la acción (Cuadro 1.1), se han considerado desde diversas perspectivas:



Cuadro 1.1 Modelos y teorías que orientan el Modelo GTSbC

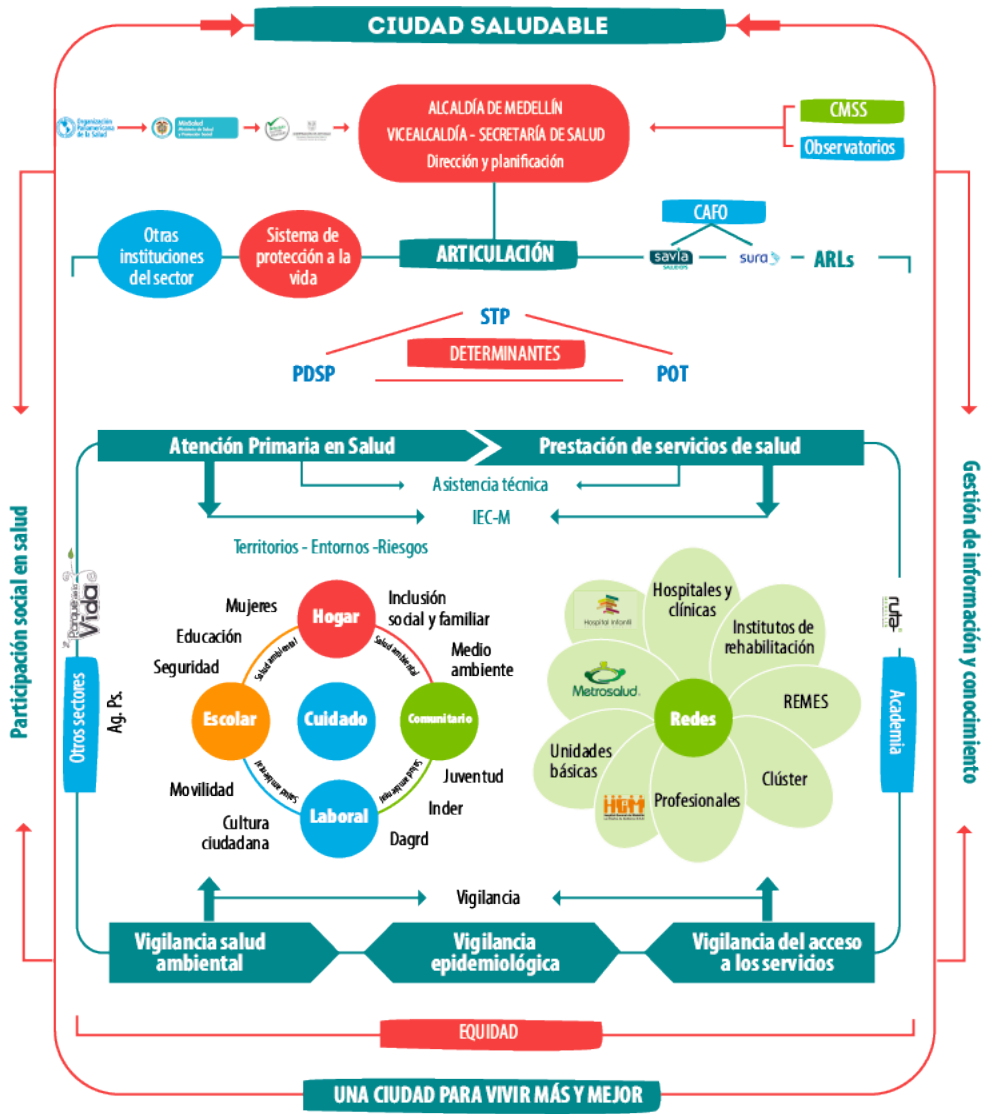
MODELOS Y TEORÍAS			
Enfoques ambientales	Ciclo de vida	Aproximaciones que integran salud, actitud, creencia y cambio de comportamiento	Basado en la acción para la salud
Modelo ecológico, de mercadeo social, de economía política, Precede-Procede, de responsabilidad social.	Teoría de la difusión de la innovación acorde con las etapas de cambio.	Modelo de creencia en la salud. Teoría de la acción razonada. Teoría del comportamiento planificado. Teoría prospectiva y de aprendizaje social.	Modelo integrado de comunicación para el cambio social (16).

En términos de política pública, el Modelo de GTSbC se enmarca en varios asuntos:

- Avanza hacia la apropiación de la política del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 (17).
- Identifica los roles y la trascendencia de su estabilidad dentro del sistema de salud, así como la participación de los actores comunitarios para la Promoción de la Salud en las comunas y corregimientos.
- Devela la necesidad de consolidar nuevas competencias, habilidades y capacidades, no solo del talento humano propio de la Secretaría de Salud de Medellín, sino de todos los actores con quienes se interrelacionan en el logro de las metas para la salud contenidas en su territorio y que, enlazadas con otros territorios del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, buscan encontrar respuesta a los problemas de salud con otras políticas.

Origen, antecedentes y consolidación del Modelo de GTSbC

Desde 2012 (4), la Dirección de Planeación, de la Secretaría de Salud de Medellín, trazó las rutas para el proceso del “hacer las políticas” y reconoció la necesidad del trabajo intersectorial por la salud, en la perspectiva de los desafíos globales. Con este planteamiento, se propuso el reposicionamiento de las ciudades saludables, motivados por lograr el máximo bienestar posible para todos sus habitantes y se incorporaron todas las características previstas en el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012–2021, mediante el Modelo de Gestión para la Salud en Medellín (MGSM) que se aprecia en la Figura 1.1.



Versión 2.1
Abril 2015

Figura 1.1 Modelo de Gestión para la Salud en Medellín. Medellín, abril 2015

- CMSS:** Consejo Municipal Seguridad Social en Salud
- STP:** Salud en Todas las Políticas
- PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública
- POT:** Plan de Ordenamiento Territorial
- ARLs:** Administradora de Riesgos Laborales
- IEC-M:** Información Educación Comunicación-Medellín
- Ag.Ps:** Agentes primarios
- REMES:** Red Metropolitana de Salud
- Dagrd:** Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres

El Modelo presenta, en su estructura organizativa vertical, componentes de rectoría, de articulación y de gestión; y en la horizontal, es eficiente al integrarse a las apuestas para la ciudad de la administración del período 2012–2015. Se basa en procesos que reconocen la planificación territorial y se soporta en instrumentos de gerencia y normas que recogen acciones de vigilancia en salud, así como en principios alcanzables para el cuidado integral de la salud (18, 19).

Uno de los subcomponentes que se destaca es la **articulación** (18) la cual define como un proceso que recoge todas las responsabilidades para administrar la información de los procesos de descentralización de competencias y recursos. Es el proceso encargado de establecer los mecanismos para garantizar la salud, mejorar la calidad de los servicios y mantener constantemente agendados a los actores en los procesos del Sistema de Salud Medellín (SSM). La articulación, en términos de salud pública, es la que hace visible para la institucionalidad una mayor gobernabilidad por parte de la SSM y el entendimiento de los diferentes niveles de interacción y roles de decisión.

El Modelo visualiza los dispositivos de política para la intervención sobre los Determinantes Sociales de la Salud y dirige la mirada global hacia los procesos de cambio que deben asumirse en los territorios. Enfatiza en la oportunidad temporal del Plan como motor dinamizador y de seguimiento de las acciones previstas sobre los DSS, en el orden nacional hasta el 2021, y del Plan de Ordenamiento Territorial pensado para Medellín hasta el 2031.

Otros subcomponentes del modelo recogen elementos para explicar su funcionamiento (20), entre ellos, las acciones propias de la APS, referidas a las acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de atención en los diferentes niveles de complejidad, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Mientras tanto, el Modelo de GTSbC se consolidaba institucionalmente y se proyectaba para darle respuesta, entre otros, a los principios de Ciudad Saludable de “arriba hacia abajo” en 2015. Y se validaba en diferentes escenarios para este período administrativo de la ciudad, como lo hizo en el Tercer Foro Regional de Salud Urbana de las Américas “Salud en todas las políticas para una ciudad saludable”, que se realizó en Medellín, Colombia (1-3 dic. 2015) —organizado por la Alcaldía de Medellín, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Washington—, cuando se explicaba que una de las Comunas de la ciudad, la Comuna 1 Popular, impulsaba en su territorio acciones colectivas del Plan Comunal de Salud de la Comuna “de abajo hacia arriba” y emprendía proyectos barriales para darle salida a problemáticas referidas al manejo de basuras, el embarazo adolescente, la seguridad alimentaria, el cuidado de la infancia y la adolescencia, entre otros.

Con el liderazgo de varios de sus habitantes, justo en el escenario de cambio de administración municipal (5), el Modelo de GTSbC fue impulsado desde la Secretaría de Salud en otras comunas de la ciudad con las particularidades y líderes que se motivaron a emprender el camino de la consolidación de una iniciativa de innovación territorial para la gobernanza ciudadana en salud. Dicha información reposa en Actas que coadyuvaron en la formulación del Plan Local de Salud de Medellín.

Aunque la descripción, más física que sociológica (21) de la Comuna 1 Popular, señala asuntos muy propios de este territorio en el Índice Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV): el 34,77%, es el porcentaje más negativo de todas las comunas y corregimientos de Medellín, a lo cual se asocian las diferentes formas de violencia derivadas del conflicto armado y del narcotráfico comunes no solo en los cinturones de pobreza, sino en toda la ciudad. Esta situación hace que sueños como el de una Ciudad Saludable deban ser gestionados con la ciudadanía misma. Como consecuencia, se motivan acciones colectivas a partir de proyectos comunes, con nuevos liderazgos, estrategias novedosas de comunicación, aprendizajes colaborativos y transferencias de conocimiento que incorporan el reconocimiento de activos sociales y comunitarios que propenden por cambios comunitarios auténticos, propios y autónomos en las personas que deciden participar.

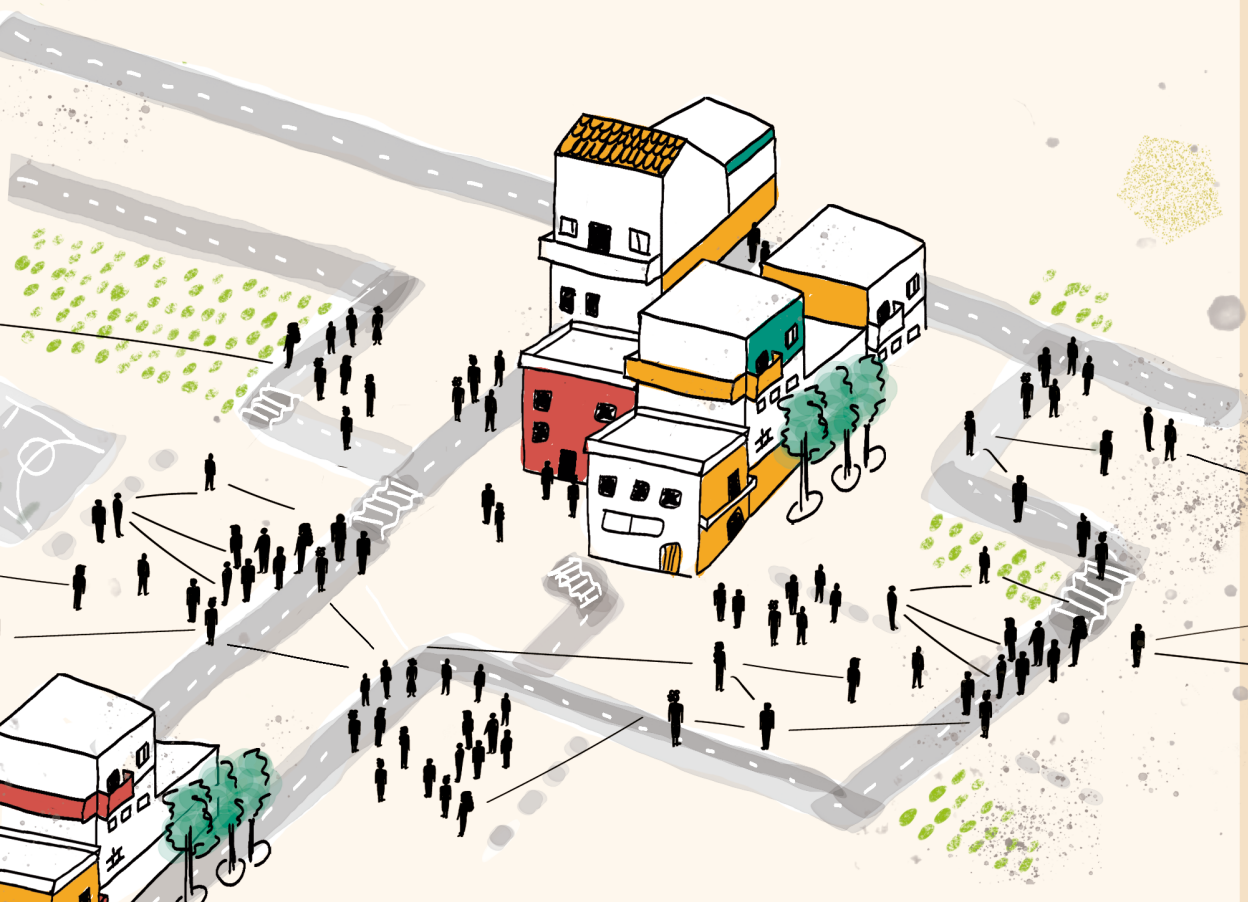
Con respecto a las relaciones de género, las mujeres que habitan el territorio asumen la jefatura del 47,70% de los hogares, en los cuales se vive con un índice de dependencia económica del orden del 49,63%, debido a la dedicación de la fuerza productiva de la mujer a actividades del cuidado de los miembros del hogar, que no les representan ingresos económicos. Ante estos

hechos, se ven obligadas a recurrir a trabajos informales para obtener recursos adicionales, lo cual las induce hacia la precarización de sus condiciones de vida; pero, a su vez, se motivan para fortalecer los liderazgos en sus territorios y convertirse en lideresas. Este es uno de los motores de mayor trascendencia del Modelo.

A lo largo de cinco años (2014-2019), el Modelo de GTSbC, como propuesta de planificación social de la salud,

- Traza una ruta de aprendizajes
- Avizora la necesidad de comprender los Determinantes Sociales de la Salud
- Sigue asumiendo la defensa por el derecho a la salud y
- Sobre todo, aúna esfuerzos para planificar los territorios con enfoque diferencial y de género.

Y en cuanto a la puesta en marcha e implementación del Modelo de GTSbC para la gestión de la salud en los territorios de Medellín, la capacidad de agencia (22) comunitaria e institucional, en dicho período, ha permitido fijar unos elementos no lineales para encauzar la práctica de la salud pública en territorios concretos (23), mediante la concertación de todos los actores y sectores del territorio y la promoción de acciones precisas para impactar los DSS y los temas priorizados por la misma comunidad y el acercamiento a las políticas nacionales de atención en salud actuales se generó con la promoción de la salud, la acción comunitaria e intersectorial, el diálogo y la gobernanza local para potenciar su salud y bienestar. Las Figuras 1.2 y 1.3 recogen aspectos de la evolución y características del Modelo, los cuales serán descritos más adelante.



EVOLUCIÓN MODELO GTSbC

2013 - 2018

PROCESO

Prorización de la iniciativa en la comuna 1, Popular. Construcción de ruta.

Construcción del Plan Comunal de Salud. Movilización social. Inclusión y reconocimiento en el PDL.

Definición de proyectos comunitarios e inicio de su gestión. Afinamiento Mesa Intersectorial en la comuna 1, Popular. ... Inicia la comuna 5, Castilla con el proceso.

Construcción participativa del PTS. Identificación de necesidades y prioridades en salud y determinantes. Continúa el proceso de gestión de proyectos en la comuna 1, Popular.

Se inicia el ciclo en once comunas y corregimientos. Mesas Intersectoriales en Salud. Construcción de once proyectos comunitarios e inicio de su gestión.

Planificación participativa. Apropiación social del conocimiento para la mejora de las condiciones en salud.

Gestión comunitaria de alianzas intersectoriales para la gestión de los proyectos de intervención construidos participativamente.

MIAS - PAIS

Inclusión de los resultados en la reformulación de los PDL en varias comunas.

2019

MGTSbC

RESULTADO

Empoderamiento social y comunitario de las problemáticas en salud y su intervención con la participación de otros sectores.

Desarrollo de capacidades para la gestión y autogestión de soluciones comunitarias para las problemáticas.

Inicia la articulación con los Planes de Desarrollo Locales.

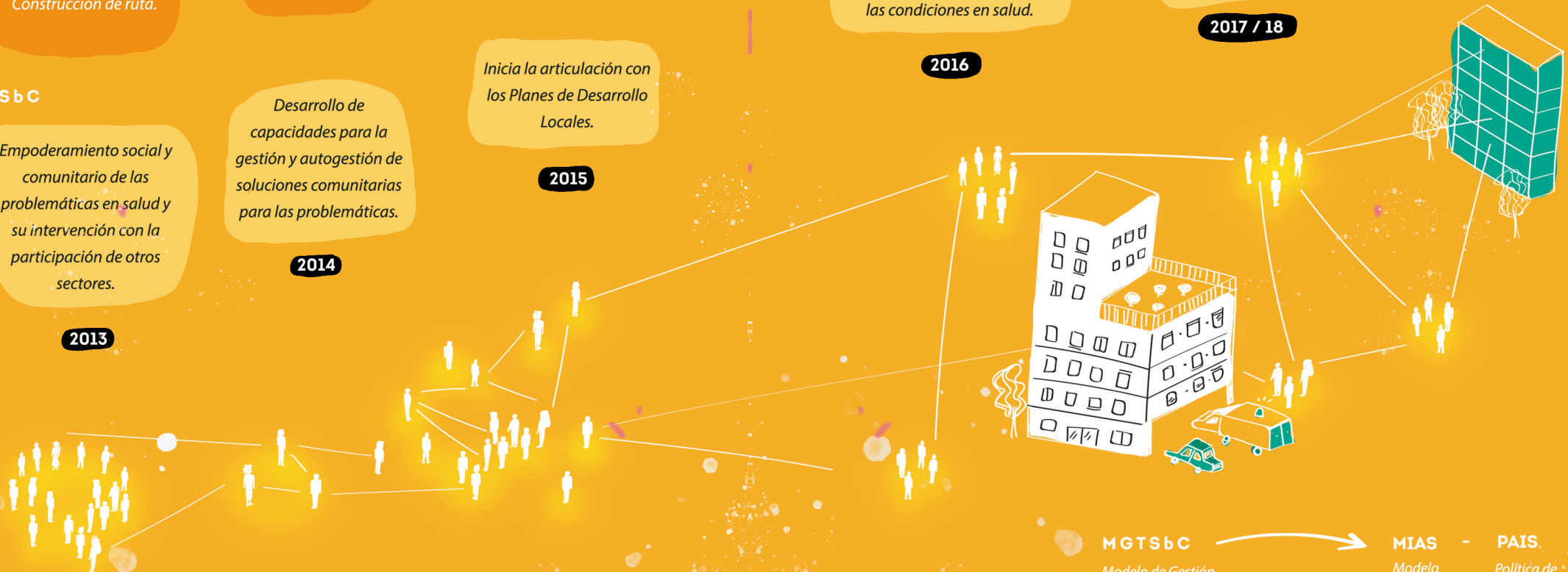
2016

2017 / 18

2015

2014

2013



MGTSbC
Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en la Comunidad

MIAS -
Modelo Integral de Atención en Salud

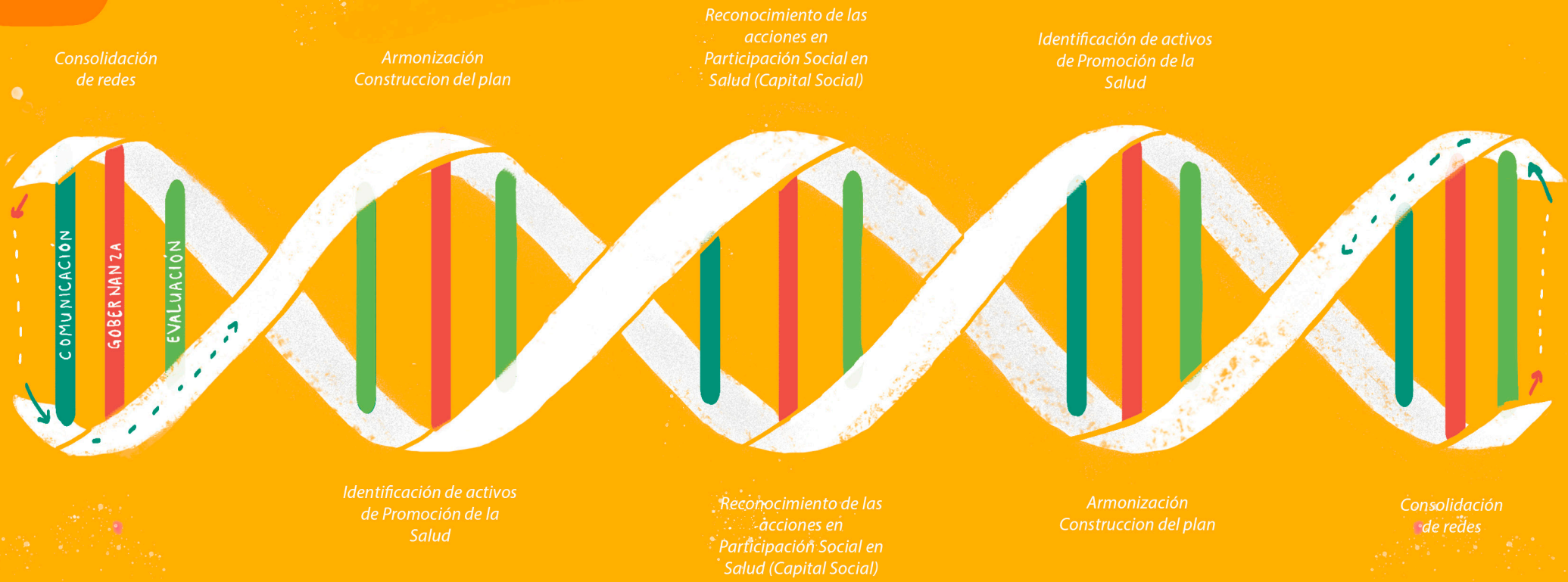
PAIS.
Política de Atención Integral en Salud

Figura 1.2 Evolución Modelo de GTSbC para Medellín 2013-2018. Medellín, abril 2018.

MODELO

GTSbC

2018



- COMUNICACIÓN
- GOBERNANZA
- EVALUACIÓN

Proceso de interacción teórico-práctico del Modelo de GTSbC, Medellín (Colombia)
El Modelo de GTSbC fundamenta su quehacer en tres ejes principales:
1. Identificación de los retos en salud y sus determinantes sociales en el territorio de impacto comunal, a partir de las prioridades definidas por los líderes y lideresas en salud.
2. Fortalecimiento de las capacidades comunitarias e institucionales para la acción.
3. Coherencia del cambio social alcanzado con el capital social comunitario identificado para darle continuidad al cuidado comunitario de la salud.

Figura 1.3 Proceso de interacción teórico-práctico del Modelo de GTSbC, Medellín, agosto 2018

En otras palabras, este Modelo integra la mirada biológica individual, emocional y las expectativas de la comunidad; reconoce la importancia contextual de los DSS, las acciones intersectoriales y el abordaje comunitario para la comprensión, actuación y control de las problemáticas que le son propias, especialmente las referidas a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, y la salud ambiental.

El Modelo enfatiza en los derechos y deberes de la salud territorial e intenta otorgar información necesaria para que las personas puedan participar en las decisiones relativas de su cuidado, con el objeto de lograr la apropiación social en salud de su territorio. La voz del sujeto, del individuo, con su libertad (24), es el elemento fundamental para que el Modelo pueda impulsar la democracia deliberativa, en un marco de respeto de los derechos humanos, de la diversidad y del reconocimiento de los saberes acumulados de las personas, de los colectivos y de la historia social, cultural y científica del territorio.

El Modelo inicia su dinámica con los diálogos de la comunidad sobre temas de interés para la salud. El diálogo es la fuerza vinculante del Modelo, busca generar cambios sociales en la salud de las comunidades, pese a que, en algunos casos, estos diálogos no sean espontáneos e impulsados por agentes externos de cambio. Sin diálogos comunitarios, los bucles del Modelo (Fig. 3) no se entrelazarían; entonces, no podría hablarse de consolidación de redes, ni de identificación de activos para la promoción de la salud, ni de construcción de planes, ni de reconocimiento de las acciones en la participación social en salud.

Es claro que el Modelo parte de discusiones sobre las necesidades sentidas y las potencialidades en salud y es conducente a la activación de acciones e intervenciones colectivas innovadoras que son capaces de incidir sobre las políticas públicas. Por lo tanto, el Modelo genera acciones de cambio social, apropia y transforma la realidad de territorio gracias a los “*drivers*” (controladores de programas que sirven de intermediarios entre el sistema operativo y los componentes del Modelo) de la comunicación que regulan: la acción, la educación, como oportunidad para el crecimiento, y la gobernanza, como tendencia social para el manejo óptimo y transparente de los recursos.

El Modelo también es un catalizador para el trabajo coordinado y transversal del sector salud de Medellín con el resto de los sectores sociales. A su vez, el proceso educativo se materializa a través del fortalecimiento de las habilidades y los valores, con el que se producen cambios intelectuales, emocionales y sociales tanto en el individuo como en la comunidad.

Arquitectura y dinámica de los siete momentos del Modelo de GTSbC en Medellín, 2014-2018

La arquitectura del Modelo esboza en sí las particularidades de cada momento que pueden verse influidos positivamente por los intereses comunitarios para el cambio social. En su dinámica, el Modelo de GTSbC está integrado por elementos iterativos (reiterados) de diálogo y acción. Las apuestas de investigación con enfoque crítico social son el cimiento, cuyo efecto es la aproximación a la puesta en marcha de cambios propios de las personas quienes, a la vez que habitan sus territorios, también asumen la autorrealización, la armonía, como capacidad de adaptación, y la vida cotidiana adecuada como recurso para vivir mejor, todo arbitrado por la salud (Figura 1.4).

De este modo, el Modelo gravita en un punto medio entre subjetividad y razón, donde la voz de las personas, de las familias, de las comunidades, de los representantes del Estado, de las oenegés, entre otros, encuentran puntos de diálogo y acuerdos para planear y gestionar el espacio —territorio (local, micro)—. La ciencia y la técnica son oportunidades para enfrentar los retos en salud e impactar los DSS priorizados por ellos mismos.

El Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad tiene siete momentos (M) claves (Cuadro 1.2) o tiempos puntuales en los que suceden o se realizan diversas acciones.

MOMENTOS DEL MODELO

Cuadro 1.2 Momentos del Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad en Medellín, 2014-2018

M1

Identificación de las necesidades y potencialidades en salud en las comunas; armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional; y reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de las Mesas de Diálogo.

M2

Identificación y mapeo de activos sociales, comunitarios, institucionales y de las personas, en el(os) territorio(s), en relación con el(os) problema(s) priorizado(s) por la comunidad.

M3

Identificación y fortalecimiento de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades y los demás actores y sectores presentes en el territorio, en relación con el(os) problema(s) priorizado(s) por la comunidad.

M4

Fortalecimiento del liderazgo social y comunitario en salud, mediante procesos de formación a los líderes y lideresas comunitarios y demás actores en el territorio (equipos gestores).

M5

Comunicación para el cambio y la movilización social, a través de acciones de comunicación comunitaria.

M6

Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas y redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad. Acciones de abogacía en pro del fortalecimiento de la rectoría de la SSM con la academia.

M7

Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación.

Momento 1. Identificación de las necesidades y potencialidades sobre salud en las comunas; armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional; y reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de las Mesas de Diálogo.

Se inicia con un proceso de diálogo colectivo como principio que fundamenta y sirve como punto de partida para el funcionamiento del Modelo: es el reconocimiento del otro, de sus diferencias y

puntos de vista frente a una misma situación. A partir de estos diálogos, especialmente barriales, se identifican las potencialidades y necesidades locales y micro territoriales en salud, con los consiguientes análisis que facilitan el proceso de armonización, como una aproximación primaria a las necesidades del territorio con los instrumentos de planeación local, departamental y nacional.

El concepto técnico de *armonización* (conjunción) es una herramienta de planificación para focalizar los recursos y medir la eficacia de los resultados como impactos en salud y en salud pública. Es un intento en la elaboración de cadenas de valores institucionales para la promoción de la salud, las cuales son consecuentes con las propuestas comunitarias dispuestas como dispositivos de acción para los cambios en salud en los territorios (zonas, comunas y corregimientos).

La armonización surge como insumo y preparación de los diálogos públicos para mejorar los resultados en salud y compartir las responsabilidades en la implementación de las políticas públicas en salud. Este proceso promueve el seguimiento a las intervenciones públicas efectuadas por quienes deciden en salud que, por lo tanto, fortalece los consensos y mejora la gobernanza. En este proceso iterativo, la contribución a los cambios en los indicadores en salud ha de requerir permanentemente de validaciones sociales que conduzcan a la obtención de la mejor evidencia informada.

En tal sentido, los diálogos públicos de política en salud se convierten en el punto de llegada para la armonización, que no es más que la alineación de los planes zonales, comunales y comunitarios con los desarrollos liderados, principalmente, por el gobierno local. Luego de este Momento 1 del Modelo de GTSbC, las comunidades priorizaron tres problemas para intervenir, que son de largo aliento y de una responsabilidad mancomunada: 1 salud mental, 2 salud sexual y reproductiva, 3 salud ambiental. Quedaron así identificadas tanto las potencialidades y necesidades en salud como unos primeros actores claves. Estos problemas coinciden en más de un 90% con los priorizados por la administración municipal de Medellín para intervenir en los próximos años de ejecutorias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de Colombia.

Momento 2. Identificación y mapeo de activos sociales, comunitarios, institucionales y de las personas, en el(os) territorio(s), en relación con el(os) problema(s) priorizado(s) por la comunidad.

Se procede con la identificación y el mapeo de los activos sociales, de personas, comunitarios e institucionales en relación con las necesidades detectadas. El propósito es visualizar y valorar las articulaciones y los puntos de encuentro que favorezcan el trabajo asociativo, colaborativo y de red comunitaria.

«Un activo en salud es cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener y preservar la salud y el bienestar» (25, 26). Por lo tanto, si un modelo de salud sigue agenciando solo la enfermedad, esto es, identificando las carencias para la inversión de recursos orientados a disminuirlas y sin orientar acciones liberadoras y emancipadoras capaces de generar autonomía en comunidades saludables, trae como consecuencia la producción de acciones dependientes e instrumentalizadas por la recepción de recursos y el desconocimiento de las capacidades que son propias a los vecinos y a las organizaciones para evidenciar nuevas oportunidades para las comunidades.

Los activos de los territorios deben integrarse en mapas como un proceso en que los propios habitantes y las entidades del barrio identifican las características y los recursos —físicos, personales, individuales y comunitarios— que les hacen fuertes y que les permiten resistir ante la adversidad. Durante este proceso, la comunidad identifica todo lo que tiene de positivo, a la vez que se empodera y toma conciencia de su capacidad y responsabilidad propias para dirigir su vida en un sentido o en otro (27).

El mapeo, más que recoger datos e información, desarrolla el empoderamiento y las potencialidades comunitarias que ofrecen nuevas formas de relacionamiento comunitario.

Durante la implementación de la metodología para la identificación de los activos y su mapeo, los actores comunitarios trazaron la ruta en el diseño de cartografías sociales que luego fueron digitalizadas en un software de libre acceso (ArcGis). Esta apuesta innovadora del Modelo buscó

promover las deliberaciones ciudadanas informadas respecto de los temas priorizados por las comunas. Los mapas se alojaron en un sitio web oficial gubernamental (<https://www.medellin.gov.co>) para la consulta de la ciudadanía. La disposición de la información, en un medio virtual, acercó a los participantes y no participantes de los territorios a la estrategia del Modelo de GTSbC.

En este mapeo, con el trabajo articulado y en red, se hizo posible que las interconexiones sociales evolucionaran a acciones colectivas de promoción de la salud y la vida comunitaria en dos comunas que, en momentos diferentes de la implementación del Modelo de GTSbC, coinciden en tejer redes alrededor del cuidado y la salud mental:

1. El cuidado de las niñas y niños en la Comuna 1 Popular.
2. La sensibilidad por el cuidado de los adultos mayores en la Comuna 11 Laureles-Estadio.

En conclusión, en la dinámica del Modelo, este Momento 2 evidencia algunas alianzas claves que van más allá de fortalecer lo existente en el territorio, a lo cual se armoniza la motivación de que se conviertan en articulaciones reales con los problemas priorizados.

Momento 3. Identificación y fortalecimiento de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades y los demás actores y sectores presentes en el territorio, en relación con el(os) problema(s) priorizado(s) por la comunidad.

Ya efectuados los mapeos de activos y la identificación de relaciones entre activos (sociales, comunitarios, personas e instituciones) del M2, se procedió a identificar el trabajo articulado y las alianzas y/o redes presentes en el territorio. En este M3, es clave identificar las fuerzas de las interacciones entre las organizaciones de base comunitaria, de las oenegés, de las instituciones públicas y privadas, de las empresas y de las personas en el territorio. La potencia o la debilidad en las interacciones serían clave a la hora de proponer acciones compartidas y de cooperación entre todos los activos presentes en el territorio (28). Luego de analizada esta información, se realizaron reuniones periódicas con los activos identificados para el fortalecimiento de las alianzas y/o redes en los problemas priorizados por la comunidad.

En esta medida, se avanzó en el fortalecimiento de la gobernanza local en salud en las 11 comunas de intervención. Se favoreció la conformación de alianzas sectoriales e intersectoriales y, con la acción comunitaria, se logró impactar positivamente los temas priorizados por ellos. Varias universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud, instituciones educativas (básica, primaria, secundaria, técnica), oenegés y líderes comunitarios se han unido para avanzar con una articulación pertinente para propiciar soluciones innovadoras a los retos en salud de los territorios.

Se pueden evidenciar algunas alianzas relacionadas con problemas concretos: 1 salud sexual y reproductiva (embarazo adolescente no deseado), 2 cuidado del adulto mayor y 3 salud ambiental, entre otros, que se pretenden fortalecer con el proceso de implementación del Modelo de GTSbC. Más que hablar de fortalecimiento de redes, en el Modelo se habla de fortalecimiento de alianzas claves, con la pretensión de que se conviertan en redes de trabajo colaborativo reales.

Momento 4. Fortalecimiento del liderazgo social y comunitario en salud, mediante procesos de formación a los líderes y lideresas comunitarias y demás actores en el territorio (equipos gestores).

Uno de los temas claves dentro del Modelo de GTSbC es el fortalecimiento de las capacidades individuales y comunitarias en relación con la salud. Para ello, este M4 contempla un proceso de formación, a través de un diplomado en Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad, teórico-práctico de 90 horas, distribuido en módulos. Parte de los diversos enfoques de la Educación para la Salud (29), de la pedagogía crítica (30) y del constructivismo con la ejecución de metodologías participativas.

En la medida en que las reflexiones y el desarrollo de las sesiones parten de la realidad y de las experiencias personales y comunitarias de los actores sociales participantes (líderes, lideresas, equipos gestores), del proceso creativo de reflexión y de análisis es donde se privilegia el diálogo de saberes y la deliberación. De este modo, la teoría y práctica de la salud pública y el liderazgo

social y comunitario en salud se fortalecen con este ejercicio de formación y construcción. Dentro del proceso de formación, los participantes del diplomado deben construir un perfil de proyecto que sea acorde con los temas priorizados en el M1 de la GTSbC, con el propósito de construir un proyecto comunitario para la consecución de financiación.

En la versión dos del diplomado, que se ofrece a las personas y equipos gestores que ya recibieron la versión uno, se profundiza en la gestión de proyectos. Y de la idea inicial del proyecto se pasa a la construcción de un proyecto que pueda ser financiado por una agencia de cooperación. De las 11 comunas que han participado, más de 300 personas se graduaron del diplomado y muchas participan activamente en los escenarios de diálogo y discusión en sus territorios (zonas, comunas y corregimientos de Medellín).

Momento 5. Comunicación para el cambio y la movilización social, a través de acciones de comunicación comunitaria.

La participación comunitaria en todos los procesos del Modelo de GTSbC y en los eslabones de la comunicación es clave; de ello dependerá el éxito o no de la estrategia de comunicación diseñada. Con la comunidad, se diseñan diferentes estrategias comunitarias y comunicacionales cuyos propósitos son:

- Dar a conocer las necesidades y potencialidades en salud de sus territorios;
- Fortalecer la necesidad de las alianzas y redes en favor de la salud y sus Determinantes Sociales (28)
- Crear la estrategia de comunicación comunitaria mediante un mapeo de activos de comunicaciones en los territorios y presentarlo a la comunidad en modelo de GTSbC
- Conocer los lugares de encuentro significativos de las personas en los territorios para desplegar allí las acciones de comunicaciones.

Así, la estrategia de comunicación aplicada en las comunas participantes posibilitó:

- Concretar activaciones territoriales (de los problemas priorizados) que fueron construidas y ejecutadas por los líderes y lideresas comunitarios.
- Realizar programas de radio con los problemas priorizados, los cuales se difundieron a toda la ciudad por una emisora cultural AM (Amplitud Modulada).
- Emitir boletines de avances quincenales en los cuales se dio cuenta del proceso de construcción del Modelo de GTSbC.
- Participar en programas de tv y radio local con miembros del equipo de trabajo de la GTSbC (líderes comunitarios, profesionales, promotores, gestores) mediante Free Press, en donde se presentó la experiencia del Modelo de GTSbC.
- Escribir artículos en prensa y textos para difundir la experiencia del Modelo de GTSbC en Medellín.
- Presentar ponencias sobre el Modelo de GTSbC en congresos nacionales e internacionales.

Momento 6. Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas y redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad. Acciones de abogacía en pro del fortalecimiento de la rectoría de la SSM con la academia.

Para el proceso de M6, el equipo territorial (profesional y promotor de salud) favorece la inserción de los problemas priorizados por la comunidad en los espacios de diálogo y discusión territorial. Se conforma un equipo gestor del Plan Comunal de Salud, con representantes de las mismas organizaciones del territorio, con la tarea de gestionar el Plan y ejercer la abogacía (asesoría y defensa jurídica, procesos judiciales y administrativos, ocasionados o requeridos) e incidencia para la Gestión Territorial de la Salud.

En las diversas comunas participantes, se incluyeron variadas acciones como:

- Constitución de Mesas Intersectoriales para la gestión del Plan Comunal de Salud.
- Inserción de los problemas priorizados por la comunidad en las discusiones programadas en los espacios de diálogo ya establecidos, o sea, en las Mesas de Diálogo.
- Gestión de los problemas priorizados por la misma comunidad desde los Equipos Gestores y en las Mesas de Diálogo.
- Concreción de alianzas para trabajar los problemas priorizados: 1 salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, 2 salud mental (adicciones y violencias de género e intrafamiliar), 3 salud ambiental, entre otros.

En cuanto a las acciones de abogacía y fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) con la academia, se obtuvieron avances significativos en las comunas 1 Popular y 3 Manrique:

Comuna 1 Popular. Su Equipo Gestor viene trabajando de la mano con la Vicerrectoría de Docencia de la Universidad de Antioquia, con más de diez unidades académicas: Medicina, Salud Pública, Odontología, Veterinaria, entre otras, para sus prácticas académicas, las cuales han sido concertadas con el Equipo Gestor y los líderes y lideresas comunitarios, de modo que respondan a sus realidades. Para ello, el Plan Comunal de Salud del territorio, construido con las comunidades ha sido la carta de navegación. A este trabajo se han sumado instituciones de educación básica primaria y secundaria del territorio, IPSs públicas y privadas, oenegés y las Secretarías de Salud, de Participación Social, de Inclusión, entre otras. En esta comuna 1, se ha logrado consolidar una alianza en favor de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, especialmente en lo relacionado con el embarazo adolescente.

Comuna 3 Manrique. Avanza una alianza con la Facultad del Área de la Salud de la UniRemington, donde también se han enfilado baterías para abordar las problemáticas priorizadas por la comunidad. En las demás comunas, también se avanza en el fortalecimiento de alianzas con los actores sociales del territorio. Estas acciones, especialmente en la Zona 1 Nororiental (comunidades 1 Popular, 2 Santa Cruz, 3 Manrique, 4 Aranjuez), se vienen articulando con la implementación del MIAS, en lo relacionado con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, en sus componentes comunitario e institucional. Esta articulación ha sido clave para la consolidación de alianzas y el fortalecimiento de redes.

Dos logros muy importantes del Modelo de GTSbC son:

1. Incidir en el Plan de Desarrollo de Medellín 2016–2019, ya que la Gestión Territorial de la Salud quedó incluida como una de las estrategias primordiales para avanzar en la Atención Primaria en Salud y en el trabajo con las comunidades.
2. Incluir los Planes Comunales de Salud, construidos con los mismos líderes comunitarios, en los actuales Planes de Desarrollo Local de algunas comunas y corregimientos.

Momento 7. Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación.

En el Momento 7, se generan herramientas necesarias para identificar, en principio, las estrategias de colaboración y consenso que se desarrollan con la comunidad. Se basan en las potencialidades y necesidades propias del territorio, es decir, las comunas que, combinadas con lineamientos municipales de gestión para el presupuesto participativo, generan empoderamiento y acciones sociales. Este M7 es incluido como parte de los procesos y actividades implementadas para la movilización social de la gestión de la salud, la cual se alinea en clave del sistema de Seguimiento, el Monitoreo y la Evaluación para la salud pública.

Ya explicados los siete momentos puntuales del Modelo de GTSbC, ahora se señalan las interacciones entre los siete momentos, se diagrama la conexión de cada uno de ellos, en los cuales se evidencian dos asuntos de teoría de cambio social que son de mayor trascendencia para el Modelo y su arquitectura: el primero, referido a la didáctica y a la pedagogía impulsadas por los diplomados; y el segundo, relacionado con la gestación de nuevos proyectos locales y comunitarios, a partir de la incorporación territorial de los problemas priorizados en salud (Figura 1.4).

ARQUITECTURA DEL MODELO DE GTSbC

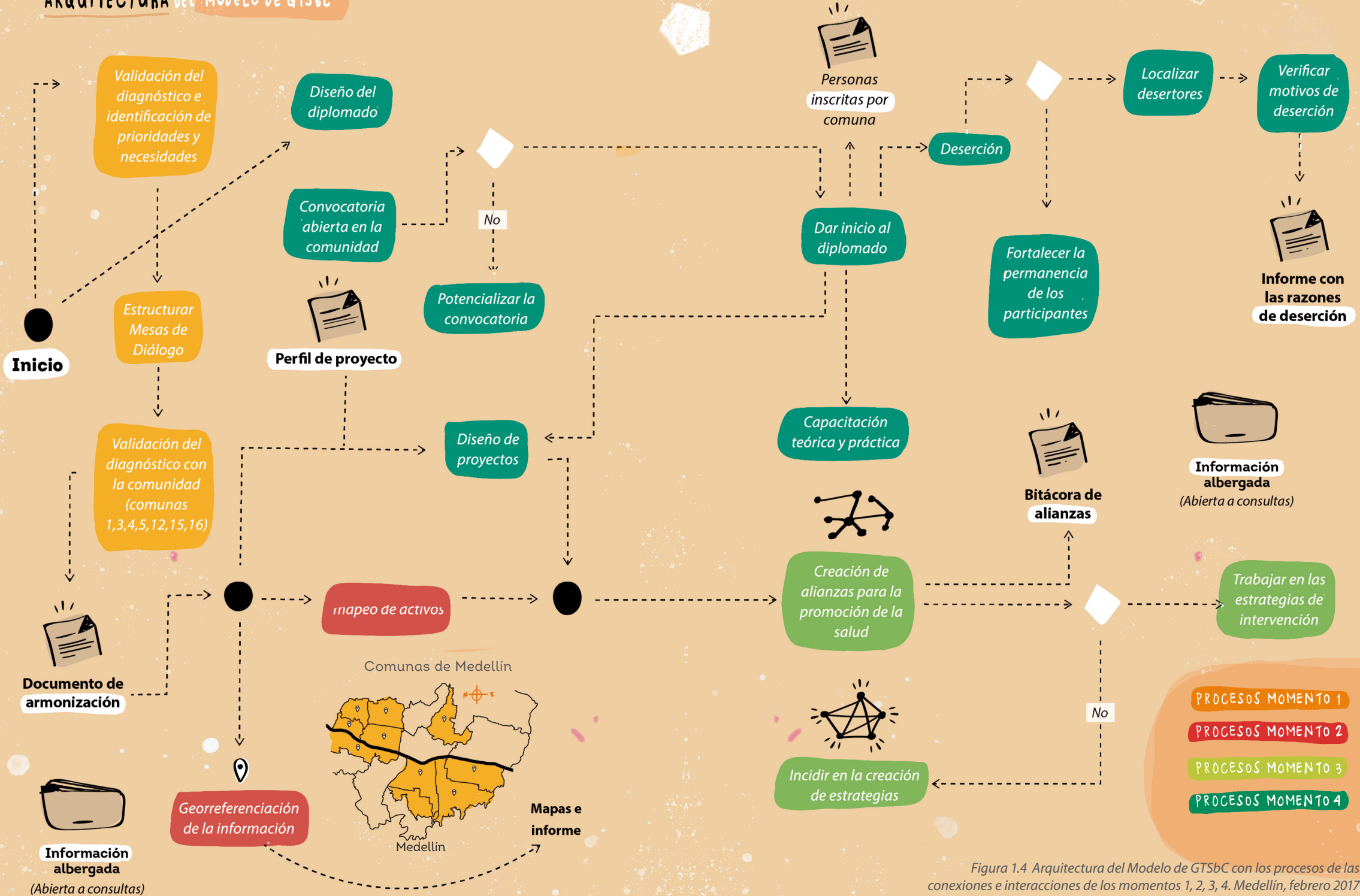


Figura 1.4 Arquitectura del Modelo de GTSbC con los procesos de las conexiones e interacciones de los momentos 1, 2, 3, 4. Medellín, febrero 2017

Esta arquitectura del Modelo de GTSbC define en varios Momentos, mediante documentos, formularios y registros, la operación eficaz para evaluar los procesos planteados en la ejecución del proyecto: M1, M2, M3, y M4. Por su parte, el M7 Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación (SSME) incluyó técnicas de trabajo comunitario como participación en grupos de discusión, encuestas, mapas sociales, seguimiento de indicadores, observaciones de antes y después, entre otras. El desarrollo de cada una de las actividades propuestas se plantea en el **Manual operativo**.

Esta ejecución la efectuaron:

- el equipo del SSME;
- los profesionales (gestores territoriales de la estrategia en el ámbito institucional);
- los líderes y líderes comunitarios; y
- los promotores territoriales (gestores territoriales de la estrategia en el ámbito comunitario).

El Manual operativo reconoce la evaluación (M7) en la implementación de una estrategia a nivel comunitario. Permite analizar la capacidad de incidencia de quienes operan los asuntos de la salud de sus comunidades en el plano local, es decir, los líderes comunitarios. La propuesta integrada del SSME se desarrolla en distintos niveles de la gestión: Tecnología, Aprendizaje, Gestión e Investigación + Desarrollo + Innovación (I+D+i).

El momento de evaluación responde a una experiencia evaluativa que va más allá del avance en el cumplimiento de las metas con respecto a los insumos, las actividades, los procesos y los productos derivados del Plan Local de Salud 2016-2019 (18). Se concibió como el seguimiento a unos indicadores relacionados con el tiempo y el propósito de cada Momento en las comunas incluidas en el proyecto y a otros indicadores propuestos acordes con las necesidades del propio contexto territorial.

Por lo tanto, esta propuesta del sistema de SME gira alrededor del concepto de actor comunitario y/o gestor comunitario de la salud, en dos aspectos.

- **Primero**, por las condiciones y capacidades que reúne de los recursos de poder capaces de incidir en el proceso de una política; en este caso, sobre los procesos de cambio de la salud de su entorno. Esto implica no incluir a cualquier involucrado, sino a personas que, en la praxis de los procesos de política, se adapten al entramado de la acción, el conocimiento y el poder de su territorio. El gestor comunitario es vital en este proyecto.
- **Segundo**, porque para valorar que este sistema funcione, es clave el enraizamiento o apropiación social del territorio en el plano de la gestión. Es decir, disponer de la autonomía necesaria que permita distinguir entre la capacidad de financiamiento institucional de las propuestas comunitarias ligadas a las definiciones de las inversiones públicas y de las que carecen de directrices para la participación comunitaria.

Limitaciones del Modelo de GTSbC

Cualquier modelo de salud, en cualquier territorio, genera de por sí un cambio en el paradigma entre las relaciones gubernamentales y administrativas con las fuerzas vivas de la sociedad. Por lo tanto, la identificación y análisis de los lazos existentes en el territorio, antes de la puesta en marcha de nuevas iniciativas, se convierten en una de las actividades primordiales para la gestión ética de la salud pública con las comunidades. Y si se cimentan en sus necesidades fundamentales, se impulsan decisiones administrativas íntegras y transparentes, con criterios de calidad y evidencia científica.

Este Modelo provee elementos para reflexionar sobre la necesaria manera de incorporar la teoría social del cambio en las actividades colectivas. En la arquitectura, la teoría del cambio se visualiza en la intersección distante del M1 con el M2, que desatan el fundamento de nuevos proyectos comunitarios emancipadores. En otra necesaria intersección, entre las alianzas y los proyectos que deben dinamizarse, el Modelo requiere ser acompasado desde el cambio mismo del individuo que se suma a un colectivo y que, como colectivo, transforma su iniciativa en un hecho comunitario.

Por lo tanto, un Modelo con las características actuales como el de la GTSbC deberá constantemente:

- Clarificar la articulación con las políticas sectoriales y las instancias de coordinación institucional.
- Promover el conocimiento de la Ley 1712 de 2014 por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
- Dilucidar los cambios estructurales de la participación social a través del Presupuesto Participativo.
- Ser facilitador en la rendición de cuentas de las acciones en salud municipal.
- Abogar por la inclusión de los criterios de transparencia y buen gobierno en las comunidades sujetas a intervención.
- Valorar los mapas de gestión de riesgos y de corrupción y
- Utilizar las herramientas de participación ciudadana para la gobernabilidad de los proyectos de manera corporativa, pues la percepción y la tolerancia a hechos opacos pueden fracturar las estrategias del cuidado del territorio y de la vida (31).

La implementación de este Modelo en contextos similares será posible si condiciones como la comprensión de la salud colectiva o la nueva salud pública se manifiestan en la protección de la vida comunitaria y en el cuidado y bienestar social comunitario. Este último aspecto, como limitante, se convierte además en una valiosa manera de concebir los Momentos como asuntos cambiantes, dinámicos y capaces de movilizar la salud para superar tensiones y resistencias ante los determinantes sociales de la salud.

Implicaciones políticas del Modelo de GTSbC

Con la actual disposición de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se busca orientar ...el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el 'acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud', para así garantizar el derecho a la salud (32).

Por lo tanto, este Modelo de GTSbC puede convertirse en un eslabón capaz de inducir en la población la necesaria manera de comprender la salud a partir de sus determinantes, de sus intervenciones y de las acciones conjuntas que pueden lograr formas de vida comunitarias que eviten ser hegemónicas ante el visible predominio de los factores de riesgo. Además, este Modelo propuesto puede dar "un aire" a los proyectos de salud ya que

- Propone la integralidad en el cuidado de la salud y del bienestar de la población en los territorios en donde se desarrollan.
- Requiere de instrumentos, entre ellos, de planificación como el de la armonización.
- Propicia el fortalecimiento de capacidades y de evaluación, lecciones aprendidas sobre la base de un capital social comunitario para la salud, de un empoderamiento comunitario en salud y de la participación social comunitaria para la salud.
- Brinda la oportunidad de participar en el Presupuesto Participativo para invertirlo en las acciones comunitarias.
- Plantea implicaciones en la implementación de políticas como la de los modelos de atención territorial que impulsan la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y las demás entidades que, sin ser del sector salud, realizan acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.

Quizás, uno de los grandes desafíos de las acciones territoriales propuestas en este Modelo sea comprender el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE (33) y acompasar el proceso de implementación en Medellín que supere lo funcionalista de los instrumentos complejos para la diversidad territorial al otorgarle especial valor a la "expansión de la libertad", fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como "sujeto con capacidad de gestión de su propia vida". En esta estrecha consonancia, el Modelo de GTSbC propone

intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud con el pleno reconocimiento de los sujetos sociales generadores del cambio social necesario para el cuidado comunitario.

Este Modelo salutogénico, cimentado en el sentido de la coherencia (15), compromete a la comunidad en la construcción social de la salud del individuo, en tanto atraviesa al sujeto social en su capacidad de afrontar, paso a paso, lo que toma sentido en la percepción social de la salud comunitaria. Además, confronta

- Motivaciones > el significado de la salud y la comunidad.
- intereses > las capacidades comunitarias para comprender la necesidad del cambio del proceso salud-enfermedad-asistencia y
- El apropiado uso de los recursos disponibles > lo que es manejable por una comunidad que acuerda, a partir de sus creencias, lo que desea implementar.

Y en términos de política pública, el Modelo GTSbC:

1. avanza hacia la apropiación de la política del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 (17);
2. identifica los roles y la trascendencia de su estabilidad dentro del sistema de salud, así como la participación de los actores comunitarios en la Promoción de la Salud en las zonas, comunas y corregimientos; y
3. devela la necesidad de consolidar nuevas competencias, habilidades y capacidades, no solo del talento humano propio de la Secretaría de Salud de Medellín, sino de todos los actores con quienes se interrelacionan en el logro de las metas para la salud contenidas en su territorio y que, enlazadas con otros territorios del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, buscan encontrar respuesta a los problemas de salud con otras políticas. SP

Referencias

1. Alcaldía de Medellín. Concejo de Medellín. Acuerdo Municipal 043 de 1996, modificado en el 2007, el cual crea e institucionaliza la planeación local y el Presupuesto Participativo en el marco del Sistema Municipal de Planeación y se modifican algunos de sus artículos. Gaceta Oficial, N°. 3.136 (21 Dic 2007).
2. Alcaldía de Medellín. Concejo de Medellín. Acta 036 del 17 feb 2016, Sesión Plenaria Ordinaria. Analizar la problemática del Programa Presupuesto Participativo. [Internet]. [consultado 2018 Oct 22]. Disponible en: <http://www.concejodemedellin.gov.co/sites/default/files/2018-01/Texto-del-acta-036-de-febrero-17-de-2016.pdf>
3. Alcaldía de Medellín. Concejo Municipal de Medellín. Acuerdo N°. 28 de 2017 por medio del cual se modifica el Acuerdo 43 de 2007 y se actualiza el Sistema Municipal de Planeación del Municipio de Medellín. Gaceta Oficial, N°. 4.444 (8 Mayo 2017).
4. Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo Medellín un hogar para la vida 2012-2015 [Internet].

Medellín: Alcaldía de Medellín, 2015 [consultado 2018 Oct 25]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal_del_Ciudadano/Plan_de_Development/Secciones/Publicaciones/Documentos/PlaDesarrollo2012-2015/2012-04-30_Proyecto_de_acuerdo_VERSION_COMPLETA.pdf.

5. Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo Medellín cuenta con vos 2016-2019 [Internet]. Medellín: Alcaldía de Medellín, 2015 [consultado 2018 Oct 26]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/Shared_Content/Documentos/2016/Proyecto_de_Acuerdo_Plan_de_Development.pdf

6. OMS. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud-Informe Final. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Argentina: La Stampa, 2008 [consultado 2018 Oct 26]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

7. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*. 2008 June; 23(2):190-9. doi: 10.1093/heapro/dan014.

8. Ewles L, Simnett I. *Promoting health: a practical guide*. London: Baillière Tindall; 1999.

9. Tannahill A. Health promotion and public health: a model in action. *Journal of Public Health*. 1988 Feb; 10(1):48-51.

10. Naidoo J, Wills J. *Health promotion: foundations for practice*. 2a ed. Edimburgo: Nueva York: Baillière Tindall; 2000.

11. Scriven A, Hodgins M (ed.). *Health promotion settings: principles and practice*. Los Ángeles: Sage Publications Ltd.; 2012.

12. OMS. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: entornos propicios para la salud. Conferencia de Sundsvall. Sundsvall: OMS;1991.

13. Arredondo A. Analysis and reflection on theoretical models of the health-disease process. *Cad Saúde Publ*. 1992 Sep;8(3):254-261.

14. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*. 1996 Mar;11(1):11-18.

15. Lindström B, Eriksson M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005 May;59(6):440-2.

16. Figueroa ME, Lawrence Kinkaid D, Rani M, Lewis C. *Modelo integrado de comunicación para el cambio social*. New York: The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs; 2002.

17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00001.841 de 2013 por medio de la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. *Diario Oficial*, 48.811 (May 28 de 2013).

18. Alcaldía de Medellín. *Modelo Medellín ciudad saludable: hacia la construcción participativa de una ciudad para vivir más y mejor*. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín; 2015.

19. Secretaría de Salud de Medellín. *Plan de Salud de Medellín: Medellín Ciudad Saludable 2012 - 2015*. *Rev Fac Nac salud pública*. 2012 Ene-Jun; 5(1):93-97.

20. Martínez Navarro F, Marsé Campos P. *Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: las explicaciones causales*. Salud Pública. México: McGraw-Hill – Interamericana; 1997;55-80.

21. Departamento Administrativo de Planeación. *Informe de Calidad de Vida 2012-2015* [Internet]. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2012. Disponible en: <http://redcomovamos.org/wp-content/uploads/2016/09/Informe-de-indicadores-objetivos-sobre-la-calidad-de-Vida-de-Medellin-2012-2015-2.pdf>

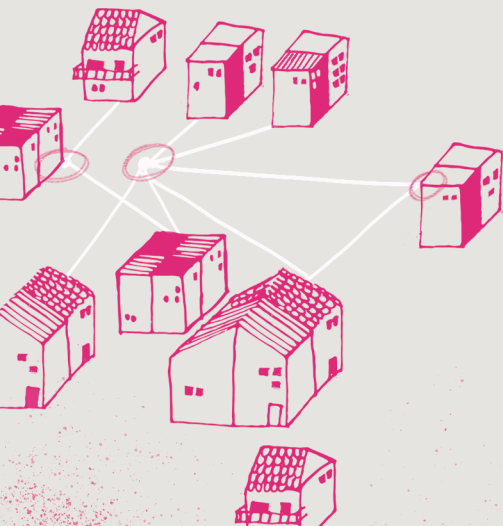
22. Giddens A. *The constitution of society: outline of the theory of la structuration*. Berkeley: University of California Press; 1984.

23. Franco S. *Teoría y práctica de la salud pública*. *Rev Fac Nac salud pública*. 1995 Ene-Jun; 12(2):63-76.

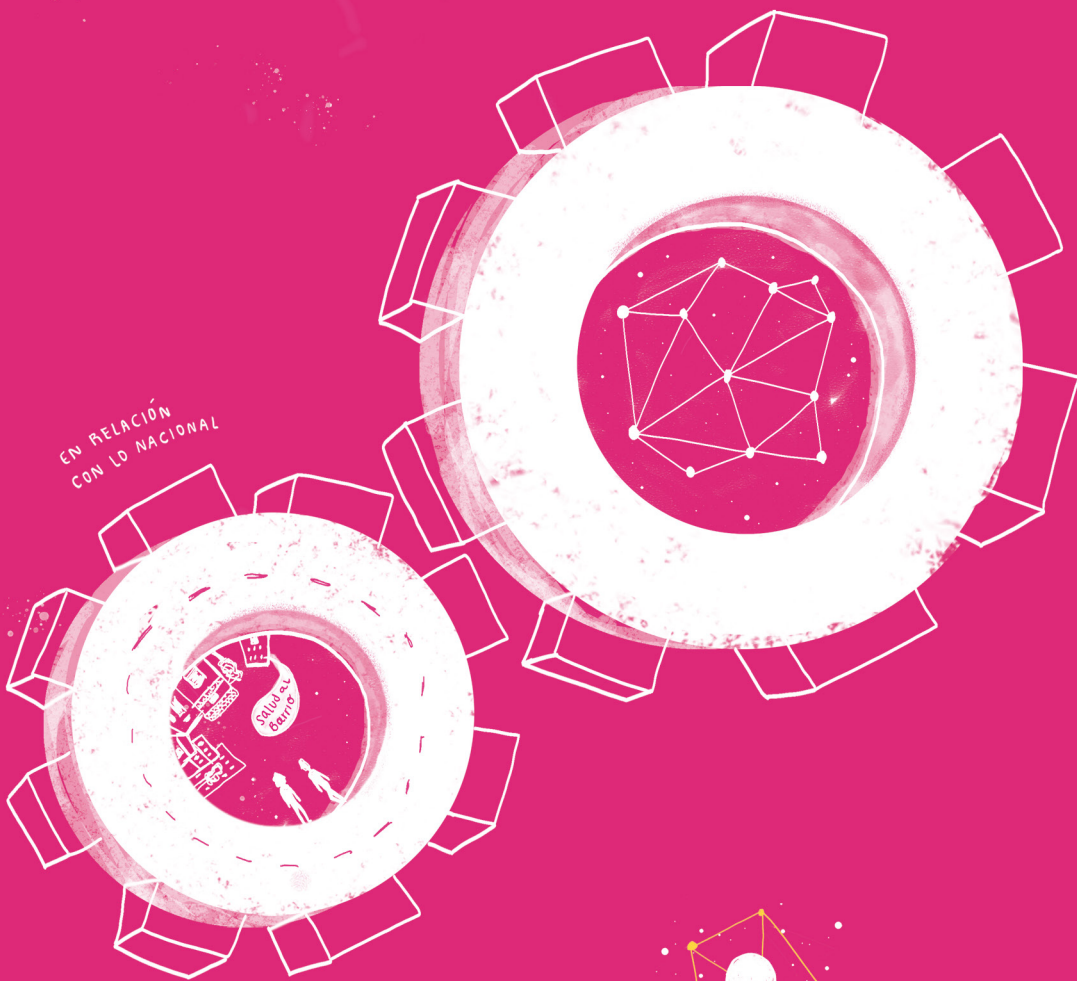
24. Touraine A. *Crítica a la modernidad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica; 1994.

25. Improvement and Development Agency. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. Londres: IDEA Layden House; 2010.
26. Kretzman J, Mcknight J.L. Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community assets. Evanston (Illinois): Institut for Policy Research; 1993.
27. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut. Guía para la elaboración de mapa de activos en salud en las Islas Baleares [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. [consultado 2018 11 22]. Disponible en: http://ealvac.caib.es/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf
28. Granda E. La salud y la vida. Algunas ideas sobre la organización de redes en salud. Art. 6. Vol 1. Quito: OPS; 2009. p. 83-94.
29. Carretero M. Constructivismo y educación. México: Progreso; 1999.
30. Ortega Valencia P. La pedagogía crítica: reflexiones en torno a sus prácticas y sus desafíos. Pedagogías y saberes. 2009 Sept; (31):26-34. DOI: <https://doi.org/10.17227/01212494.31pys26.33>
31. Restrepo Zea J. (Coord). Recomendaciones de política: en busca de una mayor integridad y transparencia en el sistema de salud colombiano. Medellín: MPS Publicidad; 2018.
32. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial, 49.794 (Feb 22 de 2016).
33. Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención en salud para el sistema general de seguridad social en salud [Internet]. Bogotá; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Lineamiento-desarrollo-mias.pdf>

LA GESTIÓN
DE LO LOCAL



EN RELACION
CON LO NACIONAL



capítulo 2

GESTIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD BASADO
EN LA COMUNIDAD: NORMATIVIDAD NACIONAL
Y LOCAL

Alejandro Valencia Villa, David Hernández Carmona

Sumario. *Constitución Política República de Colombia 1991 // Ley 100 de 1993: creación del Sistema General de Seguridad Social Integral // Sentencias de la Corte Constitucional de Colombia en favor de la salud como derecho fundamental (T-491 de 1992, T-535 de 1999, T-261 de 2007, T-016 de 2007 y T-760 de 2008 // Derecho fundamental a la salud y los procesos de planeación y participación en salud // Ley Estatutaria 1751 de 2015 por el derecho fundamental a la salud // Modelo Integral de Atención en Salud // El Modelo de GTSbC en el Plan de Desarrollo Local de Medellín // Referencias.*

El reto de la salud en Colombia se ha desarrollado entre los ires y venires de los procesos jurídicos, democráticos y participativos. Este trasegar normativo —Constitución, leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, sentencias, planes y otras decisiones— ha concurrido en la consolidación de un Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad aplicado en Medellín.

Constitución Política República de Colombia 1991 (CPRC 1991)

Colombia inicia la última década del siglo XX con la proclamación de una nueva Constitución (1991), la cual reemplazó la Constitución Política de la República de Colombia de 1886 (1). En ésta existía una estrecha relación entre el Estado colombiano y la Iglesia; las libertades individuales apenas se insinuaban: “La Nación Colombiana se reconstituye en forma de República unitaria”. (Art. 1). “Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas (...)”. (Art. 19).

La CPRC1991 (2) replanteó, desde su proclamación, la relación entre el Estado y la sociedad. Así, Colombia pasó de ser una República unitaria (1886) a convertirse en un ‘Estado Social de Derecho’ (Art. 1, 1991), lo cual implicó una forma institucional de actuar con la función esencial de preservar los derechos de los ciudadanos y una diferenciación entre acatar y someter: “Es deber de los nacionales y de los extranjeros en Colombia acatar la Constitución y las leyes, y respetar y obedecer a las autoridades” (CPRC 1991, Art. 4), cuando en la de 1886 (1) decía: “Es deber de todos los nacionales y extranjeros en Colombia, vivir sometidos a la Constitución y a las leyes, y respetar y obedecer a las autoridades”. (Art. 10). El ejercicio del poder se convierte en jurídico y deja de ser arbitrario.

En el preámbulo de esta norma de normas, se dirige al pueblo de Colombia y puntualiza que se decreta con el fin de asegurar a sus integrantes la vida “dentro de un marco jurídico, democrático y participativo” (2). Igualmente, en los derechos fundamentales expresa uno que dice: “El derecho a la vida es inviolable” (Art. 11) (2). Esto cobra relevancia porque, como se verá más adelante, la salud en Colombia comenzó un largo camino para su reconocimiento como derecho a partir de su estrecha relación con la vida y por las múltiples interpretaciones de la norma por parte de la Corte Constitucional.

Sobre esa relación, Gañán (3) señala que para la “satisfacción efectiva e integral, como derecho a una vida digna, depende del aseguramiento real de otros derechos. Entre ellos se destaca el derecho a la salud”.

Con respecto a la salud, varios conceptos se estipulan en la Constitución Política de Colombia (1991) (2):

Artículo 44. “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (...)”.

Artículo 48. Garantiza el derecho irrenunciable a la prestación de servicios y cobertura en salud, aseguramiento que se expresa de este modo: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del



Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.

Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Como se evidencia en las citas anteriores, la salud en Colombia, en un primer momento, fue considerada un servicio público, con excepción de la niñez; solo para este grupo poblacional era considerado un derecho fundamental. De acuerdo con esto, en la interpretación jurídica se infería que la salud no tenía el carácter de derecho fundamental, sino de un servicio social. Comprender esta concepción de la salud es clave para entender en qué momento de la historia reciente de Colombia, a partir de las múltiples revisiones de la Corte Constitucional y de la consecuente evolución de la norma, se empezó a hablar normativamente de la salud como derecho fundamental.

Además, porque esta nueva concepción cambió la aplicación institucional de la norma en relación con la salud, no solo para garantizar el acceso a los servicios de atención a la enfermedad, sino para garantizar una salud integral. Ello implicaba trabajar sobre un continuo de cuidados y atenciones:

- La promoción de la salud.
- La prevención de la enfermedad.
- La atención de la enfermedad en los diferentes niveles de complejidad.
- La rehabilitación.
- Los cuidados paliativos y
- La ayuda a una muerte digna.

Ley 100 de 1993: creación del Sistema General de Seguridad Social Integral (SSSI)

Como consecuencia de la CPRC 1991 y para hacer operativos sus artículos 48 y 49, se creó la Ley 100 de 1993 (4) en la cual se organiza el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado y regula todo lo relativo a la prestación del servicio de salud y la seguridad social en Colombia. El Artículo 1º. estipula:

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. (4)

Como tal, la Ley 100 no se refiere a la salud como un derecho fundamental, sino que, de manera explícita, se refiere a conceptos como “atención en salud, servicio público de salud, servicio público esencial de salud, servicio de interés público, salud pública y Sistema General de Seguridad Social en Salud” (3). Con esta Ley, se crea un sistema que busca garantizar los procedimientos administrativos que den cumplimiento a la prestación y al acceso de un servicio que conlleve a que el derecho a la salud sea efectivo.

Sin embargo, desde la concepción de la Ley 100 se definieron principios y conceptos que van en la misma dirección de garantizar la salud como derecho, al concretar, por primera vez, la necesidad de fomentar acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de salud familiar:

Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de salud. (Art. 153, numeral 3). (4)

Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general,

en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. (Art. 162). (4)

El numeral 3° del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 también es enfático en determinar el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad como una fase esencial de la atención en salud. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud familiar se constituyen en alternativas y estrategias adecuadas de los modelos de salud de tipo integral para el desarrollo de la salud de los individuos y las comunidades. (3)

Sentencias de la Corte Constitucional de Colombia en favor de la salud como derecho fundamental

La Corte Constitucional de Colombia, organismo perteneciente a la rama judicial del Poder Público, es la institución encargada de salvaguardar la Carta Política. Gracias a esta función, ha sido clave en el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental. A través de múltiples sentencias, que dieron respuesta a cientos de acciones de tutela que apelaban por la defensa de la salud como derecho, la Corte Constitucional se pronunció en 2008 y reconoció la salud como un Derecho Humano Fundamental a cargo del Estado. La acción de tutela (2) (Art. 86, CPRC 1991) —como procedimiento preferente y sumario para la protección inmediata de derechos constitucionales fundamentales y como medio de defensa judicial— fue clave en este escenario porque permitió poner en discusión el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, puesto que la vida de miles de personas dependía de ello si el Estado y la sociedad no reconocían este derecho desde esta perspectiva.

Este tema Gañán (2013) (3) lo define como la *justiciabilidad del derecho a la salud*: derecho que es objeto de defensa jurídica mediante las vías legales, una de ellas, la acción de tutela. Al respecto, él expresa:

Es fácil comprender que su defensa depende de la consideración del derecho a la salud como un derecho fundamental o como un derecho estrictamente social. Como un derecho estrictamente social, programático o de prestación no ha sido objeto de tutela, con base en los preceptos del artículo 86 de la Constitución Política de 1991 (2).

Sin embargo, la consideración jurídica que ha originado la Corte Constitucional en las sentencias, es clara la defensa legal mediante la acción de tutela. Estas son algunas de las sentencias de la Corte que fijan una posición y definen la salud como derecho fundamental desde 1991 hasta 2008.

Sentencia T-491 de 1992: Derecho Fundamental a la salud por conexidad a la vida.

Define que la salud es un derecho fundamental por su conexidad con el derecho a la vida.

Los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que, no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que, si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. Es el caso de la salud, que no siendo en principio un derecho fundamental, pasa a gozar de esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su vida (6).

Esto quiere decir que la salud se reconoce a partir de su relación con la vida y, en caso de su deterioro o agravio, se estaría atentando contra la vida misma. A partir de ese concepto de conexidad (6) expresado por el Magistrado Ponente, Eduardo Cifuentes Muñoz, la Corte le otorgó a la salud el carácter de derecho fundamental.

Esto tiene varias implicaciones. Una de las más significativas es que, en ocasiones, donde no esté en peligro la vida, el derecho a la salud no es objeto de salvaguarda jurídica y no es fundamental en su autonomía. Ello, además, indica que la salud como derecho, en esta instancia, sigue siendo considerada en su concepción binaria de atención a la enfermedad.

Sentencias T-535 de 1999 y T-261 de 2007: Derecho Fundamental a la salud con relación a determinadas poblaciones

Estas dos sentencias de la Corte declaran explícitamente el carácter fundamental del derecho a la salud en lo que refiere a grupos poblacionales específicos: mujer (durante el embarazo y después del parto, Art. 43) (2), niños (Art. 44) (2), adulto mayor (Art. 46) (2), disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (Art. 47) (2). Son poblaciones que, en definitiva, pueden estar en situaciones de alta vulnerabilidad sobre el tema de la vida.

En cuanto al adulto mayor, la **Sentencia T-535 de 1999** (7) determina que hay que garantizar, real y eficazmente, lo consagrado en el Artículo 46 de la CPRC 1991, “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”, o sea, el derecho a la vida digna de las personas de la tercera edad, sentencia de M. P. Carlos Gaviria Díaz.

De otro lado, la **Sentencia T-261 de 2007** (8) determina el derecho a la salud del adulto mayor como un derecho fundamental autónomo; el derecho a la vida digna sin que se violen los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la protección a la tercera edad, exposición del M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Para el caso de las personas de la tercera edad y por tratarse de sujetos de especial protección constitucional, el derecho a la salud adquiere la calidad de derecho fundamental autónomo, en razón a las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran. Es por esta razón, que el Estado por intermedio de las entidades prestadoras de salud -E.P.S.-, está obligado a prestar la atención médica integral que requieran de conformidad con el tratamiento ordenado por el médico tratante, atendiendo la protección reforzada de que gozan, con sujeción a los principios de celeridad, eficiencia, continuidad y oportunidad, pilares establecidos desde el ordenamiento constitucional (8).

Sentencia T-016 de 2007 y Sentencia T-760 de 2008: Derecho fundamental a la salud con relación a su carácter constitucional

Estas sentencias de la Corte se han realizado en función de la revisión de acciones de tutela donde los ciudadanos colombianos han interpuesto el recurso en aras de preservar su derecho a la salud, lo que indica que no hay unanimidad jurídica con respecto a la salud como derecho, sino sentencias circunstanciales que son importantes, como las dos que se muestran acá, para comprender la evolución normativa que ha tenido el derecho a la salud en Colombia.

La **Sentencia T-016 de 2007** presentada por el M. P. Humberto Antonio Sierra Porto expresa que:

La fundamentalidad de los derechos no depende –ni puede depender– de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución. Una cosa es la fundamentalidad de los derechos y otra –muy distinta– la aptitud de hacerse efectivos tales derechos en la práctica o las vías que se utilicen para ese fin (9).

En la misma vía de lo que se viene planteando sobre la conexidad de la salud con otros derechos, la **Sentencia T-760 de 2008** del M. P., Manuel José Cepeda Espinosa, marca un precedente, al plantear que:

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana (...), y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, (...) a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, (...) con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. “La salud es un servicio de obligatorio

cumplimiento y el Estado debe garantizar el acceso oportuno a todos sus ciudadanos. El incumplimiento de este derecho deriva en la afectación de otros como la dignidad humana, el derecho a la vida y la integridad personal (10).

Derecho fundamental a la salud y los procesos de planeación y participación en salud

La **Ley 1122 de 2007**, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipula que:

El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar (11).

Este plan debe incluir, entre otros aspectos, “El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, el cual reemplazará el Plan de Atención Básica” (Art. 33, literal h) (11). De este modo, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas “consiste en un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad” (3).

Así mismo, la **Ley 1438 de 2011** (12), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortalece el SGSSS y aporta avances significativos en la concepción de la salud como derecho fundamental, puesto que creó un modelo de prestación de servicio público de salud basado en la adopción de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) (Art. 12).

(...) estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La implementación de la estrategia APS se rige por estos principios (Art. 12, literal 13.1): “universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad” (12).

Esto significó un giro con respecto a cómo se había dado históricamente el acceso y la atención en salud, pues se acentuaba la necesidad de generar sinergias y articulaciones coordinadas entre el Estado, las instituciones prestadoras de servicios y la sociedad, en una relación de corresponsabilidad sobre la salud y la creación de ambientes sanos y saludables, buscando mayor calidad, inclusión y equidad.

La misma Ley resaltó que la salud no consistía solo en recibir atención en los centros dispuestos para esto, sino que, además, había que llevarla hacia los territorios donde habitan las personas. Y, a su vez, convertir a esas personas en actores claves de sus propios entornos saludables. La estrategia de APS generó la necesidad de participación activa y articulación intersectorial, lo que era un hito en la forma o modelo de atención.

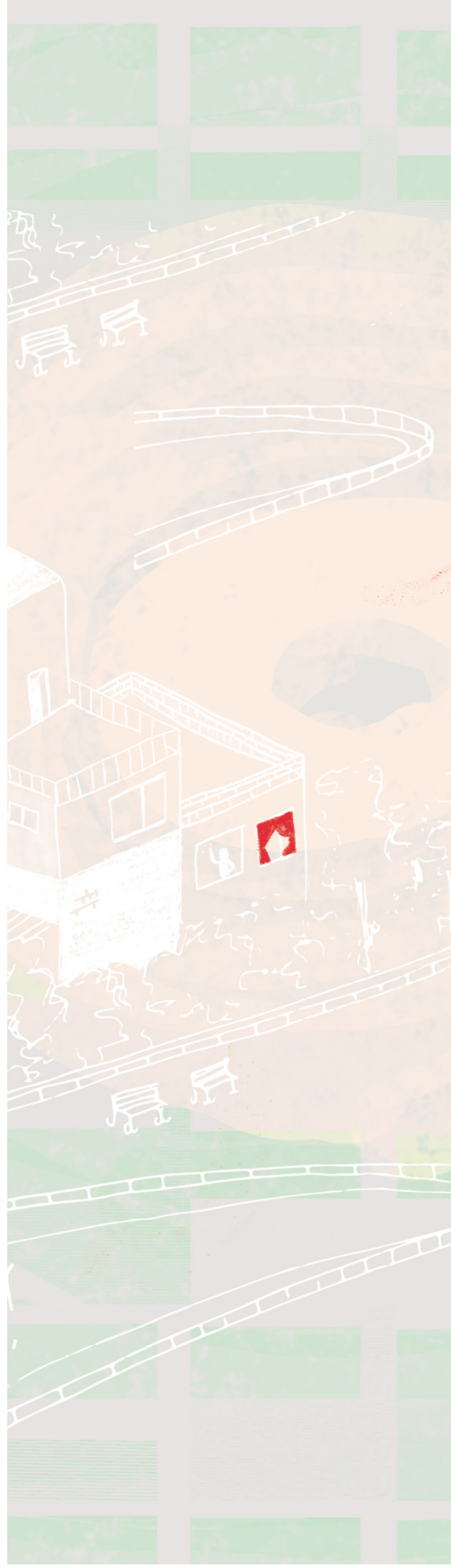
Además, es importante resaltar que esta Ley 1438, artículo 6°. (12), define que el Ministerio de Salud y Protección Social debe elaborar el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan (12).

Como se verá luego en este capítulo, dicho PDSP dio un viraje total en la concepción de la salud como derecho fundamental, al hacer un abordaje desde los Determinantes Sociales de la Salud a partir de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales que se encuentran en el PDSP de Colombia 2012-2021: “Las ocho (8) dimensiones prioritarias que establece el Plan Decenal de Salud Pública representan aspectos fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas y sus comunidades y que por su importancia se deben intervenir, preservar o mejorar” (13):

- 1 Salud ambiental
- 2 Vida saludable y condiciones no transmisibles
- 3 Convivencia social y salud mental
- 4 Seguridad alimentaria y nutricional
- 5 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
- 6 Vida saludable y enfermedades no transmisibles
- 7 Salud Pública en emergencias y desastres (13).

Las dos (2) dimensiones transversales: 1 La Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, 2 El Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, representan aspectos fundamentales para tener en cuenta en todas las dimensiones prioritarias. Cada una de estas dimensiones tiene componentes, objetivos, metas y estrategias (13).

Con respecto a la participación social en salud, se reglamentó con el **Decreto 1757 de 1994** — aclarado por el Decreto Nacional 1616 de 1995 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994—, en el cual se organizaron y establecieron las modalidades y formas de participación en salud por personas naturales y jurídicas “a nivel ciudadano, Con respecto a la participación social en salud, se reglamentó con el **Decreto 1757 de 1994** — aclarado por el Decreto Nacional 1616 de 1995 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994—, en el cual se organizaron y establecieron las modalidades y formas de participación en salud por personas naturales y jurídicas “a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud” (Art. 1) (14).



Según el Artículo 2 del citado Decreto, las formas de participación en salud (Cuadro 2.1) se definen así:

Cuadro 2.1 Formas de participación en salud según el PDSP

<p>La participación social Es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos</p>	<p>La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud Es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados</p>
<p>Para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende:</p> <p>Participación ciudadana. Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.</p> <p>Participación comunitaria. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud (14).</p>	<p>Para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud (14).</p> <p><i>Fuente: Decreto Reglamentario 1757 de 1994, Art. 2 Formas de participación en salud. Disponible en: http://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?id=1345494</i></p>

Por medio de la Resolución N°. 002063 de 09 de junio de 2017 (15), del Ministerio de Salud y Protección Social, se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS) en la cual se avanza en la garantía del Derecho a la Salud y la Participación Social y Comunitaria en Salud; se acoge lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 por el Derecho Fundamental a la Salud, en su artículo 12, referente a la participación en las decisiones del sistema de salud expresa que “El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que le afectan o interesan” (5). También adopta la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y su Modelo de Atención (15).

Para la GTSbC, es importante destacar tanto la ‘participación ciudadana’, cuando es ejercida

por el ciudadano individualmente considerado, en defensa de los derechos de la persona, la familia y la comunidad; como la 'participación comunitaria', cuando se ejerce en forma colectiva, lo cual tiene diferentes expresiones territoriales, sectoriales y en instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De otro lado, la participación de los usuarios organizados en las diferentes instituciones del SGSSS también ha sido prevista y reglamentada mediante:

- Los Comités de Participación Comunitaria (COPACOs) (14) (16).
- Las asociaciones, ligas o alianzas de usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del SGSSS (14) (16).
- Los representantes de los usuarios en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, en los Comités de Ética Hospitalaria y en las defensorías de los usuarios en los diferentes espacios del SGSSS (14) (16).

La participación social, tanto ciudadana y comunitaria, en el control social se realiza a través de las Veedurías Ciudadanas del sector Salud y de las Mesas Ampliadas y Centrales del sector salud en los territorios, entre otras.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP)

Como se expuso en el apartado anterior, la Ley 1438 de 2011 (12) en su artículo 6 definió que el Ministerio de Salud y Protección Social debía elaborar el Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso ampliamente participativo. Para ello, se realizaron jornadas de diálogo y concertación con diferentes actores en todo el territorio nacional. Como resultado de esta Ley, se le dio vida al Plan en 2012 con duración hasta 2021 por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (13), como se explica a continuación con la intersectorialidad y los Determinantes Sociales de Salud (DSS), con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y con la normatividad internacional.

Intersectorialidad y Determinantes Sociales de Salud. El PDSP (13) marcó un punto de quiebre histórico en la concepción de la salud y en su modelo de aplicación institucional porque partió de varias premisas fundamentales que le dieron a la salud una connotación más allá de la atención a la enfermedad. Aspectos como la confluencia de políticas sectoriales e intersectoriales, incluyendo la salud mental, dan cuenta de ello, lo cual indica una apuesta decidida por impactar positivamente en los DSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que adoptó el PDSP y adaptó.

De este modo, se reconoce la salud como un estado integral resultante de otros determinantes de tipo poblacional, ambiental, social y económico, como la promoción de políticas diferenciales para grupos étnicos y de género, la empleabilidad, la promoción de la cultura, la protección y el desarrollo para los distintos grupos poblacionales, entre otros.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El PDSP se concibe dentro de un marco normativo que genera las condiciones políticas para cambiar la concepción de la salud como un estado más allá de la enfermedad. Se empieza a reconocerla de manera integral y a ser consciente de la necesidad de programas más acentuados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de los problemas sociales asociados a la idea de bienestar y de oportunidad para el desarrollo de todas las potencialidades humanas. Así, la salud parte de la idea en positivo de manejar estrategias de prevención de la enfermedad antes que de curación, de incentivar ejercicios de promoción de la salud antes que de atención. Además, con una idea clara de que la salud colectiva encuentra su vitalidad y garantía en la comunidad (3).

Normativa internacional. El PDSP se complementa en normativa con los múltiples tratados, compromisos y políticas internacionales a los que se suscribe Colombia, entre los que se destacan:

- Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud (Río de Janeiro, 2011).
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (ONU, 2000).
- Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU, 1994).

- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, Beijing, 1995).
- Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003).
- Acuerdo 0414 de 2007, Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de Leche Humana (BLH).
- Protocolo de Kioto de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Naciones Unidas, 1992).
- Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos (Colombia, Ley 253 de 1996).
- Reglamento Sanitario Internacional (RSI) A/58/55 (Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza), 2005).
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021(MSPS, 2012), entre otros.

De esta manera, en Colombia se va configurando un camino hacia la salud como derecho fundamental que encuentra, en consonancia con esta línea de cambio en la concepción de la salud integral que propone el PDSP, un soporte jurídico en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 por el Derecho fundamental a la salud.

Ley Estatutaria 1751 de 2015 por el Derecho Fundamental a la Salud: consideraciones generales

En concordancia con el planteamiento anterior sobre la transición de la salud como derecho fundamental, en el PDSP 2012- 2021 y en los diferentes pronunciamientos de las sentencias de la Corte Constitucional, desde 1992 hasta 2008 descritas en este capítulo, el Congreso de la República sancionó la Ley Estatutaria por el Derecho Fundamental a la Salud, Ley 1751 de 2015 (5), cuyo “objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Art. 1). Así, se termina de sellar un camino normativo para que en Colombia la salud sea considerada como un derecho humano fundamental y el Estado colombiano actúe, en consecuencia, para su garantía efectiva.

En su Artículo 2°, promulga la naturaleza y el contenido de la norma:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado” (5).

En esta cita se deja explícito un enfoque de salud integral al plantear la preservación y promoción como acciones esenciales para la salud. También, al plantearse como fundamental la garantía de la equidad en oportunidades en el acceso a las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad y cuidados paliativos.

La Ley 100 de 1993 (4) consideraba nueve (9) principios en el Art. 153: Equidad, **Obligatoriedad**, Protección integral, **Libre escogencia**, Autonomía de instituciones, **Descentralización administrativa**, **Participación social**, Concertación, Calidad.

Con la Ley 1751, la salud empieza a regirse normativamente por una serie de principios que llenan de contenido el concepto de integralidad, clave para entender la diferencia entre atención a la enfermedad, o atención de salud como servicio público y la salud como derecho humano fundamental que incluye 14 elementos esenciales e interrelacionados:

“a) Universalidad, b) **Pro homine** [pro hombre], Equidad, d) Continuidad, e) Oportunidad, f) Prevalencia de derechos, g) Progresividad del derecho, h) Libre elección, i) Sostenibilidad, j) Solidaridad, k) Eficiencia, l) Interculturalidad, m) Protección a los pueblos indígenas, n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM [gitana] y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras” (Art. 6) (5).

También, se destaca el artículo 9° de la Ley Estatutaria 1751 sobre los DSS:

Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. (...).

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud” (5).

Este artículo es fundamental porque, como ya se venía planteando con el PDSP 2012-2021 (13), el concepto de salud integral se fundamenta en la idea de que hay una serie de factores de tipo social, económico, cultural, nutricional, ambiental, ocupacional, habitacional, educativo y de acceso a servicios públicos — no solo biológicos o físicos— que definen las condiciones para que, individual o colectivamente, los ciudadanos colombianos alcancen el estado de bienestar y calidad de vida acorde con la dignidad humana. Es decir, este artículo 9 (5) recoge el cambio en el paradigma de la salud, con efecto normativo que busca su garantía y realización.

Dicha Ley Estatutaria (5) sienta un precedente normativo histórico de suma importancia que acompaña el devenir y la evolución de la salud en Colombia, y hace parte, a su vez, del cambio en el paradigma de la salud. Pero, esta Ley por sí sola no garantiza que el Derecho a la salud sea efectivo como tal. Por eso está rodeada de otras normas que siguen avanzando para que en Colombia sea real el alcance de la salud integral.

Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

El Plan Nacional de Desarrollo (PND): Todos por un nuevo país 2014-2018, expedido por la Ley 1753 de 2015 (16), tuvo relevancia en materia de salud porque hace posible la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y sentó la base jurídica para dar cumplimiento al mandato de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (5) por el derecho fundamental a la salud. De esta manera, referente a la salud, el PND 2014-2018 planteó entre sus objetivos “reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud” (17).

Este PND enfiló sus esfuerzos en aumentar el acceso y la calidad de los servicios en salud, mejorar la infraestructura sanitaria, asegurar la sostenibilidad financiera del sistema y, de manera importante, privilegiar estrategias de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de salud pública con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo además el talento humano responsable de la atención (18).

Igualmente, el artículo 65 (17) establece que el Estado, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), debe formular la política pública en salud que regiría para todos los colombianos. En cumplimiento de esta norma, el MSPS creó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con la Resolución 429 de 2016 (18) que se inserta en el marco legal correspondiente a la Ley Estatutaria 1751 (5) cuando expresa que será de “obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como de las demás entidades que presten el servicio de salud” (17).

La PAIS se creó con propósitos muy claros de trabajar por la salud al tener en cuenta las necesidades y particularidades de cada territorio en los distintos niveles del ordenamiento colombiano, con enfoques como el de Gestión Integral del Riesgo en Salud y con modelos diferenciados de acuerdo con las zonas y el tipo de población: urbana, rural o dispersa:

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual se adopta mediante la presente resolución, junto con su anexo técnico, el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del Sistema de Salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un

cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano (Art.1) (18). Y, de manera general, el objetivo de la PAIS:

(..) está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (Art.1) (18).

Uno de los principales retos de la PAIS es incrementar y acercar, cada vez más, a las personas hacia las acciones de las entidades territoriales encargadas de la atención en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención en los diferentes niveles de complejidad. Es decir, pone a los actores del sistema a generar encuentros, sinergias y articulaciones que permitan desarrollar un trabajo articulado y consciente para lograr realmente una salud integral para toda la población.

En este contexto, es clave que las personas de la comunidad se encuentren y dialoguen con los diferentes actores presentes en el territorio y que esos diálogos también se den con las instancias de planeación local, departamental y nacional, de modo que las propuestas de intervención y acción surjan de las mismas comunidades, pero que encuentren en esos instrumentos de planeación la posibilidad de materializar sus sueños de salud. Esto se traduce en un cambio que entiende la salud más allá de la atención de la enfermedad, para comprenderla como el resultado de garantizar el acceso y de impactar los DSS para que la población pueda alcanzar todas las potencialidades físicas, mentales y espirituales para el desarrollo de una vida digna, con base en la premisa de la dignidad humana.

De acuerdo con lo anterior, la PAIS se compone de un marco estratégico y de un marco operacional. La Política de Atención Integral de Atención en Salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención Territorial (MIAT).

El **Marco Estratégico** se fundamenta en los factores de los Determinantes Sociales de la Salud. Ello indica que el Estado reconoce que hay diversos determinantes que inciden en los DSS, íntimamente relacionados, que son los generadores de problemas en salud para las poblaciones y sus entornos pero que también definen las condiciones para que, individual o colectivamente, los ciudadanos colombianos alcancen el estado de bienestar y calidad de vida acordes con la dignidad humana.

Este reconocimiento hace posible que la Atención Primaria en Salud se construya con una política basada en cuatro estrategias centrales (Art. 2):

1. Con enfoque de salud familiar y comunitaria.
2. El cuidado.
3. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS).
4. El enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (18).

Como lo expresa la Resolución 429 de 2016, éstas "(...) permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial" (Art. 2) (18).

El **Marco operacional** es el **Modelo de Acciones Integrales Territoriales MAITE** que hace operativa la PAIS, hoy **MIAS territorial**. Este marco operacional se desarrolla a partir de estrategias adaptadas a las necesidades de cada territorio para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, en condiciones de equidad. Comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan, de manera coordinada, las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas (Art. 3):

La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de

Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación (18).

El Modelo de Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad en el Plan de Desarrollo Local, en Medellín: una apuesta de ciudad para la atención de la salud como derecho fundamental

Desde hace cuatros años, la administración municipal de Medellín (nov. 2014–feb. 2019) a través de la Secretaría de Salud Medellín (SSM) viene apoyando la implementación de un Modelo de GTSbC, en la mayoría de las comunas y corregimientos. El objetivo es fortalecer los procesos de planeación participativa en salud y emprender acciones colectivas para potenciar la salud y enfrentar los retos de los territorios en lo local y en lo micro.

Desde el 2016, a partir de la vigencia del Plan de Desarrollo Municipal de Medellín (PDMM) Medellín cuenta con vos, 2016-2019, aprobado mediante Acuerdo Número 003 de 2016 (19), el Modelo de Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad entró a hacer parte de las acciones implementadas para la aplicación integral de la salud en el nivel municipal, como proyecto que se enmarca dentro del Programa: Cultura del cuidado para una Medellín saludable.

El actual PDMM (19) en materia de salud propone como eje fundamental la gestión y participación en salud con las comunidades, a través del programa general que denominó *Cultura del cuidado*. Hace referencia a “la intersección entre las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad emprenden para mantener la salud y con las intervenciones del Estado, tanto de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad) con el PAIS y el MSPS, 2016”.

Para la construcción de la Cultura del cuidado, la Secretaría de Salud, tendrá en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, el Curso de Vida, el enfoque diferencial y su accionar será a través de los entornos hogar, educativo, comunitario, y laboral-institucional, como aquellos espacios o lugares donde transcurre la vida de las personas, por ejemplo: hábitos alimentarios (dimensión de seguridad alimentaria y nutricional), en la primera infancia (Curso de Vida) en el entorno hogar. Adicionalmente, se proponen estrategias para fortalecer y promocionar la práctica de actividad física saludable, desarrollando en los ciudadanos una cultura de comportamientos saludables que impacten el cuidado propio y de los demás (19).

Lo anterior demarca el camino de cómo en el nivel territorial local se ha venido dando cumplimiento a la política nacional en salud, a través del marco institucional de acción que corresponde a cada ente territorial, en este caso el Plan de Desarrollo Municipal Medellín.

El desarrollo del Modelo Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad, como proyecto de gestión y participación comunitaria en salud de Medellín, ha propiciado, así mismo, como cumplimiento de la política nacional de salud, PAIS, una articulación con el modelo que la hace operativa: Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (18).

Este proceso de articulación del MIAS con el Modelo de GTSbC se ha desarrollado en la Zona 1 Nororiental de Medellín (comunas 1 Popular, 2 Santa Cruz, 3 Manrique y 4 Aranjuez):

- ha posibilitado la puesta en marcha de diferentes estrategias comunitarias e institucionales para la implementación de la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, en especial en sus componentes comunitarios, territoriales, poblacionales; y
- ha fortalecido la articulación intersectorial al propiciar el trabajo colaborativo y en red entre las diferentes secretarías de la administración municipal, instituciones educativas universitarias y de educación básica (primaria y secundaria), oenegés, IPSs, EPSs (públicas y privadas), entes descentralizados, líderes comunitarios y comunidad en general.

Las acciones sustentadas en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social establecen la necesidad de la implementación de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIPMS) (Cuadro 2.3), la cual, entre sus objetivos, se armoniza con los componentes del Modelo de GTSbC de la siguiente forma:

Cuadro 2.2 Puntos de articulación de la RIPMS del Modelo MIAS con el Modelo de GTSbC

Objetivo de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS)	Componente del Modelo de gestión territorial en salud basado en Comunidad (GTSbC)
Identificar y desarrollar capacidades, habilidades y prácticas en las personas, las familias y las comunidades para el cuidado y mantenimiento de la salud, para potenciar su desarrollo.	En relación con el(os) problema(s) priorizado(s) por la comunidad: Identificación y mapeo de activos sociales, comunitarios, institucionales y de las personas, en el(os) territorio(s), Identificación y fortalecimiento de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades y los demás actores y sectores presentes en el territorio.
Identificar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que emergen en cada momento vital que ameriten acciones en salud a las personas, a las familias y a las comunidades, con el fin de referirlas para su manejo.	Identificación de las necesidades y potencialidades en salud en las comunas y corregimientos; armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional; y reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de las Mesas de Diálogo.
Afectar los entornos para que sean protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.	Fortalecimiento del liderazgo social y comunitario en salud, mediante procesos de formación a los líderes y lideresas comunitarios y demás actores en el territorio (equipos gestores). Comunicación para el cambio y la movilización social, a través de acciones de comunicación comunitaria.
Realizar el seguimiento de la salud y el desarrollo integral de las personas en cada uno de los momentos del curso de la vida.	Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación.
Establecer parámetros generales que articulen las acciones de los diferentes actores territoriales en torno a la promoción de la salud, el desarrollo integral y la gestión del riesgo en salud de las personas, las familias y las comunidades.	Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas y redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad. Acciones de abogacía en pro del fortalecimiento de la rectoría de la SSM con la academia.

Así es como se identifica la implementación del Modelo de GTSbC para desarrollar y fortalecer las acciones planteadas en los lineamientos de la RIPMS en estos tres niveles: intervenciones poblacionales, intervenciones colectivas, monitoreo y evaluación.

1. Intervenciones poblacionales: se definen como las intervenciones de carácter estructural que requieren de la acción intersectorial para su desarrollo. Es por esto que corresponde al sector salud gestionar que las políticas, planes, programas y proyectos de los diferentes sectores, se orienten a la garantía de los derechos a la vida y la salud, de acuerdo con las prioridades territoriales en salud. Las intervenciones poblacionales en el Modelo de GTSbC se establecen desde el nivel territorial para:

- La identificación e intervención de los determinantes ambientales y sociales de la salud, desde los diferentes actores y sectores, en el territorio.
- Información y comunicación.
- Participación social en salud mediante mecanismos de movilización social.

2. Intervenciones colectivas: es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS) (19). Buscan impactar positivamente los DSS (13) y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el Anexo técnico de la Resolución 518 de 2015 (20), los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio.

Según los lineamientos del MSPS, las intervenciones colectivas tienen como propósito el conocimiento de la dinámica poblacional, comunitaria, la caracterización y diagnóstico del territorio (entornos comunitario, educativo, familiar, institucional), los procesos educativos y de comunicación, la conformación y fortalecimiento de redes y procesos de articulación. A través del Modelo de GTSbC, se fortalece el componente de intervenciones colectivas en el entorno familiar, comunitario, educativo, con diferentes metodologías y acciones que se desarrollan en varios momentos de la GTSbC: caracterización y diagnóstico del territorio, educación y comunicación, conformación y fortalecimiento de redes, procesos de articulación.

3. Monitoreo y Evaluación: tiene como propósito monitorear los avances en la implementación del MIAS, recomendar ajustes a la implementación, evaluar los progresos y sistematizar la experiencia. El Modelo de GTSbC construyó un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación que, dadas las características del MIAS, se puede adaptar a las características de las comunas y corregimientos de Medellín para mejorar el sistema de información del MIAS (17).

En síntesis, el Modelo de GTSbC se articula con la normatividad local, nacional e internacional en lo relacionado con:

- Las acciones de promoción de la salud.
- La prevención de la enfermedad.
- El fortalecimiento de la participación comunitaria y social en salud y
- El fortalecimiento de la gobernanza y la abogacía para la inclusión de la salud en todas las políticas, tarea aún incipiente, pero en la que se debe avanzar decididamente si se quiere impactar la salud y la calidad de vida de miles de personas que viven en los barrios, comunas, corregimientos y zonas de Medellín. \$P

Referencias

1. República de Colombia, Consejo Nacional Constituyente. Constitución de la República de Colombia [Internet]. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea HS; 1886 (edición oficial). Disponible en: file:///C:/Users/USER_7D/Downloads/LIBRO_342.861C718C86_1886.pdf
2. República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia 1991. La Gaceta Constitucional N°. 127 (octubre 10 de 1991). Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=7153
3. Gañán JL. (2013). Los muertos de la Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013. p. 21, 9, 9, 89.
4. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, # 41.148 (diciembre 23 de 1993).
5. República de Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud [Internet]. Bogotá: Congreso de la República [consultado 2019 julio 21]. Diario Oficial, N°. 49.427 (febrero 16 de 2015). Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html República de Colombia.
6. República de Colombia. Corte Constitucional. Cifuentes Muñoz E. Sentencia T-491 de 1992 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional [consultado 2019 Sep 15]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-491-92.htm>
7. República de Colombia. Corte Constitucional. Gaviria Díaz C. Sentencia T-535 de 1999 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional [consultado 2019 Sep 14]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-535-99.htm>
8. República de Colombia. Corte Constitucional. Monroy Cabra MG. Sentencia T-261 de 2007 [Internet]. p. 12 y ss. Bogotá: Corte Constitucional [consultado 2019 Sep 16]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/t-261-07.htm>
9. República de Colombia. Corte Constitucional. Sierra Porto HA. Sentencia T-016 de 2007 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional [consultado 2019 Sep 16]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
10. República de Colombia. Corte Constitucional. Cepeda Espinosa MJ. Sentencia T-760 de 2008 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional [consultado 2019 Sep 14]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
11. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, N°. 46.506 (enero 9 de 2007).
12. República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, N°. 47.957 (enero 19 de 2011).
13. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú [Internet]. p. 36, 53. Bogotá [consultado 2019 Sep 14]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/>

IMP_4feb+ABCminsalud.pdf

14. Presidencia de la República de Colombia. Decreto Reglamentario 1757 de 1994, por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º. del Decreto-ley 1298 de 1994 [Internet]. Diario oficial N°. 41.477 (agosto 05 de 1994). Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1345494>

15. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 002063 de 2017 por la cual se adopta la Política de Participación Social en salud (PPSS). Diario Oficial, N°. 83.137.749 (junio 13 de 2017). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No.202063_de_2017.pdf

16. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. Título 1, capítulo 1, Arts. 2.10.1.1.7 a 2.10.1.1.8, p. 609-612; Arts. 2.10.1.1.10 a 2.10.1.1.13, p. 612-614; Arts. 2.10.1.1.14 a 2.10.1.1.18, p. 614-616 [consultado 2019 Nov 14]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto0780de2016.pdf

17. República de Colombia. Presidencia de la República. Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo: Todos por un nuevo país, 2014-2018. Diario Oficial, N°. 49.538 (junio 09 de 2015).

18. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial, N°. 49.794 (febrero 22 de 2016).

19. Alcaldía de Medellín. Acuerdo N°. 003 de 2016. Plan de Desarrollo Municipal Medellín cuenta con vos, 2016-2019. Gaceta Oficial, N°. 4.383 (diciembre 09 de 2015).

20. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud de Medellín. Plan Territorial de Salud para vivir más y mejor 2016-2019. Rev. Salud Pública de Medellín. 2016; 6(1):8-203:8-203. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/ProgramasyProyectos/Shared_Content/Plan_de_Salud_202016/2016-2019/Plan_Territorial_de_Salud_2016_20-2019.pdf

21. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015 por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Diario Oficial, N°. 49.436 (febrero 25 de 2015).

22. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

LA GESTIÓN
DE LO LOCAL



ESTRATEGIA
DE GESTIÓN
DE LO LOCAL

The background is a vibrant orange with a subtle, wavy pattern. Four hands are depicted: a dark blue hand at the top left, a light blue hand at the top right, a dark blue hand at the bottom left, and a dark blue hand at the bottom right. All hands are reaching towards a central white network diagram. The network consists of a central white circle connected to six smaller blue circles, which are further interconnected by white lines. The text 'SUJETOS SOCIALES' is written in white, uppercase letters, following the curve of the top-left hand.

SUJETOS SOCIALES

PARTICIPACIÓN

capítulo
3

PLANIFICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y SUJETOS SOCIALES
PILARES DE LA GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD
BASADA EN COMUNIDAD

Lina Marcela Orozco Dávila, David Hernández Carmona

Sumario. Presentación. 1 La planificación: planificación en salud, participación 2 Participación social 3 El sujeto social 4 El programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo como mecanismo decisorio de las comunidades para invertir sus recursos 5 Lectura de necesidades en las comunas: los contextos. Cómo se parte para priorizar problemáticas en salud. Metodología para priorización de problemas desde el Modelo de GTSbC 6 Acciones para la transformación social desde las alianzas en los territorios: puntos de articulación MIAS-GTSbC a partir de las alianzas 7 Consideraciones finales. Referencias

Las sociedades, por primitivas que parezcan, siempre han tenido una forma de organizarse, de planificar sus recursos, territorio y poblaciones. Para no ir muy lejos, en el imperio Inca prehispánico la seguridad alimentaria era una prioridad para los gobernantes. En unas montañas poco fértiles y donde la pluviosidad era muy baja, los Incas crearon sistemas de terrazas cultivables en las cumbres de los Andes, con su propio sistema de irrigación, donde los cultivos de pancoger, los que satisfacen parte de las necesidades alimenticias de una población determinada, eran los más abundantes como la papa y el maíz.

La cosecha era distribuida entre toda la población y el excedente de producción y las mejores semillas eran almacenadas en cavas naturales en lo más alto de los Andes, para usos posteriores. Así, en épocas de sequía o de cosechas perdidas, los Incas garantizaban la seguridad alimentaria de toda su población y las mejores semillas estaban siempre a disposición de las personas. Y así como esta experiencia, se podrían recorrer diferentes culturas en todo el orbe; en ellas se encontraría algún grado de organización y planificación de las personas sobre sus propios recursos.

La época moderna creyó tener el poder absoluto para planificar y determinar la vida de las personas. No obstante, en la contemporaneidad se puede dar cuenta de que para que la planificación sea efectiva y logre beneficios para toda la población, ésta debe hacerse con amplia participación de las personas, de los sujetos sociales, de los diferentes actores y sectores que confluyen en un territorio (local, micro, meso); de ello depende que esa planeación sea pertinente y una construcción de todos y para todos. La deliberación, incluso el conflicto, permite llegar a acuerdos, modelar las rutas y trazar los caminos que cada comunidad define para potenciar sus aciertos y dar solución a sus necesidades.

En este capítulo, se expondrán conceptos clave dentro del Modelo de Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad (GTSbC), como la planificación, la participación social y los sujetos sociales, los cuales hacen parte del ADN que guía la construcción de los componentes de este Modelo y cómo estos sujetos se organizan y generan alianzas territoriales en función de la gestión de sus problemas.

1. La planificación

La planificación ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Conlleva realizar una jerarquización de los problemas y/o necesidades, parte de su relevancia y tiene en cuenta los medios y los recursos disponibles. Los objetivos para alcanzar dependerán de ello.

Planificar no es solo un proceso de toma de decisiones, es la instrumentación de un proyecto político, aun cuando éste solo haya sido definido de una manera vaga y ambigua. Constituye una decisión política, que debe considerar las distintas variables que influyen en ésta, no solo las políticas o las económicas, sino también las sociales y culturales que, generalmente, son las que condicionan en mayor medida el éxito de un plan (1).

Su materialización es posible gracias a las decisiones que toman los sujetos sociales, quienes, finalmente, son los que poseen las capacidades, atributos, potestades o competencias para lograrlo (1). Se pretende con ello alcanzar una situación mejor a la inicialmente diagnosticada. En palabras de Matus, “La planificación es, así, una herramienta de las luchas permanentes que tiene el hombre desde los albores de la humanidad por conquistar grados crecientes de libertad” (2).

Entre los diferentes tipos de planificación, se pueden mencionar la normativa, la situacional y la estratégica. Implementar una u otra dependerá de las decisiones políticas y de los procesos sociales que se han desarrollado en diferentes momentos de la historia. En Colombia, la planificación estratégica es la que prima en el ámbito de salud. Constituye una herramienta de gestión desde la cual se establecen objetivos para la solución de problemas prioritarios, a partir de la definición de estrategias y acciones para alcanzar los resultados esperados (3). En este sentido, la participación de las comunidades es primordial, pues se trata de integrarlas a la resolución de las problemáticas y potenciar sus aciertos.

La GTSbC tiene en su esencia la planificación participativa, tal como se ilustra en el capítulo 4 de este libro. Planificar acá significa generar alternativas, donde antes no existían, y trazar metas para alcanzar objetivos. Es un proceso que se piensa en el hoy con la expectativa de llegar a una situación mejorada en el futuro.

Planificación en salud

La propuesta de la planificación en salud radica en la identificación de problemas que aquejan a las comunidades. Se trata de concertar, priorizar e implementar estrategias que permitan dar soluciones que sean acordes con los problemas encontrados. Lo que se busca es mejorar las condiciones de vida de las comunidades partiendo de los recursos y conocimientos disponibles; es allí donde la planificación le brinda herramientas al sector salud para desarrollar planes, proyectos y programas (1).

En Colombia, el marco normativo para la planeación, intervención, seguimiento y evaluación de las estrategias en salud pública es el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia (PDSP) 2012-2021 (4). Este Plan está orientado a garantizar el derecho a la salud en igualdad de condiciones; es un pacto social y un mandato ciudadano que pretende la articulación de actores responsables de la atención del proceso salud enfermedad. Tiene un carácter de “política integral”; por esta razón, destaca ocho dimensiones:

- **1** Salud ambiental / **2** Salud mental / **3** Salud alimentaria / **4** Salud sexual y reproductiva
- **5** Vida saludable libre de enfermedades crónicas y discapacidades / **6** Salud libre de enfermedades transmisibles / **7** Emergencias en salud pública / **8** Gestión de la salud y sus determinantes.
- Y dos dimensiones transversales: **1** Atención a poblaciones diferenciales y **2** Rectoría del sistema de salud (4).

El PDSP tiene como fines: avanzar significativamente en el goce efectivo del derecho a la salud, incidir en los Determinantes Sociales de la Salud y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes de Colombia. Así mismo, se han definido grandes objetivos estratégicos relacionados con los impactos y con los efectos del Plan Decenal de Salud Pública. En relación con los impactos, estos objetivos son:

- Alcanzar mayor equidad en salud (disminución de brechas injustas y evitables en salud pública)
 - Lograr cero tolerancias con la mortalidad evitable y
 - Mitigar los impactos de la carga de enfermedad sobre los años de vida saludable.
- En relación con los efectos de los grandes objetivos estratégicos:
- Consolidar capacidades sociales e institucionales para lograr mejores condiciones de salud individual y colectiva
 - Asegurar un sistema de respuestas en salud centrado en las personas, sus necesidades y sus diferenciales;
 - Fortalecer la corresponsabilidad social e institucional en el logro de resultados en salud (4).

En cuanto a la planeación territorial de Medellín, el Plan de Desarrollo Medellín cuenta con vos 2016-2019 (5) tiene su foco en el desarrollo integral de la ciudadanía. Se orienta a partir de “sellos de enfoque” con los cuales se pretende realizar intervenciones de manera específica y dirigida a la diversidad de la población de la ciudad. Dentro de los enfoques, están el de derechos, el territorial, el de articulación regional y nacional, así como el de la capacidad de resiliencia que tiene

la ciudad. Incluye las estrategias ambientalistas que apuntan al cambio climático alineadas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Además, su organización es por niveles: dimensiones, retos, programas y proyectos.

Específicamente, en las acciones de salud pública, el Plan contempla “la cultura del cuidado” como un concepto que debe guiar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (5). En este sentido, se encuentra alineado con el PDSP al promover acciones a partir de estos entornos como el del hogar, el educativo, el comunitario y el laboral-institucional; se tiene en cuenta el Curso de Vida y los espacios donde éste transcurre e incluye el enfoque diferencial, tanto en lo individual como en lo colectivo.

De acuerdo con lo anterior y en lo que compete a las acciones propuestas por el Modelo GTSbC, el Plan de Desarrollo Medellín cuenta con vos 2016 – 2019 en su programa de “cultura del cuidado” plantea:

(...) es necesario desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad lideradas por el territorio de forma intersectorial para la construcción, la generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto logren construir, modificar, implementar y vivenciar la Cultura del cuidado a partir de la cual se intervengan los determinantes sociales, así como las condiciones de salud y bienestar (5).

Entonces, en el modelo propuesto, acorde con el escenario del enfoque territorial, es donde se inscriben las acciones que apuntan a que cada territorio se piense, discuta y decida para generar sus propios planes territoriales de salud.

Participación

Hacia la segunda mitad del siglo XX, emerge la participación como alternativa a los hábitos deshonestos, reprobables y perjudiciales, es decir, a los vicios instaurados por la democracia representativa (6). A partir de la crisis de este tipo de democracia, se replantean posturas que han sido decididas o adoptadas por consenso o acuerdos donde se reaviva la defensa de procesos participativos y deliberativos

La democracia representativa tiene su origen en la modernidad donde emerge el pensamiento liberal clásico, desde el cual se reestructuró el orden político y económico a través de la figura del contrato, ya que hasta el momento imperaba el orden teocrático. Es entonces cuando, a partir de los planteamientos liberales modernos, se establece la representación como medio para lograr el poder político; sin embargo, este planteamiento solo le otorgaría al ciudadano la posibilidad de hacer parte del juego político a través del voto para elegir a unos pocos representantes.

Ejercicio que, en el caso de Colombia, ha desencadenado en situaciones viciadas por la corrupción, la politiquería y la impunidad; además, si se tiene en cuenta que quienes tienen el poder carecen, incluso, de una visión amplia de las necesidades del país que gobiernan. En este sentido, dichas situaciones generan en la población apatía y desinterés en los procesos electorales, lo cual se ve reflejado en los altos índices de abstencionismo en las elecciones del país.

Por su parte, la democracia deliberativa plantea que el proceso de decisión del Gobierno tiene que sustentarse en la deliberación de los individuos racionales en foros amplios de debate y negociación. Ello debe ser el resultado de un proceso de comunicación en espacios públicos donde se expone la voluntad de los ciudadanos quienes, si están mejor informados, pueden tomar mejores decisiones respecto de las necesidades colectivas (7).

En Colombia, a partir del Estado Social de Derecho estipulado por la Constitución Política de Colombia 1991, se fortaleció la participación y se dio un gran avance al pasar de una democracia representativa a una democracia participativa. En ese orden de ideas, las personas, además de obedecer las normas, pueden y deben participar en la creación de las mismas, al igual que en la toma de decisiones gubernamentales que las afecten (8).

2. Participación social

En este escenario surge la participación social la cual moviliza el quehacer de la GTSbC. Desde esta perspectiva, se evidencia el compromiso, la responsabilidad y la movilización de los sujetos sociales en la toma de decisiones hacia objetivos comunes. Es un ejercicio permanente de articulación e interacción entre la sociedad y el Estado (9).

La capacidad de incidencia de los sujetos en las acciones que buscan mejorar su calidad de vida es la razón de ser de la participación social. Para ello, debe haber compromiso, sentido de pertenencia y arraigo social por el territorio (9). En medio de este ejercicio de participación, emergen los líderes y las lideresas, quienes son los representantes comunitarios para negociar ante las agencias del Estado. El líder y la lideresa requieren del reconocimiento y el aval comunitario para incidir en los espacios de decisión. Se convierten en motor de la movilización social al ser el puente entre el Estado, otros sectores sociales y la comunidad.

En cabeza de sus líderes y lideresas, una comunidad se organiza, se vincula a procesos de ciudad y entra al juego político colocando en evidencia sus necesidades y aportes al desarrollo de un territorio. Sin embargo, estos espacios traen consigo los mismos vicios que se evidencian a nivel central. Es así como las organizaciones comunitarias con sus dirigentes se ven envueltos en situaciones de corrupción y acaparamiento de recursos por parte de algunos, lo cual ha dado lugar a la falta de credibilidad en ellos y a la apatía para participar en escenarios comunitarios por parte de otros sectores de la población. Esta es, a pesar de todo, una cara de todo el trabajo y la capacidad de acción que tienen los líderes y lideresas como sujetos sociales que movilizan sus comunidades.

3. El sujeto social

Los cuestionamientos sobre el sujeto se han dado desde la antigua Grecia, donde se debatió por largos años. Sin embargo, durante la Edad Media y el Cristianismo, la preocupación por este tema pasa a un segundo plano, y se da prioridad al pensamiento en Dios. Es durante el Renacimiento cuando hay un retorno a las reflexiones sobre la razón y el sujeto, generándose cuestionamientos sobre el papel de este ser en la sociedad y se le designa, a su vez, como artífice de la transformación de la misma. Ya en el siglo XX se pensaba en un sujeto revolucionario capaz de dar a la sociedad el vuelco que necesitaba; no obstante, los excesos de dominio dieron cuenta de un fracaso (10).

En la comprensión del sujeto, se hizo necesario algo más que los avances técnicos. Si bien el marxismo con sus postulados jugó un papel importante, fue necesario diseñar modelos explicativos que dieran cuenta de un sujeto determinado tanto por la realidad social que vive como por sus formas de ver y comprender el mundo. Pero también de uno que reflexiona, participa y plantea soluciones a las dificultades que se le presentan en la cotidianidad. Este es el sujeto social del que habla Granda (11), un sujeto que cuestiona y discute sus circunstancias y las que rodean su espacio cotidiano, y que busca superar las desigualdades.

En el escenario de las desigualdades, el sujeto social alza su voz y toma sentido el pensamiento y práctica de la salud colectiva. Este enfoque identifica un sujeto que hace su tarea de transformación en los escenarios locales, que es consciente de una realidad cercana que sí puede ayudar a transformar, en donde se pueden dar procesos autónomos y colectivos que propenden por la mejora de las circunstancias problemáticas en un contexto determinado.

Este tipo de procesos no es exclusivo de comunidades vulnerables o de estratos marginados de una sociedad. Existen experiencias como la de la ciudad de Richmond (capital de estado de Virginia, Estados Unidos) que desde 2014 promueve una estrategia de salud en todas las políticas que involucra al sector académico, a los líderes sociales y al sector gubernamental. Así mismo, el Ayuntamiento de Madrid trabaja en la estrategia “Barrio saludable”, la cual involucra también a diferentes actores (10).

Entonces, el sujeto social es aquel que demuestra sentido de pertenencia por lo colectivo. Como señala Chávez Carapia (9), cuando existen sujetos conscientes de su realidad social y de su fortaleza para incidir en acciones, se da el ejercicio de la participación social, asunto que posibilita el cambio de circunstancias problemáticas de una comunidad o territorio.

La apuesta desde la GTSbC es un por sujeto social que tiene consciencia de sí mismo, de lo que acontece a su alrededor y de sus posibilidades de acción y trabajo conjunto, tal como se ha descrito por varios autores. En las diferentes vigencias de este Modelo, se ha evidenciado la capacidad de algunas comunidades de identificar sus potencialidades y problemas en salud, de plantearlos y buscar la manera de darle trámite.

Si estas comunidades no tuvieran sujetos líderes que cuestionan permanentemente sus problemas y que, de la mano de la administración municipal, se disponen a aunar esfuerzos para dar soluciones, sería imposible la aplicación del Modelo de GTSbC. Además, la capacidad de gestión y articulación con diferentes actores de los microterritorios se evidencia, como es el caso de los actores académicos, institucionales, privados y líderes sociales, así como el de las organizaciones de base que se han vinculado a diferentes escenarios de movilización comunitaria.

4. El programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo: mecanismo decisorio de las comunidades para invertir sus recursos

Desde la década del 90, los procesos democráticos en América Latina han buscado la legitimación a través de la participación decisoria de la ciudadanía. Estrategias como la del Programa de Planeación Local y Presupuestos Participativo de Medellín es una iniciativa que busca que los ciudadanos, de manera individual o a través de organizaciones cívicas, incidan en las decisiones para avalar parte del presupuesto público, así como sobre las políticas públicas (12).

Como ya se mencionó, la Constitución Política de 1991 sentó las bases de la participación en Colombia. Así mismo, el tema del programa de Presupuesto Participativo tiene sus bases, fundamentalmente, en tres leyes:

1. Ley 131 de 1994, la cual dispone el voto programático y la obligación de que los candidatos deben trasladar sus propuestas de campaña a planes de desarrollo y darles cumplimiento.
2. Ley 134 de 1994, la cual fija los mecanismos de participación ciudadana.
3. Ley 152 de 1994, ley orgánica de planeación, que establece el marco normativo de la planeación participativa en Colombia.
4. En este mismo escenario jurídico, la Ley 1757 de 2015, que dicta las disposiciones en materia de promoción y protección del Derecho a la Participación Democrática (1).

Bajo esta sombrilla normativa, se pueden señalar varios hitos (13) en planeación local y presupuesto participativo:

- **1996.** Se crea el Sistema Municipal de Planeación con el Acuerdo 043: surgen los Comités Comunitarios de Desarrollo Integral (CCPI), los Consejos Consultivos Comunales y Corregimentales (CCCC) y la Red de Planes Zonales de Medellín.
- **1998.** Nace oficialmente Planeación Local y Presupuesto Participativo como programa del Plan de Desarrollo 'Medellín compromiso de toda la ciudadanía'.
- **2005-2007.** Formulación Planes de Desarrollo Local.
- **2007.** Se modifica el Acuerdo 43: "se crea e institucionaliza la planeación local y el Presupuesto Participativo en el marco del Sistema Municipal de Planeación (Acuerdo 043 de 1996) y se modifican algunos de sus artículos" (14).
- **2009.** Creación de la reglamentación del proceso (Decreto 1073) y de la dirección técnica de PL y PP.
- **2010.** Cambio metodológico. El Consejo Municipal de PP decide dividir las Asambleas en dos: Asambleas deliberativas y Asambleas de elección de delegados y proyectos.
- **2012.** Creación de la Secretaría de Participación Ciudadana y la Subsecretaría de PL y PP con la actualización de la estructura municipal (Decreto 1364).
- **2013.** Articulación de la planeación con el presupuesto, definición de actores y funciones, inhabilidades para ser delegado (Decreto 1205).
- **2017.** Se actualiza el Sistema Municipal de Planeación (Acuerdo 28) y se crea una nueva metodología para el PDL y el PP (Decreto 0697).

El Acuerdo 43 de 2007 (14) es importante en cuanto a planificación, presupuesto y participación dado que

- El **Art. 53** define así el PL y el PP: “La Planeación local y el presupuesto participativo son el conjunto de autoridades, órganos, instrumentos y mecanismos de control, orientados al logro de los objetivos del desarrollo de Comunas y Corregimientos, en el marco de la planeación municipal, y son parte constitutiva del Sistema Municipal de Planeación” (14). Los Consejos Comunales y Consejos Corregimentales están facultados para decidir en el campo del presupuesto participativo.

- El párrafo único del **Art. 56** dice sobre la creación de las Comisiones Temáticas necesarias para el cumplimiento de sus objetivos: “Son grupos de trabajo creados para profundizarlos diagnósticos temáticos, articular los problemas identificados por las Asambleas Barriales y Veredales, las recomendaciones de los Planes de Desarrollo local, y el análisis de las ofertas de la Administración para la elaboración de las propuestas una vez viabilizadas por la Administración” (14).

- Y el **Art. 66** plantea que el Departamento Administrativo de Planeación debe apoyar los mecanismos de evaluación y seguimiento del proceso de planeación local y presupuesto participativo para que las Juntas Administradoras Locales (JAL) y las veedurías ciudadanas puedan ejercer el control adecuado del desarrollo y realización de tal proceso (14).

Esta estrategia permitió la incorporación de comunas y corregimientos a este sistema de PL y PP. Se definió que el 5% de los recursos de inversión total de cada año sea para el PP, porcentaje que se distribuye de forma autónoma por la población participante y en los componentes que sean pertinentes (1).

Con este Acuerdo 43 y su reglamentación, se busca que los habitantes de los cinco corregimientos y las 16 comunas de Medellín planteen sus necesidades colectivas, se conviertan en propuestas y se defina la inversión. Todo ello en el marco de cada contexto y de las necesidades particulares de cada territorio de la ciudad. El PP se convierte así en una herramienta para la participación y decisión de las comunidades frente a la inversión de recursos, para lo cual se tienen en cuenta indicadores como los de la calidad de vida (1).

La Encuesta de Calidad de Vida para el Municipio de Medellín presenta los principales indicadores para el estudio de las condiciones de vida de los habitantes de la ciudad, en aspectos como necesidades básicas, educación, salud, seguridad social, violencia intrafamiliar, entre otros. Esta publicación permite acercarse a la realidad de los hogares, viviendas y personas, desde una visión más precisa con respecto a otras mediciones y de forma objetiva. Es el resultado del esfuerzo por conocer de primera mano la situación actual de toda una comunidad con sus complejidades, diferencias, situaciones y formas de vida (15).

En relación con la salud, a modo de ejemplo, por estrato socioeconómico de la vivienda e indicador de Calidad de Vida 2013, se muestra este resultado: 1 bajo 74.48%, 2 bajo 81.27%, 3 medio bajo 86.22, 4 medio 90.31, 5 medio alto 92.04, 6 alto 93.90) para Medellín, Se consideraron variables como: lugar de donde toma el agua la vivienda, manejo de basuras, servicio sanitario que

Cuadro 5.1.1 Zonas, comunas y corregimientos de Medellín

Zona 1 Nororiental	Comunas: 1 Popular / 2 Santa Cruz / 3 Manrique / 4 Aranjuez
Zona 2 Noroccidental	Comunas: 5 Castilla / 6 12 de Octubre / 7 Robledo
Zona 3 Centroriental	Comunas: 8 Villa Hermosa / 9 Buenos Aires / 10 La Candelaria

Zona 4 Centroccidental	Comunas: 11 Laureles Estadio / 12 La América / 13 San Javier
Zona 5 Suroriental	Comuna: 14 El Poblado
Zona 6 Suroccidental	Comunas: 15 Guayabal / 16 Belén
Zona 7 Distrito rural	Corregimientos: 50 Palmitas / 60 San Cristóbal / 70 Altavista / 80 San Antonio de Prado / 90 Santa Elena

Fuente: Barrios por zona y corregimientos de Medellín en el Plan Estratégico Habitacional al 2020 (16).

utilizan, hacinamiento, proporción de personas en el hogar con seguridad social, entre otras (15).

5. Lectura de necesidades en las comunas

La gestión territorial de la salud se procura en lo local, en cada territorio, donde la participación está mediada por relaciones de poder y conflicto; se facilita en los contextos diversos y particulares.

5.1 Los contextos

En una ciudad como Medellín, con 7 zonas (6 urbanas, 1 rural) que comprenden 16 comunas y 5 corregimientos (16) (Cuadro 5.1.1), se comparten algunas problemáticas en varios territorios; pero éstas no se tramitan y gestionan de la misma manera. Depende de las relaciones que allí se establezcan entre los sujetos sociales, las organizaciones y la institucionalidad.

Para la gestión de salud en sus territorios, la ciudad le ha apostado a la priorización de recursos del Programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo de la Alcaldía de Medellín. Esta gestión se realiza de la mano de líderes y lideresas de las comunas que han sido tradicionalmente reconocidos en el ámbito de salud. Y es de destacar que se cuenta con actores claves de organizaciones de base comunitaria y de sectores de la sociedad, quienes son fundamentales dentro del proceso de planeación participativa.

Para el Modelo de GTSbC, los Determinantes Sociales de Salud (DSS) constituyen la estrategia para develar las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que tienen incidencia en las problemáticas de la ciudad y que condicionan, además, los medios, recursos y oportunidades para su intervención. Medellín presenta grandes problemáticas que pueden evidenciarse incluso por zonas. Las tres más recurrentes en términos de priorización en este ejercicio de la GTSbC son:

1. La salud mental (consumo de Sustancias Psicoactivas, SPA, y violencias).
2. La salud sexual y derechos reproductivos, enfocado en el embarazo adolescente y
3. El ambiental, con el foco principal en la contaminación por basuras y excrementos de mascotas en sitios públicos y recreativos de las diferentes comunas de la ciudad.

Si bien algunas de estas problemáticas se pueden dar en todo Medellín, la forma como se abordan o la manera como se viven o se “lidia” con ellas tiene que ver, principalmente, con las situaciones que las determinan en cada territorio. Los sujetos sociales gestionan en colectivo la inequidad, las condiciones de vida y las oportunidades económicas condicionadas por la organización comunitaria.

5.2 De dónde se parte para llegar a priorizar problemáticas en salud

El momento inicial del Modelo plantea la revisión de documentos claves dentro de la planeación institucional, como son los Planes de Desarrollo Local (PDL) de cada comuna y corregimiento de Medellín, el documento Armonización entre las acciones propuestas por la comunidad y las decisiones de la administración para orientar el seguimiento a las perspectivas estatales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y del Plan Territorial de Salud de Medellín 2016-2019 por comunas y corregimientos de la ciudad, 2017 (literatura gris del proyecto). Este ejercicio constituye un primer momento dentro del proceso de armonización, en el cual los equipos de trabajo de los territorios (zonas, comunas y corregimientos) recopilan información relacionada con problemáticas asociadas a la salud y sus determinantes (dimensiones prioritarias en salud pública en el PDSP 2012-2021). Esta información se convierte en el insumo principal para la realización de las Mesas de Diálogo en cada comuna.

5.3 Metodología para la priorización de problemas desde el Modelo de GTSbC

El ejercicio metodológico requiere de la participación amplia de la ciudadanía y de los diferentes actores de la sociedad, para otorgarle legitimidad y gobernabilidad al Modelo de GTSbC. Para ello, se generan espacios de deliberación y decisión en cada territorio como son las Mesas de Diálogo, el Comité Gestor y las Mesas Intersectoriales, escenarios que sirven para socializar, validar y llegar a un consenso. Esto es primordial para encaminar, de manera conveniente, la definición del problema priorizado y las instancias que, finalmente, conformarán las alianzas para gestionarlos.

5.3.1 Mesas de Diálogo. En este escenario se valida la información existente en lo que se refiere a temas de salud. Se proyecta la realización de tres Mesas de Diálogo por comuna, las cuales se enfocan en la priorización de tres problemáticas de salud en los territorios. Con la información recopilada, cada equipo territorial realiza el análisis, discusión y priorización de tres problemas; finalmente, se prioriza uno de ellos.

Como resultado de este ejercicio, se levanta una matriz de priorización de problemáticas la cual da cuenta de las acciones que se han realizado en el territorio, de los actores o instituciones que intervienen, de la población que beneficia y de los Determinantes Sociales de Salud. Es decir, qué origina dichos problemas y cuáles son los retos que, tanto comunidad como Estado, tienen en su resolución.

Con la problemática final priorizada en cada comuna y corregimiento, se retorna a los documentos base en los cuales se busca que la problemática priorizada esté alineada con la política pública. Estos son:

- Los Objetivos Desarrollo Sostenible.
- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- El Plan Municipal de Salud.
- El Plan de Desarrollo Local de la comuna.
- Armonización de ciudad.

5.3.2 Comité Gestor. Es concebido como un espacio de deliberación por comuna o localidad, que asume la coordinación de los diferentes proyectos/acciones que se ejecutarán a través de convenios, alianzas y redes, para facilitar la sostenibilidad de las acciones sobre los DSS, a mediano y a largo plazo.

5.3.3 Mesas Intersectoriales. Son un espacio político, un encuentro de líderes y lideresas de la institucionalidad, de las organizaciones sociales y de la comunidad; un lugar donde convergen los actores claves del territorio. Se conforma con sujetos sociales o sectores que tengan representatividad en el territorio y que sean de relevancia en la resolución de los DSS, de tal manera que ayuden en la gestión y materialización de proyectos/acciones para impactar positivamente los DSS.

Es necesario decir que el ejercicio de análisis dispone de herramientas en un driver o controlador (programa que intermedia entre Windows u otro sistema operativo y los dispositivos o componentes de hardware del PC) para la organización de la información en tres matrices: una para la información recolectada para evaluar lo logístico, otra para caracterizar a la población que

asiste a cada una de las mesas y una última para vaciar la información obtenida en los espacios de diálogo. Estas matrices sirven de apoyo a la organización de la información, al componente de monitoreo y evaluación del Modelo, donde se realiza seguimiento a la participación en las actividades, a la documentación y a la recopilación de la información que se produce en los diferentes territorios.

6. Acciones para la transformación social desde las alianzas en los territorios

Tal como se mencionó, el Modelo contiene un componente de fortalecimiento de alianzas. Al tener ya definidas las problemáticas y concertadas las Mesas de Diálogo, los Comités Gestores y las Mesas Intersectoriales, lo que se espera de estos escenarios es que se generen unas alianzas que serán las que dinamizarán la gestión de recursos humanos, materiales y demás aspectos para solucionar o mejorar la situación a la problemática encontrada. La apuesta, entonces, desde la GTSbC es la de fomentar y fortalecer dichas alianzas para que la gestión sea asociada.

Tales alianzas deben convenirse con diferentes actores en los territorios. En este sentido, los equipos de zona han fomentado espacios que han permitido el desarrollo de algunas acciones, así como el reconocimiento del trabajo conjunto por parte de las comunidades, donde no solo se inscriben los proyectos de la Secretaría de Salud, sino que también se vinculan instituciones académicas, otros prestadores de salud en las comunas, diversas Secretarías del Municipio y actores de carácter privado que tienen asiento en las comunas.

Puntos de articulación entre MIAS y GTSbC a partir de las alianzas

En el escenario de las alianzas con diferentes actores en los territorios, se evidencian algunos puntos de articulación entre el Modelo GTSbC y MIAS, que se inscriben, principalmente, en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud: Esto se muestra en los 10 ámbitos de las Acciones de articulación en la comuna 1 Popular (Cuadro 6.1) con información de la Bitácora de Alianzas (documento de relatoría del proyecto, literatura gris) y en ejercicios puntuales en la comuna 3 Manrique. De este modo, se lograron desplegar acciones conjuntas entre los diferentes actores que conforman las alianzas.

Ámbito	Observaciones	Punto de encuentro
--------	---------------	--------------------

1
Agua no potable

Desde el MIAS,
*se identifican las fuentes de agua no potable: 5 en total > 1 en Nuevo Horizonte, 3 en Popular y 1 en Santo Domingo. La de Carpinelo, la identificó la UdeA. Es un rebose del tanque de EPM. La usa un colegio que tiene planta de tratamiento; pero no las familias;
*se hacen pruebas rápidas de cloro y Ph;
*se revisan los tanques, identifican los hogares conectados y educa en manejo y limpieza de tanques.

Posible interacción con la Facultad de Ingenierías (UdeA).



2 Residuos sólidos

Desde el MIAS,
*se hace un inventario y georreferenciación de puntos críticos de residuos sólidos;
*se trabajan con la Mesa Ambiental;
*se identifican vertimientos en quebradas.
La UdeA, a través de la Facultad de Ciencias Agrarias, realiza un trabajo con residuos sólidos.

Posible articulación con la Facultad de Ingenierías y la Facultad de Ciencias Agrarias (UdeA).

3 Cerro Santo Domingo

Desde el MIAS,
*se realiza el proceso de cartografía social del Cerro Santo Domingo; y
*se evalúa con la comunidad las posibles acciones como paisajismo, identificación de viviendas con el DAGRD, reubicación de éstas, posible proyecto ecológico, etc.

*Con la Facultad de Ingenierías (UdeA).
*Hay que pensar en otros programas académicos.

4 Emergencias y desastres

*Desde el MIAS, se trabaja en algunas instituciones educativas el Plan de Emergencias y en relación con la comunidad.

*El programa de Atención Prehospitalaria (APH) de la UdeA tenía esta iniciativa.

APH



5
Programa de
Dengue

*Desde el MIAS,
se remiten al programa de
Dengue los casos que se
identifican en la comunidad.

*Desde varios
programas y
entornos, se pueden
remitir casos a este
programa.

*La Facultad de
Ciencias Agrarias
se puede articular
en acción educativa
(UdeA).

6 MAPA DE ACTORES

Desde el MIAS,

*se identifican los actores de
la comunidad, especialmente
los espacios de participación
comunitaria;

*se propicia la integración de
actores;

*se difunde la información;

*se recogen las necesidades y
se gestionan;

*se hace educación y gestión
del aseguramiento en

población menor de 18 años
(no asegurados);

*se acompañan las actividades
colectivas o ferias que hace la
comunidad: Festival salud con
vos, convides, etc.

*Desde la UdeA también se
está haciendo un mapa de
actores.

*Posible integración
con Promotor. de la
FNSP (UdeA) para
mapa de actores.

*Posible remisión
desde la UdeA de
casos de menores sin
aseguramiento.

*Posible integración
de la UdeA con
actividades colectivas
que se realizan en la
comunidad.



7 SALUD MENTAL

Desde el MIAS,
*en el entorno escolar, el
trabajo con salud mental sobre
todo;

*en el entorno comunitario,
3 profesionales realizan
actividades de educación,
especialmente en consumo
PSA y atención de algunos
casos; y activación de rutas.
Desde la UdeA, la Facultad
Nacional de Salud Pública
trabaja el tema de salud
mental en la comuna 1.

Es posible articular
con Facultad de
Medicina (SyS II)
y con Facultad de
Ciencias Sociales y
Humanas, programa
de Psicología (UdeA).

9 COPACOS

Desde los COPACOs, se
realizan tres acciones:

- Capacitaciones en Salud.
- Festival Salud con Vos y actividades colectivas.
- Veedurías en Centros de salud y unidades hospitalarias.

Desde la UdeA,
se pueden apoyar
capacitaciones y
se podrían apoyar
actividades colectivas.

9
Curso de
formación

El MIAS,
invita a curso que ofrece 13
actividades, 4 horas c/una.

Difusión desde la
UdeA.

10 CONSULTORIO AL BARRIO

La UdeA ofrece 1 vez al mes,
a través de la Facultad de
Derecho, una actividad de
Consultorio al Barrio. Se tiene
capacidad para más demanda.

Desde el MIAS,
difusión de información
sobre Consultorio al
Barrio.

Cuadro 6.1 Acciones de articulación GTSBC y MIAS en la comuna 1 Popular



El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) inició su implementación y prueba piloto en Medellín, segundo semestre de 2018, en una de las zonas más vulnerables como es la Zona 1 Nororiental –comunidades 1 Popular, 2 Santa Cruz, 3 Manrique y 4 Aranjuez–. Allí se inició la ejecución de las rutas integrales de atención en salud propuestas por el MIAS y adaptadas a la ciudad de Medellín, cuyo foco principal fue el entorno educativo.

Organizados en Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) para cubrir el territorio y con la dirección de la Secretaría de Salud de Medellín, los agentes del MIAS tienen en cada Institución Educativa un psicólogo permanente más un equipo de nutricionistas, higienistas orales, enfermeras, auxiliares de enfermería y tecnólogos ambientales. A esto se suma el despliegue de acciones itinerantes, casa a casa, en Atención Primaria en las comunidades de la zona 1 como consta en la Bitácora de Alianzas, comuna 3 Manrique (literatura gris del proyecto).

Al hacer presencia en un mismo territorio, el Modelo de GTSbC y el Equipo MIAS han buscado articular procesos a través de reuniones y acciones conjuntas. En el caso de la comuna 3 Manrique, se ha logrado consolidar la participación de varios actores: UniRemington, MIAS, Metrosalud con su estrategia Atención Primaria en Salud (APS) y trabajo social, GTSbC Comuna 3, Sena, EBAS— con estudiantes de Salud Pública direccionados por APS Metrosalud— y líderes comunitarios en salud con trayectoria en el territorio.

En dicha alianza, cada actor aporta desde su quehacer y desde las acciones que despliega en cada comuna. Como en los casos de MIAS, que posee unos EBAS, y la UniRemington con los practicantes y residentes de diferentes especialidades de Medicina y del área de la salud. Esta situación se ha convertido en una atención más integral para las familias y personas al disponer de profesionales acompañados de personal auxiliar y técnico.

Los estudiantes y docentes de la UniRemington reciben capacitación en el Modelo MIAS por parte de la SSM. Otra actividad importante es la realización de jornadas de promoción de la salud en las Juntas de Acción Comunal de la comuna 3, con la participación de la APS de Metrosalud, de UniRemington y de MIAS.

Cada actor tiene focos para desarrollar sus intervenciones. La UniRemington definió en su estrategia enfocar su trabajo en tres sedes educativas de la franja alta de la comuna y brindar atención: Centro de Salud La Cruz, Centro de Salud Raizal y Centro de Salud San Blas. Sin embargo, también realizan acciones en la comunidad en general y acompañamiento e intervenciones en familias. En esta última, luego de pasar los filtros para identificarlas, se despliegan acciones para realizar visitas domiciliarias y brindarles la atención.

Otro aliado significativo es la Institución Educativa Pedro Luis Villa. Allí se implementó el perfil de proyecto con la problemática priorizada en las Mesas de Diálogo. En este escenario, han sido importantes el apoyo del profesional en psicología del MIAS, que está en la institución educativa, y la autorización y voluntad del rector para desplegar acciones que generen articulación con la institución educativa, con la obvia dificultad de tiempo por las dinámicas de finalización de semestre escolar como se observa en la Bitácora de Alianzas comuna 3, Manrique.


En cuanto a la comuna 1 Popular, los equipos básicos de cada comuna (MIAS) participan en las actividades programadas desde el Modelo de GTSbC y se acompañan de otras programadas desde el MIAS. Por parte de los psicólogos itinerantes, especialistas en consumo de SPA, se han logrado varios encuentros articulados y la comunicación es permanente, lo cual posibilita la planeación conjunta con la GTSbC-C1. En ese orden de ideas, se realizaron una serie de encuentros con el MIAS, los cuales se describen en la Bitácora de alianzas comuna 1, Popular.

7. Consideraciones finales

7.1 Los sujetos sociales son claves en el ejercicio de la planificación. Ésta no debe estar solo en cabeza de la institucionalidad, sino que debe involucrar líderes y lideresas que conozcan su contexto, las fortalezas comunitarias y las problemáticas que los aquejan. Los líderes y las lideresas de la GTSbC son aquellos que se cuestionan sobre su entorno, se organizan con sus comunidades, planifican en conjunto, gestionan con y ante diferentes actores; pero, sobre todo, son los artífices del mejoramiento de las condiciones adversas en sus comunidades.

7.2 En un país como Colombia, donde el Sistema de Salud presenta graves problemas en su funcionamiento, es indispensable que las comunidades se movilicen, reconozcan en sus territorios las problemáticas, las potencialidades y quiénes están en capacidad de ayudar a mejorar las condiciones adversas. La participación ha de ser comunitaria y no individualista. Se debe incentivar lo comunitario, por organizaciones de base fortalecidas en el trabajo colectivo y que involucre diferentes grupos poblacionales como jóvenes, adultos mayores, docentes, entre otros actores sociales, que son dolientes del territorio.

7.3 Es necesario que la institucionalidad garantice el apoyo a la continuidad de los procesos que inician las comunidades. Aunque muchos líderes y lideresas permanecen jalonando procesos, que ya no cuentan con un operador, llega un momento en el que es indispensable la asesoría o los recursos de diferente índole que ya no es posible que las comunidades tramiten.

7.5 Incentivar la participación de las comunidades debe ser una prioridad para la institucionalidad toda vez que las estrategias pensadas para un micro-territorio deben hacerse siempre de la mano de quienes allí habitan, ya que son quienes conocen su historia y cotidianidad. El motor de las alianzas deberá ser la diligencia por trabajar en las soluciones o mejoras de las problemáticas identificadas, en el primer momento del Modelo de GTSbC. Las alianzas se nutrirán constantemente de nuevos aliados en función de las gestiones que haya que realizar o de quienes puedan aportar en la búsqueda de las soluciones. 

Referencias

1. Chávez B, Serna J, Noreña C, Hincapié L, Ospina D, López J. Investigación evaluativa de los componentes de presupuesto participativo en salud. Convenio asociativo 4600066861-16 Medellín 2012-2015. Medellín: Universidad de Antioquia / Facultad Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud de Medellín; 2017:9.
2. Matus C. Planificación, libertad y conflicto. [consultado 2019 Feb 15]. Venezuela: Instituto Venezolano de Planificación; 1985: 14. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/34494/S8500710_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Armijo M. Manual de planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. N°. 69. Santiago de Chile: Naciones Unidas / Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social / CEPAL; 2011. Disponible en: https://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/8/44008/SM_69_MA.pdf
4. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá. [consultado 2019 Sep 14]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
5. Alcaldía de Medellín. Anteproyecto Plan de Desarrollo Medellín cuenta con vos 2016-2019 [Internet]. Medellín; 2016. [consultado 2019 Mar 20]. p. 71. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/Shared_Content/Documentos/2016/PlandedesarrolloMunicipalConsolidadov229FEB16.pdf
6. Macedo Rizo M. La participación ciudadana en la constitución del 91. Pensamiento jurídico [Revista en Internet]. [consultado 2018 Nov 23]. 2011 30:129-60. Disponible en: <https://>

revistas.unal.edu.co/index.php/peju/article/view/36714

7. Díaz del Castillo Longas A. Aproximación al concepto de democracia deliberativa. *Rev Ratio Juris*. 2013 Ene-Jun; 8(16):77-104. Disponible en: https://www.academia.edu/35121263/Aproximación_al_concepto_de_democracia_deliberativa

8. Universidad de Antioquia. Vicerrectoría de Docencia. Facultad de Derecho. Formación ciudadana y constitucional (curso). [consultado 2019 Jun 10]. Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/mapa.html>

9. Chávez Carapia J. Participación social: retos y perspectivas [Internet]. México: Plaza y Valdés; 2006. [consultado 2019 Mar 22]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/55765718/Participacion-social>

10. Hernández D. Edmundo Granda y sus ideas sobre el proceso de salud enfermedad y la construcción de sujeto social en la contemporaneidad. [Trabajo de Investigación]. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2019.

11. Granda E. La salud y la vida. Vol 1, 231 p, p. 83-97 + 2 CD: ROM. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

12. Goldfrank B. Los procesos de “presupuesto participativo” en América Latina: éxito, fracaso y cambio. *Rev Cienc Polít*. 2006; 26(2):03-28.

13. Alcaldía de Medellín. Concejo de Medellín. Hitos PDL y PP [Internet] [consultado 2019 Nov 16]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Shared%20Content/HTML/ImagenesTema/Presupuesto_Participativo/Programas_y_Proyectos/Hitos_PDLyPP.pdf

14. Alcaldía de Medellín. Concejo de Medellín. Acuerdo Municipal 043 de 1996, modificado en el 2007, el cual crea e institucionaliza la planeación local y el Presupuesto Participativo en el marco del Sistema Municipal de Planeación. *Gaceta Oficial*, N°. 3.136 (21 Dic 2007).

15. Alcaldía de Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Encuesta de Calidad de Vida 2013 [Internet]. [consultado 2019 Sep 17]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/IndicadoresyEstadsticas/Shared_Content/Indicadores_Calidad_de_Vida/ICV2013/PDFs/Indicador_de_Calidad_de_Vida_2013.pdf

16. Alcaldía de Medellín. Planeación Municipal. Barrios por zona y corregimientos de Medellín en el Plan Estratégico Habitacional al 2020 [Internet]. [consultado 2019 Sep 25]. Medellín. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal_del_Ciudadano/Planeación_Municipal/Secciones/Plantillas_Genéricas/Documentos/2010/barrios_por_20zonas.pdf





capítulo

4

RECONOCIMIENTO DE ACCIONES DE MOVILIZACIÓN SOCIAL
EN EL TERRITORIO: COMUNAS Y CORREGIMIENTOS DE
MEDELLÍN PARTICIPES DE LA GTSbC

*Olga Natalia Álvarez Echavarría, David Hernández Carmona,
Alejando Valencia Villa, Leonardo Gallo Cartagena y Melina García-Palacio*

Sumario. Proceso de construcción de las acciones de movilización // Las acciones de movilización social en el territorio // Temas priorizados en las comunas y corregimientos de Medellín // La comunicación comunitaria dentro del proceso de movilización de la GTSbC // Comunicación para el cambio social // Evolución de las comunicaciones del proyecto GTSbC. // Referencias.

La palabra, el diálogo, la conversación, la lectura, incluso del territorio, son quizás de las actividades humanas más estimulantes para el pensamiento y la acción. Ya en la mayéutica socrática se proponía, por ejemplo, que el maestro, a través de preguntas, llevara al alumno a la construcción de sus propias respuestas. El diálogo y la pregunta se convirtieron en el vehículo del conocimiento.

En el caso de las comunas y corregimientos de Medellín, donde se llevó a cabo la GTSbC, el diálogo, el debate, la deliberación, los encuentros y los desencuentros se convirtieron en la oportunidad para el reconocimiento de sí mismos, de los otros, del entorno, de otros puntos de vista y, lo más importante, de llegar a acuerdos para la acción.

Los acuerdos pasaron por identificar las potencialidades y necesidades en salud, mediante:

- Mesas de diálogo, reuniones con equipos técnicos y asesores, acuerdo de voluntades;
- La armonización con los instrumentos de planificación de ciudad, de país e internacional;
- El mapeo de activos con un software de libre acceso (Arcgis);
- La conformación de un comité gestor y la generación de alianzas y redes para viabilizar la intervención de las potencialidades y necesidades en salud.

Para incidir en los territorios, este proceso permitió la movilización, el empoderamiento comunitario y el fortalecimiento del entramado y del sujeto social. La participación comunitaria fue clave en este proceso de diálogo y construcción siendo la estrategia más expedita y recomendada para lograr la generación de confianza, de redes y para la movilización social e incidencia en los territorios.

Con esta apuesta, se trascendió la mirada biológica e individual y se avanzó hacia un concepto de salud más amplio, en positivo, donde es posible el cambio y la transformación, y donde los sujetos sociales jugaron un papel trascendental en esa transformación. Así, el concepto de salud logró anclarse en una mirada más extensa que incluyó lo social, lo político, lo económico, lo territorial, lo relacional, lo ambiental, lo subjetivo.

Proceso de construcción de las acciones de movilización

En este contexto de construir colectivamente el Plan Comunal de Salud de las comunas y corregimientos de Medellín, se iniciaron nuevos procesos de movilización social que, de cierta manera, irrumpieron en la cotidianidad local:

- espacios de diálogo y discusión;
- reconocimiento del territorio con un enfoque de determinantes y de promoción de la salud;
- proceso de comunicación comunitaria que involucró a los habitantes del territorio en el diseño y concepción de la estrategia de comunicación, acorde con el tema priorizado;
- reuniones formales e informales con otros líderes y lideresas sociales, organizaciones y entidades gubernamentales, entre otros.

Todo este proceso de movilización sirvió como motor de los diálogos sociales para la construcción de los Planes Comunales de Salud de las comunas y corregimientos, donde están plasmados los sueños de la comunidad y de los demás actores del territorio para continuar con el proceso de GTSbC.

Uno de los logros más importantes en este sentido fue la inclusión de varios de estos Planes Comunales de Salud en la actualización de los Planes de Desarrollo Local (de las comunas y corregimientos) que forman parte del sistema de planeación municipal (2018-2019). Con la inclusión de estos Planes Comunales de Salud en el sistema de planeación municipal, se espera

que en las próximas administraciones las acciones previstas y planeadas por las comunidades, con el acompañamiento de la academia, la administración municipal y las ONGs, entre otros, sean priorizadas y desarrolladas en los territorios.

Este proceso de movilización en Medellín se inició en 2014, en la comuna 1 Popular, como iniciativa comunitaria que le apostó a la Gestión Territorial de la Salud desde la comunidad. El proceso avanzó con la realización de las Mesas de Diálogo, espacios concebidos como necesarios para el empoderamiento local; pero, sobre todo, como una apuesta local de la población organizada:

El trabajo valiente y resolutivo de las organizaciones sociales –lideradas sobre todo por mujeres – ha permitido dar un paso al frente. Tanto es así que los avances en la organización social han llevado a que la comuna sea hoy un ejemplo en la planeación local en la ciudad: elaboró, de forma pionera, el Plan de Desarrollo Local Comuna Uno Popular 2005-2015 – con el apoyo de la Secretaría de Salud de Medellín y de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia–, el primer Plan Comunal de Salud (2016) (1).

Lo anterior se efectuó en plena concordancia con la Declaración de Alma-Ata aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) convocada por la OMS (1978), la cual consideró que los individuos de una comunidad debían contribuir con un máximo esfuerzo en el propio desarrollo comunitario. También, que participaran en la planificación, la organización y la evaluación de la APS. Es decir, se enuncia explícitamente la importancia de la participación comunitaria para lograr una mejora en la salud de la población (2).

Las acciones de movilización social en el territorio

Para dar cuenta del proceso de movilización comunitaria, las acciones de empoderamiento local partieron de la validación y actualización de los diagnósticos participativos para la identificación de potencialidades y necesidades en salud, intervenciones y actores clave en las comunas y corregimientos de Medellín. Las comunas participantes en este proceso de GTSbC fueron 10: 1 Popular; 2 Santa Cruz, 3 Manrique, 4 Aranjuez, 5 Castilla, 9 Buenos Aires, 11 Laureles Estadio, 12 La América, 15 Guayabal, 16 Belén, y del distrito rural, dos corregimientos: 60 San Cristóbal y 70 Altavista.

Para realizar esta actualización, se partió del documento Armonización entre las acciones propuestas por la comunidad y las decisiones de la administración para orientar el seguimiento a las perspectivas estatales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 por comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín (literatura gris del proyecto), producido por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en 2016 para la Secretaría de Salud de Medellín, Dirección Técnica de Planeación.

Después de identificarse las potencialidades y necesidades en salud en las comunas y corregimientos, se procedió a armonizar con estos instrumentos en donde hubo un 80% de coincidencia entre lo priorizado por las comunidades y lo priorizado en los instrumentos de planeación, en varios niveles:

1. Local > Plan de Desarrollo Local (comunas y corregimientos de Medellín) y Plan de Desarrollo 2016–2019 Medellín cuenta con vos.
2. Nacional > Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012–2021, Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018 Todos por un nuevo país y
3. Internacional > Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016–2020.

Una vez se armonizaron las tensiones y necesidades en salud de cada comuna y corregimiento, con los instrumentos de planeación local, nacional e internacional, se convocó la participación de organizaciones sociales y comunitarias para actualizar el diagnóstico de las necesidades, potencialidades y las alternativas de solución desde sus saberes, experiencias, para contribuir articuladamente a la transformación social de las inequidades.

Como se mencionó en el capítulo tres, el momento inicial del Modelo de GTSbC planteó la revisión de los instrumentos de planeación de ciudad, de país e internacional. Se realizó con la finalidad de recopilar el mayor número de información relacionada con la situación de salud de los territorios y los objetivos de planeación y de que lo priorizado con las comunidades estuviese en concordancia con estos instrumentos.

Temas priorizados en las comunas y corregimientos de Medellín

Es indiscutible que la participación social se constituye en un pilar fundamental para impulsar el desarrollo de las comunidades y la sostenibilidad de las acciones. Por ello, tiene relevancia que sean las mismas comunidades las que definan las prioridades de sus territorios. Ahora bien, ¿desde cuál mirada, contexto y experiencia se prioriza?

Las comunas de Medellín, penetradas en mayor o menor medida por los conflictos internos, han tenido una larga historia de violencia social que ha moldeado sus problemáticas sociales. Por ello es que reviste importancia para sus habitantes la dimensión o problemática de salud mental y convivencia, así como la de salud sexual y reproductiva (Tabla 4.1), sin desconocer los temas ambientales y otros anclados en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 para Colombia.

Se realizaron 36 Mesas de Diálogo deliberativo que permitieron la articulación entre los retos del Plan Municipal de Salud de la ciudad de Medellín y las necesidades en salud expresadas por los habitantes de las 10 comunas y dos corregimientos participantes.

Las dimensiones priorizadas en las comunas estuvieron relacionadas con:

- La salud mental (consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, violencia de género, convivencia, violencia de pareja, adultos mayores y habilidades para la vida)
- Salud sexual y reproductiva (embarazo no deseado en adolescentes y jóvenes y derechos sexuales y reproductivos).

En los corregimientos, la priorización se dio en temas de alimentación y nutrición, y con la oportunidad en el acceso a los servicios de atención primaria en salud (Tabla 4.1).

Tabla 4.1 Comunas y corregimientos con sus dimensiones priorizadas en salud

Comuna / corregimiento	Dimensión en salud después de la armonización
Comuna 1 Popular	Salud Sexual y Reproductiva (SSR) - Embarazo no deseado en adolescentes
Comuna 2 Santa Cruz	Salud mental - Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y alcohol
Comuna 3 Manrique	SSR - Derechos sexuales y reproductivos
Comuna 4 Aranjuez	Salud mental - Consumo de SPA
Comuna 5 Castilla	Salud mental - Consumo de SPA
Comuna 9 Buenos Aires	Salud mental - Convivencia
Comuna 11 Laureles Estadio	Salud mental - Adultos mayores
Comuna 12 La América	Salud mental - Violencia de pareja

Comuna 15 Guayabal

Salud mental - Habilidades para la vida

Comuna 16 Belén

Salud mental - Consumo de SPA

Corregimiento 60 San
Cristóbal

Seguridad alimentaria y nutricional / Inseguridad
alimentaria población vulnerable

Corregimiento 70 Altavista

Servicios de salud / Barreras en el acceso a la
salud

Luego de priorizados los temas en salud, se realizó un ejercicio de cartografía social que permitió visualizar la dispersión e intensidad de las priorizaciones y de los aliados en el territorio que, para efectos metodológicos, se denominaron activos en salud: las personas, las instituciones, los lugares, entre otros, que contribuyen a impactar el tema prevalecido. En este momento, los activos de promoción de la salud son clave, en cuanto permiten diseñar estrategias con las comunidades, en positivo, para impactar los temas priorizados. Finalmente, se seleccionaron tres que, luego de ser socializados en diversos escenarios como el Comité Gestor, las mesas de salud y el diplomado, permitieron la priorización de solo uno por consenso: salud mental en 8 comunas entre 10.

En la comuna 1 Popular, debido a la trayectoria de ésta en el proceso de GTSbC (2014 – 2019), se ha logrado avanzar en la gestión de tres de los cinco perfiles de proyectos definidos. Para el proceso de priorización, se tuvo en cuenta, además, la socialización de los avances de la propuesta de tres proyectos en marco lógico estructurados por un grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que llegaron a la comuna a realizar un ejercicio práctico e investigativo en el curso de Salud y Sociedad. A propósito del proceso de GTSbC en la Comuna 1 Popular, es de anotar que diferentes prácticas académicas de la Universidad de Antioquia se vienen trabajando de la mano de los líderes y lideresas comunitarios en la gestión de su Plan Comunal de Salud.

Los tres proyectos estructurados están relacionados con las dimensiones en (a) salud mental y convivencia, (b) salud sexual y reproductiva y (c) salud ambiental. Además, la comuna ha venido trabajando desde las primeras fases de GTSbC en tres proyectos: residuos sólidos, agua potable y movilidad dirigidos por los líderes y lideresas comunitarios del territorio.

Se debe resaltar que este proceso de definición fue serpenteante: avanzaba y retrocedía para reflexionar sobre la pertinencia, viabilidad, disposición, involucrados, capacidades, alcances y demás aspectos que se requerían para gestar un proceso de intervención en los temas priorizados. Esta ejecución, por sí misma, es un ejercicio de comunicación constante que requiere disposición y confianza entre quienes ejercen liderazgos en las comunidades y abanderan la toma de decisiones a nivel local.

Como resultado del proceso de priorización de las problemáticas locales en salud, la generación de alianzas, la conformación y/o fortalecimiento de escenarios de participación, como el Comité Gestor y las Mesas Ampliadas de Salud, las comunidades visualizan el proceso como una apuesta local que debe trascender el accionar del proyecto y situarse en una instancia de participación local.

Se requiere, entonces, una instancia que adopte el proceso de movilización y pueda no solo ser veedor del mismo, sino gestar nuevas apuestas y acompañar la consolidación de la propuesta que se trazó en el Plan Comunal de Salud. La seleccionada requiere de un compromiso ético y político de las comunidades para llevarla a cabo; también, para repensar la organización comunitaria y las apuestas por la salud de las comunidades, de tal forma que vincule a los sujetos sociales; las familias, los grupos y las comunidades.

muestran una ruta de acciones favorables a la salud. Y es necesario resaltar cómo la revisión del Plan de Desarrollo Local (PDL) permitió el reconocimiento del territorio, por parte de quienes integraron el equipo, para nutrir la mirada territorial y leer el contexto con una actualización en el tiempo. Esto permitió comprender las lógicas territoriales en la toma de decisiones y en la priorización de problemáticas que van cambiando con las dinámicas de la ciudad.

El identificar las problemáticas y plantearse unas nuevas permite avanzar en la comprensión de las potencialidades y problemas en salud y sus Determinantes, máxime cuando se están priorizando dimensiones desde una mirada comunitaria, de salud colectiva, de salud pública, en clave de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Este es uno de los logros para resaltar en este proceso de GTSbC: avanzar en la comprensión de la salud más allá de la atención de la enfermedad, promover la movilización social y emprender acciones para potenciar la salud en la dimensión priorizada por las comunidades.

Comprender los DSS, tanto estructurales como intermedios, permitió no solo identificar las causas de algunos de los problemas que revisten importancia para las comunidades, sino también identificar la posibilidad de realizar acciones y el alcance de las mismas. Importante también ha sido identificar la necesidad de reunirse, de juntarse, de reconocer que el “otro” es necesario para formar vínculos, alianzas y redes colaborativas que posibiliten avanzar en soluciones creativas para los temas priorizados.

La identificación de problemáticas en salud y sus determinantes puso de relieve lo poco que se conoce de los contextos comunales y de las lógicas territoriales. El ejercicio de priorización, además de ser un ejercicio de comunicación constante y de tensión, logró trascender los “pareceres”, los intereses individuales y la mirada microscópica. Obligó a leer el dato, a consultar, a preguntarse, cuestionarse, socializar, debatir. Exigió el encuentro para pensarse desde lo local y en las necesidades colectivas.

Las experiencias con el diplomado, el Comité Gestor, el Comité Intersectorial y las activaciones territoriales (Ferias de saberes, mapeo de activos de comunicación, video y boletín informativo) lograron perfilar una estrategia de alianzas y una articulación con las iniciativas de los líderes y lideresas. A diciembre de 2018, quedaron instalados 12 Comité Gestores, con un perfil de proyecto iniciado que debe ser viable desde la capacidad institucional local y el acompañamiento de la administración municipal, no solo desde la Secretaría de Salud. Se logró así la interlocución en algunos espacios de incidencia en Medellín como con el Comité Territorial de Planeación y con varias instituciones educativas que tienen asiento en el territorio. Queda abierta todavía la articulación con la empresa privada.

La comunicación comunitaria dentro del proceso de movilización de la GTSbC

Convencidos del importante papel que cumple la comunicación en el desarrollo humano y social, con sus diversas técnicas, dinámicas y posibilidades, el proyecto incluye, desde sus inicios, un componente de comunicación transversal a los demás. Está pensado no solo para difundir los avances y resultados de los procesos efectuados, sino con el fin de desarrollar acciones de movilización que fortalezcan la participación social para la planeación en salud y la implementación de un Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad.

Se proyectó la comunicación como promotora de cambios para que los habitantes de los territorios dialoguen entre sí, adquieran conocimientos, actitudes y prácticas favorables a la salud, se organicen y participen activamente en la promoción y prevención de la salud.

Comunicación para el cambio social

Como fundamento teórico, se partió del concepto de comunicación para el cambio social, el cual hace especial énfasis en la importancia de la participación amplia e ilustrada de la sociedad en procesos deliberativos para la toma de decisiones que afectan el bien común (3). El enfoque comunicativo de este componente reconoce la necesidad de implementar acciones creativas que contribuyan al fortalecimiento de las organizaciones sociales para que éstas se consoliden no solo como interlocutores constantes con la institucionalidad, sino también como constructores principales de sus propias condiciones dignas para vivir (4).

Este enfoque concibe que las relaciones que se establecen entre las entidades estatales y la comunidad posicionen a la comunicación como un proceso interactivo que requiere el reconocimiento de las agendas propias y de las institucionales. La comunicación y la participación se reconocen como derechos fundamentales. El primero está consagrado en el Artículo 20 de la Constitución Política de Colombia de 1991; y el segundo, en la Ley Estatutaria de Participación Ciudadana de Colombia.

Evolución de las comunicaciones del proyecto GTSbC

Trabajar un proyecto de salud integral con las poblaciones, desde un enfoque intersectorial y comunitario, requiere la implementación de mecanismos de concertación, coordinación y cogestión. En este sentido, la estrategia de comunicaciones del proyecto ha mutado en sus cinco fases o periodos de ejecución terminados.

Primera y segunda fase. El proyecto del Plan Comunal de Salud, con un enfoque de comunicación para la salud y de participación, buscó en estas dos fases ser divulgativo, centrado en lo informativo y mediático, con el fin de difundir el proceso, de incentivar la participación social y de empoderar a los habitantes de la comuna 1 Popular.

Tercera fase. La estrategia, aún centrada en los medios, con aliados como la Corporación El Megáfono, con presencia en la Comuna 1 Popular, buscó mayor **horizontalidad, interacción y participación**. Se adoptó el enfoque de **comunicación para el cambio y la movilización social**, una perspectiva del campo de estudio de las ciencias sociales que “privilegia el proceso comunicacional de los actores sociales e institucionales, por encima de los medios, y rescata las tradiciones comunitarias, el saber local y el diálogo horizontal” (3). El fin es promover la participación ciudadana en la toma de decisiones e incidir en la formulación e implementación de políticas públicas saludables, mediante la articulación del Plan Comunal de Salud de la Comuna 1 Popular con el Plan Territorial de Salud de Medellín.

Desde este enfoque de la comunicación, el proyecto comenzó a preocuparse por la creación, transformación y difusión de sentidos y significados, con “un modelo de comunicación macro intencional, dirigido a ‘re-editores’; es decir, a aquellos actores comunitarios, personas u organizaciones, con credibilidad y legitimidad frente a otros para proponer y modificar las acciones y los mensajes difundidos, capaces de movilizar y comprometer a un número significativo de personas” (5), en torno a los propósitos establecidos por el proyecto. La estrategia incluyó, además de acciones mediáticas, recorridos con caravanas artísticas y culturales como actividades para convocar a la comunidad a la movilización social en salud.

Cuarta fase. Se unieron otras comunas de Medellín: 3 Manrique, 4 Aranjuez, 5 Castilla, 12 La América, 15 Guayabal y 16 Belén. Se retomaron los acumulados del plan de comunicaciones de la tercera fase y se adoptó esta misma perspectiva, con un apartado **informativo, divulgativo**. Se le dio relevancia a los **medios comunitarios y alternativos** existentes en las comunas como las radios y los colectivos de comunicación, con productos comunicativos pensados para promover la construcción, visibilizar y apropiarse en lo social del concepto de la GTSbC.

Igualmente, con un apartado de comunicación para la **movilización social** que incluyó la realización de activaciones territoriales, fueron acciones decisivas para “activar” en las comunidades la apropiación de las necesidades en salud identificadas en cada una de las comunas, la **participación** social en salud en la búsqueda de soluciones conjuntas y la implementación de procesos de diálogo e incidencia en la agenda pública.

A esta fase se le adicionó el componente de **monitoreo y evaluación de la estrategia de comunicaciones** como mecanismo para validar el desempeño de la comunicación en el proyecto, durante y después, con el fin de generar recomendaciones efectivas para la resolución de problemas comunicativos y el cumplimiento de los objetivos del proyecto. Esta evaluación posibilitó el descubrimiento de aciertos y desaciertos importantes para realimentar la estrategia comunicativa. En este sentido, la estrategia de comunicaciones siguió consolidándose en cada fase nueva mediante la incorporación de otros elementos del enfoque de participación y movilización social. Se retomó lo positivo de lo anterior y se reforzó con acciones cada vez más creativas.

Quinta fase. La estrategia propuso el **mapeo de activos comunitarios en comunicación** como una forma de reconocer, en un primer momento, los actores que participan en los escenarios comunitarios, sus iniciativas y los espacios que ya se han consolidado para el diálogo entre los diferentes sectores poblacionales. Esto con el fin de retomar las narrativas y formas comunicativas locales que se han instalado en la cotidianidad de la comunidad para, desde allí, establecer los mecanismos de construcción colectiva y participativa que permitan posicionar las discusiones alrededor de los DSS y las necesidades en salud priorizadas como un derecho fundamental.

La apuesta novedosa de la estrategia comunicativa fue incorporar cada vez más elementos de otras disciplinas en las acciones de comunicación implementadas. Una de ellas es la pedagogía para avanzar hacia una comunicación educativa que propicie el diálogo de saberes. Esto se hizo posible mediante lo formativo en comunicación dialógica y comunicación comunitaria que se desarrolló en talleres abiertos con la comunidad, con representantes de los medios comunitarios y con actores claves que aparecieron en el mapeo de activos.

La comunicación también se situó en el **mercadeo social** como un área que puede aportar mucho valor, pues busca trasladar las estrategias tradicionales del marketing comercial hacia causas sociales para lograr cambios de comportamiento en distintos grupos de población buscando solucionar problemas colectivos, para favorecer la calidad de vida de las comunidades, a través de la generación de información motivadora y atractiva, con mensajes y campañas contundentes, medios apropiados e ideas creativas que generen alto impacto en los públicos ciudadanos (6).

En una convergencia entre elementos de la comunicación, el arte, la educación, y la publicidad, el proyecto logró potenciar las expresiones artísticas y culturales existentes en los territorios. Los habitantes de las comunas desarrollaron acciones de impacto o intervenciones en el paisaje y el espacio público como murales, impresiones en gran formato, tomas culturales y pedagógicas barriales en salud, entre otras, que apuntaron a visibilizar y apropiarse de las necesidades en salud de cada comuna.

El papel de la comunicación demuestra ser efectiva como herramienta de empoderamiento y de creación discursiva. Abre la posibilidad para que el proyecto GTSbC, con los profesionales y actores comunitarios que participan en la propuesta, asuman la práctica comunicativa como un compromiso para el desarrollo de las comunidades. Permite el acceso a la cultura, al conocimiento y al reconocimiento de las personas. Y genera la participación abierta, dialógica y democrática.

Existen varios retos en las acciones de movilización social en la GTSbC hacia la democratización de los liderazgos y de las relaciones entre los sujetos sociales:

Ese intelectual colonizado, atomizado por la cultura colonialista, descubrirá igualmente la consistencia de las asambleas de las aldeas, la densidad de las comisiones de los pueblos, la extraordinaria fecundidad de las reuniones de barrio y de célula. Los asuntos de cada uno ya no dejarán jamás de ser asuntos de todos (...). La indiferencia hacia los demás, esa forma atea de la salvación, está prohibida en este contexto (7).

Si bien la Administración Municipal ha impulsado la conformación de colectivos sociales en los que se gesten las acciones necesarias para planificar, gestionar, prevenir y/o atender las necesidades territoriales, las lógicas de participación también han sufrido una serie de cambios que, para algunos, son poco favorables a la salud relacional de las personas en sus territorios. Las necesidades apremiantes de las comunas y corregimientos de Medellín, las cuales en su mayoría obedecen a una urbanización no planificada, llevaron a sus habitantes a organizarse para solucionar y dar respuesta a las contingencias del día a día: el trazado de caminos, la canalización de aguas, la construcción colectiva de algunas viviendas, entre otros asuntos. Estas situaciones dejan ver unos liderazgos innatos que empiezan a ser reconocidos por sus comunidades.

Sin embargo, este panorama de solidaridad y camaradería entre los vecinos es un poco distinto en la actualidad. Las comunidades, en los escenarios de participación, narran la falta de liderazgos nuevos, se escuchan las mismas voces y discursos, y cada espacio de priorización se convierte en una oportunidad de imposición y de distribución de recursos. En el espacio del diplomado en GTSbC, que se adelantó desde la Facultad Nacional de Salud Pública, se evidenció

la poca participación de los jóvenes en los espacios y colectivos en salud de las comunas. Paradójicamente, estos escenarios están conformados en su mayoría por población adulta mayor. De otro lado, este espacio para muchos todavía se concibe en clave de atención a la enfermedad, como la distribución de gafas y prótesis dentales, hecho que responde más a la salud individual que a la salud colectiva o nueva salud pública.

El papel de las instituciones sociales de base comunitaria es muy relevante en la búsqueda de la participación activa de los distintos grupos poblacionales que conviven en un territorio para decidir sobre su vida y salud puesto que participar es crear y fomentar el sentimiento de pertenencia a la comunidad (8). En este sentido, ¿cómo se logra gestar, en medio de contextos adversos de violencia, desempleo, informalidad, pobreza, participación y condiciones sanitarias, ambientales y sociales deficientes la juntanza para la acción colectiva y solidaria de la mejoría de la salud? Su apuesta, es garantizar una participación vinculante y decisoria tanto en la implementación del Modelo GTSbC como en el diálogo comunitario e interinstitucional.

El enfoque del empoderamiento (**empowerment**) (9) considera que la mayoría de los problemas sociales se deben a una distribución desigual de los recursos y se relacionan con estos. La delincuencia, la drogadicción, la mendicidad o los embarazos en la adolescencia no son el resultado o el producto de patologías o desviaciones individuales; se entienden como un problema social que se origina y se mantiene por una distribución desigual de los recursos, sean materiales, sociales o psicológicos.

La potenciación de los recursos individuales, grupales y comunitarios genera nuevos entornos en los cuales las personas tienen una mayor capacidad para controlar, por sí mismas, su propia vida. Lo anterior es afirmado por Julián Rappaport (10), quien considera que el objetivo de la teoría comunitaria es el **empowerment** (empoderamiento) que le da más poder a las personas para que puedan decidir sobre la promoción de las condiciones saludables para su comunidad, para que encuentren menos barreras en la ejecución del mejoramiento de la salud, en la solución de conflictos, etc.

Desde una perspectiva de género, las mujeres han cobrado una relevancia en la participación comunitaria en salud, no solo porque son las hacedoras de muchos de los procesos de empoderamiento territorial, sino porque ellas han abanderado los procesos de consolidación de acciones y de gestión local en todos los ámbitos. Ello, al parecer, está relacionado con la disponibilidad de tiempo para la asistencia a espacios de encuentro y a una lógica de trabajo mancomunado que permite la juntanza femenina para el mantenimiento de la salud y el abordaje de las problemáticas que atañen a individuos y comunidades. Hay una responsabilidad, al parecer por su naturaleza, que vincula a las mujeres a los procesos de cuidado y a espacios que permitan la lectura de las realidades locales; y que permite la gestación de nuevos procesos de movilización social comunitaria por el bien la salud colectiva.

De otro lado, es evidente que los procesos locales requieren no solo de capacidad instalada, sino trabajo sistemático y permanencia en el tiempo con la voluntad de juntanza. Por ello, las mujeres, al tener una “menor” movilidad en el territorio y permanecer por mayor tiempo en el mismo, pueden participar de las acciones impulsadas desde diversas instancias. Ello supone una tensión entre el accionar institucional y las lógicas locales (comunitarias) de participación.

Uno de los malestares anclados en la lógica de participación comunitaria tiene que ver con el clientelismo y las prácticas locales de corrupción. Muchos de los escenarios locales han sido permeados por las lógicas politiqueras, que no permiten potenciar la capacidad local y los procesos de empoderamiento y participación para superar las fragilidades de los territorios y comunidades.

Con esta intención potencial de capacidad local y de procesos, surge una reflexión: ¿cuál institución, grupo o colectivo comunitario podría abanderar una propuesta como la gestada en el marco de GTSbC? Acá es necesaria una alianza estratégica que avance en el objetivo trazado: fomentar los intereses locales y la organización comunitaria en los temas de salud. Ya se enunció que son pocos los espacios de participación en esta temática y la participación no cobija a los diversos grupos poblacionales y etarios.

Aunque el enfoque del proyecto GTSbC es de base comunitaria, la cual propende por la salud colectiva, las comunidades siguen concibiendo la salud desde una mirada individual y familiar. Las comunidades son cúmulos de pequeños núcleos familiares que, al parecer, deberán resolver por sí mismas sus problemáticas en salud. No obstante, el concepto de colectividad debe comprenderse no como la suma de personas o familias, sino como la trascendencia hacia la comprensión de los nexos entre sus integrantes: relaciones de poder, de afectividad, de competencia y de vínculo (11).

Cuando se analizan las situaciones que generan mayor preocupación en las comunidades, se halla que tienen que ver con las condiciones territoriales, con el espacio habitado por todos. Esto apunta a una nueva intención cual es la de la intervención desde un enfoque de los DSS. Sin embargo, la mirada sobre los determinantes estructurales es un poco desoladora: las comunidades son descreídas de la efectividad de las acciones estatales para la solución de sus situaciones, máxime cuando la mayoría de estas comunidades están localizadas en la periferia de Medellín, ancladas muchas de ellas en corredores de vulnerabilidad.

En este sentido, se ponen en tensión algunos hallazgos en el proceso reflexivo con los profesionales y comités gestores de cada una de las comunas. Por un lado, la mirada adultocéntrica de los procesos de salud; por el otro, las maneras de comprender y tomar decisiones en salud que no han trascendido a la comprensión de los DSS y del papel de las comunidades en la gestión de su salud. Existe una lógica de participación institucionalizada por la administración municipal, que ha generado la posibilidad de participar y la necesidad de organizarse; pero se observan unas tensiones y rupturas de relaciones locales entre los liderazgos previamente conformados, lo cual imposibilita, en algunos casos, el trabajo colaborativo.

Con base en lo anterior, se recomienda motivar y acompañar la participación social juvenil en los temas de salud, mucho más cuando se perfila que las necesidades identificadas están puestas en las dimensiones de (1) Servicios de Salud Reproductiva (SSR) y (2) Salud Mental. Para ello, es clave el apoyo sostenido de la academia.

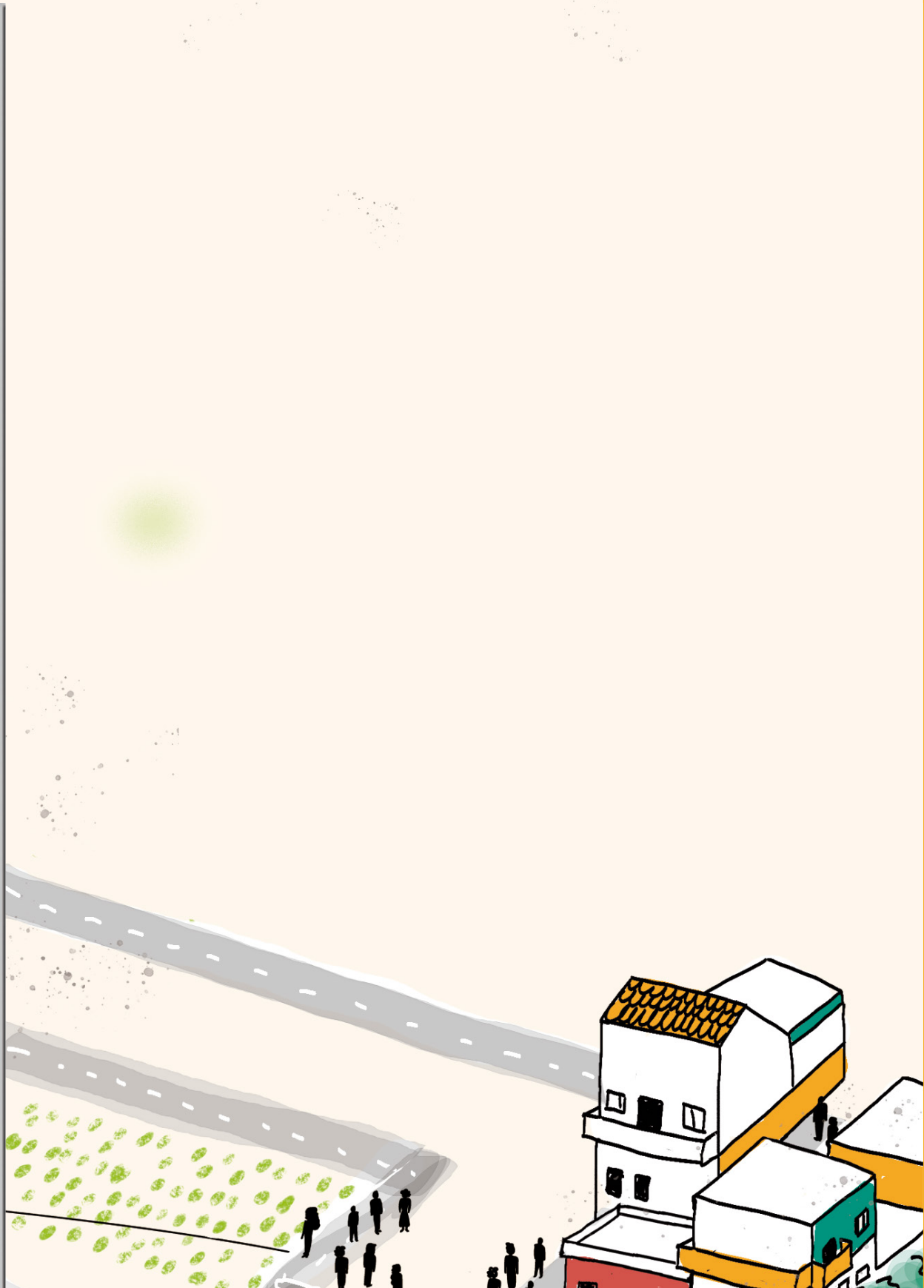
Avanzar en la resolución de problemáticas locales requiere de alianzas comprometidas y de sincronía con la destinación presupuestal de la administración municipal, así como de la gestión de recursos de otras instancias pues, como lo manifiesta un líder, es necesario “no abrir más problemáticas” ya que no se cuenta con los elementos ni técnicos ni económicos para enfrentar dichas situaciones. Además, los proyectos de este tipo son de corto plazo y sin continuidad.

Algunas comunas están viviendo transformaciones en el tema de la participación y el empoderamiento. Iniciaron con una movilización social para la participación y la gestión del desarrollo, y continuaron con la gestación, el cultivo y el fortalecimiento de un Acuerdo Comunitario entre la JAL, la ASOCOMUNAL y las Organizaciones Sociales, de la cual hace parte la mesa Intersectorial de Salud.

Desde el área de la salud, se han adelantado varios procesos y ejercicios que conllevan un reconocimiento de los intereses, necesidades y potencialidades de la comunidad en temas de salud. En 2017, por iniciativa de los COPACOS, se creó el Comité Intersectorial de Salud. Este organismo se ha reunido en varias ocasiones con el fin de lograr la articulación de las diferentes organizaciones comunitarias, públicas y privadas que trabajan en torno a la salud y de potenciar estos escenarios, que debe ser una de las metas de la GTSbC.

Dado que las problemáticas identificadas quedan instaladas en el Comité Gestor, éste debe procurar la gestión de alianzas que permitan la vinculación en los procesos de capacitación y formación temática y metodológica a líderes y lideresas, a aliados comunitarios y a representantes institucionales, públicos y privados. Vale la pena resaltar que la Secretaría de Salud de Medellín realiza acciones de promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, las cuales están enmarcadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estas acciones están enfocadas en alcanzar la mayor equidad en salud de la población. Sin embargo, se recomienda la revisión más detallada de las dinámicas comunales y de los DSS para posibilitar que los retos en salud y sus determinantes puedan ser afrontados desde una visión integral y un abordaje sistémico.

1. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud de Medellín. Experiencia de Gestión Territorial y Comunitaria en Salud. Plan Comunal de Salud Comuna 1 Popular de Medellín 2016. Medellín: Secretaría de Salud; 2017.
2. Restrepo Vélez O, Vega Romero R. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud-APS. Bogotá: para la muestra un botón. Gerenc Polit Salud. 2009 enero-junio; 8(16):153–64.
3. Gumucio-Dagron A. Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo Signo y Pensamiento [revista en Internet]. 2011 mayo-junio. [consultado 2018 Jul 31]; 30(58): 26-39. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86020038002>> ISSN 0120-4823
4. Gumucio A. Comunicación para la salud: el reto de la participación [revista en Internet]. [consultado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio1.htm>
5. Rodríguez MC, Toro JB. La comunicación y la movilización social en la construcción de bienes públicos. Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001.
6. Muñoz Y. El mercadeo social en Colombia. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2001.
7. Fanon F. Los condenados de la tierra. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
8. Hombrados-Mendieta I, Gómez-Jacinto L. Potenciación en la intervención comunitaria (Psychosocial Intervention). Colegio Oficial de Psicólogos. 2001 enero; Vol 10: 55-69. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/237026437_Potenciacion_en_la_intervencion_comunitaria
9. Buelga S. El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. Valencia; 2007:154-173. Disponible en: https://www.uv.es/lisis/sofia/sofia_empower.pdf
10. Rappaport J, Swiff C, y Hess R (Eds). Studies in empowerment: steps toward understanding and action. Nueva York: Haworth press; 1984.
11. Bertolozzi MR, De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Salud colectiva: fundamentos conceptuales. Salud Areandina, Bogotá (Colombia). 2012 julio-diciembre 1(1):24–36. Disponible en: file:///C:/Users/USER_7D/Downloads/309-Texto_del_art_C3_83_culo-323-1-10-20150706.pdf



"Poder corresponde a la capacidad humana, no simplemente para actuar, sino para actuar concertadamente. El poder nunca es propiedad de un individuo; pertenece a un grupo y sigue existiendo mientras que el grupo se mantenga unido [...]. En el momento en que el grupo, del que el poder se ha originado, desaparece, 'su poder' también desaparece"

Pía Lara. Narrar el mal, una teoría postmetafísica del juicio reflexionante

capítulo

5

FORMACIÓN DE LÍDERES Y LIDERESAS
COMUNITARIOS PARA LA GESTIÓN TERRITORIAL DE
LA SALUD BASADA EN COMUNIDAD

Román Martínez Barrientos, David Hernández Carmona

La propuesta de formación mediante Diplomado para líderes comunitarios se sustenta en cuatro principios pedagógicos:

1. El conocimiento se construye a partir de la tríada práctica-teoría-reflexión.
2. La educación es un proceso participativo y permanente.
3. Cada persona tiene capacidades y ritmos de aprendizaje diferentes.
4. No hay grupos homogéneos en términos de cultura y niveles educativos, por lo que las diferencias individuales y la diversidad de experiencias encontradas en el aula son una riqueza para el proceso formativo.

La formación en el diplomado que cumple con los principios anteriores, considera la práctica educativa como un escenario en donde se encuentran (se tramitan) los diversos valores, deseos y conceptualizaciones que son producto de la experiencia de cada sujeto. Éste es quien pone en escena su propia historia, su pasado y su presente, lo cual derivará en tensiones propias de la condición humana y la interacción social. En definitiva, el escenario educativo es visto como el campo en el que cohabitan el consenso y el conflicto. Y en dicha tensión se reconstruyen la identidad individual y colectiva de quienes participan.

1. Antecedentes

Al final de 2014 y comienzo de 2015, se inició en Medellín la primera fase del proyecto GTSbC, proceso desarrollado entre noviembre de 2014 y julio de 2015, en la Comuna 1 Popular, Zona Nororiental. Como parte de las acciones desarrolladas, se realizó un proceso de formación teórico y práctico durante 96 horas a 30 dirigentes y animadores comunitarios. Este proceso de formación con los líderes y lideresas involucró, como elementos para el diseño y ejecución, dos aspectos: **la comprensión crítica y el pensamiento creativo** de los asistentes, con miras a la solución de las problemáticas sociales locales.

Para el despliegue de las acciones en el desarrollo del proceso de formación se tuvo en cuenta el perfil de los participantes para definir el grado de complejidad de las temáticas que se querían trabajar, los contenidos y las estrategias metodológicas. Se contemplaron el diálogo, el debate, las deliberaciones y la construcción colectiva; es decir, se apostó por una propuesta con un abordaje pedagógico constructivista, en la cual las experiencias de vida de los participantes, sus conocimientos, saberes, gustos y puntos de vista fueran valorados y tenidos en cuenta durante todo el proceso.

Desde esta apuesta pedagógica constructivista, la metodología tuvo como punto de partida la pregunta, con la cual se permitiese cuestionar incluso los aspectos básicos de la subjetividad humana, que pueden parecer obvios; por ejemplo, los modos propios de actuar, la formas de ser y de hacer en el mundo.

El conflicto cognitivo podría entenderse así como un estímulo para el aprendizaje y como un elemento para determinar la organización y naturaleza de lo que iba a ser aprendido. Así mismo, esta propuesta surgió de la idea de que el conocimiento se adquiere a partir de las interacciones que tienen las personas entre sí y de éstas con el entorno. Por medio de dicha interacción, es posible lograr negociaciones sociales indispensables para que los sujetos, las instituciones y los diferentes actores de la sociedad puedan darle sentido al proceso de formación y justificar de este modo su accionar en el tiempo. Para ello, se procedió a organizar tres fases:

Primera fase: los encuentros teóricos.

Segunda fase: la sesión práctica.

Tercera fase: la puesta en común.

Los encuentros teóricos, **primera fase**, incluyeron variadas reflexiones, desde la perspectiva del diálogo y la puesta en común de los saberes o conceptos abordados:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.
- Determinantes Sociales de la Salud.
- Comunicación para la salud.
- Participación.

- Liderazgo comunitario.
- Instrumentos de planeación nacional, departamental, municipal.
- Metodologías participativas y de movilización social.

En la sesión práctica, **segunda fase**, los participantes realizaron un acercamiento a la comunidad para buscar una nueva lectura de la realidad, a partir de

- Mesas de diálogo.
- Reconocimiento del territorio.
- Identificación de necesidades.
- Otras definidas entre tutores y participantes.

En la puesta en común, **tercera fase**, se orientó el diálogo con los participantes sobre los aciertos y las dificultades hallados durante el acercamiento a la comunidad. Se hizo un ejercicio de retroalimentación a dicha actividad, teniendo presente las tensiones que pudieran darse entre los saberes o conceptos abordados en la primera fase (encuentros teóricos), en contraste con la experiencia de aproximación al territorio en la segunda fase (sesión práctica). Los participantes realizaron informes de los temas trabajados; la información obtenida sirvió de insumo para ser incluida en el Plan Comunal de Salud, Comuna 1 Popular, Medellín.

En 2016, para obtener una certificación laboral para los líderes y animadores comunitarios, se realizó un convenio con el SENA — establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio del Trabajo de Colombia, que ofrece formación gratuita en programas técnicos, tecnológicos y complementarios — para que permitiese continuar con las acciones de formación encaminadas, en esta ocasión, a capacitar a los asistentes en dos aspectos o temáticas centrales: **Participación social en salud y Atención Primaria en Salud**.

En esta tercera fase, el proceso de formación tuvo una duración de 80 horas (40 por cada temática). Si bien condujo al logro de las competencias para la certificación laboral, tal como estaba previsto, las estrategias pedagógicas y didácticas, con las cuales se desarrolló el proceso de formación, se ubicaron en el paradigma positivista, transmisionista, centradas más en las teorías que en las prácticas, lo cual marcó una gran diferencia con respecto al proceso de la primera fase.

Con estas dos variables nuevas: **desarrollado a demanda y centrado en un modelo de enseñanza alejado de las formas de participación comunitaria**, el momento de capacitación de la fase tercera no fue bien recibido por los líderes comunitarios. Por esta razón, para las futuras intervenciones se sugirió, entonces, volver sobre las formas implementadas en el proceso de formación de la primera fase: más cercanas con lo que se espera en la GTSbC; es decir, acciones centradas en una lógica constructivista, dialógica y participativa.

La experiencia de la formación en la primera y segunda fases del proyecto, después de casi tres años, devela la necesidad de que los procesos de formación centren sus acciones desde una lógica formativa que dialogue con la GTSbC. En otros términos, que tenga como premisas la construcción colectiva, la búsqueda de sentido y la apuesta por la transformación del sujeto y del entorno. En definitiva, una educación capaz de ayudar a lograr la inserción de los sujetos al mundo que, como dice Paulo Freire, “(...) no considere al hombre espectador del proceso, cuya única virtud es tener paciencia para soportar el abismo entre su experiencia existencial y el contenido que se le ofrece para su aprendizaje, sino que lo considera como sujeto” (1).

2. Aproximación conceptual

Al cierre del apartado anterior, se dice que, con respecto a la formación en GTSbC, conviene tener presente los postulados de la educación popular, las teorías críticas del aprendizaje y el constructivismo como apuestas formativas que consideran el diálogo como la base para la construcción de nuevos aprendizajes. En este sentido, cabe afirmar con Freire que “el diálogo genera crítica, se nutre del amor, de la humildad, de la esperanza, de la fe, de la confianza. Por eso el diálogo comunica” (1).

Podría decirse, entonces, que se trata de un diálogo intercultural y éste, como afirma el doctor en Educación, profesor Echeverry, “configura el sentido de dirigirnos a esas otras formas de pensamiento, a esas otras formas de experiencia, no como consumo y repetición, sino como

reelaboración y apropiación crítica, es decir, como enriquecimiento de lo que hemos logrado pensar” (2). Para Delval, la educación es un fenómeno social de una enorme complejidad que existe en todas las sociedades y que es específico de los seres humanos. (...) Por tanto, implica mucho más que la transmisión de conocimientos. Esa socialización supone la adquisición de los rasgos esenciales de la cultura, que, además de conocimientos, incluye actitudes, valores, formas de conducta, reglas, etc. (3).

2.1 Constructivismo

Según los postulados constructivistas, el conocimiento no es una copia fiel de la realidad, sino una construcción del ser humano; construcción que se hace fundamentalmente con los esquemas que el sujeto ya posee; es decir, con la experiencia que ha construido su relación con el medio que lo rodea.

Martínez y Zea (4) sostienen que, en sus orígenes, el constructivismo surge como una corriente epistemológica preocupada por discernir los problemas de la formación del conocimiento humano. Y dicen que, según Delval, elementos del constructivismo se encuentran en el pensamiento de Vico, Kant, Marx y Darwin, quienes plantearon, al igual que los exponentes constructivistas de hoy, que

(...) los seres humanos son producto de su capacidad para adquirir conocimientos y para reflexionar sobre sí mismos; lo que les ha permitido anticipar, explicar y controlar la naturaleza y construir la cultura. Asimismo, destacan que el conocimiento se construye activamente por el sujeto y no es recibido de manera pasiva por el ambiente (4).

Para Carretero (5), el constructivismo es la idea que sostiene que el individuo, tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos, no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día con día como resultado de la interacción entre esos dos factores.

De igual forma, Díaz-Barriga y Hernández (6) afirman que “El constructivismo postula la existencia y prevalencia de procesos activos en la construcción del conocimiento: habla de un sujeto cognitivo aportante, que claramente rebasa a través de su labor constructiva lo que le ofrece su entorno”.

En definitiva, los postulados constructivistas sugieren nuevas formas, nuevas maneras de hacer y de ser, formas que contribuyan a la reconstrucción del tejido social. Esto requiere fomentar la potenciación de las capacidades de los agentes sociales, las mismas que puede lograrse a través de la capacitación de los gestores (Agentes Sociales) para que asuman procesos de autogestión y permitan a los integrantes o líderes y lideresas desarrollar múltiples habilidades y destrezas (7) a partir de una reflexión crítica de la realidad desde el enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP).

2.2 Investigación Acción Participativa (IAP)

Para Fals Borda, citado por De Oliveira Figueiredo (8), el elemento epistemológico principal que fundamenta un nuevo paradigma en las investigaciones sociales en Latinoamérica es el rompimiento de la tradicional relación de dominación-dependencia implicada en el binomio sujeto-objeto. Esta ruptura lleva a un nuevo tipo de sociedad, que sería una sociedad participativa, donde la relación fundamental sería sujeto-sujeto mediado por el proceso de comunicación. En otras palabras, una sociedad que, rotas las relaciones asimétricas, se convierte en una sociedad simétrica, mucho más igualitaria, mucho más democrática y participante.

La IAP es un método que involucra a los grupos excluidos o minoritarios en la producción de conocimientos y, al mismo tiempo, un método de educación y un instrumento de concientización. Balcázar (9) sostiene que la metodología de la acción participativa implica un proceso de aprendizaje y genera conciencia sociopolítica, entre los participantes, a lo largo del proceso concebido como diálogo horizontal entre investigadores y miembros del grupo o comunidad.

Tales postulados de la IAP contribuyen a que los participantes de los procesos identifiquen las estrategias para aprender a aprender. Los participantes pueden desarrollar capacidades para descubrir su mundo con una óptica crítica que les permite desarrollar habilidades de análisis. De este modo, la IAP como metodología tiene el doble objetivo de intervenir en una realidad determinada (acción) y de crear conocimiento o teorías acerca de dicha acción.

Lo anterior cobra importancia porque las comunidades que sufren determinados problemas, tradicionalmente han tendido a abordar “sus” necesidades cediendo a dos formas de protagonismo:

- La primera, relacionada con el diagnóstico de tales problemas que, por lo general, es realizado y apropiado por los responsables políticos de las instituciones y
- La segunda, referida a la gestión que queda en manos de técnicos, funcionarios intermedios, profesionales y voluntarios.

Como consecuencia, los usuarios generalmente son excluidos de los espacios de toma de decisiones y de gestión de la política social. Y a las comunidades se les limita su capacidad de autogestión porque las instituciones buscan apropiarse del público, del territorio y de los problemas, asuntos que deben gestionar (10).

2.3 Pedagogía crítica

Las intervenciones educativas en proyectos de salud constituyen un recurso pedagógico y una tarea que puede lograrse desde apuestas como la pedagogía crítica. Su alcance ha de ser el de:

- Potenciar las capacidades de los sujetos.
- Involucrar a las personas en un proceso activo de reconocimiento, análisis y reflexión sobre sus condiciones de vida, necesidades y problemáticas y
- Generar en ellos capacidades para la toma de decisiones y la transformación de sus condiciones sociales.

Dice Marco Raúl Mejía (11) que la pedagogía crítica es la base de la educación popular. Se trata de una pedagogía para la acción que no solo recupera la crítica y la propuesta transformadora, sino que hace del hecho educativo una propuesta de modificación de mundos sobre los que el sujeto tiene incidencia. No es en el sentido de una pedagogía activa solo en los procedimientos, sino, ante todo, comprometida con las tareas de un mundo injusto que debe ser transformado.

Para Piedad Ortega (12), las pedagogías críticas convocan a la reinvencción, a la pregunta que desacomoda y que alienta; desafían los discursos y prácticas desde el lugar de actuación de cada uno y que demandan un posicionamiento ético y político para orientar los proyectos de formación que se desarrollan. En esta apuesta, la práctica pedagógica se refiere a formas de producción cultural inextricable tanto históricas como políticas que, a su vez, se interrelacionan con formas de regulación que construyen y proponen a los seres humanos concepciones específicas de sí mismos y del mundo. En otros términos, construcciones mediadas por la subjetividad –historia, deseo, necesidades–, la experiencia y el conocimiento disciplinar, los intereses políticos y culturales, entre otros aspectos (13).

En esta lógica, la práctica pedagógica se entiende como:

- La actividad dirigida a fines conscientes.
- La acción transformadora de una realidad.
- La actividad social, históricamente condicionada, dirigida a la transformación del mundo.
- La razón que funda nuestros saberes, el criterio para establecer su verdad.
- La fuente de conocimientos verdaderos y
- El motivo de los procesos de justificación del conocimiento (14).

Pensar en la práctica pedagógica implica admitir que su intención formativa no se circunscribe únicamente en los espacios de la educación formal (escolar). Trasciende en aquellos escenarios socioculturales en donde se generan procesos de transformación, tanto de los propios sujetos como de sus realidades. Así, la formación se pregunta acerca de qué se quiere formar, quién, por qué y para qué se forma. Son preguntas exigentes y abiertas en tanto requieren hacerse explícitas desde una fundamentación epistemológica.

La práctica pedagógica se constituye en una práctica intencionada; por consiguiente, es una práctica orientada por fines. Es, entonces, una práctica ética y, por consiguiente, también política. No existe práctica educativa sin intencionalidad; no existen posiciones neutrales en ella en relación con sujetos, concepciones, situaciones y contextos (14).

2.4 Promoción de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando se refiere al reforzamiento de la acción comunitaria considera que “(...) la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud” (15). Es decir, atribuye a la comunidad un lugar central en el desarrollo de la planeación de la salud. De igual modo, establece que el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales que posee los cuales le permiten desarrollar independencia y redes de apoyo social en su interior, como también estructuras flexibles que refuercen la participación pública y el control de las asuntos sanitarios (15).

2.5 Educación para la salud

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (16), la Educación para la Salud se define como el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas.

Este proceso se manifiesta en la implementación de acciones educativas, diseñadas pedagógicamente con el fin de que:

- Generen oportunidades para que las personas mejoren sus conocimientos en relación con la salud.
- Desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio).
- Reflexionen sobre las acciones colectivas para implementar y
- Aporten a la transformación de condiciones de vida que tienen efectos adversos sobre la salud.

Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autorrealización, autogestión y autonomía individual y colectiva, como expresión de la garantía del derecho a la salud. Se trata de generar condiciones subjetivas para que las personas, mediante el conocimiento, el desarrollo de valores y de prácticas –saludables– puedan vivir la mejor vida posible o aportar a cambiar las condiciones para que ello sea factible.

Por su parte, Green (17) sostiene que en la Educación para la Salud (EpS) intervienen una combinación de oportunidades de aprendizaje que conllevan a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos para el sostenimiento de la salud.

En síntesis, desde la propuesta de LW Green, la EpS pretende:

1. Lograr que la salud sea un valor reconocido por la sociedad.
2. Ofrecer a la población, sana o enferma, conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver sus problemas de salud y/o generar comportamientos saludables.
3. Mejorar la atención sanitaria, integrando en su práctica habilidades para el trabajo con grupos, la “enseñanza” en salud, la comunidad comprensiva entre los profesionales y la población, y el trabajo en y con la comunidad.
4. Favorecer la correcta utilización de los Servicios Sanitarios;
5. Promover el análisis, la reflexión y la investigación de todos y cada uno de los factores que intervienen en los comportamientos de las personas: físicos, psíquicos, medioambientales, culturales, políticos.
6. Orientar la utilización de los instrumentos y medios de apoyo necesarios para alcanzar y
7. La salud para todos.

3 La formación en la GTSbC

Los procesos educativos en el proyecto Modelo de GTSbC se asumen como ejercicios de formación permanente dentro de los cuales la salud se determina como un derecho humano fundamental (18), como un bien público que contribuye a la calidad de vida y al bienestar, con énfasis en la promoción de la salud (15). En este sentido, se reivindican los saberes populares, se hacen visibles dichos saberes y se ponen en diálogo con el saber científico y técnico para la comprensión de los fenómenos sociales y culturales implicados en la salud (19).

El enfoque de formación a líderes comunitarios, en el marco de la Gestión Territorial de la salud, se desarrolla en diferentes comunas y corregimientos de Medellín. En estos procesos, se toman la perspectiva comunitaria y la pedagogía activa como una oportunidad para la construcción de nuevos saberes. Acá la pedagogía no aparece como simple instrumento, ni como teoría ecléctica de las ciencias sociales; por el contrario, se erige como reflexión histórico-social de la práctica educativa (20).

La conjugación de estos elementos conduce al alcance de los procesos formativos en donde se contribuye a desarrollar en los sujetos, acciones de fortalecimiento en liderazgo social y comunitario mediante un proceso de formación teórico y práctico. Todo ello con el fin de que las comunidades logren analizar y comprender sus propias potencialidades y necesidades en salud; y cooperen, desde el ámbito local, a potenciar la salud y a buscar soluciones creativas que coadyuven a dichas necesidades.

La educación, vista así, actúa como un elemento para el cambio que tiene implícita la incorporación del desarrollo como estrategia para la articulación con otros sectores sociales. Este ejercicio de articulación permitirá a los territorios alcanzar los objetivos y metas propuestas, en particular las referidas a solucionar las diferentes problemáticas en salud. Y esto puede ser posible porque la educación dotará de herramientas a los sujetos, no solo para la comprensión conceptual y teórica de los fenómenos, sino para acciones prácticas como la participación, el trabajo en equipo, la defensa conjunta de los derechos humanos y la búsqueda de justicia.

3.1 El papel de los líderes y lideresas comunitarios en la Gestión Territorial

Los procesos formativos y de capacitación de los líderes y lideresas comunitarios y sociales se asumen como un proceso de construcción de ciudadanía (21), en tanto visibiliza a la persona como un sujeto social de derechos y responsabilidades (22).

3.2 Acciones formativas en la Gestión Territorial de la Salud

Se expuso antes que la experiencia de formación en los primeros años develó la necesidad de desarrollar procesos de formación más democráticos en los que se estableciera un diálogo horizontal con los procesos del Modelo de GTSbC. Así pues, la apuesta entre 2017 y 2018 trazó nuevos retos en relación con los procesos de formación. Esta estrategia consistió en desarrollar la formación de tal forma que llevara a los involucrados a sumergirse en el contexto comunitario inmediato, a través de tres acciones: **a. formación permanente**, **b. integración a los grupos y redes locales**, **c. desarrollo de acciones individuales y colectivas**. Con estas acciones, como sujetos sociales y a la luz de la GTSbC, la finalidad era que pudiesen aportar a la solución de los problemas locales en salud.

a. **Formación permanente:** los procesos de formación contribuyen al análisis crítico de la realidad social, nacional y local. Hacen posible la comprensión de los discursos, las políticas y las epistemes — saberes contruidos metodológica y racionalmente, en oposición a opiniones que carecen de fundamento — de los problemas identificados. Y, por ende, generan la construcción de alternativas de solución a los problemas sociales registrados en el territorio.

b. **Integración a los grupos y redes locales:** motivar a los participantes para que se integren a los grupos y redes en el territorio ha sido una de las acciones más poderosas para la gestión territorial. En este proceso fue posible el encuentro con los otros, el diálogo más plural y diverso, y la visibilidad de la realidad local.

c. **Desarrollo de acciones individuales y colectivas:** la toma de conciencia para actuar es viable cuando el sujeto ha pasado por las fases anteriores. De este modo, lo que hace (cómo actúa

y cómo piensa) tiene sentido para él y para los otros, en tanto se dan transformaciones individuales (interacción subjetiva) y colectivas (interacción comunitaria).

La propuesta de formación en el proyecto del Modelo de GTSbC fue cobrando forma durante el proceso sostenido en el tiempo, una mayor dedicación y los nuevos escenarios. Entonces, surgió la idea de crear un diplomado que, mediante el diálogo y la puesta en común con los líderes y lideresas, permitiera concretar temáticas, metodologías, tiempos y modos para evaluar. Luego, entre 2017 y 2018, se definieron los siguientes procesos de formación (Tabla 3.2.1):

- Diplomado en Gestión Comunitaria de la Salud (DGCS): versión 1 (v1), versión 2 (v2) y versión 3 (v3) en 10 comunas (de 16 en total) y 2 corregimientos (de 5 en total) de Medellín.
- Diplomado en Gestión de Proyectos (DGP) en la comuna 1 Popular, versión 1, modalidades presencial y virtual.
- Cursos de Capacitación al Comité Gestor (CCCG) en todas las comunas partícipes del proyecto GTSbC.

Tabla 3.2.1 Comunas y corregimientos participantes en formación: diplomados y capacitación

Comunas y corregimientos	Propuesta de formación y versión
1 Popular	DGCS v1, v2 + DGP + CCCG
3 Manrique	DGCS v2 + CCCG
4 Aranjuez	DGCS v2 + CCCG
5 Castilla	DGCS v2 + CCCG
11 Laureles Estadio	DGCS v2 + CCCG
12 La América	DGCS v2 + CCCG
15 Guayabal	DGCS v2 + CCCG
16 Belén	DGCS v2 + CCCG
2 Santa Cruz	DGCS v3 + CCCG
9 Buenos Aires	DGCS v3 + CCCG
60 San Cristóbal	DGCS v3 + CCCG
70 Altavista	DGCS v3 + CCCG

Los diplomados se ofrecieron con una duración de 90 horas distribuidas en módulos de aprendizaje teóricos y prácticos, para desarrollarlos en sesiones presenciales y con trabajo práctico o de inmersión comunitaria, más estrategias para el aprendizaje activo como:

- Aprendizaje colaborativo.
- Aprendizaje basado en problemas.
- Construcción colectiva de saberes.
- Aprendizaje en la vida cotidiana.
- Mesas de trabajo (trabajo en equipo).

f. Diálogo y salidas de campo.

El proceso de aprendizaje implicaba un trabajo práctico de inmersión en campo a través del cual los participantes se acercaron a la vida comunitaria. Estas sesiones de trabajo constituyeron parte de los módulos de formación y estuvieron estrechamente relacionadas con las demás actividades del proyecto del Modelo de GTSbC. Este ejercicio valoró en los participantes su dedicación a la vida comunitaria. De este modo, el quehacer del líder y de la lideresa en el proceso de formación, no se circunscribió solo a las acciones puntuales del proceso; por el contrario, le dio valor a todas aquellas actividades que realiza en su territorio y que no son visibles en los diferentes procesos formativos.

4 Función de los participantes en los procesos de formación

En este proceso de formación participaron integrantes de las organizaciones comunitarias, con un nivel básico de escolaridad (saber leer y escribir) y con disponibilidad y compromiso para asistir a todas las actividades. Los tópicos estudiados se congregaron en seis (6) con sus respectivos subtemas (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Tópicos del proceso de formación

Tópico	Subsistema
1 Movilización social y participación comunitaria en salud.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es la movilización Social?• ¿Qué es la salud?• Acciones para la movilización
2 Educación: comunicación para el cambio social.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es la comunicación?• La comunicación para el cambio social• Espacios locales de comunicación.• Acciones de comunicación.
3 Cartografía social: el territorio y los problemas locales en salud.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es el territorio?• Tensiones en salud y territorio.• Cartografía social y salud.• Microterritorios y relaciones de poder.• Gestión territorial de la salud.
4 Mapeo de activos e innovación social.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué son los activos en salud?• ¿Cómo mapear los activos en un territorio?• Salutogénesis: una nueva mirada a la salud.
5 La organización comunitaria como estrategia para el cambio: Comité gestor.	<ul style="list-style-type: none">• Políticas públicas en salud.• La organización comunitaria: un escenario para la gestión de la salud en el territorio.• Sistemas de gobierno locales.• Concertación y deliberación.• Resolución pacífica de conflictos.

6 Elaboración y gestión de proyectos.

- ¿Cómo identificar un problema?
- Formulación del proyecto.
- Gestión de proyectos.
- La financiación.

En todo momento, la evaluación se consideró como un acto transversal al proceso de formación para lo cual se establecieron los tipos, la definición, los actores y los instrumentos. Y su búsqueda se centró en contribuir al proceso formativo en sí mismo y tener de primera mano los aspectos que deben ser corregidos o modificados

La evaluación formativa en salud tuvo como propósito identificar escenarios que permitieron potenciar las acciones de la Gestión Territorial de la Salud desde la perspectiva comunitaria. La base fueron los procesos de formación del proyecto Modelo de GTSbC y las estrategias respectivas (Cuadro 4.2).

Cuadro 4.2 Evaluación formativa en la Gestión Territorial de la salud

Tipo	Definición	Autores	
1 Evaluación de entrada.	Es una valoración del grupo: demografía, características, percepciones frente al proceso e historia de los sujetos. Se aplica cuando inicia el diplomado para establecer una línea de base del grupo.	Participantes del proceso de formación: inscritos, docentes y profesionales del proyecto.	Ficha de caracterización física.
2 Prueba de conocimiento (Pre-test).	Batería de conocimientos relacionados con los diferentes conceptos que se abordarán durante el proceso de formación. Se aplica cuando inicia el diplomado. Permite encuadrar y redireccionar conceptualmente los módulos.	Participantes inscritos en el diplomado.	Batería: preguntas de selección múltiple (es física).

<p>3 Evaluación del proceso.</p>	<p>Se realiza en cada módulo. La finalidad es indagar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La función el docente. • La metodología. • Los contenidos. • Los recursos. • Los escenarios de aplicación. 	<p>Participantes del proceso de evaluación.</p>	<p>Instrumento es físico. Diálogo con los participantes.</p>
<p>4 Evaluación de salida.</p>	<p>Se realiza cuando finaliza el proceso formativo. Se destina una sesión específica para este ejercicio.</p>	<p>Participantes del proceso: estudiantes, docentes y profesionales.</p>	<p>Instrumentos digitales e interactivos.</p>
<p>5 Prueba de conocimiento (Postest).</p>	<p>Se aplica cuando finaliza el proceso del diplomado. Permite realizar la medición en los cambios del conocimiento, luego de pasar por este proceso formativo.</p>		<p>Batería: preguntas de selección múltiple (es física).</p>

5 Logros y aprendizajes

Los logros y aprendizajes que se exponen aquí responden al tiempo y al lugar en donde se realizó el proceso de formación: instituciones, comunidades y sus territorios.

5.1 Desde la Secretaría de Salud de Medellín

- Se comprende la educación como un proceso pedagógico intencionado que trasciende las acciones puntuales como los talleres, las charlas o las conferencias aisladas.
- Se ve la educación como una oportunidad para construir con las comunidades las acciones de la Gestión Territorial de la Salud.
- Se sirve de la educación para poner en la esfera pública las necesidades de los diferentes grupos y visibilizar las necesidades comunitarias.

5.2 Desde la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

- Comprensión de la necesidad de articular las reflexiones académicas con las necesidades de la comunidad.
- Los procesos de formación permiten unir lazos entre los investigadores y la ciudadanía, en la búsqueda de un trabajo conjunto para resolver los problemas reales cotidianos.
- La experiencia de este proceso devela una vez más la necesidad de un cambio en las estrategias metodológicas y didácticas que permitan el diálogo de saberes de una manera más horizontal, más plural y democrática.
- La formación permanente es una vía de la extensión solidaria y permite el diálogo permanente.

5.3 Desde lo comunitario

- Según las diferentes evaluaciones realizadas, más del 90% de los asistentes manifiestan que la realización del diplomado aporta a su quehacer en la comunidad y que los procesos de formación les aporta herramientas para incidir en las problemáticas locales.
 - La elaboración y gestión de proyectos ha sido valorada como uno de los mejores conceptos abordados en los procesos de formación.
 - El compromiso y la participación, tanto de los docentes como de la comunidad, fue uno de los aspectos mejor valorados en los diferentes espacios de evaluación.
 - El 70 % de las personas evaluadas en diferentes escenarios está satisfecha con la metodología propuesta, en relación con el abordaje teórico y práctico de los procesos de formación; además, consideran que es necesario ampliar y mantener los procesos de formación para profundizar en los diferentes temas.
 - Según las diferentes evaluaciones, el diplomado debe ser ofrecido a diferentes personas de las comunidad: (1) 35% coincide en que debe ser dirigido a líderes sociales; (2) el 32% manifestó que debe ser dirigido a la comunidad en general, en especial a aquellos que tengan compromiso social e interés de ayudar a la comunidad; y (3) el 21% expresó la necesidad de compartir el diplomado con jóvenes y educadores, debido a la importancia de los temas desarrollados.

5.4 ¿Qué queda por hacer?

En los territorios, es fundamental avanzar en la formación de capacidades en las personas para que se mantengan sanas, tomen decisiones saludables y emprendan acciones colectivas para mantener y potenciar la salud de su comunidad. En este sentido, hay que integrar la teoría y la práctica de la salud pública en los territorios donde transcurre la vida, con el concierto de los diferentes actores y sectores de la sociedad, en especial del actor comunitario.

La acción colectiva es uno de los elementos centrales para la promoción de la salud. Implica el trabajo articulado y de cooperación de la ciudadanía para que:

- Se favorezca la generación de alianzas y de redes que potencien la salud y
- Se atiendan las necesidades del territorio en salud, con el conocimiento y acompañamiento de los actores comunitarios, institucionales y de oenegés, entre otros.

En lo formativo, es urgente el cambio de paradigma con respecto a los procesos de educación, para que

- Se propicie el tránsito a procesos de Educación para la salud, con nuevas apuestas pedagógicas que consideren al otro como un sujeto de saber y de derechos y
- Se entienda lo educativo como un proceso pedagógico intencionado y construido por todos.


Las herramientas didácticas en los procesos de Educación para la salud deberán de estar en concordancia con la apuesta formativa, de tal forma que:

- Se privilegien el diálogo y la construcción conjunta de saberes.
- El aprendizaje sea activo, es decir, centrado en quien aprende y no en quien enseña.
- Las metas y objetivos se correspondan con la realidad: el aprender sea un derecho de todos y todas. ♻️

Referencia

1. Freire P. La educación como práctica de la libertad. 45ª ed. México: Siglo XXI Editores; 1997: 100, 104.
2. Echeverri A. El diálogo intercultural. Tendencias pedagógicas contemporáneas. Medellín: Corporación Región / Corporación Ecológica y Cultural Penca de Sábila / Fundación Confiar; 2001:13- 48.
3. Delval J. Hoy todos son constructivistas. *Educere*. 2001 Oct-Dic [consultado 24 de octubre de 2019]; 5(15): 353-59; 355. Disponible en: https://www.cad.unam.mx/CAD_1/cursos_diplomados/diplomados/antiores/medio_superior/qr_fisica/03_mat/mod03/archivos/E5_Hoy_todos_son_constructivistas_Delval_2001.pdf
4. Martínez E y Zea E. Estrategias de enseñanza basadas en un enfoque constructivista. *Rev Ciencias de la Educación*. 2004 Jul-Dic: 2(24):69-90; 72. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a4n24/4-24-4.pdf>
5. Carretero M. Constructivismo y educación. México: Progreso; 1997.
6. Díaz-Barriga F y Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista. 2ª ed. México: McGraw Hill; 2002. p. 28.
7. Chávez Plazas Y y Falla Ramírez U. Realidades y falacias de la reconstrucción del tejido social en población desplazada. *Tabula Rasa* [revista en Internet]. 2004 Ene-Dic [consultado 24 de octubre de 2019]; (2):169-187; 181. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=396/39600210>
8. De Oliveira Figueiredo G. Investigación Acción Participativa: una alternativa para la epistemología social en Latinoamérica. *Rev de Investigación*. 2015 Sep-Dic; 86(39):271-290.
9. Balcázar FE. Investigación Acción Participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades* [revista en Internet] 2003 [consultado 15 de febrero de 2019]; 1/2(7/8); 59-77. Disponible en: file:///C:/Users/USER_7D/Downloads/Dialnet-InvestigacionAccionParticipativaAP-1272956.pdf
10. Pereda C, De Prada MA, Walter A. Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Encuentro de la Consejería de Juventud. Córdoba; 2003:1-26. Disponible en: <colectivoioe.org/uploads/89050a31b85b9e19068a9beb6db3dec136885013.pdf>
11. Mejía Jiménez MR. Reconstruir la educación popular en tiempos de globalización: la deconstrucción: una estrategia para lograrlo (ponencia). 32º. Congreso Internacional. Antigua (Guatemala), 22-27 Sep 2001:1-16.
12. Ortega P. La pedagogía crítica: reflexiones en torno a sus prácticas y sus desafíos. *Pedagogía y Saberes*. 2009 Jul-Dic; (31):22-34; 31, 26, 33. Disponible en: <https://doi.org/10.17227/01212494>
13. Giroux H. Pedagogía y política de la esperanza. Teoría, cultura y enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2003.
14. Sacristán JG. El currículum: una reflexión sobre la práctica. Madrid: Ediciones Morata; 1991.
15. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud [Internet]; 3. Ottawa, 1986 [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas [Internet]. Bogotá: MSPS, 2018 [consultado 2019 Ago 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
17. Green LW. Planificación de la educación sanitaria. Palo Alto (California): Mayfield Pub Co.; 1980.
18. República de Colombia. Corte Constitucional. Cepeda Espinosa MJ. Sentencia T-760 de 2008 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional [consultado 2019 Sep 14]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.html>

19. Granda E. La salud y la vida. Algunas ideas sobre la organización de redes en salud. Artículo 6. Vol. 1. p. 33-96. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
20. Amaya de Ochoa G. La pedagogía activa: procesos del conocimiento e implicaciones en las tareas del aula. *Pedagogía y saberes*. 1993 Ene-Dic; (4): 32-43. Disponible en: file:///C:/Users/USER_7D/Downloads/6185-Texto_del_art_C3_ADculo-16214-1-10-20170724_20(2).pdf
21. Avendaño W, Paz L, Parada A. Construcción de ciudadanía: un modelo para su desarrollo en la escuela. 2016 Jun-Dic; 16(2):479-92.
22. Granda E. La salud y la vida. El sujeto, la ética y la vida. Artículo 7. Vol. 1. p. 97-110. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2009.



*“Poder corresponde a la capacidad humana,
no simplemente para actuar, sino para actuar
concertadamente.*

*El poder nunca es propiedad de un individuo; pertenece
a un grupo y sigue existiendo mientras que el grupo se
mantenga unido [...]. En el momento en que el grupo,
del que el poder se ha originado, desaparece, ‘su poder’
también desaparece”*

*Pía Lara. Narrar el mal, una teoría postmetafísica del
juicio reflexionante*



capítulo

6

ACUERDOS CIUDADANOS PARA LA GESTIÓN
TERRITORIAL DE LA SALUD BASADA EN
COMUNIDAD

Natalia Álvarez Echavarría

Sumario. *1 Marco 2 Cómo se ha hecho 3 Logros 4 ¿Qué hemos aprendido? // Yo me veo ahí... // Líder habla con líder... // Siempre los mismos con las mismas... 5 ¿Qué habría que hacer? Retos // Referencias.*

En Colombia, a partir de la Constitución Política República de Colombia 1991, los colombianos tienen el derecho de participar activamente en las decisiones del Estado y de avanzar, conjuntamente, en la construcción del país. En este sentido, los ciudadanos pueden acordar aquellas políticas, programas y acciones que deben realizarse y lo que debe impulsarse o reorientarse. Dichos acuerdos pueden ser comprendidos como pactos ciudadanos. En este sentido, el proceso formativo con los Líderes Comunitarios (LC) en Medellín centra sus intenciones en el ideal de un sujeto social, activo y partícipe de la vida social y comunitaria. En ese marco, se busca fortalecer las capacidades y habilidades individuales de los hombres y mujeres implicados en la participación social y comunitaria que, desde acciones concretas (la praxis), acompañen procesos de desarrollo social en sus comunidades.

En temas de salud, las comunidades ya empiezan a reconocer sus potencialidades y necesidades en salud, — desde lo poblacional, ambiental, social, económico — y las afectaciones en la calidad de vida por las condiciones de vulnerabilidad en las que viven las personas y familias de varias comunas y corregimientos de Medellín. Por ello, se requiere implementar acciones territoriales que den respuesta a las potencialidades y necesidades de las personas y las comunidades, a través de alianzas y redes de cooperación local, donde todos los actores y las comunidades se articulen para dar respuesta a los retos del presente.

Cuando se involucran las comunidades, se requiere tanto que estén informadas como dotadas de las capacidades e insumos necesarios para llevar a cabo el proceso reflexivo en la toma de decisiones informadas. Además, que puedan gestar propuestas desde la base comunitaria con la posibilidad de incidir en los Planes Locales de Desarrollo de las comunas y corregimientos, de facilitar la sostenibilidad de los procesos y de articular todos los actores del Sistema en torno a propósitos comunes.

Los acuerdos ciudadanos, en el marco de del Modelo de GTSbC, son construidos de manera participativa, luego del análisis y actualización de la situación de salud de cada una de las comunas de la Medellín. Este proceso requiere de un diálogo reflexivo con habitantes de las comunidades que permita la validación de las potencialidades y necesidades en salud. Estos acuerdos son clave en el escenario actual porque la participación de la ciudadanía es la única vía para legitimar y sostener los procesos de ciudad en temas de salud y sus Determinantes Sociales.

1. Marco

En cada una de las comunas y corregimientos de Medellín que ha participado del proceso de GTSbC, se evidencian y resaltan realidades expresadas en los Planes de Desarrollo Local. Estas situaciones revisten hoy importancia para los habitantes de los territorios, debido a las dinámicas cambiantes de estos y a la resolución que previamente se hubiese dado a algunas de las problemáticas identificadas. El ejercicio de priorización ha implicado, además, hacer un ejercicio reflexivo sobre el concepto de salud que se tiene en las comunidades, el cual ha sido clave en las decisiones que se toman para la priorizar las problemáticas, propuestas y proyectos en el marco del programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo.

Para la GTSbC, la salud se concibe desde un aspecto positivo y amplio, que incluye los entornos social, económico, político, cultural. En este sentido, el desarrollo de las Mesas de Diálogo exige, por un lado, ampliar el marco de análisis que supere el concepto nosológico de la medicina, cuyo objeto es describir y clasificar las enfermedades, y por el otro, involucre la construcción conjunta de los factores con los que se definen los conceptos de salud y enfermedad, desde un enfoque sociocultural en relación con el lugar que las personas habitan, y considere como eje transversal esas situaciones sociales particulares (1).

Desde la perspectiva del Estado de Derecho, la salud individual y colectiva se constituye en un fin del mismo. El Estado colombiano definió el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012–2021 (PDSP), cuyo piso epistemológico basa su accionar desde los Determinantes Sociales de la Salud y la Salud como Derecho, con el propósito de garantizar las condiciones para el mejoramiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población colombiana, junto a la prevención y superación de los riesgos para la salud.

En este sentido, para lograr describir los procesos de salud y enfermedad en una ciudad como Medellín implica abordarlos desde la Dimensión transversal de la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables. Ya están dadas las características de algunas de las comunas, en análisis e “intervenciones bajo el reconocimiento de las diferencias sociales en favor de aquellos grupos en los que esas diferencias significan desventajas o situaciones de mayor vulnerabilidad en el marco de los derechos de sujetos y colectivos” (2).

En virtud de lo anterior, es fundamental contar con la participación de la comunidad en la construcción y validación de sus prioridades en salud. La participación, en este caso, se entiende como un proceso que incorpora los valores y costumbres de la comunidad y promueve la formación de los ciudadanos como sujetos activos, solidarios, responsables y con protagonismo ciudadano, necesario para lograr una transformación social (3).

Para ello, se han identificado las potencialidades locales mediante el modelo de Mapeo de activos para la salud, retomado de experiencias internacionales (4). Para el caso, esto contribuye a revitalizar las intervenciones de promoción de la salud y las acciones de salud pública, en términos intersectoriales, salud en positivo, participación social, equidad y orientación a los Determinantes Sociales de la Salud.

Cuando se promueven procesos de participación comunitaria, se reconocen las personas como sujetos de derechos; lo cual implica que, con este nuevo actor social, las instituciones transformen su pensamiento y acción (5).

Estas transformaciones de las instituciones pueden verse reflejadas en la participación que empiezan a promover las organizaciones de base comunitaria, que buscan incidencia y transformación en la política pública. Obviamente, ha requerido la formación y el acompañamiento a los actores sociales, pues se requiere de procesos educativos que preparen y formen a los sujetos, en forma individual y colectiva, para cumplir cabalmente con tal propósito: la transformación. Ello devela que, en esta vía, la educación se comprende como una estrategia de promoción de la participación (5).

Este ejercicio de participación ha implicado, como ya se resaltó, propiciar acuerdos entre los sujetos de tal forma que no pretendan satisfacer sus intereses particulares, sino que promuevan la asociación entre personas con objetivos y propósitos diferentes o similares. Hay que establecer vínculos para fraguar una concepción de la salud pública, la salud comunitaria y la salud colectiva, que demuestre una asociación humana bien organizada. Estos vínculos son clave, pues sin ellos se da cabida a la desconfianza y el resentimiento (6).

Finalmente, el ejercicio de participación se constituye en una oportunidad para concertar intereses individuales, colectivos e institucionales, y para consolidar un pacto ciudadano que posibilite la inserción de esa concertación en la política pública y en los lineamientos locales, con destinación presupuestal y toma de decisiones. Lo anterior requiere de una ética pública, entendida como una ética de la corresponsabilidad ciudadana a partir de la cual todo acto del ser humano debe contribuir al bien público (7). En este sentido, la transformación de la cultura política de todos los ciudadanos, por medio de la educación y la unión solidaria, se convierte en la salida responsable y cultural del Estado por el reconocimiento del otro como ser humano igual (7).

Los pactos ciudadanos, entonces, implican la formación de una ciudadanía responsable que, en el proceso de exigibilidad de derechos y de toma de decisiones informadas y consensuadas, logre la movilización de la institucionalidad. El proceso del Modelo de GTSbC logró integrarse al sistema de planeación municipal con la inclusión de los Planes Locales de Salud a los Planes de Desarrollo Local. Esta conquista muestra, de un lado, que las comunidades están procurando ver reflejadas sus decisiones y necesidades en las apuestas de gobierno; y de otro, que la institucionalidad está

presta - una vez reconoce el ejercicio juicioso de la toma de decisiones y el camino atravesado para la generación de confianza local que avanza a la juntanza (articulación de organizaciones) y a la apuesta colectiva - , a dar sentido y asiento a las decisiones locales en los Planes municipales.

En resumen, los pactos ciudadanos son acuerdos construidos de manera participativa y deliberativa, que requieren de la movilización comunitaria y de la participación activa, tanto de líderes y lideresas locales como de otros agentes comunitarios, en las principales necesidades y soluciones a las problemáticas locales que faciliten el acceso de la comunidad a los bienes y servicios en salud.

Para movilizar la participación en la construcción de los pactos, se ha requerido de una labor pedagógica de difusión, disposición al diálogo, generación de confianza, búsqueda de información, presentación de propuestas, argumentación, búsqueda de consensos y acuerdos, y la inclusión de nuevos actores, activos y agentes locales. En este sentido, la ciudadanía implica ser consciencia y acción para el/la otro/a, ser consciencia y acción con la/el otra/o en un proceso no lineal, sino discontinuo, desigual y contradictorio en el tiempo y el espacio. Y que no es más que las relaciones de interacción puestas al servicio de procesos colectivos, de consensos múltiples y de individualidades develadas. Es estar y actuar para las y los otras/os también de manera discontinua, contradictoria y desigual, pero consciente de esta complejidad y ausente de pasividad (8).

Justamente, esas tensiones, desencuentros y contradicciones durante el proceso para mejorar la ruta trazada y alcanzar las apuestas colectivas permitieron que las comunidades identificaran las apuestas comunes, reconocieran las experiencias previas, enunciaran las falencias de procesos anteriores de consenso e identificaran las rutas alternativas o exitosas.

Todo este ejercicio logró realizarse en las mesas de diálogo, los comités gestores, las mesas interinstitucionales, el diplomado, las capacitaciones en marco lógico, todo un entramado de espacios que aportó a la definición de problemáticas, rutas de solución, aliados, necesidades y proyecciones. En últimas, a incorporarlas en los programas de gobierno y convertirlas en acciones y líneas programáticas en salud concertadas con la ciudadanía en los planes de desarrollo.

2. ¿Cómo se ha hecho?

Para la identificación y fortalecimiento de las alianzas (y redes) comunitarias e institucionales, se ha requerido atravesar un proceso que inició con la priorización de las potencialidades y necesidades en salud y sus Determinantes Sociales, ejercicio que se desarrolló con la metodología de Mesas de Diálogo. Una vez definida y validada dicha problemática en escenarios como el Comité Gestor, se procedió a identificar posibles activos sociales, comunitarios, institucionales, comunicacionales y capital social en cada una de las comunas.

Para el mapeo de activos en un territorio, son pertinentes algunas técnicas cualitativas como:

- La entrevista individual y grupal, semiestructurada, a profundidad.
- Los grupos focales.
- La cartografía social.
- El mapa parlante.
- La memoria histórica, entre otras.

El propósito es generar entornos intersectoriales y participativos, así como promover el trabajo interinstitucional. Es importante buscar la generación de alianzas entre las instituciones estatales y locales, tanto públicas como privadas, con el acompañamiento de la academia en el proceso de planificación de acciones, seguimiento y evaluación, desde una perspectiva de salud positiva que contribuya a la producción social de la salud en los territorios.

Como se mencionó, el insumo principal para la definición de los activos que se mapean es la problemática principal priorizada por las comunidades y demás actores, sumada al informe de las armonizaciones (literatura gris del proyecto) de la problemática con la política nacional, local e internacional, en especial la articulación con las dimensiones del PDSP 2012-2021. De esta manera, el mapeo de activos se orientó a la identificación de instituciones, organizaciones, individuos, tangibles e intangibles que puedan aportar a la solución de dicha problemática en la

vía que establece el PDSP y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La herramienta metodológica para planificar actuaciones orientadas a la identificación y dinamización de activos para la salud en un territorio está estructurada en cuatro fases:

1. Preparación y contextualización.
2. Recolección de información: metodologías a utilizar para identificar activos.
3. Análisis, interpretación y presentación de la información.
4. Difusión (visibilización) de los activos para la salud.

Fase 1. Preparación y contextualización: para levantar la información sobre activos, que posteriormente pueden ser aliados en el proceso de gestión de la salud, se hizo primero una socialización del proyecto para que los representantes de los activos comprendieran el contexto y lo que se pretendía con el ejercicio.

Fase 2. Recolección de información: metodologías a utilizar para identificar activos.

Se aplicó un instrumento de 35 preguntas que indagaba por las acciones que estos llevan a cabo en el territorio, particularmente las relacionadas con la problemática priorizada, los grupos poblacionales que impactan y la forma en que estos se relacionan con otros activos en la comuna.

Fase 3. Análisis, interpretación y presentación de la información: como parte del proceso de sistematización, cada una de las personas que realizó el mapeo ingresó la información a una base de datos en Excel, la cual fue consolidada por el/la profesional de la comuna. La validación de la información se contrastó con los instrumentos físicos y se validó la ausencia de datos y la coherencia en la aplicación del instrumento, según el tipo de activo. Con el listado de activos identificados y la claridad sobre sus acciones en territorio, se identificaron posibles alianzas estratégicas y juntanzas previas o por gestar.

El proceso de consolidación de la Alianza Estratégica se produjo dando cumplimiento al componente "Identificación de las redes o interacciones entre activos sociales, comunitarios, institucionales, para la construcción fortalecimiento y consolidación de redes de intervención comunitaria" de la GTSbC. Por ello, después de identificadas dichas interacciones, en un primer momento se hizo un acercamiento con cada uno de los posibles aliados estratégicos quienes expresaron el interés por conformar la Alianza.

Luego, se programaron reuniones con todos los aliados estratégicos identificados: cada uno manifestó su interés y compromiso, dejando explícito cuál sería su aporte, y ya terminadas las reuniones, se establecieron los acuerdos de la Alianza.

Para facilitar el diálogo y la toma de decisiones, el Modelo de GTSbC ha consolidado una estructura interna compuesta por actores comunitarios e institucionales. Precisamente, uno de los actores institucionales que participa es la Mesa Intersectorial y Comunitaria. En ésta se informa a los integrantes de la Alianza sobre los avances del proyecto y se acogen las sugerencias y observaciones en cuanto a las acciones que se desarrollan para impactar la problemática priorizada. De comuna a comuna, los integrantes de estas Mesas pueden cambiar; pero, en general, hay participación de instancias como las que se mencionan a continuación:

1. El Comité de Participación Comunitaria (COPACO) en salud.
2. El Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM).
3. La Asociación de Juntas de Acción Comunal (ASOCOMUNAL).
4. La Junta Administradora Local (JAL).
5. La Secretaría de Salud de Medellín (SSM).
6. La Universidad de Antioquia (UdeA).
7. La Mesa Ampliada de Salud.
8. Metrosalud.
9. El Cabildo Mayor de la Comuna.
10. La Consejera de los adultos mayores del Programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo.
11. El Representante de la población con discapacidad.
12. El Representante de Salud Reproductiva.
13. Las IPSs, entre otras.

Para facilitar la toma de decisiones por los participantes en cada comuna y corregimiento, se conformó un Comité Gestor. Son personas e instituciones que trabajan en su comunidad los temas priorizados en las Mesas de Diálogo y que pueden aportar, de una u otra forma, soluciones creativas e innovadoras. Tiene representación de:

- Autoridades locales de diferentes Secretarías y entes descentralizados.
- Oenegés (ONG) presentes en el territorio y
- Miembros de la comunidad, entre otros.

El Comité Gestor se reúne con una periodicidad mensual. Se conversa sobre las acciones que se van a desarrollar en el territorio, las articulaciones y las alianzas posibles para intervenir la problemática priorizada. Y se realiza una planeación conjunta de la gestión que, como grupo de trabajo, deben realizar en el territorio, ojalá que sea local, micro.

Fase 4. Difusión (visibilización) de los activos para la salud. Adicional al mapeo de activos mencionado, desde el Modelo de GTSbC se diseñó una estrategia de comunicaciones. Entre sus acciones contempla realizar un mapeo de activos de comunicaciones que después se utilizará para la activación territorial de las problemáticas identificadas por la comunidad.

Los datos y análisis correspondientes a esta actividad, recogidos en el diagnóstico de activos de comunicación en las comunas de la respectiva Zona, fue realizado por el equipo de comunicaciones de GTSbC. Dicha información se entregó como insumo para el reconocimiento de actores claves con quienes desarrollar el trabajo de MIAS en el entorno comunitario, en lo que respecta a las estrategias de información, educación, comunicación y movilización. Como apuesta al trabajo colaborativo, posibilitó el uso de la información desde diferentes instancias.

En resumen, identificada la problemática local y los activos posibles, se procedió a realizar el mapeo de activos. Con éste se conocen las interacciones y la fuerza de la interacción; es decir, aquellos activos que desarrollan acciones similares y podrían unirse. Esta acción permite identificar en los territorios el potencial de recursos con los cuales se pueden intervenir positivamente los problemas priorizados.

Para identificar la interacción entre los activos de la comuna relacionados con la problemática priorizada, se realizó un ejercicio cartográfico con todos los activos identificados en el territorio y se situaron en el mapa de la comuna. Luego, se trazaron relaciones vinculantes que se identificaron con colores distintos. Si bien la mayoría de los activos identificados son institucionales, se logra resaltar también los liderazgos individuales que son reconocidos por las comunidades y que es importante vincular a los procesos de gestión comunitaria. Esta actividad fue liderada por el componente de seguimiento, monitoreo y evaluación del proyecto.

Finalizando el ejercicio de mapeo de activos, se inició un proceso de encuentro tipo juntanza en el cual los activos de interés son convocados a una serie de reuniones de socialización de los hallazgos e intenciones del proyecto. Se procura que la participación sea sostenida y se establezcan acuerdos de colaboración y trabajo conjunto.

Posterior al encuentro, se inician acciones en conjunto. Se destacan las activaciones territoriales, las cuales se consolidaron en el espacio de comuna que, tras movilizar instancias, referentes de ciudad, activos locales y la alianza, permitió socializar la experiencia del proyecto en cada una de las comunas, con una acción de impacto local. Además de estas activaciones, se realizaron las Ferias de Saberes en el marco de los Festivales Comunitarios Salud con Vos.

3. Logros

El análisis de las interacciones permitió identificar aliados estratégicos. Este proceso puede considerarse como una experiencia exitosa de articulación transectorial donde comunidad, universidad y sector salud logran un trabajo mancomunado. Procesos interesantes se han adelantado en varias comunas de Medellín.

La **comuna 1 Popular** ha logrado consolidar una de las alianzas más fuertes integrada por:

- Universidad de Antioquia con el proyecto de Prácticas Académicas liderado por la Vicerrectoría de Extensión: Facultad de Medicina, Ingeniería de Alimentos, Facultad de Ciencias Agrarias con el programa de Medicina Veterinaria, Facultad de Comunicaciones, Facultad de

Ingeniería (Programas de Recursos Ambientales y Química, Facultad de Microbiología, Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Nutrición y Dietética, entre otras;

- Metro Salud.
- Salud Reproductiva.
- IPS y
- Proyecto Gestión Territorial para la Salud basado en Comunidad.

En la **comuna 2 Santa Cruz**, se adelantaron procesos similares con la Universidad CES.

En la **comuna 3 Manrique**, las siguientes instituciones se consideraron clave ya que tienen capacidad instalada, física y humana para generar acciones en conjunto con los diferentes actores, en pro de mejorar las situaciones problemáticas en salud priorizadas en la fase de validación del proyecto:

- Unidad Hospitalaria Manrique.
- Biblioteca Pública Piloto filial Juan Zuleta Ferrer.
- Corporación Universitaria Remington.
- IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia.
- Centro de Salud la Cruz y
- Centro de Salud San Blas.

En esta comuna, también se alcanzó la inserción del Modelo de GTSbC al Modelo de Atención en Salud MIAS, desde un enfoque de salud comunitaria. Se aprovechó la plataforma local gestada para que los procesos se insertaran sobre la marcha y así evitar al máximo los procesos repetidos que llevan a las comunidades a mayores desgastes en la gestión. Contar con un proceso previo, que permitiese sostener en su primera fase la inserción del MIAS, permitió una mayor participación comunitaria.

En la **comuna 5 Castilla**, el Comité Intersectorial se convirtió en un escenario para la articulación de sectores públicos, privados y comunitarios. Y se fue consolidando como el epicentro del quehacer del proyecto en la apuesta por la gestión social de la salud en la comuna. La conformación de la Mesa (comité) y su diversidad de actores presentes logró generar un espacio de encuentro donde entidades públicas como la Unidad Hospitalaria Castilla (Metrosalud) y el Hospital La María podían tener interlocución con líderes comunales y otras organizaciones de carácter privado, como la Corporación Ecosesa (educación a través de programas técnicos en salud y desarrollo de proyectos sociales).

Desde allí se gesta el escenario de diálogo en clave sobre salud pública, en aras de expandir la influencia colectiva en el territorio. Muchas de las organizaciones, líderes y lideresas asistentes tenían información el uno del otro; pero no habían contado con la posibilidad de plantear discusiones frente a los Determinantes Sociales de la Salud en la comuna, ni mucho menos poder pensar en acciones concretas para unificar esfuerzos en la solución de sus problemas y necesidades.

Durante las jornadas de encuentro, se fueron perfilando las distintas problemáticas presentes en la comuna que requerían de alianzas para su mitigación y según los intereses de algunos sectores. Esta variedad de temas: consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) en los barrios, embarazo adolescente y situación medioambiental, entre otras, tomaron forma para centrar los esfuerzos de manera unificada.

En la **comuna 12 La América**, además de los activos identificados y las alianzas gestadas, se instauró una Mesa para realizar propuestas de proyectos en temas de salud y promoverlos ante el Consejo Comunal de Participación. En esta comuna, también se encontraron distintas organizaciones dispuestas a proveer recursos humanos y físicos para el desarrollo de actividades de movilización que integren la comunidad al proyecto y la acerque a la problemática priorizada. Además, sirvieron de apoyo a las distintas actividades para socializar la problemática priorizada y para aplicar un ejercicio de abogacía que alcanzó una acción puntual de movilización social:

- Colectivo de Mujeres de la Comuna 12;
- Junta de Acción Comunal de Santa Lucía;
- Junta de Acción Comunal de Santa Mónica;
- Centro de Escucha;

- Futuro Antioquia;
- Show Dance;
- Biblioteca La Floresta;
- Instituto de Deportes y Recreación de Medellín.

En la **comuna 15 Guayabal**, se realizó la juntanza con:

- El DAGRD.
- La Secretaría de Gobierno.
- La Estrategia Familias Fuertes y Resilientes de la Secretaría de Salud.
- El Parque Biblioteca Manuel Mejía Vallejo.
- La Secretaría de Juventud.
- El Proyecto Pactos y Actos de la Secretaría de Gobierno.

En la **comuna 16 Belén**, las alianzas avanzaron con:

- La Institución Educativa Alcaldía de Medellín.
- La Fundación de la Clínica de las Américas.
- El proyecto de la Secretaría de Salud, ejecutado por la Universidad CES: “Familias fuertes y resilientes”.
- La Corporación Papá Vanegas.
- Las Madres Preventoras.
- El medio de comunicación comunitario “Comunicando Belén”.

Uno de los grandes temas de preocupación por parte de los sectores comunitarios, era la capacidad de movilización de recursos económicos que podría requerir una apuesta de trabajo frente a las problemáticas. Por ello, la interacción entre estos actores con algunos del sector privado y público generó algunas motivaciones; pero no propuestas claras para solventar dicho reto.

Durante los diálogos, los distintos sectores argumentaron la importancia de construir propuestas de financiación para presentar a las entidades municipales, lo cual significa que uno de los márgenes en las líneas aquí gestadas dependía de la interacción conjunta en clave de articulación para el trabajo. Si se pudiera entender este fenómeno como redes de trabajo, se puede decir que la fuerza comunitaria es un potencial fuerte en el territorio. Sin embargo, la magnitud de su interacción con otras entidades que están fuera del Comité no se expresa más allá del mismo espacio.

El potencial humano en los espacios de relacionamiento, como el Comité Intersectorial, es tal vez el punto que se requiere fortalecer para dar mayor fuerza a las relaciones entre procesos. Para ello, la participación en espacios formativos como diplomados, encuentros con la municipalidad, veedurías y actividades propias de esparcimiento y reflexión de la comuna, fueron los artífices creadores para potenciar distintas alianzas.

Aun así, este escenario funge como un sujeto aglutinador de iniciativas y se constituye en el epicentro de la interacción entre distintos individuos y organizaciones que piensan y proyectan temas relacionados con la salud en su territorio. Lograr consolidar un espacio de encuentro permanente, con una asistencia periódica en sus sesiones, logra colocar en el horizonte un precedente de trabajo para el desarrollo de propuestas en la comuna donde, desde distintas capacidades (comunitarias, de manejo público, de orientación privada, formal, etc.), pueden confluír y proyectar gestiones conjuntas en clave de intervención e incidencia territorial.

Se resalta el papel de la Escuela como institución en donde es posible anclar los procesos de gestión de las problemáticas locales. La Escuela se convierte en un actor clave en el entendido amplio de educación para la salud y los procesos de gestión interinstitucional. El hecho de contar con esta idea de proyecto, y algunos avances teóricos y empíricos para su fortalecimiento como plan de acción de salud en la comuna, permite a los escenarios como el Comité Intersectorial, trazar una ruta de trabajo que incluye el fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales y la gestión en espacios locales y municipales para su apoyo, tanto financiero como de ejecución.

De manera general, uno de los logros es la consolidación de los Comités Gestores de Salud.

Aunque están conformados por pocas personas, han logrado mantenerse y establecer una dinámica de encuentro permanente. El proceso de articulación del MIAS y la GTSbC en la Zona 1 Nororiental de Medellín (comunidades 1 Popular, 2 Santa Cruz, 3 Manrique y 4 Aranjuez) se ha desarrollado de una manera armónica y acorde con las necesidades del territorio y los alcances de cada proyecto.

Si bien el MIAS plantea un continuo de intervenciones y acciones/promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia en los diferentes niveles de complejidad del sistema, acciones paliativas para una recuperación de la salud, la GTSbC provee herramientas de análisis de la realidad en el entorno comunitario, educativo e institucional, favorece el relacionamiento con las comunidades para identificar las necesidades y potencialidades en salud, y fortalece el trabajo en red y cooperación. Este conocimiento del territorio, de sus fortalezas y debilidades permitió focalizar acciones puntuales con diferentes actores para avanzar en los temas priorizados por la comunidad, las instituciones y la Secretaría de Salud de Medellín.

4. ¿Qué hemos aprendido?

Durante el proceso de conformación de Comité Gestor, de la Mesa Ampliada y de la identificación de alianzas, es claro que la participación en las comunidades es un poco débil y que los nuevos liderazgos en temas como salud escasean. Pese a que las problemáticas identificadas revisten interés general, la voluntad de participación en escenarios públicos de toma de decisiones requiere de otros alicientes para su movilización.

Desde otra mirada, hay un panorama de desconfianza en la institucionalidad, sumado a liderazgos dominantes en los territorios, los cuales dificultan la transferencia de conocimientos, experiencias y aprendizajes en los largos procesos de consolidación de la participación en una ciudad como Medellín. La participación de los y las jóvenes en espacios de salud es mucho más escasa. Según las percepciones de los habitantes de las comunas, los jóvenes prefieren gestar sus propios procesos de participación por fuera de la institucionalidad o en compañía de ella y en espacios que les son casi exclusivos, como los impulsados por las Secretarías de Juventud y Secretaría de Cultura Ciudadana.

En los espacios de salud, que no abundan en las comunidades, tampoco proliferan los interesados. Pero cuando hay Comités de Salud, tienen pocos integrantes y parecen restringirse a la solución de los problemas de atención y acceso al sistema de atención en salud. O a impulsar en los escenarios de Presupuesto Participativo con propuestas para atención y mitigación de las condiciones de enfermedad en las poblaciones con mayor peso en los espacios de salud, generalmente la del adulto mayor. Ya se ha mencionado cómo en varios escenarios locales las funciones de un comité de salud y las acciones en esta vía se restringen a la obtención de gafas y prótesis dentales para la población adulta mayor.

Como es obvio, se obstaculiza el acceso a los servicios y acciones a las de poblaciones que no participan de estos escenarios: la población joven y la población laboralmente activa. En el fondo, se percibe la poca claridad que se tiene acerca de las competencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las Secretarías de Salud no tienen entre sus responsabilidades prodigar atención en salud individual a la ciudadanía; esto corresponde a las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

Ante este panorama, cobra relevancia otorgarle posibilidad de participación a las comunidades y a sus integrantes mediante la consolidación de espacios vinculantes como las Mesas de Diálogo y los Comités Gestores. Sin embargo, se evidencian algunas de las situaciones más frecuentes en las comunas para el ejercicio de la participación cuando se escucha decir: “Yo no me veo ahí...”, “Líder habla con líder...”, **“Siempre los mismos con las mismas...”**.

Yo no me veo ahí...

Muchos de los líderes y lideresas comunitarios hacen parte de los procesos locales de participación impulsados por la Administración Municipal. Sin embargo, en ocasiones, su participación en los escenarios deliberativos se torna pasiva, pues manifiestan desinterés por el tema o no es el que manejan, como dicen algunos, “asistieron por invitación de otros líderes”,

pero sin conocimiento del tema. Y existen lo que podría denominarse como ‘temas huérfanos’ en relación con las necesidades locales en salud.

Cuando se acude a un escenario local de participación, sus mismos habitantes, en un primer momento, riegan el rumor de la actividad, a través de la estrategia de Bola de Nieve (9): llevar de un líder a otro la actividad buscando quién puede o quiere participar de un proceso particular en salud, por ejemplo, el de gestión territorial o el de la problemática priorizada por cada comuna.

En ocasiones, cuando llega el líder o lideresa referenciado por los demás y reconocido por trabajar en temas de salud, su respuesta es: “Yo no me veo ahí...”. No es su nicho, no es el tema de interés, no es allí donde pondrá sus voluntades y esfuerzos. Entonces, ¿cómo gestar liderazgos que se vean identificados con las problemáticas locales o que trasciendan la voluntad individual y el desgaste que implica el liderazgo local para avanzar en la gestión de las resoluciones a problemas locales sentidos y necesarios de resolver?

Uno de los retos es lograr que nuevas generaciones se ‘vean ahí’, se ‘vean tomando decisiones informadas en salud, identificando necesidades locales y utilizando las herramientas para participar’, incluso impulsando procesos de gestión. Es de puntualizar que el diplomado en GTSbC ha permitido acercar a los jóvenes, a las mujeres, a los nuevos líderes y lideresas, así como a las personas desprevenidas para que se involucren en los procesos de participación comunitaria y contribuyan con soluciones a las problemáticas locales en salud, acordes con la realidad de sus territorios. Acciones de formación como el diplomado deben propender porque las personas examinen las posibilidades de gestión local de la salud en sus territorios y unifiquen nichos posibles para su accionar, con miradas renovadas, desprovistas de las dicotomías locales en todos los sentidos, y con una visión de la salud más amplia.

Líder habla con líder...

A pesar de los niveles crecientes de empoderamiento local, muchas personas todavía no son reconocidas por sus comunidades como líderes y lideresas locales. ¿Quién los reconoce? ¿Quién los legitima? ¿Cuáles acciones los validan? En algunas comunas, las personas saben que hay líderes y lideresas natos y otros que lo son por elección popular. Sin embargo, sus acciones no son reconocidas por toda la comunidad y, lamentablemente, parece corriente que solo el “líder habla con líder...”. Se observa, entonces, que en los procesos de participación se ha creado una jerarquía y unas relaciones de poder: los individuos informados de primera mano por la administración municipal, se apropian de dicha información y ésta no fluye hacia las comunidades. Como consecuencia, las interacciones con instancias, personas y comunidad se van resquebrajando porque se evidencia la ostentación de poder por parte de los líderes y lideresas natos y de los de elección popular.

Sin lugar a dudas, el trabajo intersectorial requiere que los líderes y lideresas conversen no solo entre ellos, pues sus espacios de encuentros abundan, sino que puedan escuchar a las comunidades. Los líderes y lideresas en el proceso de movilización social deben procurar reunir a todos los aliados sociales intersectoriales, factibles y prácticos. El fin es aumentar la participación de las personas en los temas de salud, la prevención, el control, la prestación de recursos y servicios; además, fortalecer la participación comunitaria para la sostenibilidad y autosuficiencia.

En este sentido, valdría la pena pensar en un nuevo concepto de comunidad, una comunidad ampliada, que incluya tanto a los habitantes de un territorio delimitado físicamente como también a las personas e instituciones que establecen relaciones con dicho territorio y sus gentes: funcionarios, otros líderes políticos, comunitarios y religiosos, empresas, ambientalistas, oenegés, medios de comunicación, etc. Y ampliar, la relación entre líderes y lideresas que, en ocasiones, no permite aprender de otras experiencias y miradas, y obstaculiza avizorar nuevas apuestas de comunidad y ciudad.

Es por eso que la juntanza asegura la intervención en los DSS que, como se ha identificado, los problemas sociales terminan siendo también problemas de salud. La juntanza es no solo con otras instancias, actores, activos, sino con otros procesos que son impulsados desde los territorios y la administración municipal. Si bien los escenarios de salud carecen de la participación de jóvenes, como se ha mencionado, las acciones desde la administración municipal que trabajan

con jóvenes abundan e impulsan el arte, la música, las intervenciones en los espacios públicos, las tomas barriales, entre otras. Dichas acciones son todas favorables a la salud mental, al ocio, a la utilización del tiempo libre, a la formación de ciudadanía. ¿Cómo reconocer estos liderazgos y entenderlos como vinculantes de los procesos saludables en una ciudad como Medellín que viene apostándole a los ejercicios de paz, convivencia, cultura, deporte, salud?

Siempre los mismos con las mismas...

Un obstáculo identificado para la ejecución eficaz de los proyectos o programas en salud que se desarrollan o gestan en las comunidades, es la incapacidad de los líderes y lideresas para:

- Delegar acciones (están solos y aislados de los demás procesos que competen a las comunidades).
- Fomentar y formar nuevos liderazgos.
- Coordinarse para la adquisición de los recursos necesarios para lograr y mantener el equipo de trabajo en las comunidades.
- Trascender el trabajo individual voluntario.

Con esta forma de participar y representar, estos sujetos sociales no deberían ser líderes y lideresas de sus comunidades y territorios.

Los retos que implica hoy el trabajo comunitario requieren de la juntanza y de los movilizadores del mismo. En principio, las comunidades deben confiar en sus líderes y lideresas. Esto solo es posible si las comunidades toman con mayor seriedad los procesos participativos de movilización consciente y oportuna, pues es de dominio público la baja participación de la ciudadanía en las decisiones comunales. Además, la confianza en la administración municipal esta resquebrajada por los recientes cambios en el sistema de Planeación Local y en el Presupuesto Participativo de Medellín, dada la modificación a las dinámicas de participación y representación de las comunidades y sus territorios en estos asuntos institucionales.

5. ¿Qué habría qué hacer? Retos

5.1 Hallar aliados que puedan garantizar una articulación de forma permanente, más duradera en el tiempo y en el espacio (territorio / local / micro). La mayoría de los activos que trabajan en el territorio temas relacionados con las problemáticas priorizadas, son proyectos de iniciativa institucional que pueden o no permanecer en el tiempo, que dependen de la voluntad política y de un plan del Gobierno. Y en muchos casos son iniciativas realizadas en el territorio con recursos de Presupuesto Participativo con vigencias determinadas.

5.2 Incluir los hallazgos y avances del Modelo de GTSbC en los Planes de Desarrollo Local de cada comuna y corregimiento de Medellín es clave para el desarrollo de los territorios. En la actualidad, varias comunas y corregimientos de la ciudad están actualizando sus Planes de Desarrollo Local y en el componente de salud se está actualizando con los avances de la GTSbC en esos territorios. Resulta fundamental, además, asegurar su inclusión en el nuevo Plan de Desarrollo Municipal para que las próximas administraciones apuesten a las necesidades que se diagnosticaron en el territorio.

5.3 Encontrar aliados estratégicos que no dependan de recursos públicos también constituye un reto importante, en tanto que esos recursos están limitados por su destinación y, a su vez, limita grupos poblacionales que pueden impactarse con cada una de las estrategias.

5.4 El proceso de toma de decisiones colectivas puede prestarse a manipulación. Aunque se propicie el proceso participativo, se corre el riesgo de que sectores o grupos con intereses específicos, promuevan una mayor participación en los procesos deliberativos, por lo que las decisiones que se tomen pueden estar sesgadas. Es un reto, entonces, fortalecer las comunidades y la actuación de las organizaciones, de los ciudadanos y de los observadores del proceso, de manera que las comunidades se sientan realmente representadas y libres de participar en los espacios y procesos de toma de decisión.

5.5 Mejorar la convocatoria porque, cuando es débil, le resta fuerza a la acción que se ejecuta. Como consecuencia, se manifiesta la dificultad para posicionar los resultados, lo cual conlleva a que no todos los sectores de la comunidad se sientan representados, identificados o incluidos en

las decisiones tomadas. Esta situación debe resolverse mejorando los procesos de invitación a las Mesas de Diálogo.

5.6 En aras de mantener la dinámica de las Mesas de Diálogo y de no caer en reuniones tradicionales, se debe procurar el entrenamiento y la continuidad de la metodología planteada por la GTSbC. De lo contrario, puede caerse en la repetición de las agendas tradicionales y, por ende, en la reducción de los debates y en no alcanzar los objetivos propuestos tanto en el proceso de validación de las necesidades en salud como en los acuerdos.

5.7 Construir una agenda de trabajo que sostenga el trabajo conjunto y conlleve a la articulación entre los integrantes del Comité Gestor y la alianza en pro de las problemáticas identificadas en cada una de las comunas. Estos procesos de salud y de vida no pueden depender de las voluntades o de los políticos de turno, sino de la fuerza de la sociedad civil.

5.8 La comunicación es vital para establecer los diálogos con los diferentes actores comunales; debe ser oportuna y fluida. De esta manera, se evita la pérdida de tiempo en planeaciones alternas y, lo más importante, se mantiene la credibilidad por parte de la comunidad en los procesos adelantados.

5.9 Es fundamental tejer lazos de confianza con la comunidad y con los aliados. Una de las rutas es evitar la burocracia para facilitar la celeridad en los diferentes procesos. Este sería el primer paso para romper las barreras que fundan la desconfianza.

5.10 Difundir y aprovechar los insumos que deja el proyecto en cada una de las comunidades y alianzas para que sean apropiados y replicados.

5.11 Para próximos mapeos, se recomienda realizar una búsqueda en los activos culturales. Por su enfoque de trabajo, pueden potencializar la movilización de las personas con actividades culturales y recreativas.

5.12 Uno de los grandes temas de preocupación por parte de los sectores comunitarios es la capacidad de movilización de recursos económicos que podría requerir una apuesta de trabajo frente a las problemáticas en salud identificadas. Por ello, la interacción entre los sectores privado y público debe ser una prioridad.

5.13 La fuerza comunitaria es un potencial fuerte en el territorio. Sin embargo, la magnitud de su interacción con otras entidades fuera del Comité Gestor debe ser fortalecida.

5.14 El espacio intersectorial como tal demuestra unos lazos muy fuertes entre condiciones organizativas y relaciones interinstitucionales hacia adentro del territorio (endógeno). Pero hacia afuera (exógeno), no logra fortalecer unas relaciones estratégicas para avanzar en la gestión de las problemáticas que se pretenden afrontar colectivamente y entre las diferentes comunas, como son los temas de la salud ambiental y la salud mental, entre otros.

5.15 Las alianzas, como la unión entre sectores y/o individuos para un fin específico y común, sigue siendo hoy la ruta o el camino que se requiere fortalecer. Aunque es evidente que, para la reflexión y el debate, los sectores han estado allí, reunión tras reunión, todavía queda por definir con claridad cómo instituir las alianzas y cómo fijarlas con miras al trabajo de gestión territorial. Salvo en algunas comunas, si se tuviera que realizar una prueba de impacto inicial del proceso de encuentro, se diría que la alianza es aún temporal y estratégica. Las organizaciones presentes (aparte de su carácter público, privado o comunitario) no han logrado aterrizar el problema específico en clave, con una alianza puntual que se proyecte en el tiempo y defina la función de cada actor presente.

5.16 Queda como reto también socializar la experiencia y la propuesta de proyecto en espacios como el Consejo Territorial de Planeación de Medellín (CTP) y en otros que incluyen entidades gubernamentales, con miras a su financiación y ayuda en la ejecución. Hay que considerar que la relación entre estas entidades y los acumulados de procesos locales son el potencial del proyecto y la puerta de entrada a muchas instituciones.

5.17 Aprovechar al máximo el presupuesto. Si bien la mayoría de las acciones que se ejecutan en temas de salud en las comunidades son priorizados por el Presupuesto Participativo, las personas prefieren pensar rápidamente en qué hacer con el dinero, en vez de planificar. De ahí que es necesario optimizar los recursos en intervenciones pensadas previamente y orientadas por

la evidencia. En este sentido, se debe impulsar la participación social y la formación de liderazgos informados.

5.18 Generar más financiamiento. La planificación eficaz no solo ayudará a garantizar el éxito de un programa, sino a consolidar el apoyo financiero. Es imperativo e importante diseñar adecuadamente y con evidencia las propuestas surgidas de las problemáticas priorizadas.

5.19 Identificar en cada una de las comunidades dónde anclar las propuestas y proyectos surgidos del proceso de gestión territorial, pues cada uno necesita un abanderado local para la gestión presupuestal y la ejecución.

5.20 Difundir la información de mapeo de activos levantada por el proyecto. Esta información se encuentra en ArcGis, software que permite crear y compartir información consolidada en los territorios, para ponerla a disposición del Consejo Comunal de Planeación, de las JAL, las JAC y de los líderes, lideresas, organizaciones, asociaciones y comunidad.

5.21 Es necesario que las personas que están trabajando en la Zona 1 Nororiental, tanto del MIAS como de la GTSbC, tengan un conocimiento claro del territorio, de sus potencialidades y debilidades. De esto depende la adecuada comunicación e interacción con los residentes de estos territorios y de las acciones que se planeen y desarrollen en conjunto.

5.22 El fortalecimiento de la Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad se debe mantener en el tiempo porque de éste depende que las acciones que se desarrollen en los territorios tengan la legitimidad comunitaria e institucional necesarias para el desarrollo de cualquier actividad en salud en el territorio.

5.23 Las acciones locales no deben depender solo de los ejercicios de priorización por la ciudadanía en el programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo de la Alcaldía de Medellín. Debe ser una actividad permanente de la Secretaría de Salud de Medellín en pro de fortalecer la confianza con los aliados comunitarios e institucionales para la implementación del MIAS en Medellín. ☞P

Referencias

1. González L, Hersch P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública de México*. 1993 Jul-Ago; 35(4):393–402.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. *Diario Oficial*, N°. 48.811 (4 Dic 2013) [consultado 2019 Feb 04]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
3. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Dimensión Antropológica* [revista en Internet]. 2010 Sep-Dic [consultado 19 de

febrero de 2019]; (5): 7-37. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/dimension/article/view/10506>

4. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2013 marzo-abril [consultado 5 de febrero de 2019]; 27(2):180–183. Disponible en: [mhttps://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006)

5. Salgado SVA, Bustamante MTC. La formación ciudadana: una estrategia para la construcción de justicia. *Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2007 ene-jun; 5(1):1-16.

6. Orbe FB. La formación de la competencia cívica: bases teóricas y conceptuales. *Rev Interuniversitaria de Formación del profesorado*. 1996 Ene-abril; 6(25):85-101.

7. Muñoz Cardona ÁE. Ética de la responsabilidad ciudadana, un camino para la paz: desde el fomento cultural de la simpatía y la acción solidaria. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública; 2017.

8. Mejía Sandía C, Henríquez Rojas P. La ciudadanía como co-construcción de espacios de participación en lo público. *Sociologías*. 2012 sep-dic; 14(31):192–213.

9. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 mar;17(3):613–9.



PARTICIPACIÓN CIUDADANA

MONITOREO PARTICIPATIVO

capítulo

7

SISTEMA DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN COMO BUENA PRÁCTICA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA COMPRESIÓN DEL CAMBIO SOCIAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES COMUNITARIOS

Eliana-Martínez Herrera, Yesly Lemos Mena,
David Hernández Carmona, Camila Rodríguez Corredor

Sumario. . 1. *¿Para qué evaluar?* 2. *¿En qué se fundamenta el SSME?* // 3. *¿Por qué un Sistema SSME con enfoque participativo y comunitario?* // 4. *¿Cómo se visualizó la implementación del SSME para la GTSbC?* // 5. *¿Cuáles actores participaron en el desarrollo del SSME?* // 6. *¿Cuáles son los resultados más relevantes de esta evaluación?* 6.1 *Línea de base del Capital Social Comunitario para la planificación social de la salud en Medellín.* 6.2 *Las prácticas salutogénicas, resultado de la puesta en marcha del Modelo: el caso de la comuna 1 Popular.* // *Recomendaciones // Referencias.*

El refuerzo de la acción comunitaria es uno de los principios que recoge la Carta de Ottawa (1), documento que fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. La fuerza motriz de este tipo de acción se basa en los recursos humanos y materiales con los que cuenta la comunidad destinados a estimular la autonomía, el apoyo social y el control social de la salud. Este principio se ha mantenido a lo largo del tiempo y se despliega hoy en conceptos como la intersectorialidad, la salud en todas las políticas, la gobernanza de la salud, la corresponsabilidad de los individuos con el sector público, la conciencia de los colectivos; pero también conlleva responsabilidades del sector privado, entre otras, para materializar acciones de la reciente estrategia Plan de acción sobre la salud en todas las políticas (2).

Desde aquel entonces, el llamado **reforzamiento de la acción comunitaria** en salud se ha evidenciado en las posibilidades de crear y producir salud a partir del empoderamiento estructural generado por la comunidad, reconociendo además que la transformación social de la salud desde la comunidad obliga a la interacción con otros principios básicos de la Carta de Ottawa (1) como el denominado creación de entornos saludables.

Ahora bien, el despliegue de acciones para la gestión de la salud en el territorio basada en la comunidad recurre a varios de los postulados de la Promoción de la Salud que invitan a la ampliación de las capacidades de las comunidades, incremento de la inversión para el desarrollo de la salud, expansión y consolidación de alianzas para la salud, anclando su argumentación en las iniciativas de cambio social pocas veces evaluadas.

Con lo cual, la evaluación de la gestión territorial de la salud bajo las realidades sociales de desigualdad, ha de implicar para los escenarios de participación de una ciudad como la de Medellín, construcciones sociales de la salud con liderazgos en los niveles más locales como las Juntas de Acción Local y las Juntas de Acción Comunal o las nuevas formas de organización comunitaria emergentes y no solo imaginarios de ciudad a partir del seguimiento a los indicadores de calidad de vida por parte de las instituciones públicas, sino de construcciones políticas de la salud comunitaria orientadas al mejoramiento de los estilos de vida y las acciones de corresponsabilidad para el autocuidado colectivo por parte de la población.

Entre las acciones de creciente interés para la gestión de la Promoción de la Salud están aquellas que se pueden desarrollar con el enfoque de género, de interculturalidad y de ciudadanía cuyo hilo conductor, entre muchos, es el de la participación comunitaria. Es en este sentido que, Medellín viene impulsando iniciativas para la coproducción social de la Salud bajo estos enfoques y, el Modelo GTSbC en especial señala en la evaluación algunos de sus análisis, la importancia del enfoque de género en la participación comunitaria.

Un Sistema de evaluación para la Gestión de la Salud Basada en la Comunidad-GTSbC asume la planificación participativa de la salud como elemento que favorece la concreción para los eslabones entrópicos del Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación-SSME: pero, a su vez, reconoce grandes riesgos cuando no hay una buena organización comunitaria o pocos mecanismos de participación e inclusive las políticas de salud contrarias a los intereses de la comunidad.

Para direccionar el Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación (SSME) de la GTSbC, se plantearon lineamientos teóricos, políticos y metodológicos, se emplearon diferentes técnicas, según las necesidades de cada uno de los componentes, y se integraron los resultados en un abordaje de análisis mixto.

Se definieron los alcances para cada uno de los momentos del Sistema, junto con los instrumentos, técnicas utilizadas y, a su vez, se identificaron actores claves que permitieron complementar las acciones del SSME. Así se aportó en el logro de los objetivos propuestos en el marco de uno de los grandes retos del sistema de salud colombiano como es en la implementación de su modelo integral de atención territorial en salud territorial, que bien pudiera, primero, incorporar lecciones aprendidas de este proceso de evaluación y, segundo, reconocer cambios en salud con actores comunitarios, institucionales y académicos.

1. ¿Para qué evaluar?

Desde 2014, la Secretaría de Salud de Medellín, con el acompañamiento de líderes y lideresas comunitarios y la academia, ha venido impulsando la construcción e implementación de un Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en la Comunidad, con siete momentos descritos en los capítulos anteriores que, de manera modular, se podrían implementar independientemente.

Este Modelo viene consolidándose con iniciativas centrales tendientes a fortalecer la promoción de la salud, la acción comunitaria, el trabajo intersectorial, el fortalecimiento de alianzas / redes y la gobernanza local. El Modelo se acoge a las acciones globales propuestas para las ciudades saludables (3) y a los recientes enfoques de Promoción de la Salud (OMS) como los del Marco mundial de acción a nivel de país sobre la salud en todas las políticas [Health in All Policies Framework for Country Action] de la OMS (2).

El componente SSME es considerado como uno de los momentos medulares dentro de la GTSbC porque permite a los tomadores de decisiones, líderes y lideresas comunitarios, académicos y técnicos, entre otros, disponer de información pertinente y oportuna de los avances (gestión administrativa y operativa) de la implementación del modelo de GTSbC en las comunas de Medellín. Este componente tiene el propósito de hacer seguimiento, monitoreo y evaluación al desarrollo de las actividades programadas, medir los resultados de la gestión y optimizar los procesos. Las lecciones aprendidas derivadas de los aciertos y fracasos detectados durante la ejecución, facilita la toma de decisiones objetivas y en tiempo real durante los procesos de implementación de cada momento.

El SSME incluye metodologías participativas integradas por el equipo de dicho componente, los profesionales (gestores territoriales de la estrategia en el ámbito institucional), los líderes y lideresas comunitarios, los promotores territoriales (gestores territoriales de la estrategia en el ámbito comunitario) y la comunidad. El trabajo interdisciplinario permite el desarrollo de grupos de discusión, encuestas, mapas sociales, seguimiento de indicadores y observaciones de antes y después, entre otros.

En este componente también se visibilizan los resultados de los procesos comunitarios desde la gestión propia y el empoderamiento de las personas, a través de sus capacidades, el trabajo en red y el grado de confianza que se tiene del territorio y las personas que lo habitan.

El éxito del SSME depende de la disponibilidad y la calidad de la información. Pero si hay debilidad en la información, puede traducirse en diagnósticos errados y, por ende, en decisiones de política equívoca. De ahí la necesidad de fortalecer los procesos de recolección y producción de información de manera paralela a la consolidación del Sistema (4).

¿Aquello que planeamos lo estamos realizando?

¿Lo que estamos realizando lo hacemos bien?

¿Estamos avanzando en el logro del objetivo?

¿Tenemos problemas y los reconocemos?

¿Podemos replicar lo que hicimos?



2. ¿En qué se fundamenta el SSME?

La puesta en marcha del SSME estuvo orientada por elementos multiformes, conceptuales, teóricos y políticos diversos.

Elementos multiformes

La evaluación de la implementación de los procesos y del campo de acción de un seguimiento y monitoreo comunitario; la evaluación del capital social comunitario para el cual se tuvo presente, principalmente, la teoría social del cambio relacionada con la Promoción de la Salud desde la Salutogénesis en los años setenta impulsada por Aaron Antonovsky (5) y retomada por Mónica Ericksson (6) en la década 2000; el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS); las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS) y el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012- 2021 (PDSP).

Este Sistema fue diseñado especialmente para valorar las acciones de participación comunitaria en salud dado que, el Modelo reconoce en los actores sociales su gran capacidad de agenciamiento para identificar problemas, definir prioridades y formular propuestas en diferentes niveles de interacción Y es del interés del Sistema valorar los procesos sociales para mantener la salud comunitaria que se caracteriza por tener atributos importantes para ser evaluados como son la utilización de recursos, la cooperación y, especialmente, la intervención en las decisiones. Con relación a esta última, el despliegue de acciones de lo propuesto en este Modelo incorpora elementos de planificación que incluyen la evaluación, pero no solo por la percepción de la comunidad, sino por lo que significa el monitoreo de los resultados en la salud poblacional toda vez se haya implementado el Modelo.

Elementos conceptuales

El seguimiento, monitoreo y evaluación son herramientas que hacen parte del ciclo de los proyectos y que, de manera complementaria, permiten cualificar la toma de decisiones a partir del contraste entre lo planeado y lo ejecutado. A pesar de que todos tienen el objetivo de “medir y analizar el desempeño, a fin de gestionar con más eficacia los efectos y productos que son los resultados en materia de desarrollo” (7), el seguimiento y monitoreo propuesto ofrece la posibilidad de describir la situación de las acciones y la evaluación brinda evidencia sobre el porqué se están o no logrando los objetivos esperados (8).

Por otro lado, fundamentados en la teoría del cambio que busca desarrollar el mapa general de las causas y efectos a través de la identificación de los eventos o condiciones que pueden afectar a una intervención, de los medios como consigue los resultados deseados y especialmente de la interrelación y la complejidad de los procesos internos de la política pública.

El SSME presenta, entonces, la manera en la que una serie de actividades y procesos inciden en la consecución de los fines o logros de la aplicación del Modelo (9).

Dentro de esta teoría, una de las herramientas utilizadas para poder aproximarse a los cambios esperados es la cadena de valor o resultados. Ésta permite entender la lógica con la cual fue creado un programa o proyecto a partir del análisis secuencial de las acciones y estrategias que deben realizarse para el logro de los impactos esperados, producto de la identificación de los recursos y las acciones necesarias para movilizarlos, los bienes y servicios que entrega y sus eventuales resultados e impactos.

El SSME se acoge a los postulados de la Departamento Nacional de Planeación en 2012 que define la cadena de valor como

(..) uno de los instrumentos que se puede utilizar para entender la lógica con la que se creó e implementó un programa. Esta herramienta es utilizada por la teoría de cambio, que desarrolla el mapa de la construcción de las etapas o fases necesarias para alcanzar los objetivos de largo plazo de una intervención (10).

En ese sentido, la cadena de valor se constituye como un insumo fundamental para el diseño de la evaluación, pues ayuda a entender la intervención, sus supuestos y variables a intervenir. Acorde con lo anterior, los consensos sobre seguimiento, monitoreo y evaluación aceptados para el Modelo para poner en marcha el Sistema fueron:

- Seguimiento. Entendido: como el proceso de verificación del cumplimiento de las metas

establecidas contractualmente respecto de la gestión propia del proyecto. La gestión se asume como el conjunto de asuntos que están por resolver en cada uno de los componentes del Modelo GTSbC y, en consecuencia, se conectan entre sí.

- **Monitoreo.** Llamado, para este caso, monitoreo territorial debido a que el enfoque intenta visibilizar las acciones realizadas en cada una de las comunas y corregimientos participantes del proyecto de la mano observadora de la población que habita en éstas.
- **Evaluación.** Para: cada uno de los componentes del Modelo, se implementaron técnicas de evaluación acordes con los procesos emergentes de cada momento y según el alcance de los mismos; además, se genera una evaluación de Línea de Base medida a través del Capital Social Comunitario y se plantean acciones de evaluación de las prácticas salutogénicas de base comunitaria.

Elementos teóricos

Las teorías que desarrolla Antonovsky son los Recursos Generales de Resistencia (RGR) y el Sentido de Coherencia (Sense of Coherence, SOC). “Los RGR son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Lo verdaderamente importante no es tanto poseer estos recursos sino la capacidad de utilizarlos”. Por su parte, SOC es la disposición personal a valorar los acontecimientos de la vida como “comprensibles”, “maneables” y “llenos de significado”; es la capacidad de valorar las experiencias para actuar de forma constructiva. Para medir el SOC, Antonovsky elaboró un cuestionario en el cual descompuso el constructo en tres factores: comprensibilidad, manejabilidad/gestión y significatividad (11).

La comprensibilidad-componente cognitivo, *la Manejabilidad y/o gestión*-componente instrumental o de comportamiento y *la Significatividad*-componente motivacional, permiten analizar las capacidades que les permiten a las personas comprender la manera como están organizadas sus vidas y como se sitúan frente al mundo. Dicho autor propuso entender la salud como un proceso continuo de Salud – Enfermedad, donde los individuos se mueven entre estos dos polos, pero nunca pueden estar en los extremos (12).

La teoría desarrollada por Antonovsky es un referente esencial para el SSME de la GTSbC. Es clave para evaluar las prácticas salutogénicas que emergieron en una de las comunas gestoras para la aplicación-construcción del Modelo, donde a través de un ejercicio participativo, usando técnicas de fotovoz se reconocieron esas transformaciones sociales desarrolladas en el territorio. Estas técnicas han permitido a la comunidad comprender el porqué de esas situaciones, cómo manejarlas y cómo dar significado a estos acontecimientos, puesto que internalizan la experiencia y recuerdan el momento vivido.

Por su parte, el Capital Social Comunitario-CSC es considerado un recurso altamente vinculante que tienen las personas que se manifiesta en la reciprocidad, el apoyo social, el soporte social, la confianza interpersonal, las redes sociales, estrechamente relacionadas con el comportamiento comunitario (las normas sociales de la comunidad) para la ayuda mutua y el fortalecimiento de las estrategias de empoderamiento-democratización y bienestar social relacionado con la salud. Este concepto sirvió para presentar la línea base de los procesos comunitarios que orientan el entendimiento, como principal motor de la eficacia de la autogestión de los intereses colectivos frente a un asunto de interés común para resolver.

Elementos políticos

Entre los ejes centrales sobre los cuales se establecen los principios de este Sistema SSME se encuentran los Determinantes Sociales de la Salud (13), entendidos como las condiciones sociales en las cuales una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, así como el *Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021* (14) que promueve en sus ejecutorias la reducción de las inequidades en salud mediante la intervención de ocho dimensiones: prioritarias (6) y transversales (2) como lo muestra la Figura 2.1.



Figura 2.1 Dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.



Por otro lado, el *Plan Territorial de Salud “Antioquia piensa en grande”* Gobernación de Antioquia, 2016-2019 (15) tiene dentro de sus metas, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a través de la ejecución, evaluación y control del Plan de Salud de Antioquia mediante el desarrollo de las siguientes estrategias: redes integradas, atención primaria en salud, cero oportunidades perdidas en aseguramiento, intersectorialidad, participación ciudadana y demás definidas en el marco jurídico.

Por su parte, el *Plan Municipal de Salud “Para vivir más y mejor”* Alcaldía de Medellín, 2016-2019 (16) de la ciudad de Medellín propone el desarrollo de las dimensiones planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública, cuyo objetivo es hacer de Medellín una ciudad legal, segura, equitativa y sostenible, en la cual la ciudadanía recupere la confianza en la institucionalidad a partir del desarrollo de una gestión cercana, eficiente, transparente y visible, y así avanzar en el camino de la consolidación de una ciudad saludable al fortalecer la intersectorialidad y la participación social que permita fomentar la cultura del cuidado integral, el ejercicio de ciudadanía así como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población.

3. ¿Por qué un SSME con enfoque participativo y comunitario?

Como se ha mencionado, el Modelo de GTSbC está conformado por siete componentes que se observan en la Figura 3.1 y Cuadro 4.1. Son piezas clave en la generación de herramientas del SSME.

Componente #6
SMyE.

Componente #5
Comunicación para el
cambio y la
movilización social.

MODELO DE GESTIÓN
TERRITORIAL DE LA
SALUD BASADO EN
LA COMUNIDAD
GTSbC

Componente #7
Abogacía.

Componente #1
Planes comunales.

Componente #2
Identificación y
mapeo de activos
sociales (alianzas).

Componente #3
Fortalecimiento de
capacidades
comunitarias.

Componente #4
Gobernanza e
intersectorialidad

Figura 3.1 Componentes del Modelo de Gestión Territorial basado en Comunidad.

El *primer componente* hace alusión al proceso participativo de **Mesas de Diálogo** realizado en cada una de las comunas y corregimientos participantes del proyecto, en el cual se hace la identificación y la priorización de una problemática en salud para realizar acciones colectivas en torno a ésta y mitigarla. De este proceso se genera un Plan Comunal de Salud por comuna o corregimiento que, eventualmente, podría ser evaluado en el largo plazo.

Luego de hacer esta priorización, en el *segundo componente* se identifican los **activos sociales, comunitarios e institucionales**, los cuales se convierten en capital comunitario para generar futuras alianzas e intervenir la(s) problemática(s) priorizada(s).

El *tercer componente* se refiere al proceso de **capacitación** individual y colectiva que se realiza a los diferentes líderes y lideresas comunitarios en temas relacionados con participación social, movilización comunitaria, gestión de proyectos, comunicación para la salud, territorio e identificación de activos comunitarios. Tiene un enfoque teórico-práctico y se espera de ella generar aproximaciones a perfiles de proyecto (por comuna o corregimiento) que busquen impactar la problemática priorizadas.

Las acciones orientadas desde el *cuarto componente* pretenden el fortalecimiento de la construcción de acciones gestión desde la **intersectorialidad** en el territorio. Para esto se propone el fortalecimiento de la estructura organizacional y comunitaria mediante la inserción en espacios de participación de la comuna o corregimiento, promoviendo al menos una reunión por mes de los integrantes para orientar la definición del perfil de proyecto por tipo de territorio y dar gestión al mismo para las iniciativas de proyecto.

Para el desarrollo de todos los componentes mencionados es necesario el apoyo de los medios comunitarios de **comunicaciones**. El *quinto componente* es transversal al proyecto y es considerado de gran importancia por el apoyo en términos de movilización de la información para la salud en el territorio.

El *sexto componente* es el de **Seguimiento, Monitoreo y Evaluación**, el cual se ha venido abordando y se seguirá profundizando en lo que resta de este capítulo.

Y el *séptimo componente* cierra el Modelo de GTSbC. Se refiere a la **abogacía** local, municipal, departamental, nacional e internacional, en favor de la salud de las comunas y corregimientos de Medellín. Se propone generar una articulación de la GTSbC con el sector académico, encargado de la formación del talento humano en salud de modo que la acción académica en los territorios se realice de una manera organizada y acorde con las necesidades de las comunas y corregimientos participantes que deciden aplicar este Modelo.

La propuesta de SSME gira alrededor del concepto de actor comunitario y/o gestor comunitario de la salud (líder que a través de su accionar genera posibilidades para el mejoramiento de la salud de su comunidad) en dos aspectos. Primero, por las condiciones y capacidades que reúne de los recursos de poder, capaces de incidir en el proceso de una política, en este caso sobre los procesos de cambio de la salud de su entorno, lo que implica no tener a cualquier involucrado, sino personas que en la praxis misma de los procesos de política se adapten frente al entramado de la acción, el conocimiento y el poder de su territorio; el gestor comunitario fue vital en este proyecto. Segundo, porque para valorar que este sistema funciona, es clave el enraizamiento o apropiación social del territorio en el plano de la gestión, es decir, la autonomía necesaria que distingue la capacidad de agenciamiento.

La evaluación no es solo un ejercicio técnico; tras ésta hay siempre un marco de referencia, un punto de vista, un propósito, que son previos a las decisiones técnicas y a la rigurosidad metodológica. Estas decisiones intervienen después, una vez definidos el propósito de la evaluación y el parámetro o estándar según el cual evaluar. Es también en ese momento cuando se define el tipo de evaluación que se propone: evaluación ex-ante o ex-post, de procesos, de resultados, de impacto, etc. (17).

La evaluación del modelo de GTSbC es integral. Es una evaluación dirigida a todos los componentes: identifica puntos de interacción y utiliza indicadores de proceso y resultado; no es una evaluación global ni de impacto que consolida la efectividad del Modelo. Sin embargo, al

realizar la construcción de una línea de base, a partir de la medición del Capital Social Comunitario de las personas residentes en las comunas y corregimientos partícipes, se pueden orientar nuevas formas de intervención social en salud comunitaria en dichos territorios de la ciudad. Con esta línea de base, se midieron aspectos relacionados con la participación en grupos y redes, confianza y cohesión social, acción colectiva y cooperación, información y opinión acerca de las políticas, empoderamiento y acción política. Como resultado de esta construcción, se realizó la descripción de las características principales para cada una de las dimensiones y se construyó un índice a partir de estos logros generales.

Teniendo como referencia la teoría de la salutogénesis implementada por Antonovsky, se efectuó la evaluación de estas prácticas, específicamente en la comuna 1 Popular que por su trayectoria de trabajado desde el enfoque de la autogestión comunitaria, se convirtió en un referente para evaluar las transformaciones en salud desarrolladas a través de las acciones generadas desde el proyecto GTSbC como ejemplo para la apropiación del Modelo en las demás comunas y corregimientos.

4. ¿Cómo se visualizó la implementación del SSME para la GTSbC?

Para precisar la implementación del Sistema SSME y asegurar la calidad del proceso, se consideraron varios esquemas de observación y análisis, entre ellos, un mapa de procesos, un tablero de indicadores, y se crearon unos instrumentos propios de medición y para el trabajo de campo integrado. Como lo recrea el capítulo que describe el Modelo, se realizó primero un **mapa de procesos** (Figura 1.4, capítulo 1), esta ruta permitió observar la interacción de los diferentes componentes del proyecto: los círculos negros indican la conexión entre los componentes.

La estructuración de los procesos permitió identificar en cuáles momentos del desarrollo de la puesta en marcha del Modelo era necesario realizar mediciones desde el seguimiento, para el monitoreo y cuáles componentes serían objeto de evaluación pero, sobre todo, el tipo de evidencias que resultarían de estas acciones ejecutadas (informes, fotografías, testimonios, actas, mapas, entre otros).

Luego de hacer la identificación de la interacción entre los componentes del Modelo, se construyeron los indicadores necesarios para realizar el seguimiento y el monitoreo, a través de un **tablero de indicadores** (Figura 4.2) para almacenar cada uno de los indicadores de proceso y resultado. Los indicadores tuvieron verificación mensual y aseguraron el control y la calidad de cumplimiento en los avances o los retrasos a lo largo de ejecución y puesta en marcha del Modelo.

No.	Nombre Componente	Categoría	Nombre Indicador	Línea Base	Meta	Sept 2017	Oct 2017	Nov 2017	Dic 2017	Logros Acumulados al 2017	% de cumplimiento	Ene 2018
2		Seguimiento	Número de propuestas metodológicas y plan de análisis	100	1	100	100	100	100	100	100	100
3			Número de activos identificados	100	100	50	50	50	50	50	50	50
4			Muestra 1	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5			De los individuos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6			De las asociaciones Formas	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7			De las asociaciones Informales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8			De los recursos Humanos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9			De los recursos económicos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10			Culturales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
11			Organizacionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12			Integrables	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13			Muestra 2	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14			De los individuos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15			De las asociaciones Formas	100	100	100	100	100	100	100	100	100
16			De las asociaciones Informales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
17			De los recursos Humanos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
18			De los recursos económicos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
19			Culturales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20			Organizacionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
21			Integrables	100	100	100	100	100	100	100	100	100
22			Muestra 3	100	100	100	100	100	100	100	100	100
23			De los individuos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
24			De las asociaciones Formas	100	100	100	100	100	100	100	100	100
25			De las asociaciones Informales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
26			De los recursos Humanos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
27			De los recursos económicos	100	100	100	100	100	100	100	100	100
28			Culturales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
29			Organizacionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100
30			Integrables	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Figura 4.2 Tablero de indicadores para la GTSbC.

Estos avances fueron identificados con colores haciendo un símil con los de un semáforo: verde para los logros alcanzados entre un 80 a un 100%; amarillo, las alertas y su valoración entre un 50 a 80%; y rojo, para señalar los procesos menores al logro mensual del 40%. En este tablero, se consignó el seguimiento y el monitoreo de las acciones llevadas a cabo desde el proyecto, con la medición y verificación del cumplimiento de las metas o productos establecidos contractualmente; solo se hizo seguimiento de las acciones que fueron medibles y verificables. Este instrumento, bastante exigente, facilitó presentar el logro de las metas propuestas, en concordancia con los tiempos trazados en el cronograma propuesto, ante las instancias administrativas y con transparencia en el manejo de los recursos.

En Cuadro 4.1 se presenta el mapa de ruta de **los instrumentos propuestos** acorde con los lineamientos metodológicos del SSME para cada uno de los componentes de este Modelo.

Cuadro 4.1 Instrumentos de evaluación propuestos para cada componente del Modelo de GTSbC

OBJETIVOS

Componente 1

Validación del diagnóstico participativo e identificación de prioridades y necesidades en salud

1. Evaluar el grado de satisfacción general de los participantes en las Mesas de Diálogo, además de las barreras y facilitadores encontrados durante el proceso.
2. Medir la concordancia o acuerdos entre los temas priorizados por la institución y cada una de las comunidades incluidas en la propuesta.
3. Analizar la aceptación del diagnóstico presentado por la Secretaría de Salud a través de las Mesas de Diálogo instauradas en las comunas y corregimientos.

Componente 2

Capital Social Comunitario en salud y Mapeo de Activos

1. Identificar geográficamente los activos sociales, institucionales y comunitarios de cada territorio.
2. Analizar la interconexión de los activos sociales como soporte para la evaluación crítica de la caracterización de, al menos, una red social colaborativa (alianza) para la salud en cada una de las comunas y corregimientos acordes con cada uno de los temas priorizados en ella.
3. Describir el Capital Social Comunitario en Salud en las comunas y corregimientos partícipes del proyecto.

Componente 3

Fortalecimiento de capacidades comunitarias

1. Analizar el fortalecimiento “comunitario” del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud y de la participación social en salud.
2. Comprender el grado de satisfacción de los participantes en el diplomado en GTSbC (asistentes y facilitadores), además del nivel de aprovechamiento de los temas transversales a la gestión de la salud durante el proceso de la capacitación.
3. Analizar los cambios en el conocimiento mediante una escala de conocimientos, actitudes y prácticas definida para el diplomado.
4. Evaluar críticamente la caracterización de, al menos, un perfil de proyecto. “comunitario” para la gestión de la salud territorial en cada una de las comunas acorde con uno de los temas priorizados en ella.

Componente 4

Gobernanza e intersectorialidad

1. Evaluar la gestión de la presentación de un perfil de proyecto comunitario para la gestión de la salud territorial en una de las comunas o corregimientos partícipes.

INSTRUMENTOS

1. Instrumento de caracterización de los asistentes a las Mesas de Diálogo.
2. Instrumento de evaluación de satisfacción con el proceso.
3. Instrumento de concordancia.
4. Grupo de discusión con profesionales y líderes / lideresas comunitarios.

1. Instrumento de exploración de los activos sociales, comunitarios e institucionales.
2. Instrumento de evaluación de Capital Social Comunitario.
3. Guía de evaluación crítica de, al menos, una red colaborativa.
4. Grupo de discusión con profesionales y líderes / lideresas comunitarios.

1. Instrumento de caracterización de los asistentes al diplomado.
2. Instrumento de evaluación de la satisfacción con el proceso.
3. Instrumento de conocimiento: Pretest-Postest.
4. Instrumento para evaluar críticamente, al menos, un perfil de proyecto propuesto por la comunidad.
5. Grupo de discusión con profesionales y líderes / lideresas comunitarios.

1. Guía de análisis de perfiles de proyecto por comuna y corregimiento.
2. Bases de datos con la información de las agencias de cooperación.
1. Informe de evaluación generado desde el componente de comunicaciones.

OBJETIVOS

INSTRUMENTOS

Componente 5

Comunicación para el cambio y la movilización social

1. Evaluar la estrategia comunicacional del Modelo con enfoque de teoría del cambio y movilización social, que incluye valoración de la coherencia entre los mensajes percibidos y difundidos.
2. Evaluar críticamente las estrategias usadas para la activación de iniciativas de salud en el modelo GTSbC en las comunas y corregimientos en intervención.
3. Evaluar el capital social comunicacional identificando según lugar(es), espacios(s), forma(s), herramienta(s) y actor(es) de encuentro comunitario para comprender la aprehensión del proyecto.

1. Guía de evaluación de las lecciones aprendidas para la GTSbC a través de la comunicación.
2. Grupo de discusión con profesionales y líderes / lideresas comunitarios.

Componente 6

Seguimiento, Monitoreo y Evaluación

1. Analizar el Capital Social Comunitario en los territorios partícipes del modelo de GTSbC.
2. Analizar el proceso de evaluación desarrollado en el marco del modelo de GTSbC.
3. Evaluar una de las prácticas salutogénicas en la Comuna 1 Popular.

1. Instrumento para medir el Capital Social Comunitario.
2. Instrumento Guía de Autoevaluación.
3. Instrumento Guía para el desarrollo de la evaluación de las prácticas salutogénicas (Fotovoz).
4. Grupo de discusión con profesionales y líderes / lideresas comunitarios del proyecto.

Componente 7

Acciones de abogacía y fortalecimiento de la rectoría de la SSM con la academia

1. Evaluar críticamente el compromiso del Comité Gestor para la gestión de la salud territorial en cada una de las comunas y corregimientos acorde con uno de los temas priorizados en ella.
2. Evaluar los acuerdos entre las acciones intersectoriales propuestas por la comunidad.
3. Evaluar los acuerdos entre las acciones de abogacía para la articulación del sector académico del área de la salud y otros sectores.

1. Grupo nominal y grupo focal.

Al ser la evaluación la última etapa del SSME, permitió identificar los aciertos y desaciertos frente al alcance del Modelo de la GTSbC de cara a las nuevas intervenciones barriales o en programas similares que se efectúen dentro del territorio y que sean ofrecidos por otros sectores diferentes al de la salud.

5. ¿Cuáles actores participaron en el desarrollo del SSME?

Para ofrecer armonía a la compleja tarea de evaluar, fue importante y necesario haber vinculado en los diferentes procesos a diferentes actores quienes, desde sus conocimientos, experiencias y necesidades, generaron aportes a las realidades contextuales evaluadas. De esta manera, se contó con la participación de cinco tipos de actores (Figura 5.1) que intervinieron en los procesos de evaluación y en diferentes momentos.

1. La **Secretaría de Salud de Medellín** realizó su aporte con asesoría técnica para el direccionamiento de las acciones metodológicas para realizar desde el componente de SSME.

2. Por su parte, el **equipo base del proyecto** se convirtió en un enlace muy importante para darle sentido a los elementos que se debían monitorear y evaluar. Este enlace se realizó con cada uno de los líderes y lideresas por componente, lo cual permitió un mejor direccionamiento de las acciones en cuanto a los instrumentos para utilizar y a los aspectos claves para la medición de los resultados.

3. El vínculo con el equipo anterior resulta ser muy importante en la medida en que se convierte en un puente para el trabajo con el **equipo territorial**. Estos **equipos territoriales** están incluidos en la categoría “comunidad” porque, aunque se desempeñen como trabajadores del proyecto, ejercen un liderazgo dentro de sus territorios. El equipo territorial estuvo conformado por un profesional social, líderes comunitarios y promotores. El acompañamiento y apoyo de estos se convirtió en una pieza fundamental para llegar a los territorios con las estrategias diseñadas para la evaluación. A su vez, fueron esenciales para la evaluación cualitativa del proyecto, la cual se orientó a través de cuatro grupos de discusión para obtener una mirada crítica respecto del desarrollo de cada uno de los componentes para la gestión territorial.

4. Este componente estuvo acompañado por **asesores internacionales** que fortalecieron todos los procesos planeados para la ejecución. Ellos validaron las metodologías planteadas para la evaluación y, desde la experticia y mirada crítica, permitieron dar sentido a los procesos que se iban a desarrollar.

5. Para el trabajo en campo se incorporaron **estudiantes** de apoyo de los programas de pregrado y posgrado de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, estudiantes de pasantía de posgrados internacionales y encuestadores de diferentes carreras del área de la salud, con quienes se realizó el acercamiento a la comunidad.



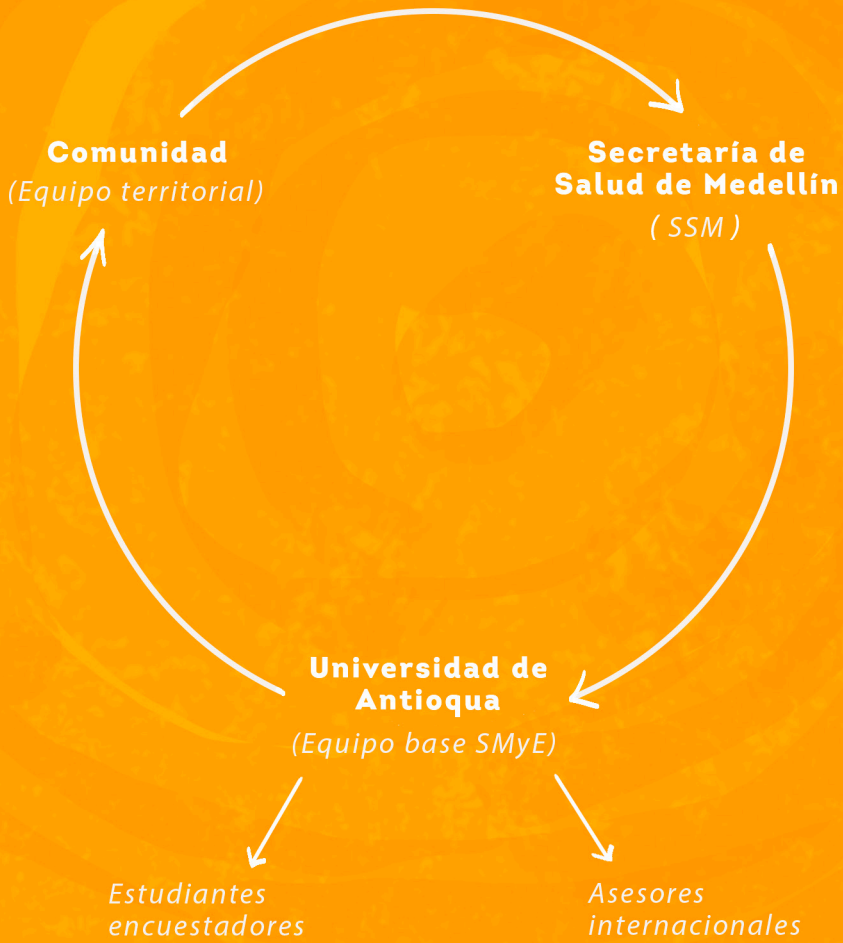


Figura 5.1 Actores y personal participante en el desarrollo de las acciones del SSME, 2018.



6. ¿Cuáles son los resultados más relevantes de esta evaluación?

6.1 Línea de base del Capital Social Comunitario para la planificación social de la salud en Medellín

En los últimos años, las investigaciones de Capital Social en Medellín han girado en torno al programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo, competitividad empresarial y análisis del fenómeno la violencia, entre otros. Pero pocas veces alrededor de la comprensión del Capital Social Comunitario en Salud (CSCS) (18), el cual debe obedecer a las dinámicas propias del territorio y a las normas compartidas entre los grupos para la *cooperación coordinada* entre sus miembros que se manifiesta cuando se planifican las actividades que *movilizan recursos sociales para la promoción de la salud y el bienestar*.

Para comprender entonces la existencia de los recursos vinculantes para el fortalecimiento de las estrategias comunitarias de empoderamiento social relacionado con la salud del Modelo GTSbC, se propuso un análisis de la información exploratoria tras aplicar un instrumento de medición de Capital Social Comunitario en más de 700 personas de Medellín adaptado para la Salud que hizo posible realizar una aproximación territorial de los atributos de redes de apoyo, confianza y normas, para la coproducción social de la salud en las comunas y corregimientos: 1 Popular, 2 Santa Cruz, 3 Manrique, 4 Aranjuez, 5 Castilla, 9 Buenos Aires, 7 Robledo, 11 Laureles Estadio, 12 La América, 15 Guayabal, 16 Belén y los Corregimientos 60 San Cristóbal y 70 Altavista. Tal información permitió determinar un Índice resumen de cara a las acciones de cooperación, colaboración y capacidad de asociación para el logro de bienes comunes por el bienestar colectivo y comunitario.

La construcción del Índice de CSCS se llevó a cabo a través de técnicas estadísticas de interdependencias como el Análisis Factorial Exploratorio. Según Serrano (19), la construcción del índice se consideró alto cuando alcanzaba un puntaje mayor o igual a 66 puntos (percentil 66), medio con un puntaje entre 33 y 66 puntos y bajo, puntaje menor o igual a 33 puntos (percentil 33).

El rango de edad de los participantes estuvo entre los 15 y los 92 años; el 85,2% eran mujeres y el 54,7% adultos mayores (60 años o más); casi el 53% de las personas encuestadas estaban afiliados al régimen contributivo. En relación con el nivel educativo, se encontró que casi el 21% tenía como máximo grado de escolaridad la secundaria incompleta. Y se identificó que en cada hogar residen cuatro personas en promedio con una variación entre 1 y 13 personas.

A la pregunta: “¿Le gusta vivir en su barrio?”, el 96,8% indicó que “*sí*”. Las tres razones principales estaban enfocadas en respuestas como: la “*conformación de su familia en este barrio*”, “*sienten que éste es su lugar*” y por la “*buena ubicación*”. Entre las personas que no les gusta vivir en su barrio, se identificaron con respuestas como “*no les gusta el barrio en general*” o por “*sentimiento de inseguridad*”. Esta pregunta puede orientar discusiones para complementar la participación en asuntos que le atañen al lugar donde se reside y a la pertenencia, aceptación y seguimiento de los cambios barriales que afectan la salud.

En cuanto a la participación en *grupos y redes*, la mayoría de los encuestados expresó pertenecer a una organización de salud, lo cual manifiesta un fortalecimiento en el vínculo de las personas para realizar actividades sin ánimo de lucro, con el fin de conseguir un objetivo común; esto, a su vez, les permite divertirse, recrearse y hacer deporte, lo cual repercute en beneficio para la comunidad.

En las *redes de ayuda*, los encuestados reconocen a la familia como el principal apoyo en el ámbito emocional y económico en situaciones desafortunadas, seguido de los vecinos y amigos en la parte emocional. Esto indica fuertes lazos afectivos en el núcleo familiar y su círculo íntimo; es importante resaltar que en los jóvenes se observó mayor nivel de confianza en el círculo de amigos, aunque también se evidenció un descenso de la confianza en este círculo con el paso de los años cuando ya se es adulto o adulto mayor.

En general, los encuestados consideran que hay *confianza* entre las personas en los barrios; sin embargo, esta confianza es poca en las comunas de La América y Robledo en donde hubo un mayor porcentaje de las personas que consideraba que no había confianza, relacionada,

principalmente, con la poca motivación que tienen los vecinos para realizar actividades en común, para compartir y para acudir a los vecinos en caso de tener problemas.

En cuanto al conocimiento que tienen los encuestados sobre las políticas públicas en salud, autoridades locales y manejo de información básica, las personas saben el nombre de los líderes y las lideresas comunitarios de su localidad así como de la autoridad principal del municipio, de los lugares donde se diligencian los documentos públicos. Reconocen que los servicios de apoyo prestados por el Estado, como la salud, la vivienda y la educación, fueron los mejor calificados, diferente a los programas para superar la pobreza que obtuvieron una calificación desfavorable.

En conclusión, tres elementos emergen: **la importancia de las redes sociales y la confianza, las acciones colectivas en salud a partir de las decisiones informadas y el empoderamiento para la cooperación.**

La Tabla 6.1.1 presenta la medición del Índice de CSCS según la comuna y/o corregimiento participante. Los valores medios, en escala de mayor a menor, recogen las características mencionadas con índices altos en 1 Popular y 5 Castilla, muy bajo en 9 Buenos Aires. Este índice estandarizado, en una escala de 0 a 100, presentó un puntaje medio de 45,07 (DE 19,77).

Tabla 6.1.1 Índices de Capital Social Comunitario en Salud estandarizados por comunas y corregimientos participantes

Comuna, corregimiento (cg)	Índice medio	IC 95%	Mínimo - Máximo
Popular	49,02	43,67–54,4	2,97–90,89
Santa Cruz	47,29	43,86–50,71	10,69–98,21
Manrique	36,93	32,88–40,98	2,97–81,60
Aranjuez	36,63	28,60–44,65	4,49–84,78
Castilla	39,85	31,81–47,90	3,25–92,99
Robledo	42,99	38,28–47,71	0,00–97,81
Buenos Aires	37,32	31,78–42,86	9,22–80,85
Laureles Estadio	49,57	45,13–54,00	5,95–93,07
La América	44,88	41,02–48,74	7,65–93,85
Guayabal	51,77	46,01–57,52	4,52–99,30
Belén	40,25	28,58–51,92	4,65–91,04
Cg. San Cristóbal	49,83	46,13–53,53	16,23–100
Cg. AltaVista	50,87	46,30–55,45	20,47–97,49

La Tabla 6.1.2 señala que las comunas de 3 Manrique, 4 Aranjuez, 5 Castilla, 7 Robledo, 9 Buenos Aires y 16 Belén tuvieron en mayor proporción un bajo índice de CSCS. Por el contrario, las demás comunas y corregimientos tuvieron una mayor representación porcentual en la categoría media.

Tabla 6.1.2 Porcentaje de población por comunas y corregimientos según categoría de clasificación del Índice de CSCS.

Comuna, corregimiento (cg)	Bajo	Medio	Alto	Muestra
Popular	35,0	36,7	28,3	60
Santa Cruz	33,3	54,8	11,9	84
Manrique	52,8	34,8	12,4	89
Aranjuez	62,9	14,3	22,9	35
Castilla	65,0	10,0	25,0	40
Robledo	47,1	35,7	17,1	70
Buenos Aires	61,1	30,6	8,3	36
Laureles Estadio	21,0	58,1	21,0	62
La América	40,0	42,4	17,6	85
Guayabal	31,0	34,5	34,5	58
Belén	57,1	19,0	23,8	21
Cg. San Cristóbal	24,3	57,1	18,6	70
Cg. AltaVista	25,0	46,7	28,3	60

En resumen, y a modo de recomendación, activar un Modelo de salud con estas características de GTSbC, estar valorando la dinámica de participación, acción, coherencia y cohesión de las personas en sus territorios, es un aliciente para promover la salud desde los intereses comunitarios, necesidades y deseos de transformación de barrios, comunas, corregimientos y zonas interesadas en la salud y el bienestar.

6.2 Las prácticas salutogénicas, resultado de la puesta en marcha del Modelo: el caso de la comuna 1 Popular

La salutogénesis tiene como objetivo generar salud basado en el hecho de que todos tenemos la capacidad de reconocer y usar nuestros recursos para mejorar nuestra propia salud. En la búsqueda por la salud comunitaria, comprender que es necesaria la construcción conjunta para gestionar salud a través de la comprensión de los problemas es hacer consciente lo que debemos afrontar en la vida comunitaria, pero también ser coherentes con la apropiación de herramientas para resolverlos y obtener resultados en las personas: felicidad, optimismo y cohesión social en salud (20).

Una vez definidos y aclarados el concepto y los atributos de las prácticas comunitarias salutogénicas con el equipo conformado para la evaluación, se continuó con la revisión de experiencias comunitarias salutogénicas (6) en la literatura de barrios con contextos similares (21). Y se elaboró la ruta de gestión de la información mediante una matriz analítica-selectiva que incluye los temas priorizados en el Plan Comunal de Salud de la Comuna (22) y las características del sentido de coherencia.

Además, se revisó el mapa de activos (23) de colectivos para la salud en la Comuna 1 Popular, se planificaron las visitas como observadores no participantes con guion previamente establecido y autorización de trabajo de campo para recoger imágenes y conversaciones cotidianas con las personas con el objeto de reconocer, lugares y espacios comunes para el goce de la salud y el bienestar.

Lo anterior aseguró, a posteriori, que las prácticas evaluadas con los líderes y lideresas comunitarias, mediante técnicas para la ciencia ciudadana como es el foto voz (24) (25), generaran alternativas de reconocimiento del otro y que al ser socializadas recogieran los significados comunitarios de los colectivos participantes.

Así las cosas, se recogió el serial de imágenes, se dispuso en un espacio cerrado para la interpretación final por las gestoras del proceso que históricamente promovieron el proyecto en la Comuna, se tomó en cuenta sus observaciones y se hizo traducción de las categorías evaluables para la Comuna como aspectos de mejora para futuros escenarios de interacción en el que el modelo de GTSbC se incorpora en la ciudad. Todas las personas involucradas expresaron el deseo de participar y el material utilizado fue entregado en un acto especial como memoria histórica de crear salud conjunta.

Los testimonios manifiestos recogieron los significados de los sujetos sociales que vieron emerger, durante la puesta en marcha del Modelo, las iniciativas de Planes Comunales de Salud, su evolución hacia la GTSbC y la consolidación del Modelo; pero también las dificultades para su sostenibilidad comunitaria. Ni los testimonios, ni los nombres de las participantes aparecen de manera fidedigna, se conservan las grabaciones y la memoria de los encuentros que ayudaron a comprender la transformación de cada lideresa participante. Se resalta la salud en la ciudad de una manera diferente, desde los determinantes de la salud. Se exalta que para la creación de oportunidades en la salud comunitaria, los diálogos en intensidad y la capacidad de escucha imprimían fuerza en la construcción social de imaginarios para el cuidado de la comunidad.

Las mujeres participantes como sujetos sociales tuvieron conocimiento de todo el proceso anteriormente mencionado. No incidieron en la concepción original de la apuesta metodológica, pero esta técnica les permitió expresar sus aciertos y frustraciones con la gestación de iniciativas para la salud comunitaria. Jamás se imaginaron que las fotos y sus grabaciones hicieran que a su memoria volvieran momentos especiales del proyecto que hicieron posible consolidar el Modelo. La emotividad y entusiasmo de las mujeres invitó, en las reflexiones alrededor de las imágenes y fotografías a valorar en las personas, su vida, su trayectoria, sus caminos enlazados o no con los ejercicios orientados por la Universidad. Las practicas de salud emergen en el amor y la solidaridad por el otro.

Los testimonios, luego de los recorridos por los barrios con las lideresas, recogen los significados de una construcción (26) social difícil, algunas veces negociada (27) entre el tejido social “de iguales” que refleja la aceptación de los problemas, pero que hay que solucionarlos a través de rutas que deben ser llevadas hasta el final, como lo es la materialización de una cancha, la apropiación de un colegio, el reconocimiento de los potenciales del lugar o la capacidad de “recursividad” para integrar nuevas alternativas de cambio y de generar comunidades cohesionadas desde adentro para incluirse en sus distintas maneras con la ciudad (28).

Entre los testimonios recogidos, no se dejaron escapar voces que giraban alrededor de la importancia de las herramientas aportadas en el Proyecto para aprender a planear socialmente la salud y a rodear de felicidad y esperanza lo aprendido de la gestión, de las tensiones ligadas a las capacidades instaladas en líderes y lideresas para la mirada de la diversidad territorial

Las mujeres participantes reconocieron la importancia de buscar acciones de salud en otros sectores diferentes a la salud y con otros grupos de trabajo y actores fuera del sector de la salud (29) y que, a través de los instrumentos conjuntos, las oportunidades de crear salud como los Planes Comunales de Salud de las Comunas deberían ser vistos como cartas de navegación para seguir y mantener en coherencia con los sueños trazados para perseguir el bienestar de sus colectivos.

Se resalta la labor del equipo evaluador que estuvo conformado por ocho personas, el equipo administrativo por tres, las participantes en trabajo de campo fueron más de 10 y la evaluación final fue aplicada por dos. Cabe anotar que en los espacios de trabajo de campo y de evaluación final, participaron personas diferentes quienes hicieron posible mantener la consistencia de la metodología propuesta.

Recomendaciones

Es importante anotar que estas recomendaciones son el producto del trabajo integrado entre las personas del equipo universitario que orientó la evaluación, quiere decir, quienes poco a poco fueron traduciendo los aspectos técnicos en los encuentros, más de diez personas durante seis meses de trabajo. Y de las lideresas de la comunidad que se fueron sumando a la intención con sus propios recursos como personas y como colectivo de mujeres.

De igual manera, es relevante mencionar que las lideresas participaron de esta evaluación en niveles diferenciados; por lo tanto, las recomendaciones tienen diferentes niveles de comprensión y, por ende, de significados. Unas lo hicieron desde el aula-taller universitario del Proyecto donde se planearon las actividades, otras desde la calle, el gran salón comunal, escenario natural para la puesta en marcha del Modelo. A continuación se enumeran algunas de ellas:

1. Sin el **diálogo** entre las Secretarías no hay intersectorialidad. Las acciones entre los sectores se deben visibilizar como acciones conjuntas; de lo contrario quedan como “un canto a la bandera”.

2. La **intersectorialidad** es la que hace posible que en los lugares y los espacios identificados en los barrios se permita ver la salud en muchos aspectos de la vida diaria. Así lo refieren Lindström y Eriksson (29) en el modelo sugerido para contribuir en la creación del sentido de coherencia donde, primero, la gestión territorial desde la planeación tiene que ser con el territorio porque como lo expresaban las lideresas, las personas del territorio son los que viven, sienten y padecen las inequidades en salud”.

3. La **construcción participativa** debe ser tanto desde el escritorio como “cara a cara” con las comunidades; no anular a las comunidades, dejarlas de lado en la planeación y solo tenerlas en cuenta en la operación. Hay que reflexionar sobre el rol del líder y lideresa comunitario y el trabajo que hacen: “Es que esto tiene que ser un voluntariado, ¡no! Es que esto implica más trabajo que estar sentado en un escritorio” y sobre el potencial de articulación que realiza en su territorio.

4. El componente del **Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación** debe ser aprehendido no solo en el cómo se hará, sino en los resultados de proceso para poder ver qué no está funcionando y hacer los correctivos a tiempo. Esto lo que sugiere es hacer una evaluación del proceso en la implementación.

5. Los momentos de evaluación se convirtieron en **espacios de “desahogo para los equipos territoriales”** donde se podía decir todo lo que se sintiera a través de los grupos de discusión. Estos espacios develaron, por ejemplo, la importancia que tiene el **valor de la confianza** tanto para la creación de alianzas como para el trabajo hombro a hombro a lo largo del proyecto, desde “separar, reservar el lugar para el encuentro” hasta ser bastante diciente escuchar: “Yo me junto con otro porque confío en esa persona, confío en que vamos a hacer las cosas bien, que estamos trabajando por una meta”. Esto sugiere siempre que en proyectos de este tipo, las oportunidades para la transformación son posibles cuando se declara que el valor de la confianza está presente.

6. **Comprender al otro y lo otro**, lo que hay afuera y lo que se ve desde afuera, demuestra lo que se es adentro. Darle sentido con el cuidado es entender tales instancias en donde el trabajo comunitario atraviesa lugares y espacios que, sin las personas, no se cambia la esencia de la salud, de la buena vida y del bien vivir.

Referencias

1. Referencias

1. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud [Internet]: 3. Ottawa, 1986 [consultado 2018 Oct 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
2. OMS / OPS. 29a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 69a. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas: informe de progreso, adoptado en sep 2014 por el 53o. Consejo Directivo de la OPS (resolución CD53.R2 y documento CD53/10) (4, 5), con el cual se establecen metas y objetivos específicos para el quinquenio del 2014 al 2019. Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de sep de 2017 [consultado 2018 Oct 20]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34430/CSP29-INF-7-A-s.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
3. Restrepo J, Martínez E y Molina A. Medellín y el sueño de Ciudad Saludable: construcción técnica y colectiva. *Rev de Salud Pública*. 2017 febrero;19(1):1-10.
4. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. Renovación de la administración pública: gestión por resultados y reforma del sistema nacional de evaluación [Internet]. [consultado 2018 Sep 05]. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Disponible en: http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=62564&name=CONPES_3294.pdf&prefijo=file
5. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996; Mar;11 (1):11-18.
6. Eriksson M, Lindström B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007 Mes; 61(8):684-688.
7. Ortigón E, Pacheco J, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento la evaluación de proyectos y programas. Serie Manuales, N°. 42. Santiago de Chile, ILPES/Naciones Unidas; 2005.
8. Kusek JZ, Rist RC. Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados. Washington: Banco Mundial; 2004.
9. Heyer M. A bibliography for Program Logic Models/Logframe Analysis. Evaluation Unit, International Development Research Centre; 2001.
10. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Guía para la evaluación de políticas públicas. Bogotá: DNP; 2012.
11. Eriksson M, Mittelmark MB. The sense of coherence and its measurement. *The Handbook of Salutogenesis* [Internet]. [consultado 5 de Junio de 2017]. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/28590637>
12. Antonovsky A. The sense of Coherence: an historical and future perspective. In stress, coping, and health in families: sense of Coherence and Resiliency (pp.3-20). London: Sage Publications; 1998.
13. OMS. Determinantes Sociales de Salud: who Salutogenesis [Internet]. [consultado 2008 jun 5]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00001.841 de 2013 por medio de la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. *Diario Oficial*, 48.811 (May 28 de 2013).
15. Gobernación de Antioquia. Plan Territorial de Salud Antioquia piensa en grande 2016-2019 [Internet]. [consultado 19 de Abril de 2016]. Medellín: Gobernación de Antioquia. Disponible en: https://www.dssa.gov.co/images/PLAN_20TERRITORIAL_DE_SALUD_WORD_VERSION_208.pdf.
16. Alcaldía de Medellín. Plan Municipal de Salud Para vivir más y mejor 2016-2019 [Internet]. [consultado 2016 Sep 6]. Medellín: Alcaldía de Medellín. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/

Shared_Content/Documentos/2016/PlannedesarrolloMunicipalConsolidadov229FEB16.pdf

17. Baltazar N. Modelos de evaluación de políticas y programas sociales en Colombia. *Pap Polit.* 2008 Jul-Dic;13(2):449–71.

18. Durston J. ¿Qué es Capital Social Comunitario? Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL, División de desarrollo social; 2000. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5969/S0007574_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Serrano-Madrid CI. Diseño y aplicación del Índice Integrado de Capital Social en tres barrios urbanos de la región de Coquimbo. Informe Final. Santiago de Chile: Programa Más Región, Asesorías para el Desarrollo S.A.; 2006.

20. Mittelmark MB et al (edits). *The handbook of salutogenesis*. Springer; 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-04600-6.pdf>. DOI 10.1007/978-3-319-04600-6_1

21. Marçal CCB, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Rumor PCF, de Oliveira LS. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa (La salutogénesis en la investigación en salud: una revisión integrativa). *Rev Enfermagem UERJ.* 2018 Dic;26(19):1-6.

22. Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo de la Comuna 1 Popular. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacionGeneral/Shared_Content/Documentos/comunas/COMUNA1_POPULAR.pdf

23. Cofino R et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta sanitaria.* 2016; (30):93-98.

24. Sanz Vega CM, Noriega Pérez A, Noguero de Cid C, Serra Lorenzo R. Manejo de la técnica de Fotovoz como herramienta comunitaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2018 Jul; 6(3):42- 56.

25. Melleiro. MM, Gualda DM. Exploring the photovoice in an ethnographic research: a strategy for data collection. *Rev Bras Enferm.* 2005 Mar-Apr; 58(2):191-3.

26. Berger PL, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2003. p.115

27. Gutiérrez AB. *Las prácticas sociales: una introducción Pierre Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra Editor; 2005. p.125

28. Kretzmann JP, McKnight JL. Building communities from the inside out : a path toward finding and mobilizing a community's assets. Chicago: Acta; 1993. p. 376

29. Lindström B, Eriksson M. The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Glob Health Promot* 2009 Mar;16(1):17–28. Doi: 10.1177/1757975908100747.



capítulo

8

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EL MODELO DE GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD BASADA EN COMUNIDAD: AVANCES, RETOS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Eliana Montoya Vélez, David Hernández Carmona

Sumario. *Avances significativos // Retos y limitaciones // Recomendaciones.*

Esta es una reflexión sobre la implementación de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIPMS) con base en la experiencia de uno de los proyectos de la Secretaría de Salud de Medellín: el Modelo de Gestión Territorial de la Salud basada en Comunidad (GTSbC). El fin es dar luces sobre su desarrollo e ilustrar cómo avanzan las diferentes acciones del proyecto en las zonas, comunas y corregimientos de Medellín.

Avances significativos

Desde el Modelo de GTSbC, al tomar en cuenta las necesidades para implementar la RPMS, es plausible destacar estos avances:

1. Desarrollo de la perspectiva de promoción de la salud. El Modelo de GTSbC al basarse en la promoción de la salud:

- Ha realizado acciones en esta línea procurando siempre superar la visión basada en el riesgo.
- Ha apuntado a la intervención positiva de los DSS y buscado que la comunidad se apropie del avance en el mismo camino que lo Determinantes van trazando.

• Ha considerado el concepto salutogénico como elemento fundamental para el desarrollo no morbicéntrico de la salud cuando identifica los activos en el territorio y su proyección propositiva.

2. Identificación de prioridades en la salud

• Se resalta que el proyecto GTSbC tiene significativos avances referentes a la identificación de potencialidades, necesidades y propuestas que la comunidad hace para la promoción de la salud acorde con el tejido territorial y comunitario propio.

- Se evidencia un progreso en la identificación de prioridades temáticas en varias comunas y corregimientos, a partir de los diagnósticos que emergen del mismo territorio.
- Es significativo resaltar que así como se detectan las necesidades, también se registran las capacidades y las propuestas de solución.

• El modo de obrar del proyecto se promueve desde la base comunitaria, “de abajo hacia arriba”; no a la inversa. Es un tejido de construcción con la comunidad en el cual se proponen las adecuaciones socioculturales pertinentes. Y se procura que la recolección de las características poblacionales sea siempre en terreno.

• La información se complementa con encuestas en el entorno familiar y comunitario. Es interesante ver cómo la comunidad propone, muy sabiamente, intervenciones en el sector educativo para solucionar problemáticas o potenciar activos identificados.

• Los datos epidemiológicos generados por las instituciones también completan el panorama; por ejemplo, se manifiesta en lo comunitario que uno de los problemas es el embarazo adolescente. Entonces, el proyecto GTSbC decide trabajar sobre este activo en el entorno educativo, tal como lo propone la comunidad. Cuando se revisan las estadísticas de la Secretaría de Salud, son alarmantes las cifras del aumento del embarazo adolescente y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), igualmente en el entorno familiar.

• El mapeo de actores interinstitucionales va hacia adelante con resultados que han permitido evidenciar tanto a quienes actúan en el territorio como algunas falencias en cuanto a las acciones repetitivas entre ellos en dicho espacio.

• Se debe resaltar que el Modelo de GTSbC ha realizado el ejercicio de identificar las necesidades, prioridades y capacidades en consonancia con la RIPMS que propone alinear los Planes de Beneficios de Salud con las necesidades de las comunidades. Por lo tanto, sería ideal que la oferta de las EAPBS de Medellín respondiera a éstas.

3. Dinamización, articulación, actores y alianzas.

La RIPMS también propone realizar acuerdos y alianzas entre los diferentes actores del sistema para generar objetivos comunes y alternativas de solución basadas en la comunidad. Por su parte, el proyecto del Modelo de GTSbC ha avanzado en este propósito al tomar en cuenta:

- Primero, la articulación que ya existe en el territorio y que le sirve como dinamizadora.

- Segundo, involucrarse y hacer parte del tejido comunitario; existe una relación intersectorial entre el Proyecto y la comunidad, que sigue lo que se define en la RIPMS.
- Tercero, ya en el territorio, el equipo de profesionales de GTSbC ha aunado esfuerzos significativos para identificar las problemáticas y activos mediante mapeos y mesas de diálogo; y
- Cuarto, la integración de los activos identificados, con el fin de dar respuesta a las necesidades priorizadas por las comunidades.
- De modo específico, el proyecto Modelo de GTSbC tiene desarrollos en el entorno familiar de la Comuna 1 Popular. Ha logrado una articulación significativa con la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia mediante las prácticas de los estudiantes que llegan a los territorios y con Metrosalud, de la Secretaría de Salud de Medellín, mediante Savia Salud.

3. Desarrollo en los entornos.

- Una de las mayores apuestas que se plantea la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud apunta a la acción sobre los diferentes entornos.
 - El proyecto de GTSbC logró avances significativos en el entorno laboral (sector informal) y el familiar. Es de destacar que el proyecto no busca segregar dichos entornos, sino abordarlos integralmente en los tejidos territoriales, con una práctica de convergencia familiar, comunitaria y educativa, dentro de los ejercicios de los líderes y lideresas.

4. Modelo de la Gestión Territorial de la Salud.

- El Modelo GTSbC se cimenta en las experiencias y aprendizajes que el mismo territorio ha proporcionado; avances que el proyecto ha provisto. Es de recordar que la RIPMS plantea unas adaptaciones, tanto territoriales como poblacionales, que deben realizarse; ya el Modelo del proyecto las tiene apropiadas en sus procesos, dimensiones y momentos.
 - El Modelo GTSbC viene avanzando en la armonización de las necesidades de los territorios con las propuestas y alternativas para aproximarse en las soluciones.

Retos

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, el cual debe garantizarse de forma oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud de la población urbana y rural de Colombia. En coherencia con lo anterior, se plantean varios retos:

- A partir del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), —que materializa las acciones que se realizan para dar goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población—, es mantener la ligazón de los objetivos y propósitos de la Ley 1751 con lo planteado en el MIAS. En el marco del modelo actual, se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la RIPMS de la Resolución 3280 de 2018, norma que contiene unas orientaciones para la adaptabilidad de la RIPMS, como son los ajustes y las modificaciones que se deben hacer, según las particularidades de los territorios y la población.
 - Realización de un Análisis de Situación de Salud Integral que revele la realidad de los territorios, contruidos a partir de la información generada, tanto por las instituciones como por las comunidades, con base en las necesidades y capacidades que allí se expresan. Cada territorio es distinto y, probablemente, la adaptabilidad deberá realizarse para cada uno.
 - Es importante reconocer que algunas condiciones de determinados tipos de poblaciones —indígena, afrodescendiente, con discapacidad y víctimas del conflicto armado— se tendrán que tener en cuenta: cosmovisiones, necesidades específicas y políticas públicas que amparan sus derechos, etc. Tal es el caso del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) que se supone debe marchar en la misma vía del MIAS y de las acciones planteadas específicamente en la RIPMS.
 - Efectuar los ajustes razonables y el lenguaje universal para la prestación de servicios de salud, asunto pendiente. Existe la necesidad de tener intérpretes de señas, por ejemplo, para poder atender a las personas sordas, así como traductores de lenguas nativas. Son acciones que, si se resuelven, permitirían garantizar el derecho a la salud y disminuir las barreras de acceso.

- Si se pasa a un plano más específico, Medellín es una ciudad compleja con diferencias marcadas entre los diferentes territorios, lo cual es un reto para la ciudad para adaptar la RIPMS y acoplarse a su dinámica.

- La RIPMS considera el curso de vida para el desarrollo de las intervenciones. Esto conlleva no solo a organizar las acciones de acuerdo con los grupos etarios (ciclo de vida), sino establecer un continuo del individuo en un contexto social, histórico, territorial y cultural.

- Es necesaria la participación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPBS) en la adaptación de la RIPMS, ya que, en la medida en que hagan parte de su construcción, podría lograrse un mayor compromiso por parte de éstas con las comunidades. También, pensar cómo las EAPBS harán parte de los territorios y cómo llegarán allí donde, finalmente, es donde están las personas y se puede observar su contexto, lo cual no debería desconocerse. Por lo tanto, sería ideal que la oferta de las EAPBS de Medellín respondiera a las necesidades de las comunidades.

- Buscar espacios de toma de decisiones donde puedan realizarse encuentros intersectoriales, en donde se planteen objetivos comunes, de acuerdo con las necesidades de los territorios, y conversen los diferentes sectores: salud, educación, cultura, etc. El reto de estas alianzas es seguirlas creando y mantenerlas en los territorios. La RIPMS considera a los entornos como propicios para promover el bienestar mediante acciones que deben ser conjuntas.

- Es primordial la articulación y los acuerdos entre las EAPBS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los Entes Territoriales y las Organizaciones Comunitarias, entre otras. Todas deben propiciar mayores avances en cuanto a las intervenciones que desean realizar porque el escalar de lo individual a lo familiar y comunitario, el trascender lo pedagógico y construir alternativas más integrales le daría un sentido más real a esos objetivos que se plantean desde la RIPMS.

- El proyecto de GTSbC viene avanzando en la armonización de las necesidades de los territorios con las propuestas y alternativas para aproximarse en las soluciones. Es un reto alinear los conceptos y propuestas de dicho Modelo con los que se propone en el MIAS, los conceptos y las formas de operar en los territorios, incluso el modelo que se viene construyendo en el proyecto.

- El Estado debe convertirse en el mejor aliado para avanzar en la promoción de la salud y no entorpecer los procesos que muchas veces ya marchan en las comunidades.

- Por último, es importante la capacitación de profesionales en salud familiar y comunitaria, para desempeñarse como tales en los territorios: funcionarios de las Secretarías de Salud, de oenegés, de operadores locales, entre otros. Esta formación debe procurar un acercamiento con el mundo de la vida de las personas, de comprender sus cosmogonías, sus relaciones en el territorio, la forma de alianzas que utilizan. Solo así es posible pasar de una participación pasiva y desinformada, a una participación activa, que promueva la circulación y apropiación de conocimiento, para la acción, y fortalezca los lazos de cooperación (alianzas) en el territorio.

Limitaciones

- No es pertinente seguir realizando planeaciones e intervenciones en salud desde arriba: Estado, instituciones, organizaciones, hacia abajo: comunidades, territorios.
- La visión reduccionista centrada en la gestión del riesgo es común observarse en las acciones de salud, a partir de las cuales se ejecutan la mayoría de las intervenciones.
- La gran fractura existente ya que los diferentes actores no se sientan en la misma mesa a buscar soluciones conjuntas. Cabe mencionar aquí a la academia, a los grupos de voluntarios y a otros sujetos sociales que intervienen en los territorios.
- Planeación inadecuada de espacios de toma de decisiones donde puedan realizarse encuentros intersectoriales en la ciudad, a pesar de los intentos de articulación. Es común ver a los mismos funcionarios en los diferentes espacios de la ciudad. Y la comunidad ve a diario una cantidad de operadores en sus territorios con intervenciones por un tiempo muy limitado, lo cual dificulta que puedan realizarse articulaciones de forma efectiva y duradera.

- Existencia de barreras de acceso a los servicios de salud para poblaciones como las indígenas y grupos como los sordos, dada la carencia de intérpretes de lenguas nativas y de lengua de señas.
- Carencia de personas formadas en salud familiar y comunitaria para desempeñarse adecuadamente en los territorios y comunidades ante los múltiples retos de la promoción de la salud.
- La desarticulación entre los actores, incluso dentro de los mismos entes territoriales, donde no se conversan los planes, programas y proyectos que allí se ejecutan. La Política de Atención Integral (PAIS) y su modelo implica que la articulación entre estos sea una realidad.
- Desconocimiento de muchas EAPBS sobre los avances de los proyectos de promoción de la salud que van más allá de la identificación de las necesidades. Los activos comunitarios que se muestran no se potencian debidamente en este ámbito de promoción.

Recomendaciones

A partir de las reflexiones anteriores sobre los avances, retos y limitaciones más la experiencia en el proyecto del Modelo de GTSbC, se generan algunas recomendaciones que pretenden aportar en la adaptación, mejoramiento e implementación de la RPMS.

1. Desde el ámbito académico, es imprescindible el estudio juicioso, crítico y permanente de los propósitos y objetivos que se establecen en la Ley Estatutaria de Salud 1751 y su relación con otras normativas que se complementan y son útiles en el momento de pensar la promoción de la salud en el marco de la RPMS, como la Ley Estatutaria de Participación 1757.

2. Es importante efectuar la revisión y tener claridad sobre los conceptos definidos en la RIPMS para hablar el mismo lenguaje entre la academia, el sector salud, otros sectores del desarrollo y la comunidad, para que la comprensión se posibilite.

3. Desarrollar los conceptos de “Buen Vivir”, “Buena vida”, como los llaman en la Zona 1 Nororiental de Medellín, en términos prácticos frente a su puesta en marcha, para lo cual es esencial el acompañamiento de la academia quien debería orientar el proceso.

4. Con respecto a la adaptabilidad que debe realizarse de la RIPMS, comenzar desde la base comunitaria, con una perspectiva de intersectorialidad, en donde el Modelo de GTSbC tiene una ejemplar experiencia.

5. Es necesario que las comunidades se empoderen y, con el uso de los mecanismos de participación, busquen que las instituciones se vinculen a los procesos que se adelantan en los territorios. Las instituciones deben de estar al servicio de las personas; no al contrario. Es imperativo recordar que, si se toma en cuenta la dinámica compleja de Medellín, es ineludible realizar adaptaciones de la RIPMS para cada una de las comunas de la ciudad.

6. Realizar los Análisis de Situación de Salud (ASIS) integrales, en donde se involucren las miradas del sector sanitario y de las comunidades para tener una mejor comprensión del panorama de la salud en éstas, si se toma en cuenta la necesidad de integrar tanto la visión institucional como la comunitaria. Es de resaltar que el proyecto GTSbC ha obtenido logros en este punto mediante la “armonización” que busca integrar dichas visiones.

7. En los lineamientos de la RIPMS, se habla del desarrollo de capacidades. Es clave comenzar a trabajar con las EAPBS este concepto y la importancia de que el abordaje no sea solo sobre las necesidades de la comunidad, sino acerca de las potencialidades que se expresan en el territorio, pues son éstas quienes, finalmente, aportarán con más efectividad hacia las acciones de promoción de la salud. Sería de gran ayuda seguir avanzando en este ámbito, especialmente con las EAPBS, que son actores clave.

8. En función de las alianzas, es vital organizar primero la ‘casa’; es decir, la dinámica dentro de las instituciones con el fin de llevar un mensaje más claro a otros sectores y de lograr mejores avances en cuanto a sus relacionamientos.

9. Abrir la posibilidad de trabajar sobre los Determinantes Sociales de Salud y el desarrollo de capacidades, asunto que invita a crear estrategias comunitarias, familiares y en los entornos

que permitan un mejor desarrollo de la RIPMS. En términos conceptuales, la RIPMS hace un esfuerzo por superar la visión reduccionista cuando en los lineamientos menciona la participación social, comunicación en salud, educación para la salud, movilización, desarrollo de capacidades, entre otros.

10. Continuar desarrollando la visión principal del proyecto de GTSbC que es la promoción de la salud, desde una perspectiva crítica y no centrada en la gestión del riesgo. Ya se han venido identificando potencialidades, activos e historias que, desde lo invisible, aportan positivamente al desarrollo de la salud.

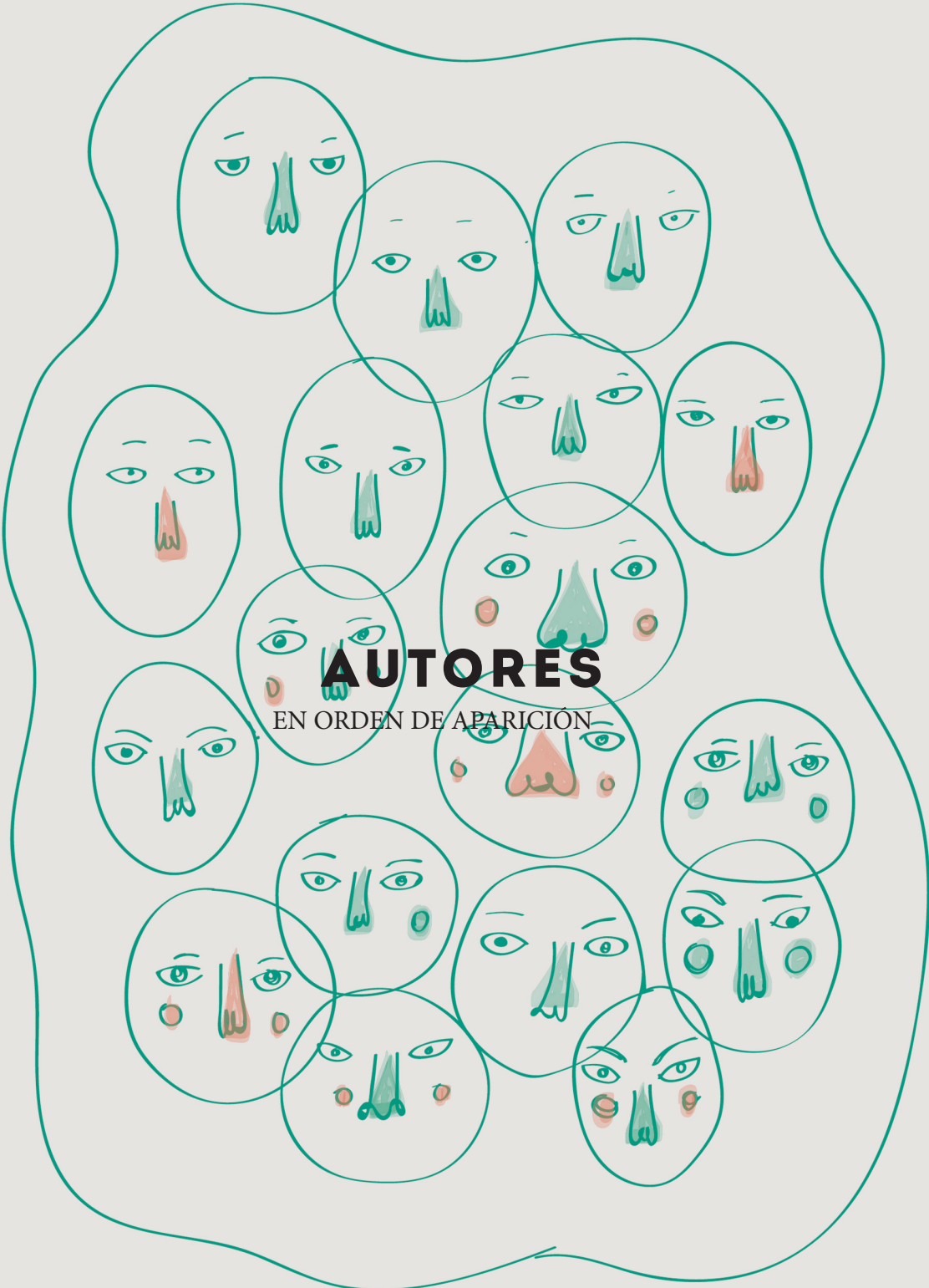
11. La RIPMS debe retomar el concepto de salutogénesis como orientador de las acciones de promoción de la salud, concepto que es más amplio y abarcador de la salud y que no centre solo en lo patogénico. En este mismo sentido, cuando se habla de salud es importante que se retome lo positivo, pues generalmente se ha entendido desde lo negativo y la “enfermología pública”.

12. Finalmente, es irremediable incidir, de manera estructural, en las políticas públicas y en la toma de decisiones que afectan la salud de la población. El trabajo mancomunado entre la academia, el Estado y la comunidad organizada es prioritario en la destinación de los recursos adecuados y en la afectación positiva de las necesidades y potencialidades de las poblaciones.

Siglas y acrónimos

AFE: Análisis Factorial Exploratorio
 Ag. Ps: Agentes Primarios
 APH: Atención Prehospitalaria
 APS: Acciones de Promoción de la Salud
 APS: Atención Primaria en Salud
 ArcGIS o SIG: Sistemas de Información Geográfica
 ARL: Administradora de Riesgos Laborales
 ASIS: Análisis de Situación de Salud
 Asocomunal: Asociación de Juntas de Acción Comunal
 BLH: Bancos de Leche Humana
 CAFO: ? v. cap 1 fig 1.1
 CCPI: Comités Comunitarios de Desarrollo Integral
 CCCG: Cursos Capacitación al Comité Gestor
 CCCC: Consejos Consultivos Comunales y Corregimentales
 CMSSS: Consejo Municipal Seguridad Social en Salud
 COPACO: Comité de Participación Comunitaria
 COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
 CPRC: Constitución Política de la República de Colombia
 CSC: Capital Social Comunitario
 CTP: Consejo Territorial de Planeación de Medellín
 CTSSS: Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
 Dagrd: Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres
 DGCS: Diplomado en Gestión Comunitaria de la Salud
 DGP: Diplomado en Gestión de Proyectos
 DNP: Departamento Nacional de Planeación
 DSS: Determinantes Sociales de Salud
 EAPBS: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
 EBAS: Equipos Básicos de Atención en Salud
 EPM: Empresas Públicas de Medellín
 EpS: Educación para la Salud
 EPS: Entidades Promotoras de Salud
 FNSP: Facultad Nacional de Salud Pública
 GEPI: Grupo de Epidemiología
 GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud
 GTSbC: Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad
 GTSbC: Modelo de Gestión Territorial de la Salud basada en Comunidad
 HiAP: Health in All Policies
 IAP: Investigación de Acción Participativa
 I+D+i: Investigación + Desarrollo + Innovación
 ICSC: Índice de Capital Social Comunitario
 IEC-M: ¿Información Educación Comunicación-Medellín? V. cap fig 1.1
 IMCV: Índice Multidimensional de Calidad de Vida
 IPS: Institución Prestadora de Servicios
 ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
 JAL: Junta Administradora Local
 LC: Líderes comunitarios
 MEN: Ministerio de Educación Nacional

MGSM: Modelo de Gestión para la Salud en Medellín
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MGTSbC: Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad
M.P.: Magistrado Ponente
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PCS: Plan Comunal de Salud
PDL: Plan de Desarrollo Local
PDMM: Plan de Desarrollo Municipal de Medellín
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PL: Planeación Local
PLS: Plan Local de Salud
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POT: Plan de Ordenamiento Territorial
PP: Presupuesto Participativo
PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PTS: Plan Territorial de Salud
REMES: Red Metropolitana de Salud
RGR: Recursos Generales de Resistencia
RIPMS: Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
RPMS: Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
RSI: Reglamento Sanitario Internacional
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPI: Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
SMP: Sistema Municipal de Planeación
SOC: Sentido de Coherencia
SPA: Sustancias Psicoactivas
SSM: Secretaría de Salud Medellín
SSME: Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación
SSR: Salud Sexual y Reproductiva



AUTORES
EN ORDEN DE APARICIÓN

SSSI: Sistema de Seguridad Social Integral
STP: Salud en Todas las Políticas
UdeA: Universidad de Antioquia

Eliana Martínez Herrera

Ph.D. en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Docente Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Coordinadora de la Línea de Investigación "Epidemiología y Salud Urbana" del Grupo de Epidemiología (GEPI). Asesora de Salud. Lideresa del componente del Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación en el Modelo de GTSbC.

David Hernández Carmona

Magíster en Salud Colectiva. Profesor de la Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Investigador del grupo de investigación "Respuesta Social en Salud" de la Facultad de Medicina de la U de A, de la línea de investigación "Epidemiología y Salud Urbana" del grupo de epidemiología (GEPI) y del grupo Historia de la Salud, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la U de A. Coordinador del Modelo de Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad, Secretaría de Salud de Medellín.

Joan Benach

Doctor en Salud Pública. Profesor catedrático en la Universidad Pompeu Fabra (Departamento de Ciencias Políticas y Sociales). Director del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (GREDS-EMCONET) y subdirector del Public Policy Center JHU-PFU (Johns Hopkins University Pompeu Fabra University). Asesor del proyecto Modelo de GTSbC.

Jason Corburn

Post-doc, Epidemiology, Columbia University, Mailman School of Public Health. Ph.D. in Urban Environmental Planning (MIT). Profesor en el Departamento de Ciudad y Planeación Regional y en la Berkeley.

School of Public Health (Escuela de Salud Pública), University of California, Estados Unidos. Director del Instituto de Desarrollo Urbano y Regional (IUDR), Berkeley. Asesor del proyecto Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad.

Verónica Lopera Velásquez

Magíster en Ciencia Política. Profesional de la Secretaría de Salud de Medellín (Oficina Técnica de Planeación), Alcaldía de Medellín. Enlace del proyecto Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad.

Alejandro Valencia Villa

Comunicador. Líder del componente de comunicación en el Modelo de GTSbC.

Marcela Orozco Dávila

Magíster en Salud Colectiva. Lideresa del componente de Movilización social en el Modelo de GTSbC.

Olga Natalia Álvarez Echavarría

Magíster en Epidemiología. Investigadora del Grupo de Investigación Diverser / Facultad de Educación / Universidad de Antioquia. Apoyo técnico al componente de Movilización social en el Modelo de GTSbC.

Leonardo Gallo Cartagena

Comunicador. Apoyo al componente de comunicación para el cambio y la movilización social en el Modelo de GTSbC.

Melina García Palacio

Comunicadora. Maestranda en Estudios Sociales Latinoamericanos. Apoyo al componente de comunicación para el cambio y la movilización social en el Modelo de GTSbC.

Román Albeiro Martínez Barrientos

Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Líder del componente de Educación para la Salud en el Modelo de GTSbC.

Yesly Lemos Mena

Gerente en Sistemas de Información. Apoyo técnico al componente del Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación en el Modelo de GTSbC.

Camila Rodríguez Corredor

Magíster en Epidemiología. Apoyo técnico del componente del Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de la GTSbC

Eliana Montoya Vélez

Magíster en Promoción de la Salud y Desarrollo Social. Lideresa del nodo de Gestión Territorial de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Agradecimientos

Durante estos cinco años de trabajo continuo (2014 – 2019), valoramos y agradecemos en grado sumo la participación activa, denodada y emprendedora de las lideresas y líderes de las diferentes comunas y corregimientos de Medellín en esta propuesta decisiva para la calidad de la salud de los habitantes en sus territorios. Con ellos, tuvimos la oportunidad de aprender, sentir, construir, discernir, debatir, disentir y repensar los aprendizajes y retos que hemos venido acumulando en las entidades gubernamentales y universitarias. A ellas y ellos, gracias infinitas por permitirnos caminar a su lado y construir colectivamente el Modelo de GTSbC que presentamos en este libro.

Un agradecimiento especial le expresamos a los representantes de las organizaciones sociales como las Juntas de Acción Comunal, las Juntas Administradoras Locales, los Comités de Participación Comunitaria en Salud, los Consejos Comunales y Corregimentales de Participación, las Mesas de Diálogo, los Comités Gestores, las Mesas Intersectoriales y las oenegés, entre otras, que apoyaron esta iniciativa, con la cual les fue posible avanzar en los procesos de Gestión Territorial de la Salud en sus territorios.

Si bien tanto las mujeres como los hombres participantes merecen ser nombrados, por asuntos de síntesis y límites de la publicación no nos es posible escribirlos. Sin embargo, queremos agradecer, muy especialmente, a John Jairo Bedoya (q.e.p.d.), líder de la Comuna 5 Castilla, integrante del COPACO y representante de los COPACOS ante el Consejo Territorial de Planeación de Medellín, quien abogó desde esta instancia por la consolidación del Modelo de GTSbC en la ciudad de Medellín y lideró con ahínco los procesos de Gestión Territorial de la Salud en su Comuna. También, un agradecimiento especial a Nora Parra y a Diego Mauricio Herrera, líderes de la Comuna 1 Popular y gestores comunitarios de esta iniciativa. Y un agradecimiento perdurable a Rosalbina González, lideresa de la Comuna 1 Popular de Medellín, quien acompañó con entereza la construcción del Modelo de GTSbC desde sus inicios y que, en la actualidad, avanza significativamente en los procesos en su Comuna y lidera alianzas y redes de trabajo colaborativo. Además, a los líderes y lideresas que trabajaron arduamente en sus territorios para consolidar el Modelo de GTSbC, pero que no alcanzamos a nombrar, muchas gracias sempiternas.

Queremos manifestar un agradecimiento especial al profesor Joan Benach, experto en desigualdades sociales en salud, de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona, España) con quien tuvimos la oportunidad de conversar sobre los diferentes capítulos y recibir recomendaciones sobre la publicación final. Su acompañamiento a los autores y a la revisión de los textos fue clave para la edición final.

Muy sinceros reconocimientos al equipo administrativo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por su apoyo incondicional: al decano José Pablo Escobar Vasco, quien siempre apoyó el Modelo de GTSbC y posibilitó su consolidación en la ciudad; a la profesora Luz Mery Mejía Ortega, jefa del Centro de Extensión, por fortalecer la Gestión Territorial de la Salud desde su quehacer en la FNSP y por apoyar al equipo de trabajo y vigorizar su labor. Al área administrativa de la FNSP, por su valioso apoyo en la ejecución administrativa de los recursos de los diferentes contratos de la GTSbC. Y al Equipo de Comunicaciones del Proyecto GTSbC por su valioso aporte en los procesos de comunicación y difusión con proyección a la movilización social en pro de la salud.

Mención especial a los profesionales, residentes y practicantes de las Facultades de Medicina, Enfermería, Veterinaria, Derecho, Ingenierías y Ciencias Sociales y Humanas por su articulación pertinente en los procesos, programas y actividades de salud con sus respectivos campos académicos, así como a UniRemington.

Agradecemos de manera destacada, al equipo de gestoras y gestores de la Secretaría de Salud de Medellín, a los profesionales, técnicos y auxiliares de la Dirección Técnica de Planeación y de las demás dependencias de la SSM (Metrosalud, APS, MIAS, EBAS, Centros de Salud, entre otras), instituciones educativas) y SENA, con quienes se formó un óptimo equipo intersectorial para construir y consolidar la GTSbC en las diferentes comunas y corregimientos de Medellín. A los Secretarios de Salud de Medellín, Gabriel Jaime Guarín (2012–2015) y Claudia Elena Pajón (2016–2019) y sus equipos administrativos por confiar y brindar las condiciones técnicas y profesionales para solidificar la GTSbC en la territorialidad urbana y rural de Medellín.

Retribución agradecida brindamos a la Alcaldía de Medellín por confiar en la Universidad de Antioquia, en la FNSP y en la Secretaría de Salud para la planeación y ejecución del proyecto GTSbC. También, por

aplicar el instrumento de política y gestión gubernamental denominado Planeación Local y Presupuesto Participativo, cuyo aporte financiero aprobado, a través de las autoridades locales y de las organizaciones comunitarias representadas, fue clave en el desarrollo de este importante proyecto prioritario de salud, derecho fundamental que tienen todos los habitantes de Medellín, para alcanzar sus objetivos estratégicos de desarrollo humano, integral y sostenible.

El equipo coordinador de esta edición también expresa su inconmensurable gratitud a todas aquellas personas que contribuyeron con los conceptos, aportes, redacción, lectura, síntesis y revisión de los diferentes capítulos. Fueron largas las jornadas para llegar al punto de maduración de cada texto; su compromiso con esta publicación fue clave para tener esta obra final. Y muchas gracias a la profesora Alba Rocío Rojas, correctora de estilo, por su conocimiento y aportes, paciencia y comprensión durante todo el complejo proceso de edición.

