

**PLAN FORMATIVO POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD 2023**

DANIEL QUINTERO CALLE

Alcalde

ROSA MILENA LOPERA CARVAJAL

Secretaria de Salud

MONICA LUCIA SANCHEZ MAYORGA.

Directora técnica de planeación.

ALCALDÍA DE MEDELLÍN

2023

Tabla de Contenido

1. Propósitos del plan formativo: objetivo general y específico	3
2. Ruta definida para la construcción colectiva del plan formativo:	¡Error! Marcador no definido.
3. Antecedentes normativos en la temática del plan	4
NORMATIVIDAD	4
3.1. Contexto internacional:	5
3.2. Contexto nacional:	10
4. Referentes conceptuales y enfoques del proceso formativo	¡Error! Marcador no definido.
5. Lectura de necesidades educativas de los grupos de valor	17
6. Construcción de matriz formativa:	20
7. Proceso pedagógico:	20
7.1. Momentos y pautas para el diseño pedagógico del plan:	21
7.2. El taller formativo como dispositivo pedagógico:	22
7.3. Guías pedagógicas e instrumentos:	25
7.4. Didácticas para considerar:	25
7.5. Banco de herramientas: 7.6 técnicas interactivas	26
8. Otros requerimientos pedagógicos, logísticos y de recurso humano	29
9. Indicadores:	30
10. Metas	30
11. Propuesta para el seguimiento al plan formativo y mejora continua	31
12. Cronograma de implementación del plan	31
13. REFERENCIAS:	31

1. Propósitos del plan formativo:

1.1. Objetivo general:

Fortalecer las capacidades desde el ser para el hacer de los actores de sistema y la comunidad en general, con respecto a la garantía de los derechos y deberes en salud, buscando dar respuesta a las necesidades que afectan la participación social, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente, mediante procesos de formación, capacitación y empoderamiento en cada uno de los territorios y espacios determinados para tal fin, logrando una mayor apropiación de los procesos de la política de participación social en salud-PPSS.

1.2. Objetivos específicos:

- 1- Implementar las herramientas pedagógicas del plan de formación de la política de participación social en salud con el personal de sector salud
- 2- Cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación social en salud.
- 3- Garantizar los procesos de formación en salud pública con enfoque de derecho diferencial y de género.
- 4- Desarrollar capacidades en los ciudadanos para el ejercicio del control social en salud a la gestión pública.
- 5- Generar espacios de formación a la ciudadanía en la Ruta de planeación del desarrollo local y presupuesto participativo - PDL-PP.

Tabla 1. Ruta definida para la construcción del plan formativo.

Temática		Responsable(s)	Tiempo
Elaboración del documento de estructura básica	Antecedentes normativos	Equipo de PPSS	Diciembre 20 al 31 2022
	Referentes conceptuales y enfoques del proceso formativo		
	a. Normas vigentes de PPSS	Equipo de PPSS	Enero 2023
	b. lineamiento y enfoque pedagógicos	Equipo de PPSS	Enero 2023
	c. . Momentos metodológicos	Equipo de PPSS	Enero 2023
d. Sistematización	Gesis	Enero 2023	

	Lectura de necesidades educativas (formativas) de los grupos de valor	Equipo de PPSS	Enero 2023
	Construcción de matriz formativa	Equipo de PPSS	Diciembre 2022
	Proceso pedagógico	Equipo de PPSS	Enero 2023
	Otros requerimientos pedagógicos, logísticos y de recurso humano	Auxiliar administrativa y supervisión	Enero 2023
	Recurso locativo, humano, material, audiovisual	Equipo de PPSS	Enero 2023
	Indicadores	Gesis	Enero 2023
	Propuesta para el seguimiento al plan formativo y mejora continua	Supervisión, líder de programa	Enero 2023
	Cronograma de implementación del plan	Equipo de PPSS	Enero 2023

2. Antecedentes normativos en la temática del plan

Normatividad:

- La Constitución Política de Colombia de 1991
- LEY 100 SGSSS “Sistema General de seguridad social.”
- LEY 850 de 2003 “Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas”
- LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud”
- LEY ESTATUTARIA 1757 DE 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática
- Ley 134 de 1994 “Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana”. Decreto 1429 de 1995 reglamentario de la ley 142 de 1994. ^o Acuerdo No. 142 de 2005 “Por medio del cual se adoptan mecanismos e instancias para apoyar y promover en el ámbito distrital las veedurías ciudadanas.
- Plan de desarrollo línea 3 MMCS, plan territorial de salud-participación social en salud.
- Decreto 780 de 2016
- Resolución 2063 del 2017

Marco contextual:

El equipo de Participación Social en Salud de la Dirección Técnica de Planeación de la Secretaría de Salud, orienta su Plan de Formación hacia los diferentes actores que hacen parte de las Mesas Ampliadas de Salud –MAS-, y Comités de Participación Comunitaria en Salud –COPACOS, desde la Política de Participación Social en Salud; en esta **la participación es** comprendida como un derecho vinculado al derecho fundamental a la salud, de esta manera la participación se convierte en un medio para lograr la transformación social y el empoderamiento comunitario. Así la participación es “es el derecho que tiene cada ciudadano/a y los colectivos a afectar las decisiones que afecta su bienestar, es decir, es el derecho a decidir sobre qué es el derecho a la salud y cómo se realiza y se cumple” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En el marco del plan de formación, *la salud es* comprendida de manera integral, más allá de la dicotomía salud-enfermedad con predominancia del modelo biomédico, el cual es marcado por un carácter biologicista y unicausal centrado en la enfermedad, “que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes” (Feo Istúriz, Feo Acevedo, & Jiménez, 2012). Pues se comprende en su multidimensionalidad territorial, histórica y social, siendo lo social el “receptáculo en donde se desarrolla toda la vida humana, incluyendo el ambiente que el hombre ha organizado socialmente en su entorno, el cual ya prácticamente ha dejado de ser naturaleza para convertirse en creación humana” (Quevedo, 1990).

Es así como el plan de formación apunta hacia la cualificación de la participación social en salud de la ciudadanía, en el sentido de que los líderes y lideresas puedan fortalecer y ampliar sus conocimientos hacia el buen vivir de sus comunidades desde un ámbito territorial, social e histórico. Se busca que los líderes y lideresas que participan de escenarios como las Mesas Ampliadas de Salud –MAS- y el Comité de Participación Comunitaria en Salud –COPACOS-, entiendan la importancia de conocer y concebir su rol como parte esencial de las acciones que se puedan tejer alrededor del mejoramiento de la salud desde lo territorial

2.1. Contexto internacional:

La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares

María Belén Sopransi

Introducción

Desde la psicología social comunitaria crítica, el presente artículo tiene como propósito rastrear críticamente los orígenes de la participación social en salud a través de la revisión de diversas experiencias populares y autogestoras. Menéndez señala que si bien los grupos subalternos

participan/son parte de los procesos específicos donde ocurren la desnutrición, las violencias de diferente tipo o la extrema pobreza, y se ven obligados a actuar frente a estos problemas que son parte de sus vidas locales, dichos sujetos o grupos no suelen ser los que generaron las condiciones que dan lugar a la existencia de dichos problemas [...] Por lo tanto, la participación social constituye una condición necesaria de los sectores sociales subalternos para asegurar un mínimo de supervivencia (2006: 11-14).

Éste es el punto de partida de este trabajo, que intenta historizar la participación desde una perspectiva subalterna.

Revisión crítica conceptual

La participación social está ligada a procesos de transformación sociopolítica, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas y a implementación de programas. Según sea quién la defina y con qué objetivos es empleada, asume diferentes características (Menéndez, 1998; Montero, 2004).

En el sector salud, la participación social está referida al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, tuvo una incorporación relativamente tardía y llegó amalgamada con otros programas de desarrollo rural integrado (Levav, 1992). La participación social en salud (PSS) está cargada de presupuestos ideológico-

técnicos generalmente no explicitados, que sin embargo orientan su uso. Ésta encuentra su origen en las ciencias sociales y posteriormente es apropiada por las ciencias de la salud sin un análisis crítico del proceso de producción y aplicación previa, lo que genera una distorsión en su significado (Menéndez, 1998: 65-66).

El hito que marca la inclusión de propuestas participativas en salud es la conferencia de Alma Ata en 1978: “El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (OMS y UNICEF, 1978). El énfasis que se hizo en el autocuidado individual, familiar y colectivo respondió a dos posiciones ideológicas: una posición conservadora que tiende a reducir el papel del sector público y a hacer responsables a las poblaciones de su salud (programas de APS selectiva); y otra vertiente que asigna al Estado la responsabilidad de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y de educar para la salud (propuestas de APS integral) (Ugalde, 1999, Grodos y Bethume, 1988).

Para la OPS (1988), la PSS puede entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y la observación de obligaciones derivadas del desempeño de la facultad decisoria.

Los tres grandes enfoques en que el sector salud ha encarado la PSS son los siguientes: 1) como aporte de trabajo voluntario de la comunidad en programas específicos de APS; 2) como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios, incluyendo la capacitación de promotores comunitarios; y 3) como promoción de las acciones para fortalecer los SILOS –Sistemas Locales de Salud– impulsada por la OMS y OPS (Cerqueira y Mato, 1998).

Montero (2004: 292) define la participación como un “proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales”.

La PSS se considera como un proceso democrático que se profundiza progresivamente, desde la ejecución de tareas simples hasta fases más complejas como la planificación, la programación, el control y la administración de programas de salud, que se deriva en acciones de organización y movilización popular (Molina-Rodríguez *et al.*, 1992).

Uzcátegui (2005: 23-24) describe tres propuestas de PSS: 1) la neoliberal o conservadora, 2) la reformista, y 3) la alternativa-progresista. La primera concibe la PSS como un asunto técnico en la ejecución y la administración de servicios de salud, que promueve el voluntariado y la corresponsabilidad como formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. Asume la salud como atención médica reparatoria y responsabilidad individual, lo que relega a las personas a una posición de cliente de los servicios con representación minoritaria o simbólica. La segunda sostiene una definición de PSS ligada a la propuesta del desarrollo humano sustentable, vincula la PSS a la descentralización, pero conserva a los actores institucionales gubernamentales en el centro de los proyectos comunitarios. La participación comunitaria está destinada a tareas de prevención, de rehabilitación y de promoción de la salud, lo que reduce la PSS a espacios locales. Promueve la focalización del gasto público en los sectores más pobres y de alto riesgo, en un intento de combinar Estado y mercado con políticas compensatorias. La tercera es definida como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes y reivindica su condición de sujetos de derechos,

asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística e integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como “encuentro de saberes”.

Según el Movimiento Nacional de Salud Popular México, la PSS parte de considerar a la salud como un derecho: cada individuo debe contar con los conocimientos médicos y recursos suficientes para cuidar por sí mismo de su salud en asuntos urgentes y básicos –al trabajar en zonas rurales esto se presenta como prioritario–. Esto requiere que el saber médico sea compartido y que la comunidad tenga injerencia directa en las decisiones políticas que afectan su salud. La educación popular es un componente esencial del proceso de PSS, una empresa colectiva donde todos aprenden de todos a través de mecanismos culturales de transferencia técnica adecuados a la comunidad. Otros elementos fundamentales han sido el rescate del saber curativo comunitario, la concientización sanitaria y la organización colectiva (Cahuich Campos, 2004).

La autogestión constituye una forma de PSS más independiente de la voluntad institucional. Ella puede surgir de procesos inicialmente tutelados que avanzan hacia la autonomía, ya sea a través de la promoción de quien ejercía la tutela o como resultado de la lucha entablada por los tutelados para alcanzar la autonomía. También es posible que la autogestión surja como consecuencia de las reivindicaciones de los propios conjuntos sociales postergados para obtener su autodeterminación (Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria, 1999).

Un concepto complementario al de PSS es el de estrategias de autoprotección en salud (EAS), que constituyen el núcleo del proceso de apropiación que constantemente realizan determinados microgrupos para enfrentar los padecimientos (Spinelli, 1999). Pueden formar parte de las estrategias de supervivencia y reproducción biosocial o constituirse en un proceso de transformación que no se reduce a la reproducción de los grupos subalternos. Incluye procesos de autoatención, autocuidado y evitación de riesgos en los niveles de: a) personas y microgrupos espontáneos (vida cotidiana), b) microgrupos y mesogrupos contruidos (específico: grupos de autoayuda), y c) macrogrupos (genérico: movimientos sociales). Mientras que en a) la participación en salud es parte de las actividades y funciones de grupos ya contruidos, en b) y en c) el esfuerzo por generar PSS es intencional y voluntario, y supone la construcción de organizaciones o instancias específicas (Menéndez, 1998).

La “otra” participación

En América Latina y en Europa, existen numerosos antecedentes de estudios sobre participación social en salud, centrados en el diseño de políticas sociales para la reforma del sector salud (OPS, OMS, CEPAL, UNICEF, PNUD, BID, BM, entre otros). Sin embargo, la mayoría de estos estudios encara el tema de la participación social promovida por organismos gubernamentales e internacionales (participación vertical) dejando de lado la revisión sobre las formas de participación popular desplegada por los actores de la sociedad civil, es decir, se centran en la aplicación ideológica/técnica del concepto (Menéndez, 1998). Findling y Tamargo (1994: 25) señalan que las experiencias asociadas al desarrollo de la comunidad y a la planificación participativa gestada en el marco de un modelo tecnocrático del diseño de políticas, no resultaron eficaces para corregir los

desajustes del sistema, adolecieron de ser fragmentarias, discontinuas y de ser “ajenas” a los grupos poblacionales a los cuales estaban dirigidos.

Son escasos los estudios que caracterizan experiencias con un origen autogestivo o de cogestión real en salud. Existen registros de los años sesenta y setenta de experiencias pioneras en participación social en salud. Cuba y Panamá fueron los primeros países latinoamericanos en organizar un programa de salud nacional con participación comunitaria en los años sesenta. En Cuba, la participación de la población en el sector salud se inicia con un enfoque colaborativo dirigido a la consolidación del Sistema de Salud Pública; luego, comienzan a operar los Policlínicos Integrales en el año 1964, que más tarde se transformarían en los Policlínicos Comunitarios (1974). Es en ese momento cuando se incorpora definitivamente la población, que se integra a las instituciones gubernamentales con su participación en la dirección del sistema de salud junto a las autoridades médicas propias del sector. En Colombia, se crearon en el año 1960 los Comités de Salud, que en las poblaciones estaban constituidos por representantes de cada manzana y luego, como una forma más avanzada de participación, surgieron los Consejos Locales de Salud y los Comités de Participación.

En Guatemala se desarrollaron los Comités Sanitarios Locales de la Colectividad, que operaban tanto a nivel urbano como rural. En 1975, se crea el programa de Integración Operacional de Abajo hacia Arriba (IOPA) de la Universidad de Antioquia y la Escuela de Salud Pública, el cual se desarrolló en la comunidad del Carmen de Viboral. En Venezuela se crean, con apoyo del Estado, los Comités Locales de Salud, que luego constituirían, con un enfoque más avanzado de la participación, las llamadas Juntas Sociosanitarias y que en los últimos años se les ha denominado Fundaciones Sociosanitarias (Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria, 1999). Otras experiencias destacables son las de Ajoya en México (Donde No Hay Doctor) y las de San Ramón en Costa Rica (Hospital Sin Paredes), así como la formación de brigadistas, parteras y promotores/as voluntarios/as de salud del Movimiento Comunal Nicaragüense.

El caso de Nicaragua se caracterizó, durante la década de 1980, por la ampliación, la consolidación y la profundización de la participación popular en los procesos de salud con instancias resolutorias de amplia representación como el Consejo Popular Nacional de Salud y los Consejos Populares Locales de Salud, además de contar con un programa de Educación Popular en Salud (Pereira Colls *et al.*, 2002; Spinelli, 1999). En la década de 1980, otra experiencia autogestiva la representó el Movimiento Nacional de Salud Popular mexicano, que realizó congresos nacionales desde 1981, se organizó en ocho regionales y llegó a tener a fines de los años ochenta alrededor de 35 organizaciones y 400 grupos adherentes (Cahuich Campos, 2004; Menéndez, 1998). Otras experiencias relevantes han sido el Colectivo de Salud Popular de la República Dominicana (1983), la Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños (1986), la Coordinación de Proyectos Populares de Salud de Costa Rica (1986) y la Asociación para el Desarrollo de la Salud Comunitaria de Panamá (1991) (Pereira Colls *et al.*, 2002).

Actualmente, una de las experiencias más relevantes en autogestión de la salud es la de los municipios zapatistas en el estado de Chiapas (México). La experiencia cuenta con la creación de dispensarios de salud y la formación de promotores en las comunidades. El objetivo del proyecto es sostener una nueva práctica en salud que integra de manera democrática las diferentes formas de atención a la salud (medicina tradicional, herbolaria, medicina alopática, etc.) y que se desarrolla básicamente a través de una amplia participación popular en todas las localidades rurales indígenas del estado. El proyecto de salud es integral, considera actividades para el incremento y la diversificación de la producción agropecuaria destinada al autoconsumo y el mejoramiento de la alimentación, acciones de saneamiento básico, atención a problemas

de salud del primer nivel de atención médica, formación y capacitación de grupos de la comunidad para la programación, ejecución y evaluación de actividades de producción agropecuaria y de atención primaria a la salud, así como de educación popular en salud a la población (Muñoz Ramírez, 2004).

En nuestro país fueron pioneros los trabajos de Kalinsky, Arrué y Rossi (1993) por el esfuerzo de transmitir experiencias de participación en salud y contextualizarlas, aportando a su posibilidad de transferencia. Durante los últimos quince años, se inauguraron experiencias autogestivas en salud: Movimiento Antimanicomial (2004), Foro Social de Salud (2002), Coordinadora de Salud Popular (2002), Comisiones de salud de Asambleas Barriales y del Movimiento de Trabajadores Desocupados (2002). El acceso a la información sobre estas experiencias es en base a los registros documentales producidos por estas organizaciones, aunque, por ejemplo, existen algunos estudios sobre el trabajo en salud de movimientos de trabajadores desocupados (Ferrara, 2003; Colectivo Situaciones, 2002 y 2003; Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2004 y 2005, entre otros).

Comentarios finales

Resulta indispensable reflexionar acerca de las estrategias de autoprotección de la salud que desarrollan los sectores expulsados para cubrir sus necesidades sanitarias y acerca de las experiencias colectivas en salud que se despliegan desde las clases subalternas promoviendo la defensa del derecho a la salud y que, en algunos casos, actúan como mediadores colectivos para transformar las condiciones de salud de las comunidades. Este hecho marca la necesidad de comprender tales experiencias para romper con los obstáculos en la apropiación de recursos salutíferos –materiales y simbólicos– y en la defensa del derecho a la salud, y fortalecer la capacidad de control y negociación de los colectivos que ven vulnerados sus derechos. La visualización y la generalización de las estrategias de autoprotección en salud, construidas desde la perspectiva de los actores-autores involucrados, se presentan como posible intervención preventiva y comunitaria en la salud propiciando procesos autónomos de cuestionamiento, concientización y cambio.

Menéndez (1999: 20) sostiene que las acciones y las luchas en salud colectiva existen, pero discontinuadamente, señala que “la bibliografía sobre movimientos sociales no incluye la descripción, ni el análisis de los grupos y/o movimientos organizados en torno al proceso salud-enfermedad-atención”, pese a la magnitud que han alcanzado en América Latina desde mediados del siglo XX. Cahuich Campos (2004: 5) plantea que “tampoco existe de manera suficiente una reflexión histórica sobre estas experiencias y el impacto cultural que han tenido”. Este trabajo es un pequeño paso y una invitación para seguir andando y desandando ese camino.

Concepto de la OMS

La participación social en la gestión de la salud se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

Actor Social	Concepto de participación en salud
Usuarios y líderes	<ul style="list-style-type: none"> - Participación social en salud como dar o aportar ideas y opiniones. - Participación social en salud como colaboración. - Participación social en salud como utilización de los servicios de salud y vinculación al sistema de salud: - Participación social en salud como derecho y - Participación social como capacidad (sólo líderes) - Participación como organización comunitaria
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Participación social en salud como actividades con la comunidad (promoción, prevención y ejecución de algunos programas) - Participación en salud como forma de control y seguimiento a los servicios de salud. - Participación social en salud como implicación en procesos institucionales - Participación en salud como estar afiliado al sistema de salud.
Formuladores de políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en salud como evaluación y control social de los servicios de salud por parte de los usuarios.



2.2. Contexto nacional:

PARTICIPACIÓN EN SALUD

Es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos

Formas De Participación En Salud:

- Comité de participación social en salud- COPACOS
- Sistema de atención a la comunidad -SAC
- Sistema de atención al usuario- SIAU
- Asociación de usuarios
- Comités de ética hospitalaria
- Veedurías

¿Qué comprende la participación social en salud?

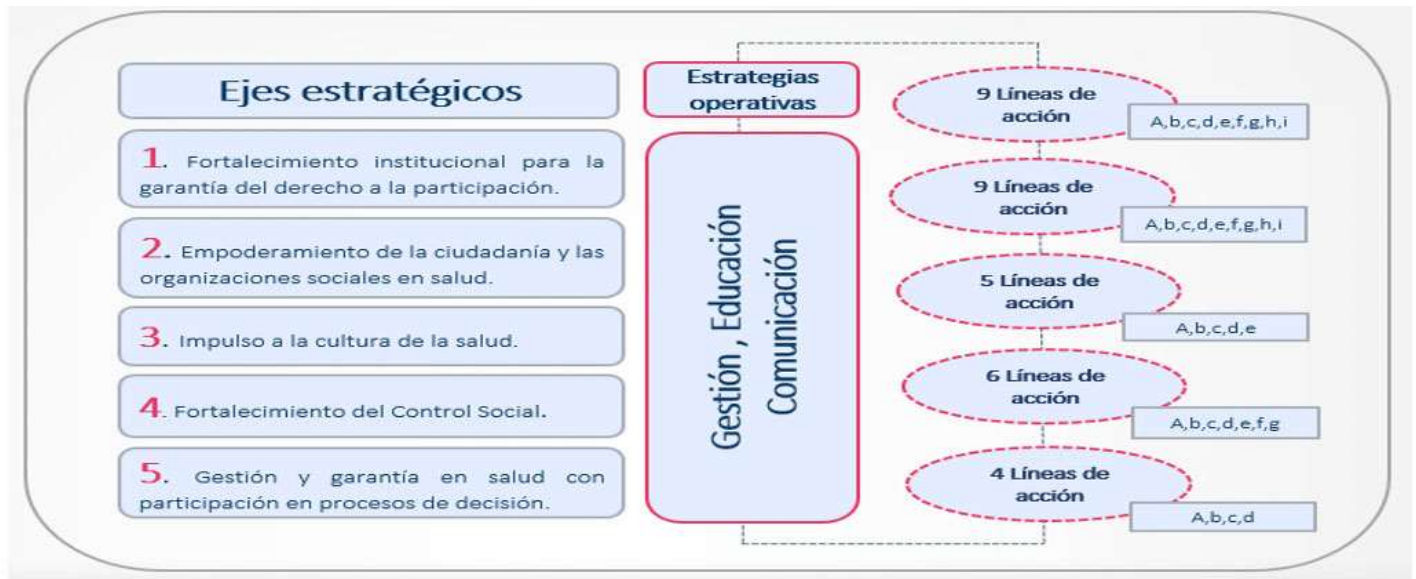
La participación social comprende la participación comunitaria y la participación ciudadana. La Resolución 2063 de 2017, del Ministerio de salud y Protección Social, adopta y define para el país, la Política de Participación Social en Salud – PPSS, promoviendo el derecho de los ciudadanos a participar en la toma de decisiones, desde la identificación de necesidades y prioridades, hasta la formulación de planes y adopción de medidas, así como en la evaluación de los resultados en salud.

La garantía de la participación social respecto del derecho fundamental a la salud que se desarrolla mediante la PPSS, se fundamenta en los principios contenidos en las Leyes Estatutarias 1751 y 1757, ambas del 2015, y en la Ley 1438 de 2011. En armonía con lo anterior, el PDSP, enfatiza en la permanencia y el fortalecimiento de los mecanismos de participación social en los procesos de la planeación; es decir, en el análisis de la situación de salud, la identificación de las necesidades prioritarias, la identificación de los recursos, la definición de los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones de promoción, gestión del riesgo, seguimiento y evaluación en cada una de las dimensiones prioritarias y transversales.

La PPSS busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento a la realización del derecho humano de la participación, directamente vinculado al derecho a la salud (artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud). De tal manera que, se convierte en referente para la organización de los procesos de participación social en salud, cuya finalidad consiste en fortalecer la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones relacionadas con el goce efectivo del derecho a la salud.

Así mismo, establece acciones precisas orientadas a la ciudadanía y sus organizaciones sociales, en términos del desarrollo y fortalecimiento de capacidades para su empoderamiento, incidencia y apropiación de prácticas participativas en salud; planteando el reto de armonizar las relaciones entre Estado y la ciudadanía, como agentes corresponsables del Derecho a la Salud; perspectiva desde la cual, la gestión y planificación de la comunicación como proceso integrador, contribuye a la generación de condiciones que promueven el dialogo y la interacción a través de espacios y mecanismos de participación para el logro de los propósitos de la PPSS

Su desarrollo e implementación aplica a todos los integrantes del Sistema de Salud en el marco de sus competencias y funciones, e implica el desarrollo de cinco Ejes Estratégicos, treinta y tres Líneas de Acción y tres Estrategias Operativas, así:



La PPSS, se ha formalizado en Antioquia, a través de la **Resolución 2020060108560 del 18 de agosto 2020**; pretendiéndose así, abordar la deficiente participación de la ciudadanía en los procesos de gestión pública en salud en el territorio, en garantía de los derechos a participar y a la salud.

En su desarrollo, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, ejecuta el proyecto “Implementación de la Política de Participación Social en Salud – PPSS”, en el marco del Plan de Desarrollo “Unidos por la Vida” 2020-2023; Línea estratégica 4, Nuestra vida; Componente 4, Bienestar activo y saludable para la ciudadanía; Programa 2 Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria / Gobernanza; donde, mediante la asistencia técnica realizada a los actores del SGSSS, especialmente las Empresas Sociales del Estado ESE Hospitales y las Secretarías y Direcciones Locales de Salud presentes en el territorio departamental, durante el primer semestre del 2021, se han obtenido los siguientes resultados:

Avances de la implementación PPSS 2021 en el territorio antioqueño

Dentro de los avances del proceso de implementación de la PPSS en el territorio antioqueño, se tienen en cuenta aspectos como la expedición de actos administrativos de adopción de la PPSS y el reporte de la programación de la PPSS 2021 en la plataforma PISIS, por parte de las Secretarías y Direcciones Locales de Salud y las Empresas Sociales del Estado; encontrándose en el departamento la siguiente situación por subregiones:

Adopción de la PPSS a través de acto administrativo por parte de los actores por subregión:

Tomado de: (<https://www.dssa.gov.co/index.php/programas-y-proyectos/participacion-social-en-salud>)

Gestión y fomento de la participación social en salud

Ministerio de Salud y Protección Social -Salud - Prestación de Servicios - Gestión y fomento de la participación social en salud

La expedición del Decreto 4107 de 2011, definió la estructura y objetivos del Ministerio de Salud y Protección Social, planteando dentro de las funciones de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, la

responsabilidad de promover la participación social en la gestión territorial de la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de formas organizativas de participación y control social en las acciones de salud pública y prestación de servicios de salud.

En este sentido, la Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres, lidera la formulación de la Política de Participación Social en Salud, y así las cosas, la definición de la Política de Participación social en Salud-PPSS tiene el propósito de cumplir con la responsabilidad de fortalecer la ciudadanía en los procesos de salud, desarrollando acciones que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud generando condiciones para la participación activa y efectiva de la ciudadanía teniendo como base su reconocimiento social e institucional, en especial buscando cumplir con el derecho a la participación vinculado al derecho a la salud.

- Mecanismos de participación social en salud
- Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
- El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)
- Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU)
- Comités de Participación Comunitaria (COPACO)
- Asociación de Usuarios
- Comité de Ética Hospitalaria
- Veedurías Ciudadanas en Salud
- Plan Decenal y Plan de Desarrollo

Política de PPSS

Por otro lado la Secretaria de Salud de Medellín, ha trabajado en la propuesta de un modelo de gestión territorial de salud basado en comunidad, como uno de los instrumentos para la implementación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) y como una herramienta para acercar las necesidades de la población con las capacidades del territorio para su intervención y mejoramiento de la calidad de vida, a través del fortalecimiento comunitario, el empoderamiento y el capital social comunitario en salud. Se basa en una estructura que parte de los 5 ejes de la PPSS y se organiza en varios pasos de acción que van desde la identificación de las problemáticas y necesidades en salud percibidas por la población hasta la construcción y gestión de proyectos comunitarios intersectoriales para la intervención de dichas problemáticas, con un modelo de trabajo participativo y constructivista.

La construcción e implementación de un modelo de gestión territorial en salud basado en comunidad (GTSBC), a partir de la interacción de diferentes estrategias sectoriales, intersectoriales, transdisciplinarias, con el propósito de potenciar la salud y la vida de las personas que habitan los territorios, está acorde con los lineamientos locales, nacionales e internacionales que promueven la salud y la vida y espacios democráticos de participación en el cual las personas, sus familias y comunidades se encuentren a dialogar y a encontrar soluciones para los retos en salud y sus determinantes sociales. Por otro lado, la GTSBC recoge además los elementos conceptuales y técnicos de la Ley 1751 de 2015, al plantear que la salud es un derecho fundamental que debe ser reconocido por la sociedad y el Estado, y en tal sentido se deben realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y articulación intersectorial para mejorar las condiciones de vida y salud de las personas. Y finalmente, a través del modelo de GTSBC, en el proceso de articulación con el MAITE se desarrollan las acciones planteadas para el fortalecimiento de la participación

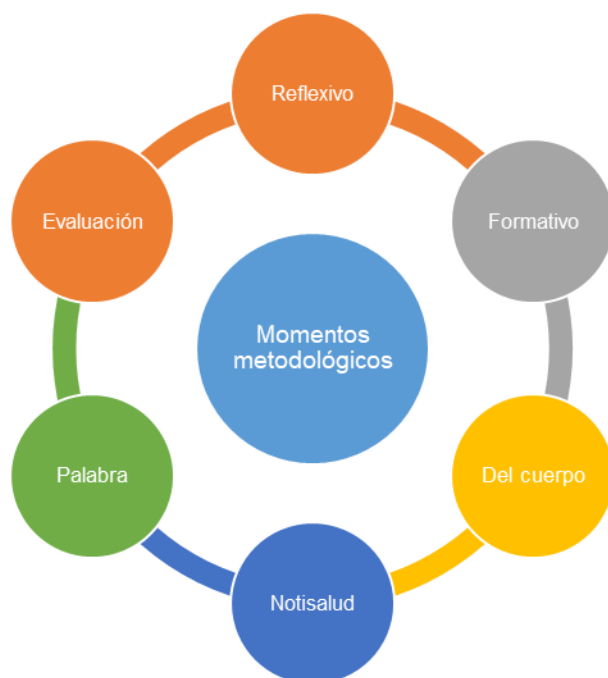
social y comunitaria y la intervención de los determinantes sociales de la salud, según lo planteado en los lineamientos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPyMS) .(ojo parafrasear)

b. Lineamiento y enfoque pedagógicos

El lineamiento pedagógico tiene como misión orientar a los actores del sistema y específicamente a los trabajadores de la salud para que desarrollen procesos educativos que transformen las prácticas sociales en función de la realización del derecho a la salud. El enfoque pedagógico centrado en el aprendizaje significativo, busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral, como parte del desarrollo comunitario en salud.

c. Momentos metodológicos

Ilustración 1. Momentos metodológicos



☐ Momento reflexivo

Con este momento se busca que los participantes se conecten con el espacio de encuentro, lo que implica desarrollar maneras para hacer consciente en el otro la necesidad del tema y la conversación a partir de vincular con los sentimientos de los participantes. Por lo tanto, desde la virtualidad se propende por la generación de un espacio agradable, que genere confianza entre los participantes, por lo que se inicia brindando un saludo caluroso y se da apertura al espacio con: una lectura, una frase, una canción, una reflexión, un vídeo o una historia de vida preferiblemente de un referente de la comuna; que movilice el sentir y de apertura al diálogo.

☒ Momento formativo

El momento formativo de cada encuentro implica la exploración y profundización en torno a diferentes temáticas, que parten de las necesidades de las comunidades, así como de las orientaciones de la Política de Participación Ciudadana en Salud. Se tiene en cuenta que la intervención de los facilitadores no es la única, ni la más válida y no debe utilizarse para opacar o conflictuar con el constructo teórico de los participantes. Este momento se realiza en un lenguaje cercano y accesible a los participantes y se realiza incentivando a la participación en las diferentes temáticas trabajadas, con el fin de mantener una atención plena.

Al finalizar la intervención, se realiza una invitación motivando a los participantes para que sean replicadores con sus comunidades de lo aprendido, a través de la construcción de compromisos que giran en dos líneas: compromiso de acción personal, en donde cada participante se propone aplicar las reflexiones emanadas del encuentro a su vida cotidiana; y compromiso de acción colectiva, en donde se plantea la forma de multiplicar las conversaciones con otros grupos o públicos a partir de la experiencia vivida por el participante.

Los contenidos a trabajar de acuerdo a la Política de Participación Social en Salud son los siguientes:

- Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración
- Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS
- Taller Control social
- Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud
- Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4
- Taller Rendición de cuentas
- Taller Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015).
- Taller TICS (Formularios en google y PQRS)
- Salud mental -
- Atención de emergencias y desastres
- Salud ambiental- Manejo de residuos solidos
- Enfermedades crónicas no trasmisibles

De igual manera, se trabajan temas relacionados con el contexto, especialmente con problemáticas desencadenadas a partir de la coyuntura por el Covid-19, tales como:

- Prevención de enfermedades respiratorias. Cuidado y autocuidado
- Cuidado y autocuidado en salud mental
- La tecnología y la participación social
- Cultivando nuestro buen vivir en tiempos de pandemia.

☒ Momento del cuerpo

Teniendo en cuenta que la virtualidad conlleva unas dinámicas como el cansancio o la disminución en la concentración, además de que el público que participa en Salud en su mayoría son adultos y adultos mayores, se realiza en cada encuentro una activación corporal, entre las cuales se tienen:

- o Respiración consciente
- o Estiramiento
- o Estimulación craneal
- o Corrección de postura
- o Activación cerebral
- o Estimulación facial
- o Estiramiento
- o Yoga de los animales

☒ Momento Notisalud

En este momento se socializa la agenda disponible de la secretaría de salud, con el fin de que los presentes obtengan la información de primera fuente y puedan replicar con sus comunidades las diferentes estrategias que se tienen en el territorio.

☒ Momento de la palabra

Se da la palabra a los participantes del encuentro para que expresen sus preguntas, dudas, o comentarios tanto sobre el tema desarrollado, como sobre los sentires suscitados durante el encuentro, así como el que se llevan del encuentro.

☒ Evaluación del encuentro

Con el fin de realizar seguimiento al proceso de gestión territorial para identificar procesos mejoramiento continuo, se cuenta con dos formularios de evaluación, los cuales son compartidos por los grupos establecidos de WhatsApp: (i) pre y post –test para medir el nivel de conocimiento adquirido durante el encuentro; y (ii) evaluación logística, la cual consta de las siguientes temáticas:

1. Cómo se enteró del evento
2. Tiempo de duración del evento
3. ¿La información presentada responde a su interés?
4. ¿Cómo calificaría la estabilidad de la conexión a internet durante la actividad?
5. El cumplimiento de los objetivos del encuentro

6. Información brindada

7. ¿Cómo calificaría la metodología desarrollada en el encuentro?

8. ¿Volvería a participar en otro encuentro como este?

9. Recomendaciones o comentarios para un próximo encuentro:

Vale la pena señalar que el equipo de Participación Social en Salud ha construido una caja de herramientas, donde se recoge la temática trabajada y es enviada al final del encuentro a los participantes, con el fin de que sea un documento de trabajo para que los líderes y lideresas puedan utilizar como herramienta pedagógica con sus comunidades.

Sistematización:

La organización y ordenamiento de la información existente con el objetivo de explicar los cambios sucedidos durante este proceso, los factores que intervinieron, los resultados y las lecciones aprendidas que dejó el mismo, además de como guardar la información y sus resultados con los respectivos indicadores.

El proceso de implementación del modelo de GTSBC sistematiza desde el marco de la política de participación social en salud, los insumos abordados desde sus ejes conceptuales hasta los resultados de implementación y algunos ejercicios evaluativos que se han desarrollado en algunos territorios, que permite el fortalecimiento de la gobernanza de la salud territorial y comunitaria.

3. Lectura de necesidades educativas de los grupos de valor

Tabla 2. Necesidades formativas identificadas para cada grupo de valor.

Grupo de valor	Temáticas
Adultos mayores.	<ul style="list-style-type: none">• Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración• Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS• Taller Control social• Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud• Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4• Taller Rendición de cuentas• Taller Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015).• Taller TICS (Formularios en google y PQRS)• Salud mental -• Atención de emergencias y desastres• Salud ambiental- Manejo de residuos solidos

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas no transmisibles
Copacos y MAS	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración • Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS • Taller Control social • Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud • Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4 • Taller Rendición de cuentas • Taller Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015). • Taller TICS (Formularios en google y PQRS) • Salud mental - • Atención de emergencias y desastres • Salud ambiental- Manejo de residuos solidos • Enfermedades crónicas no transmisibles
Líderes comunales (JAL, JAC, CCCP, organizaciones sociales de base)	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración • Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS • Taller Control social • Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud • Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4 • Taller Rendición de cuentas • Taller Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015). • Taller TICS (Formularios en google y PQRS) • Salud mental - • Atención de emergencias y desastres • Salud ambiental- Manejo de residuos solidos • Enfermedades crónicas no transmisibles
Población con enfoque diferencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración • Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS • Taller Control social • Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud

	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4 • Rendición de cuentas • Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015). • TICS (Formularios en google y PQRS) • Salud mental - • Atención de emergencias y desastres • Salud ambiental- Manejo de residuos solidos • Enfermedades crónicas no trasmisibles
<p style="text-align: center;">Comunidad en general</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración • Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS • Taller Control social • Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud • Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4 • Rendición de cuentas • Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015). • TICS (Formularios en google y PQRS) • Salud mental - • Atención de emergencias y desastres • Salud ambiental- Manejo de residuos solidos • Enfermedades crónicas no trasmisibles
<p style="text-align: center;">Trabajadores de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración • Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS • Taller Control social • Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud • Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4 • Rendición de cuentas • Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015). • TICS (Formularios en google y PQRS) • Salud mental - • Atención de emergencias y desastres • Salud ambiental- Manejo de residuos solidos

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas no transmisibles •
--	---

4. Construcción de matriz formativa:

Ver anexo: Matriz Formativa.

5. Proceso pedagógico:

El Sistema de Formación de participación en salud se establece como referente conceptual y metodológico y se toma como base para el proceso pedagógico. A partir de este, se plantean los elementos centrales de la teoría crítica, donde son protagonistas las pedagogías críticas: pedagogía social, educación popular y el desarrollo humano por capacidades.

“La educación para la salud se convierte en una estrategia que facilita la adopción de conductas saludables en las familias y las comunidades y requiere que los orientadores en salud y líderes comunitarios se capaciten periódicamente para intervenir en la satisfacción de necesidades poblacionales, en el ámbito rural y urbano, mediante el desarrollo de proyectos educativos con un enfoque familiar y comunitario. De esta manera se justifica la existencia de este texto guía, que, desde las generalidades de la educación y su especificidad para la salud, proporcione conocimientos y directrices para el desarrollo de procesos educativos eficientes y eficaces” 1. (repositorio.uptc.edu.co/jspui/bitstream/001/3917/1/2905.pdf) 1.1.(ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARTICIPATIVA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD Julián Andrés Barragán Becerra Myriam Mahecha Angulo Carmen Mercedes Velandia Rodríguez)

Para ello, se parte de que todo proceso educativo es social y supone una continua formación de sujetos, tanto individuales como sociales, para hacer y convivir a lo largo de la vida. Esto implica la formación en capacidades para la convivencia en y con la comunidad, y con el entorno, dentro de un contexto sociocultural y formas de participación democrática específicas. Las pedagogías críticas tienen como objeto de formación al sujeto político que se vincula con la vida comunitaria y ciudadana a través de su participación en grupos y organizaciones, a partir de los cuales se posibilita la construcción de una ética civil que soporte los valores ciudadanos.

Esta concepción de la educación como práctica política que busca el empoderamiento y la relación entre pensamiento y acción se refuerza a su vez desde el enfoque de capacidades, en el cual se busca la generación de cinco capacidades básicas para la participación:

Praxis ética: Lo ético es clave del desarrollo humano. Implica la construcción de sujetos éticos, con autonomía moral e intelectual, con apropiación de normas sociales y valores éticos, centrados en la justicia, la libertad, la igualdad, la solidaridad, el respeto por el otro y de los derechos humanos; lo que posibilita obrar de manera racional para la toma de buenas decisiones y asumir una actitud dialógica. Así, refiere a la capacidad de las personas de optar y decidir reflexivamente sobre situaciones complejas que las involucran tanto a sí mismas como a las demás, lo cual está enmarcado por las condiciones propias de los sujetos que deciden y por los contextos sociales, políticos y culturales en los que se desenvuelven.

Imaginación: La imaginación es un proceso psicológico que resulta de la interacción de los seres humanos con su realidad. Ésta permite construcciones mentales sobre otras realidades y objetos para crear y recrear, de tal forma que los elementos de la realidad son tomados por el ser humano, transformados en su pensamiento y plasmados nuevamente en la realidad como un proceso en espiral que no termina.

Juicio crítico: Alude a la condición de revisar y replantear ideas y posturas propias o ajenas, “evaluando su credibilidad, sus aciertos y sus errores”; es decir, de manera razonada, informada y sin partir de prejuicios. Implica la construcción de criterios sustentados en la reflexión y el análisis sobre lo que se presenta como realidad.

Control sobre el propio entorno: Alude a la capacidad de generar y hacer parte de procesos de transformación de las realidades que así lo ameriten. Sitúa la comprensión del sujeto como ser corresponsable y agente del desarrollo de su entorno (de acuerdo con la concepción de desarrollo aquí planteada) e implica "poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación.

Afiliación: Supone la potenciación de escenarios de inclusión desde un enfoque diferencial; es decir, marcos de comprensión y dispositivos que combatan la discriminación por razón de identidad cultural o étnica, sexo, orientación sexual, religión u origen, entre otros, con el fin de generar relaciones y condiciones de equidad.

Para el desarrollo de estas capacidades y desde la perspectiva de las pedagogías críticas se toma como elemento metodológico central la didáctica crítica, la cual propone aprender a leer críticamente los contextos, situarse en ellos, comprenderse como arte y parte. Esta lectura exige además de la comprensión, el compromiso, la acción transformadora. En perspectiva dialógica la transformación del mundo es posible sólo desde el diálogo auténtico, mediado por la palabra auténtica, es decir, aquella que ha sido puesta en diálogo, que no simplemente reproduce, sino que cuestiona y recrea desde su dimensión práctica, en la que reflexión-acción se constituyen en unidad potenciadora de la transformación, en el ámbito de la enseñanza y el aprendizaje objeto de estudio de la didáctica.

La didáctica crítica para abordar el problema de las interacciones estereotipadas entre sujetos en formación y formadores, propone el trabajo grupal, el cual puede propiciar aprendizajes integrales, es decir, la información, la emoción y la producción que se genera en la interacción grupal. Formadores y sujetos en formación participan en un proceso dialéctico en el que se puede encontrar el placer de pensar, al mismo tiempo que se viven las tensiones al enfrentarse las contradicciones, los miedos y los conflictos para lograr establecer nuevos vínculos, no sólo con las personas sino con los objetos de conocimiento. La construcción del conocimiento es una construcción grupal, que requiere del trabajo colaborativo.

Además, el equipo de participación social en salud asume la enseñanza problémica como una estrategia metodológica pertinente, cuyo propósito es la problematización del conocimiento y la cultura ciudadana en salud, En ese sentido busca potenciar y desarrollar las capacidades del sujeto de aprendizaje, a fin de construir desde los contextos instrumentos del pensamiento–conocimiento, nociones, proposiciones, conceptos, categorías, principios y teorías a través del despliegue y la acción de los sistemas operacionales, intelectuales, psicolingüísticos, motrices y expresivos.

Problematizar es, por tanto, comprender las dinámicas del conocimiento desde las tensiones histórico–cognitivas; es decir, el conocimiento se produce en la tensión pensamiento– realidad, es construcción cultural intersubjetiva, es una aproximación en la dialéctica certeza– incertidumbre, absoluto–relativo.

8.1. Momentos y pautas para el diseño pedagógico del plan:

a. Definición de la oferta de formación:

1. Presentación del plan de Formación – Elaboración cronograma- Certificación- Dinámica de integración
2. Taller Análisis de la Situación de Salud de Medellín- ASIS - Política de Participación Social en salud- PSSS

3. Taller Control social
4. Taller Plan territorial de salud como parte del plan de desarrollo distrital: Plan comunal de salud
5. Taller de Aseguramiento de Sistema General de Seguridad social en salud - PIC (plan de intervenciones colectivas)- SISBEN 4
6. Rendición de cuentas
7. Participación Ciudadana y Derecho a la salud (Leyes Estatutarias Ley 1751 de 2015 y ley 1757 de 2015).
8. TICS (Formularios en google y PQRS)
9. Salud mental -
10. Atención de emergencias y desastres
11. Salud ambiental- Manejo de residuos solidos
12. Enfermedades crónicas no trasmisibles

b. Estrategia de articulación:

Este momento tiene como objetivo potenciar las modalidades formativas ofertadas mediante la vinculación de diferentes actores del sector público, privado y mixto, que tengan un acervo de conocimientos y experiencias que permitan la retroalimentación constante del plan de formación, tanto en lo conceptual y lo metodológico, incluso en lo logístico.

Es fundamental, identificar en las distintas dependencias de la administración municipal, secretarías e instituciones descentralizadas el potencial existente en términos del conocimiento especializado que puede vincularse al plan de formación.

Definición de las modalidades de formación:

A partir de la matriz formativa construida se identificaron distintos momentos de formación que pueden dar lugar a contenidos diferenciados por temáticas, distribuidos por módulos, a continuación, se presentan los objetivos de cada uno de estos:

- Módulo 1. Módulo 1: política de participación social en salud
- Módulo 2. Salud Publica
- Módulo 3. Desarrollo social comunitario en salud

Estos módulos pueden abordarse desde diferentes modalidades como cursos, talleres, seminarios, diplomados, encuentros formativos, sensibilizaciones, entre otros mencionados en la matriz formativa, según sea definido por quienes se encarguen de desarrollar el plan formativo y esto también depende del grupo de valor a quien vaya dirigido cada módulo.

c. Convocatoria:

Se realiza a través las bases de datos actualizadas de líderes comunitarios, grupos de WhatsApp existentes, llamadas telefónicas, correo electrónico, para cada encuentro se envía material informativo el cual es enviado por los gestores territoriales.

d. Desarrollo del proceso formativo:

El proceso formativo se realizará utilizando como dispositivo pedagógico el taller formativo para cualquiera de las modalidades. Las orientaciones para su diseño se presentan en el siguiente numeral.

8.2. El taller formativo como dispositivo pedagógico:

El taller pedagógico es una metodología de aprendizaje activo, de base constructivista, donde los participantes no reciben la información ya elaborada por otros, sino que el conocimiento se construye colectivamente a través de la búsqueda y la indagación por sus propios medios. En ello puede intervenir un mediador u orientador. Este se da en un clima de colaboración recíproca y horizontalidad entre los participantes y el formador.

En este transcurso, se propician espacios para el habla, la escucha, la recuperación de memoria, la reflexión teórica, y la construcción de nuevos sentidos en el ámbito de acción colaborativa, el cual está permeado por relaciones dialógicas entre los participantes, haciendo posible el reconocimiento y la valoración de las experiencias de los mismos y el conocimientos del otro, la valoración de sus expectativas y la construcción de consensos sobre lo fundamental, desde el discurso y la argumentación para llegar a acuerdos sobre lo fundamental.

Es una estrategia válida para la socialización, la transformación, la apropiación y el desarrollo de actitudes, capacidades y habilidades a partir de la participación. Siendo este un dispositivo pedagógico para construir conocimiento que convoca a la acción, supone un ambiente educativo, y un escenario de aprendizaje en el cual la experiencia que se genera permite avanzar desde las prácticas y los saberes previos de los participantes, hacia un proceso de conceptualización que conduce a la apropiación de distintos y nuevos saberes, y al saber hacer en un contexto particular.

El taller pedagógico es una experiencia de aprendizaje colaborativo y solidario, a través de la comunicación y de una relación dialógica que posibilita el aprendizaje individual, con retroalimentación grupal, lo que exige una dinámica de creatividad y participación, aplicando diferentes métodos y técnicas interactivas de aprendizaje, coherentes con el trabajo que realizan los participantes.

Desde el punto de vista metodológico, el taller consta de seis momentos:

- a. **Encuadre:** contexto de la actividad, ¿qué hemos construido? (encuentros o actividades previas en el proceso), ¿qué vamos a construir? (objetivos e intencionalidades) y resultados o logros esperados.
- b. **Momento para el encuentro:** que posibilita un espacio de acercamiento y afiliación
- c. **Recuperación de saberes** (ser, saber, saber hacer, saber estar con otros) y de experiencias previas, respecto a la realidad a reflexionar.
- d. Construcción y ampliación conceptual: adquisición de nuevos conocimientos, capacidades y habilidades, comprensión y reflexión con mayor profundidad.
- e. **Reflexión/acción del conocimiento:** La integración de las vivencias, saberes y prácticas para la transformación de la realidad, puesta en práctica de los conocimientos, habilidades y actitudes desarrolladas.
- f. **Valoración:** seguimiento al proceso/ conclusiones/ logros: Transversaliza el taller y permite analizar y reflexionar todos los momentos del taller, tanto en lo referido a la metodología, la participación y la construcción de conocimiento, como a las experiencias de aprendizaje de los actores.

El taller pedagógico se asume como estrategia válida para la construcción de sujetos políticos, apoyada en la actualización y construcción de conocimientos; donde se configuran intencionalidades y experiencias significativas de diferente naturaleza, donde convergen además lenguajes, saberes, ideologías y posturas éticas que han de ser resignificadas y apropiadas por todos los actores implicados en el proceso. (Secretaría de Participación Ciudadana, Alcaldía de Medellín, 2019)

6. Glosario y conceptos resumidos:

- **Plan de Desarrollo Distrital:** es una herramienta de gestión que promueve el desarrollo social en un determinado territorio. De esta manera, sienta las bases para atender las necesidades insatisfechas de la población y para mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos.
- **Plan territorial de salud:** Es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.
- **Plan comunal de salud:** es un instrumento de gestión en salud a nivel local que define las estrategias y prioridades para la red de salud de la comuna. Se implementa de manera anual con la participación de la comunidad y los funcionarios del sector.
- **Mesa Ampliada de Salud:** Espacio de participación social esencial para la convergencia y cualificación de los líderes y lideresas en salud.
- **Comité de participación Comunitaria en salud- COPACOS:** Es un escenario de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, encabezado por el Alcalde Local o su delegado, y del cual hacen parte representantes de organizaciones sociales y comunitarias de la localidad, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2.10.1.1.7 del Decreto 780 de 2016. Pueden pertenecer todas las organizaciones sociales y comunitarias legal o socialmente reconocidas que tengan presencia en la localidad y cuya delegación esté acreditada mediante carta de la respectiva organización.
- **Participación social en salud:** es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y es su responsabilidad aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
- **Junta de Acción comunal- JAC:** Es una organización social, cívica y comunitaria, de naturaleza solidaria, sin ánimo de lucro, de carácter privado, autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, compuesta por los habitantes mayores de 14 años de un barrio, vereda o un territorio, que se organizan con el objetivo de solucionar los problemas más sentidos de su comunidad.
- **Junta Administradora Local- JAL:** Son corporaciones públicas elegidas por voto popular por un periodo cuatro años. Éstas buscan fortalecer la participación ciudadana y hay una JAL por cada comuna.
- **Gestión territorial en salud:** Hace referencia al conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación de una atención integral en salud.
- **SISBEN:** Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan.
- **Control social:** Es el conjunto de prácticas y mecanismos que involucran a la ciudadanía en el ejercicio público mediante el seguimiento a los planes programas y proyectos institucionales para garantizar transparencia a la gestión pública y vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente en el sector salud.

- **Veeduría en salud:** el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública
- **Rendición de cuentas:** se entiende como una obligación de las entidades de la Rama Ejecutiva y de los servidores públicos del orden nacional y territorial, así como de la Rama Judicial y Legislativa, de informar, dialogar y dar respuesta clara, concreta y eficaz a las peticiones y necesidades de los actores interesados (ciudadanía, organizaciones y grupos de valor*) sobre la gestión realizada, los resultados de sus planes de acción y el respeto, garantía y protección de los derechos.
- **Tecnologías de la Información y las Comunicaciones -TICS:** Son el conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios; que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de información como: voz, datos, texto, video e imágenes (Art. 6 Ley 1341 de 2009).
- **Plan de Beneficios:** 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), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS.
- **Ley Estatutaria:** La ley estatutaria no es una ley ordinaria. Tiene un rango superior sobre las demás leyes y su estudio es de carácter prioritario. Ese rango de superioridad se lo da el hecho de que la naturaleza de los temas que trata son la espina dorsal de la Constitución Política. Cuando la ley está vigente, comienza a hacer parte de la Constitución política.
- **Salud mental:** Es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.

8.3. Guías pedagógicas e instrumentos:

Ver anexo: Formato taller pedagógico.

El anexo puede visualizarse ingresando en el siguiente enlace:
https://1drv.ms/w/s!AgPOGwulANDZg_AXx5c0pT_sFOFzuA?e=VGqsBM

8.4. Didácticas para considerar:

El Sistema de Formación Ciudadana para la Participación en sus lineamientos pedagógicos plantea un horizonte de formación que pretende el fortalecimiento de las ciudadanías críticas y activas, conscientes de su entorno, con un sentido de corresponsabilidad y empatía, que en el marco de la praxis ética y la imaginación propendan por el bien común y el desarrollo territorial.

Estos lineamientos acogen como marco conceptual y metodológico las pedagogías críticas que conjugan aspectos de la acción comunicativa y de las teorías que tienen en común una intención emancipadora desde prácticas comunicativas- dialógicas que potencian la reflexión y toma de postura de los sujetos, frente a los fenómenos de sus contextos.

Para la dinamización de estos procesos dialógicos, el SFCP propone las didácticas críticas como dispositivos pedagógicos que permiten lecturas trascendentes y posibilitan también procesos de reflexión – acción que apoyados en la enseñanza problémica, la educación social, popular y la animación sociocultural, que buscan dinamizar la construcción y apropiación colectiva de conocimientos, mediante un reconocimiento de las subjetividades y las construcciones históricas como sujetos y como comunidades.

En este sentido, la educación social y educación popular, tiene como propósito facilitar la acción transformadora, a partir de la comprensión crítica de su realidad, facilitando los procesos de desarrollo comunitario que conllevan a desarrollar alternativas de superación de las condiciones de injusticia, exclusión e inequidad, como un acto consciente para un actuar pensado.

En el cumplimiento de esta función de construcción de conocimiento se enfoca la reflexión hacia las relaciones entre sujeto y entorno, cultura y sociedad, modelo cultural y modelo de desarrollo; para facilitar la acción transformadora, a partir de una comprensión crítica de la realidad, para mejorar sus condiciones de vida, facilitando los procesos de desarrollo comunitario.

Finalmente es esta toma de conciencia moviliza procesos de intervención y transformación social que tiene como presupuesto necesario, la formación de sujetos sociales críticos, éticos, con autonomía moral y social, sensibles a las dinámicas sociales, culturales y políticas, que inciden en la construcción de subjetividades políticas y el ejercicio de una ciudadanía activa e integral.

8.5. Banco de herramientas:

El banco de herramientas, como su nombre lo indica, es una compilación de diferentes técnicas pedagógicas y metodológicas, que viene realizando la Unidad de Gestión Formativa para la Participación, mediante las cuales el facilitador de un proceso formativo podrá desarrollar los diferentes momentos del taller pedagógico. Es de anotar que estas herramientas son de carácter abierto, es decir, se deben aplicar realizando variaciones que atiendan a las intencionalidades pedagógicas y particularidades de los grupos y contextos en los que habitan o intervienen.

Estas herramientas son dinamizadoras del conocimiento en tanto el facilitador, tendrá la oportunidad de conocer, comprender y retroalimentarse del acervo de conocimientos que tienen los participantes y que se viene transmitiendo de generación en generación.

En el banco de herramientas, se disponen elementos que facilitan las intervenciones y desarrollo de ejercicios de orientación de procesos formativos para la cualificación de la participación, pero más importante aún, es que se aprehendan e incorporen estas metodologías para crecimiento personal y profesional en el desarrollo de la vida cotidiana.

8.6. Técnicas interactivas (Secretaría de Participación Ciudadana, Alcaldía de Medellín, 2019):

A diferencia de las técnicas que se usan tradicionalmente, en el ámbito educativo, se propone utilizar “técnicas interactivas” en los diseños metodológicos para educación social y educación popular. Estas técnicas son “dispositivos que activan la expresión de las personas y facilitan el hacer ver, hacer hablar, hacer

recuperar, hacer recrear y hacer analizar; son mecanismos que permiten visibilizar sentimientos, vivencias y formas de ser, creer, pensar, actuar, sentir y relacionar”

Para su conceptualización se retoman los desarrollos teóricos y metodológicos propuestos por el profesor Alfredo Ghiso Cotos, producto de la investigación realizada con grupo de estudiantes de la Fundación Universitaria Luis Amigó. (García, B.; Guiso, A., 2002)

Aunque no son juegos, las técnicas interactivas, retoman el juego como componente sociocultural que promueve la integración del grupo, la empatía, la confianza, la diversión, la inventiva, el trabajo creador; la revitalización de la memoria, la conciencia de corporalidad, el movimiento, el reconocimiento de los otros como iguales, la libertad y activación de la expresión; además, las técnicas permiten evidenciar la forma como los sujetos establecen acuerdos y consensos y reflexionan sobre ellos.

La clasificación de las técnicas interactivas que se propone toma en cuenta los momentos y las intencionalidades que se pueden presentar en un proceso formativo orientado por la metodología de la educación popular.

a. Descriptivas:

Son las técnicas que, a partir del dibujo, la pintura, la escritura, el retrato o la fotografía, les permiten a los sujetos plasmar y narrar hechos, situaciones, momentos y ambientes, e informar sobre los componentes y características de su realidad, y sobre las percepciones y comprensiones que tienen de ella; al utilizar técnicas descriptivas se busca que las personas expresen el mundo, tal como lo viven y lo experimentan cotidianamente. El lenguaje como texto social permite la expresión y el desciframiento de modos de sentir, pensar, actuar y relacionar.

Las técnicas descriptivas tienen tres niveles de comprensión: inicialmente se pregunta por el “qué”, es decir qué ven, qué piensan, qué sienten, qué hacen, qué ocurrió; el segundo interrogante alude a la explicación o comprensión de eso que ya se “reportó”, a las causas, las relaciones y el “por qué”; y el tercer nivel se ocupa del “cómo”, cómo sienten lo expresado, cómo lo viven, cómo lo interpretan. Estas técnicas posibilitan indagar, producir información y recrear mentalmente los procesos y contextos en los que se encuentran inmersos los sujetos en formación y además permiten reconocer y explicar situaciones de su cotidianidad.

Las técnicas descriptivas posibilitan procesos de autorreflexión y reconocimiento del contexto a partir de la participación y el trabajo colaborativo que favorecen la constitución de subjetividades políticas. Algunas de ellas son: colcha de retazos, mural de situaciones, cartografía, el mapa parlante, diagramas o modelos visuales.

Histórico– narrativas:

Tienen el interés de rescatar la experiencia de los sujetos, y recuperar hechos y procesos del pasado que cobran vida en el presente e inciden en el futuro. Con estas técnicas se busca interpretar y comprender las vivencias teniendo en cuenta el contexto en el cual se desarrollaron, se pretende que los sujetos construyan sus propias narrativas y representaciones, y que puedan potenciar “la memoria colectiva que se alimenta y pervive en las tradiciones orales, lúdicas y estéticas, los recuerdos individuales, en los archivos de baúl, en el territorio, en los objetos, en las fotografías y en el propio cuerpo; (la memoria) se activa y actualiza en las bregas de la vida cotidiana.” (Torres Carrillo, 2001)

Con las técnicas histórico-narrativas se pueden evocar momentos significativos y recuperar la memoria individual y colectiva para interpretar y comprender lo que se vio, para descubrir articulaciones, relaciones y sentidos.

Este tipo de técnicas favorecen el desarrollo de la capacidad de imaginación narrativa y el reconocimiento de imaginarios sociales que inciden en la formación ciudadana. Son ejemplos de este tipo de narrativa, el foto lenguaje, foto historia y el retablo.

b. Analíticas:

Llevan a los sujetos a reflexionar acerca de sus propias vidas, los problemas y la realidad sociales que habitan; esto se logra estableciendo relaciones y cruces entre los aspectos que son evidentes y haciendo tránsitos y comparaciones que induzcan a comprender situaciones reales de la sociedad y la vida misma. Estas técnicas facilitan la comprensión y explicación de los sentidos que están ocultos detrás de la cotidianidad de las acciones e interacciones de los sujetos con su entorno y permiten descubrir las causas que motivan a los actores de una realidad a interactuar en ella, a habitarla y a configurarla de una manera determinada.

Con el uso de estas técnicas se busca que los sujetos se acerquen a su realidad y hagan un análisis más profundo y dinámico de ella al encontrar conexiones y contradicciones entre los diferentes aspectos que la componen. El análisis parte de lo que se expresa en el desarrollo de la técnica misma, buscando que el sujeto ponga en común formas de pensar, sentir y creer, y que relacione lo que ha experimentado en el ejercicio con su propia vivencia.

Estas técnicas interactivas favorecen la formación de conciencia crítica y la praxis ética, que posibilitan nuevas comprensiones del mundo y el reconocimiento de la responsabilidad social de los ciudadanos y la necesidad de establecer relaciones dialógicas para la construcción de consensos y disensos, la intervención y la transformación social. Algunas de ellas son: Árbol de problemas, el juicio, el foro, el sociodrama, el diagnóstico rápido participativo y la lluvia de ideas.

c. Expresivas:

Permiten a los sujetos manifestar sus sentimientos y pensamientos y para ello se valen de expresiones gestuales, orales, escritas, musicales y plásticas, en ellas las personas elaboran relatos sobre el mundo de la vida y ponen a prueba signos y símbolos que permiten el acercamiento comprensivo y la expresión de sus formas de constituirse como sujetos sociales.

Estas técnicas favorecen el desarrollo de capacidades comunicacionales, de afiliación y la formación de emociones morales que potencian los sentimientos y de compasión, solidaridad e inclusión. Entre ellas están: Colcha de retazos, mural de situaciones, siluetas, el juicio y el sociodrama.

d. Colaborativas:

Este tipo técnicas permiten un trabajo colaborativo entre los sujetos, por lo que articula sus pensamientos, emociones y acciones en el desarrollo de un ejercicio común, del cual se genera un aprendizaje mutuo, en el que se capitalizan los recursos y optimizan los esfuerzos, afianzando las relaciones y generando nuevos vínculos interpersonales.

Estas técnicas requieren de un intercambio activo y efectivo de ideas, lo que favorece el desarrollo de capacidades comunicacionales, hace más fácil la toma de decisiones conjuntas y posibilita avanzar en la construcción de un consenso grupal, evitando la discriminación, favoreciendo la inclusión y el reconocimiento

de la diversidad en el trabajo colaborativo. En el desarrollo de este tipo de técnicas surge la dinámica de roles, en donde la comprensión de los liderazgos y de las culturas subyacentes cobra relevancia dado que permite el reconocimiento de la otredad en el intercambio de ideas y el ejercicio de la participación ciudadana. Entre ellas están: La torre de poder, el laberinto de dédalo y el nudo humano.

e. Documentales:

Este tipo técnicas facilitan el análisis y la compilación de datos, sirven de apoyo para el levantamiento del diagnóstico, la elaboración de procesos documentales y de sistematización; utiliza procesos lógicos y mentales que permiten redescubrir hechos, plantear problemas y elaborar hipótesis, aumentando el conocimiento y reforzando la memoria.

Sirve como instrumento de organización de la información que contiene fases y etapas que facilitan el proceso de identificación, recolección y análisis de los conocimientos y experiencias de los sujetos participantes, al igual que el reconocimiento del contexto.

f. Ambientes Virtuales de Aprendizaje:

En caso de considerar la realización de procesos formativos utilizando ambientes virtuales de aprendizaje – AVA- es posible adaptar ciertas de estas técnicas considerando el uso de herramientas que permitan la construcción en línea y la interacción necesaria para propiciar espacios constructivos que permitan el logro de los objetivos. Para ello será necesario contar con personal idóneo en términos de diseño gráfico, creativos, comunicadores y otros perfiles y requerimientos que se estimen pertinentes.

Ver anexo de herramientas virtuales:

<https://bancodeherramientas2020.jimdofree.com/>

Además, desde el equipo de participación en salud se tiene una caja de herramientas la cual contiene las presentaciones de los talleres formativos que se desarrollaran durante el año:

Ver anexo:

<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1uO5CP4i3PkpXCyDLYS-nuJYD5EVaU7fn>

7. Otros requerimientos pedagógicos, logísticos y de recurso humano

En la aplicación del plan formativo es necesario contar con el personal idóneo, tal como profesionales técnicos, del equipo de PPSS (participación social en salud) expertos temáticos, pedagogos del centro de formación, entre otros. Quienes permitirán el desarrollo de cada estrategia pedagógica, que se desarrolla en las MAS (mesas ampliadas de salud)

así como la evaluación continua de éstas, lo que permitirá determinar los ajustes pertinentes a cada proceso, generando una mejora oportuna del plan.

Así mismo se requieren recursos logísticos y locativos, que son definidos en el siguiente apartado.

7.1. Recursos

En este apartado se definen los recursos humanos y logísticos requeridos para cada actividad que se desarrolla de forma general por parte del equipo de PPSS. La cantidad que requerir será definida según el número de asistentes a las Mesas Ampliadas de salud.

Tabla 3. Listado de recursos generales.

TALLERES FORMATIVOS Y REUNIONES DE MESAS AMPLIADAS DE SALUD	
Componente	Recurso
Humano	Experto temático y/o Gestor (a) territorial.
	Registro asistencia
	Registro fotográfico
	Evidencias (acta y presentación en power point)
Logístico	Computador portátil
	Acceso a internet
	Video beam o TV
	Listas de asistencia externa
	Fichas bibliográficas
	Lana
	Ganchos de ropa
	Cartulina
	Marcadores de colores
	Lapiceros
	Colores
	Cinta de enmascarar
	Juegos didácticos
	Refrigerios
Locativos	Auditorios
	Bibliotecas
	Sedes sociales (JAC- Clubes de vida- Casa de cultura, JAL)
	Unidad de Vida Articulada- UVA
	Unidad Prestadora de Servicios de Salud- UPSS
	Centro de Desarrollo Social

8. Indicadores:

- 1- # de asistentes/ # de convocados.
- 2- # de reuniones realizadas.

9. Metas

Las siguientes metas son planteadas para el 2023:

1. Realizar 252 reuniones ordinarias de Mesa Ampliada de salud
2. Realizar 252 reuniones Ordinarias de COPACOS
3. Realizar 252 reuniones de Mesa de Gestión Territorial
4. Realizar 30 visitas a IPS
5. Realizar 4 Encuentros de COPACOS de Ciudad
6. Realizar 6 reuniones del Consejo Territorial de Seguridad Social en salud
7. Realizar 1 evento de certificación del Plan Formativo de las Mesas Ampliada de Salud
8. Realizar 1 informe de gestión de la SSM a la comunidad
9. Realizar 1 Rendición de cuentas
10. Validación de las problemáticas de los 21 planes comunales de salud
11. Apoyar la ruta de PDL y PP en las 21 comunas
12. Elaborar la matriz de gestión territorial de las 21 comunas
13. Realizar 21 ejercicios de control social con los copacos
14. Acompañamiento al proceso de formación de las veedurías

10. Propuesta para el seguimiento al plan formativo y mejora continua

La evaluación y seguimiento del plan formativo se realizará a través de encuestas pre-test y post-test de evaluación a los asistentes (permiten evaluar la calidad de las actividades), ya sea de forma física o virtual a través de formularios de Google forms.

La epidemióloga del equipo de participación en salud será la encargada de realizar un análisis de estas encuestas y generará un informe con anexos acerca de lo analizado y la conducta a seguir según sea el caso.

11. Cronograma de implementación del plan

Ver anexo: Cronograma Plan de formación.

12. Referencias Bibliográficas:

BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID (1995). Reunión especial sobre Reforma del sector salud. Washington, D.C., 29-30 de septiembre.

Cahuich Campos, M. (2004). "La construcción de una economía y salud solidarias". Publicación de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.

Cequeira, M.T. y D. Mato (1998). "Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud". En: Haro, A. y B. De Keijzer (1998) (coords.). Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. El Colegio de Sonora, OPS, Prodessep. Hermosillo.

- Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria (1999). "Reformas de Salud en Centroamérica, vistas desde la perspectiva de la salud comunitaria". Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud "La reforma del sector salud en las Américas", del 19 al 22 de octubre, La Habana, Cuba. Consultado en junio de 2006. Disponible en www.phmovement.org/doc/spanish/phm-reformas.doc
- Ferrara, F. (2003). Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad. Buenos Aires: La rosa blindada.
- Findling, L. y Tamargo, M. (1994). Planificación, descentralización y participación. Revisión crítica. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Foro Social de Salud (2004). "Presentación y objetivos". Consultado el 10 de diciembre de 2004. Disponible en www.forsalud.org.ar.
- Grodos, D. y Béthuna, X. (1988). "Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". En: Cuadernos Médico Sociales, núm. 46, pp. 71 a 86.
- Kalinsky, B., Arrué, W. y Rossi, D. (1993). La salud y los caminos de la participación social: marcas institucionales e históricas. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Levav, I. (comp.) (1992). Temas de Salud Mental en la Comunidad. Buenos Aires: O.P.S./O.M.S., Serie Paltex.
- Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.) (2006). Participación social ¿para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (coord.) (1999). Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989. México: Instituto Mora.
- (1998). "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En: Cuadernos Médico/Sociales. Núm. 73, pp 5-22. Rosario.
- Molina-Rodríguez, J. F., M. Daquilema y C. Gómez-Bautista (1992). "Participación social en salud. Una experiencia en Simojovel Chiapas". En: Salud Pública. Núm. 34, pp. 660-669, México.
- Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós.

— (2001). Reflexiones sobre los fundamentos éticos de la Psicología Comunitaria. OPS.

OPS/OMS (1994). La salud en las Américas. Vol. I. OPS/OMS. Washington, D.C.

Muñoz Ramírez, G. (2004). “Los Caracoles: reconstruyendo una nación”. En: *Rebeldía*, núm. 23, año 2, pp. 3-24. México.

Pereira Colls, A. C., Zambrano Vergara, R. y Hernández Flores, M. (2002). “Participación Social en Salud y Calidad de Vida”. En : *Rev. Vzlna. de Soc. y Ant.*, sept., vol. 12, núm. 35, pp. 567-585.

Producción colectiva (2003). Causas y Azares. Dilemas del nuevo protagonismo social, Borradores de Investigación 4. Buenos Aires: Publicación del Colectivo Situaciones.

Spinelli, H. (1999). “Seminario taller sobre participación popular en Nicaragua”. En: Menéndez, E. (coord.). *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989*. México: Instituto Mora. Pp. 93-123.

Ugalde, A. (1999). “Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención en Salud”. En: Menéndez, E. (coord.). *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989*. México: Instituto Mora. Pp. 29-45.

Uzcátegui, J. L. (2005). “Salud y participación popular. Hacia una ciudadanía plena”. En: *Cuadernos para la Emancipación Salud*. Venezuela.

Zaldúa, G., Sopransi, M. B. y Veloso, V. (2004). “La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación”. En: *XII Anuario de Investigaciones*. Fac. de Psicología de la UBA.

Tomado de: (<https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-3-la-participacion-social-en-salud-desde-la-perspectiva-de-las-organizaciones-populares/>)

