

Implementación del modelo para la gestión territorial en Salud basada en comunidad, en el marco de la política de participación social en salud

**Una experiencia para el fortalecimiento de la
gobernanza en salud territorial y comunitaria.
Medellín 2014 -2021**





Implementación del modelo
para la gestión territorial en Salud
basada en comunidad, en el marco de
la Política de Participación Social en Salud:

Una experiencia para el fortalecimiento de la
gobernanza de la salud territorial y comunitaria
Medellín 2014 -2021

Alcaldía de Medellín
Secretaría de Salud
2021



Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud

Jennifer Andree Uribe Montoya

Secretaria de Salud de Medellín

Rosa Milena Lopera Carvajal

Subsecretaria de Salud Pública

Ruth Helena Mena Pino

Subsecretaria de Gestión de Servicios

Narda Constanza Moreno

Subsecretario Administrativa y financiera

Monica Sanchez Mayorga

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Documento elaborado por

Veronica Lopera Velasquez

Eduardo Santacruz San Martín

Deisy Rios Castro

Equipo de participación social en Salud

Luis Augusto Hurtado

Rosa Luz Monsalve

Maria Catalina Ortiz

Astrid Elena Pulgarin

Yubinza Gonzalez

Maria Elizabeth Blandón

Ivan Darío Henao



Contenido

1. Introducción	7
2. Descripción de la experiencia.....	10
2.1. Antecedentes	
2.2. Metodología para la implementación del modelo	
2.3 Objetivos	
2.4. Recursos para la implementación	
2.5. Articulación de la política de participación social en salud con el modelo de GTSbC	
3. Avance en la implementación del Modelo de Gestión Territorial en Salud basado en comunidad. Medellín 2014 -2021	28
4. Logros en el proceso de implementación del modelo de GTSBC	30
5. La Evaluación.....	45
5.1. Evaluación Mesas de Diálogo	
5.2. Evaluación Redes y activos sociales	
5.3. Evaluación proceso capacitación a líderes	
5.4. Medición del Empoderamiento estructural para el fortalecimiento comunitario de las acciones de salud territorial	
5.5. Medición de la gobernanza territorial para la salud y COVID 19	
5.6. Medición capital social comunitario en salud	
5.7. Evaluación de una de las prácticas salutogénicas para superar las inequidades en salud en la Comuna 1-Popular	
6. Recomendaciones para continuar el proceso en 2022 - 2023	68

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Planteamiento gráfico del modelo de Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad.....	17
Ilustración 2. Modelo de operación de las mesas intersectoriales	22
Ilustración 3. Total mesas de diálogo realizadas en cada comuna. Medellín 2014 - 2021	33
Ilustración 4. Asistentes a las mesas de diálogo realizadas en cada comuna. Medellín 2014-2021	33
Ilustración 5. Percepción de las mujeres frente a las problemáticas exacerbadas por COVID 19.2020-2021	35
Ilustración 6. Percepción de los hombres frente a las problemáticas exacerbadas por COVID 19.2020-2021	35
Ilustración 7. Percepción frente a las problemáticas exacerbadas en los niños por COVID 19.2020-2021.....	35
Ilustración 8. Percepción frente a las problemáticas exacerbadas en los adultos mayores por COVID 19.2020-2021	36
Ilustración 9. Percepción frente a las problemáticas exacerbadas en la comunidad general por COVID 19.2020-2021	36
Ilustración 10. Actores y activos identificados en cada comuna. Medellín 2014-2021	37
Ilustración 11. Avance Fortalecimiento de redes y alianzas comunitarias. Medellín 2014-2021	39
Ilustración 12. Total capacitaciones COPACOS y Mesas de salud. Medellín 2014 - 2021	40
Ilustración 13. Avance en la gestión del plan de trabajo de COPACOS. Medellín 2021	44
Ilustración 14. Ejercicio cartográfico con los activos identificados para trabajar el tema de Salud Sexual y Reproductiva en la Comuna 1. Proyecto Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad. Componente de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación.2018	48
Ilustración 15. Distribución de activos sociales y comunitarios. Proyecto Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad Componente de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación 2018	50
Ilustración 16. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la Covi-19. Proyecto GTSbC 2021	53
Ilustración 17. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la Comunicación en salud. Proyecto GTSbC 2021	54



Ilustración 18. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la participación. Proyecto GTSbC 2021	54
Ilustración 19. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la planificación. Proyecto GTSbC 2021	55
Ilustración 20. Acciones desde el papel de líder comunitario que han realizado en su comunidad frente a la Covid-19. proyecto GTSbC, 2021.....	60
Ilustración 21. Evaluación gobernanza territorial:	
a) salud en el entorno comunitario	
b) acciones de autocuidado y cuidado en el hogar promovidas por los líderes	
c) acciones gestionadas por el líder para apoyar la comunidad	
d) acciones gestionadas por el líder y la comunidad en conjunto	61
Ilustración 22. Índice capital social comunitario según curso de vida. Medellín	65

1. Introducción

En Colombia, a partir de la Constitución Política Nacional de 1991, diferentes normas promueven la participación de las comunidades en la toma de decisiones importantes; en la Constitución se fortalece la participación al establecer que Colombia es un Estado Social de Derecho, descentralizado, con autonomía regional, pluralista y participativa.

Asimismo, la Ley 1438 de 2011 en su artículo 6° establece que el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y los planes territoriales de salud se construirán con amplia participación comunitaria. Para su implementación, esta Ley se reglamentó mediante la resolución 1841 de 2013 y la resolución 1536 de 2015. Así mismo, promueven la participación y en especial en salud, la Ley 154 de 1994 orientaciones de planeación territorial, Ley 715 de 2001 competencias y asignación de recursos territoriales, Ley 1122 de 2007 Define la salud pública y su ámbito de acción, Artículo 32, Ley 1450 de 2011 Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1454 de 2011 Norma orgánica de ordenamiento territorial, entre otras, y la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social 2063 de 2017, en la cual se establece la política de participación social en salud.

Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 en el territorio nacional se ha logrado aumentar la cobertura de aseguramiento en salud, ampliar y unificar los planes de beneficios, crecimiento de la oferta de servicios de salud, mejora en la seguridad del paciente, disminución de gastos de bolsillo y una orientación hacia el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que impone nuevos retos, como un abordaje desde los determinantes sociales de la salud y la salud como derecho.

La participación fue un pilar fundamental planteado desde la misma ley 100 de 1993 y reglamentada por el Decreto 1757 de 1994, por medio del cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud; luego compilado en el Decreto 780 de 2016, estas normas definen la participación social como: "el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos 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. Sin embargo, se evidencia debilidad y falta de articulación en la gestión de agentes, débil participación comunitaria, desafíos en la sostenibilidad financiera del sistema, desconfianza y falta de transparencia entre los actores involucrados. Esta situación, a todas luces, trae consigo inequidades en salud a nivel



poblacional, regional y local.

Como parte de la respuesta para la implementación de la ley 1751, "Ley estatutaria en salud", el Ministerio de Salud reglamenta la Política de atención integral en salud PAÍS, modificada de forma posterior por la Resolución 2626 de 2016, donde se establece el modelo integral en salud, el cual incluye la definición de una nueva estructura de operación de todos los actores en salud basado en la atención primaria en salud, los determinantes sociales y territoriales y la gestión del riesgo individual y colectivo, para ello establece las redes integrales de atención y las rutas integrales de atención, y como una de las más importantes está la implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, RPMS, donde la articulación con la participación social y comunitaria es uno de los fundamentos de la promoción de la salud.

La Secretaría de Salud de Medellín, en el proceso de adaptación del Modelo de atención integral en salud MIAS, luego modelo de atención integral territorial MAITE, ha definido la necesidad de articulación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad definidas en el plan de intervenciones colectivas -PIC- y las acciones a cargo de las Entidades Administradoras del Planes de Beneficios EAPB, a través de las estrategias de equipos básicos de salud. Sin embargo, según los lineamientos del Ministerio de Salud y protección social, es necesario el despliegue de acciones de tipo poblacional, comunitario e intersectorial para la movilización social, la participación social en salud y la intervención de los determinantes de salud del territorio, teniendo como base los entornos como escenarios de transformación social.

Es así como, el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, fomenta la construcción de acuerdos interinstitucionales y con la comunidad para la intervención de las prioridades poblacionales, a través de la gestión de todos los integrantes del sistema en el territorio.

En este sentido, la participación social y la gestión territorial en salud son ejes fundamentales para llevar a cabo de forma eficiente la Atención Primaria en Salud (1), el cual parte del trabajo intersectorial con los actores territoriales para la identificación y el reconocimiento de las necesidades en salud del territorio, teniendo en cuenta su contexto, con un enfoque de derechos, étnico y diferencial y lograr así la implementación de una atención integral en salud a la población en general. De esta manera a partir de estos ejes, se puede consolidar el control social como herramienta

fundamental para la buena gestión pública y la transparencia, la cual vincula a la ciudadanía y a la comunidad en los procesos de seguimiento y ejecución de los recursos públicos(2).

La Secretaría 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 (3). 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.

En este documento damos cuenta de ese recorrido de la Secretaría de Salud de Medellín desde el año 2014 hasta el 2021 en el proceso de implementación del modelo de GTSbC en el marco de la política de participación social en salud, abordando desde sus ejes conceptuales hasta los resultados de implementación y algunos ejercicios evaluativos que se han desarrollado en algunos territorios.



2. Descripción de la experiencia

2.1. Antecedentes

2.1.1. Política de participación social en salud

La gestión territorial y la participación social en salud, se logra mediante acciones de gestión y apropiación de herramientas comunitarias que facilitan liderazgos activos, participativos y propositivos al interior del territorio, esto implica un acompañamiento efectivo para dejar capacidad instalada en la comunidad, propender por la autonomía y continuidad de los programas y proyectos en los territorios, con el fin de que no dependan exclusivamente de la voluntad administrativa y política. Para el caso específico de la participación social en salud, la resolución 2063 de 2017 establece la política de participación social en salud (PPSS), con cinco ejes que propenden por:

- 1)Fortalecimiento institucional,
- 2)Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud,
- 3)Impulso a la cultura de salud,
- 4)Control social en salud; y
- 5)Gestión y garantía en salud con participación en proceso de decisión.

Para una adecuada planificación de la gestión territorial y participación social en salud se parte de elaborar el inventario de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que están en el territorio, además inventarios de los recursos humanos, técnicos y financieros. Así mismo, se incluirán los diagnósticos en salud, lo cual implica revisión, documentación y contextualización de las problemáticas, con estos y otros insumos se orientará la construcción de los planes de acción, se concertarán las agendas y los cronogramas de trabajo, siendo esto el punto de partida para la gestión territorial. Cada uno de los procesos mencionados se enmarcan dentro de los ejes estratégicos de la PPSS y son oficializados a través del plan de acción anual de la misma Política, al cual se le realiza seguimiento semestral, que se integra a la estrategia de apropiación social del conocimiento a través de herramientas como el Observatorio de Salud Pública de Medellín y la realización del Análisis de Situación de Salud (ASIS).

El concepto de articulación se vuelve un eje transversal para la gestión territorial, ya que posibilita a las instituciones y sus representantes, conocer y compartir experiencias, actitudes, aptitudes, alternativas, recursos, entre otros., frente a un problema y desde allí construir colectivamente orientaciones o soluciones para el

mismo, lo que se materializa en apuestas planificadas de trabajo, agendas concertadas y funciones claras entre la institucionalidad y las comunidades (3).

La articulación está concebida para que vaya más allá de generar espacios de encuentro y de reunión, se trata de crear escenarios que sean dinámicos y se relacionan directamente con la motivación, interés e intención de quienes deciden trabajar conjuntamente. Esta se define como un proceso de engranaje permanente que permite la integración de actores sociales ya sea de tipo comunitario, público o privado para dar cumplimiento a un objetivo en común, posibilitando el despliegue de sus potencialidades y facilitando una intervención integral; lo que contribuye a la optimización de los recursos humanos, técnicos y financieros (4). La siguiente tabla incluye los ejes y líneas de acción de la Política de Participación social en Salud, que se desarrollan a través del ejercicio con las comunidades e instituciones y que son competencia del Municipio de Medellín.

Tabla 1. Líneas de acción por eje estratégico de la Política de Participación Social en Salud, resolución 2063 de 2017.

Política de Participación Social en Salud	
Eje estratégico	Líneas de acción
Fortalecimiento institucional	a. Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras administrativas, el recurso humano dedicado al fomento y gestión de los procesos de participación y en el desarrollo de la Política de Participación.
	b. Definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social, así como, herramientas pedagógicas, didácticas y tecnológicas que permitan la intervención de la comunidad en el sector.
	c. Desarrollar una estrategia sistemática de asistencia técnica a las entidades territoriales y a los actores del sistema para la implementación de la PPSS.
	d. Establecer mecanismos de cofinanciación de proyectos de inversión en los diferentes niveles de gobierno destinados a la promoción y gestión de la participación social en salud.
	e. Realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud.
	g. Transversalizar los procesos y dinámicas de participación social en el ciclo de las políticas públicas del sector salud a nivel territorial.
	h. Incorporar el enfoque diferencial en el desarrollo de los espacios de participación en salud en la definición e implementación de los programas del sector salud.



Política de Participación Social en Salud	
Eje estratégico	Líneas de acción
Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión	a. Diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestación participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en la identificación, priorización, presupuestación, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno.
	b. Implementar los dispositivos que permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales, articulados a un proceso pedagógico y de comunicación estratégico e integral.
	c. Definir los mecanismos que permitan la participación de la población en la toma de decisiones en la inversión pública.
	d. Fortalecer los escenarios para la participación en la decisión.
Impulso a la cultura de la salud	a. Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades.
	b. Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria.
	c. Promover un programa de formación de formadores comunitarios en salud pública con enfoque de derechos para implementar la PPSS.
	d. Conformar y/o consolidar mecanismos y espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención.
Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud	a. Crear una estrategia pedagógica permanente en salud para cualificar a los ciudadanos en los procesos de participación, en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud.
	b. Establecer los incentivos que propicien la participación social y comunitaria.
	c. Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud.
	d. Fortalecer las estrategias de información y comunicación incluido el acceso a medios, boletines, periódicos que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos.
	e. Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud.
	f. Gestionar recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud.
	h. Definir los mecanismos para fortalecer la representación de las comunidades en los espacios de incidencia en la política pública en salud.
	i. Definir los mecanismos de consulta y de transferencia de la información requerida para garantizar la participación de la comunidad, en las definiciones de política integral de salud, en las prioridades en salud, así como en inclusiones y exclusiones.



Política de Participación Social en Salud	
Eje estratégico	Líneas de acción
Control Social	a. Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública.
	b. Mejorar el acceso a la información por parte de la ciudadanía a través de la ampliación de canales de comunicación por parte de las instituciones.
	c. Posicionar el control social como elemento básico de la democracia y la transparencia en salud, lo cual incluye el reconocimiento a veedores y a sus redes.
	d. Implementar mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.
	e. Definir e implementar una estrategia de formación dirigida a los funcionarios y la ciudadanía para el fortalecimiento y promoción del control social en las instituciones del sector salud.
	f. Crear un observatorio de participación y control social en salud.

2.1.2. Construcción del modelo de gestión territorial de salud basado en comunidad-GTSbC

La iniciativa de la construcción e implementación de un modelo de gestión territorial en salud basado en comunidad en Medellín, tiene antecedentes importantes en dos vías:

La primera, es el proceso de construcción estratégica del Plan Territorial de Salud donde se reconoce a los procesos de acción intersectoriales y de participación social y comunitaria como pilares fundamentales para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Esta construcción desde el año 2012 hasta el actual Plan territorial de Salud 2020-2023, ha contado con procesos participativos, donde las voces de las comunidades y diferentes organizaciones sociales han sido incluidas, teniendo como base metodológica la estrategia "BIT PASE a la equidad", del Plan Decenal de Salud Pública(5).

La segunda son los procesos de planeación local y presupuesto participativo, donde la salud es un eje importante para la comunidad, reflejado esto en que las acciones de salud priorizadas representan entre el primer y tercer sector con mayor presupuesto participativo priorizado. Es así como de los 21 comunas y Corregimientos de la ciudad de Medellín, durante el período de 2014 a 2021, 14 han priorizado recursos para llevar a cabo el modelo de GTSbC, los otros 7 son acompañados por el personal de la



Secretaría de Salud, a través de recursos de inversión. En siete años (2014-2021) de puesta en marcha e implementación de un modelo de GTSbC para la gestión de la salud en los territorios de Medellín, la capacidad de agencia comunitaria e institucional, reflejado en el trabajo articulado entre la Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud y los líderes comunitarios, ha permitido 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 del territorio y al promover acciones precisas para impactar los determinantes sociales de la salud y los temas priorizados por la misma comunidad. la promoción de la salud, la acción comunitaria e intersectorial, el diálogo y la gobernanza local para potenciar su salud y bienestar, generando el acercamiento a las políticas nacionales de atención en salud actuales (6).

El modelo de GTSbC, elaborado de forma participativa con la Universidad, la Secretaría de Salud y la comunidad, fundamenta su quehacer en tres firmes principios: la identificación de retos en salud y sus determinantes sociales en el territorio, de impacto comunal, a partir de las prioridades definidas por los líderes en salud, el fortalecimiento de capacidades comunitarias institucionales para la acción y coherencia del cambio social alcanzado con el capital social comunitario identificado, para darle continuidad al cuidado comunitario de la salud (6).

En otras palabras, este modelo integra la perspectiva del gobierno local en salud y las expectativas de la comunidad, reconoce 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 le son propias, especialmente las referidas a la salud mental, la salud sexual y reproductiva y la salud ambiental (6).

El modelo GTSbC, está integrado por elementos iterativos de diálogo y acción, está cimentado en trabajo de investigación participativa con enfoque crítico social, cuya resultante es la aproximación a la puesta en marcha de cambios propios de las personas que, habitando sus territorios, asumen a través de la salud la autorrealización, la armonía como capacidad de adaptación, la vida cotidiana adecuada como recurso para vivir mejor.

A continuación, se describen los momentos del modelo de gestión territorial de la salud

Tabla 2. Momentos del Modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad.

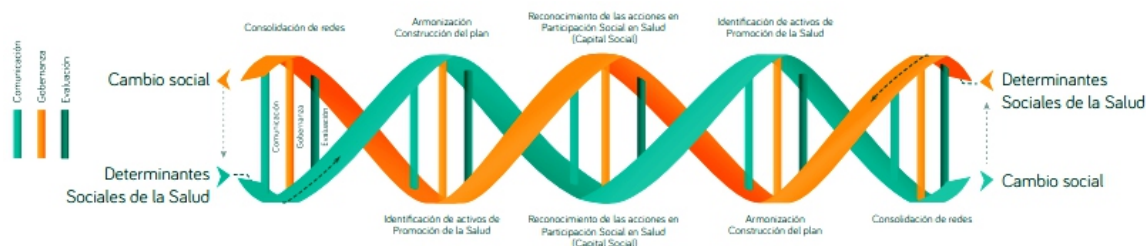
Momento 1	Identificación de necesidades y potencialidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional, así como reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de mesas de diálogo.
Momento 2	Identificación y mapeo de activos sociales, comunitarios, institucionales y de las personas, en el(los) territorio(s), en relación con el(los) problema(s) priorizado(s) por la comunidad.
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(los) problemas priorizados por la comunidad.
Momento 4	Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los líderes comunitarios y demás actores del territorio.
Momento 5	Comunicación para el cambio y la movilización social, a través de acciones de comunicación comunitaria que propendan por el cambio y la movilización.
Momento 6	Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(los) problemas priorizados por la comunidad.
Momento 7	Acciones de abogacía. Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud e integración con la academia.

2.2. Metodología para la implementación del modelo

Un pilar fundamental en el proceso de implementación del Modelo es reconocer que la voz de las personas, las familias, las comunidades, de los representantes del Estado, de las ONG, entre otros, encuentran puntos de diálogo y acuerdos para planear y gestionar el espacio - territorio (local, micro) y encuentran en la ciencia y en la técnica oportunidades para enfrentar los retos en salud e impactar los determinantes sociales de la salud-DSS- priorizados por ellos mismos. 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. La metodología ha sido transformada desde el año 2014 hasta el año 2020, adaptándose a los contextos de cada territorio y las necesidades planteadas por los actores. La implementación de cada momento no necesariamente es lineal, puede ser asincrónica y darse varios momentos en el mismo tiempo (6). (Ilustración 1).



Ilustración 1. Planteamiento gráfico del modelo de Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad.



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Momento 1. Identificación de necesidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional, así como reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de mesas de diálogo.

Este primer momento inicia con un proceso de diálogo colectivo. El reconocimiento por el otro, de sus diferencias y puntos de vista frente a una misma situación, es el principio que fundamenta, como punto de partida, el funcionamiento del modelo. A partir de estos diálogos, especialmente barriales, se identifican las potencialidades y necesidades locales y micro territoriales en salud, con los consecuentes 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.

A partir de un ejercicio de armonización entre las tensiones en salud identificadas a nivel institucional y las necesidades en salud priorizadas por las comunidades, se construye una herramienta de planificación, en un intento por elaborar cadenas de valor institucionales para la promoción de la salud, consecuentes con las propuestas comunitarias dispuestas como dispositivos de acción para los cambios en salud en los territorios. La armonización surge como insumo y preparación de los diálogos públicos para mejorar los resultados en la priorización focalizada en salud con un enfoque territorial y compartir las responsabilidades en la implementación de las



políticas públicas en salud. Este proceso promueve el seguimiento a las intervenciones públicas hechas por los decisores en salud y, por lo tanto, fortalece los consensos y mejora la gobernanza. En tal sentido, los diálogos públicos de política se convierten en el punto de llegada para la armonización, que no es más que la alineación de los planes comunales, zonales, comunitarios, con los desarrollos liderados por el gobierno local principalmente.

Para este momento se utilizan varias herramientas donde los equipos de trabajo recopilaban información de fuentes secundarias y la armonización, en lo relacionado a problemáticas en salud y dimensiones, esta información se convirtió en el insumo principal para la realización de las mesas de diálogo, las cuales se enfocaron en la priorización de tres problemáticas de salud en los territorios. Se levantó una matriz que da cuenta de las acciones que se han realizado, acciones que deberían realizarse, actores o instituciones que intervienen, población que beneficia y los determinantes sociales, es decir, qué originan dichos problemas y cuáles son los retos que tanto comunidad como Estado tienen en la resolución de estos.

Las mesas de diálogo (espacios de diálogo comunitario), se constituyeron mediante convocatoria pública a diferentes líderes de organizaciones y sectores del territorio, buscando la participación de manera activa, generando en los participantes motivación e interés en el ejercicio, aportando desde sus conocimientos y saberes previos a nivel individual, familiar y social.

A partir de la mesa de diálogo, se desarrolla un taller de cartografía social siguiendo el concepto de Mario Sosa, quien afirma que el territorio “no es solamente una porción de tierra delimitada con su complejidad biofísica (relieve, condiciones ambientales, biodiversidad); sino también, [...] un espacio construido socialmente, es decir, histórica, económica, social, cultural y políticamente. En él se podrán observar integraciones, relaciones, interacciones culturales con el ambiente, donde la problemática ambiental adquiere un carácter específico, producto de la complejidad de los procesos sociales”(7); este busca que las problemáticas sean focalizadas y ubicadas espacialmente de tal manera que permita a los participantes observar e identificar cuáles son los lugares (barrios, sectores, etc.) de la comuna donde se presentan con mayor frecuencia estas problemáticas, y los determinantes sociales de las mismas, así como los posibles activos sociales que estarían involucrados en su permanencia o solución. De esta forma los líderes comunitarios reconocen los territorios y sus problemáticas ubicando en el mapa los lugares o sectores donde consideran se presenta más el problema que se está analizando y los determinantes



sociales que lo afectan y están presentes en dichos lugares.

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.

Luego de identificadas las potencialidades y necesidades en salud en el primer momento del modelo de GTSbC, y de identificar unos primeros actores claves, en este segundo momento se procede con la identificación y mapeo de los activos de las personas, de la comunidad y de las instituciones, en relación con la necesidad identificada, con el propósito de visualizar y valorar las articulaciones, 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.» Identificar los activos en salud, promueve y reconoce las capacidades del territorio que les son propias entre vecinos y organizaciones y que crean nuevas oportunidades para las comunidades, que permite generar acciones liberadoras y emancipadoras capaces de generar autonomía en comunidades saludables(4).

Los activos deben integrarse en mapas como “un proceso en que los propios habitantes y las entidades del barrio identifican las características y los recursos tanto físicos, personales, individuales y comunitarios, que les hacen fuertes y que les permiten resistir ante la adversidad (8). 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”. (El mapeo, más que recoger datos e información, desarrolla el empoderamiento y potencialidades comunitarias que ofrecen nuevas formas de relacionamiento comunitario)(9).



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 una página web gubernamental (Alcaldía de Medellín) 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 de GTSbC.

En este mapeo el trabajo articulado y en red hizo posible que se identificaran las interconexiones sociales evidenciando algunas alianzas claves más allá de fortalecer lo existente en el territorio, con la motivación que se conviertan en articulaciones reales alrededor de 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 los problemas priorizados por la comunidad.

Luego de realizado el mapeo de activos se procedió con la identificación de relaciones entre activos sociales, comunitarios, institucionales e identificar el trabajo articulado, las alianzas y/o redes presentes en el territorio. Luego de analizada esta información se realizaron reuniones periódicas con los activos identificados para el fortalecimiento de las alianzas y/o redes en los temas priorizados por la comunidad, construyendo la bitácora de alianzas, como elemento que da cuenta del desarrollo y avance de cada una.

En esta medida, en todas las comunas de intervención se avanzó en el fortalecimiento de la gobernanza local en salud, al favorecer la conformación de alianzas sectoriales e intersectoriales, y con la acción comunitaria, para impactar positivamente los temas priorizados por ellos mismos. Varias universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud, instituciones educativas (básica, primaria, secundaria, técnica, universitaria), ONGs, líderes comunitarios, se han unido para avanzar articuladamente en soluciones innovadoras a los retos en salud de los territorios.



La conformación y fortalecimiento de las redes o alianzas cuenta con varios momentos de trabajo, los cuales se realizan de forma iterativa, los cuales se basan en lineamientos del Ministerio de salud para la construcción de redes comunitarias (10,11):

- Identificar interacciones y actores.
- Motivación para la interacción - participación en las mesas.
- Creación plan conjunto de trabajo en las Mesas interinstitucionales y COPACOS.
- Desarrollo plan de trabajo /acciones en territorio.
- Avance en el proceso de gestión del proyecto comunitario.

Momento 4. Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los líderes comunitarios 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 y la participación social. Para ello este cuarto momento contempla un proceso de formación, teórico práctico en gestión territorial de la salud basado en comunidad, distribuido en módulos. La metodología implementada parte de la educación para la salud, de la pedagogía crítica y del constructivismo, en la medida que las reflexiones y desarrollos de las sesiones parten de las mismas experiencias de vida de las personas y de la construcción que han realizado a lo largo de su vida. Se privilegia el diálogo de saberes y la deliberación. La teoría y práctica de la salud pública se fortalecen en este ejercicio de formación (12,13).

Dentro del proceso de formación se incluye la construcción de un perfil de proyecto, acorde a los temas priorizados en el momento uno de la GTSbC, con el propósito de construir un proyecto comunitario para la consecución de financiación, o su auto gestión. En este componente además se reconocen otros procesos educativos desarrollados con las comunidades y los líderes en salud, para fortalecer las capacidades de la participación, el capital social comunitario y los elementos del derecho fundamental a la salud necesarios para el fortalecimiento de la ciudadanía en su ejercicio de veeduría y control social.

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

El modelo de GTSbC contempla un momento de comunicación para el cambio y la movilización social. La participación comunitaria en todos los eslabones de la comunicación es clave, porque de ello dependerá el éxito o no de la estrategia de comunicación diseñada (14).

Para la estrategia de comunicación comunitaria se levanta un mapeo de activos de comunicaciones en los territorios, con el propósito de conocer los lugares de encuentro significativos de las personas de los territorios, para desplegar las acciones de comunicaciones en esos lugares.

Así, en todas las comunas priorizadas se realizaron activaciones territoriales (de los temas priorizados) que fueron construidas y ejecutadas con los mismos líderes comunitarios. Difusión a través de programas de radio y medios comunicacionales alternativos de los temas priorizados en cada territorio. A través de Free Press miembros del equipo de trabajo de la GTSbC (líderes comunitarios, profesionales, promotores, gestores) participaron de programas de tv y radio local, en el cual se presentó la experiencia de la GTSbC. Se realizaron publicaciones escritas (prensa, artículos, textos) en los cuales se ha difundido la experiencia de la GTSbC en la ciudad de Medellín. También se han presentado ponencias sobre el modelo de GTSbC en congresos nacionales e internacionales.

Así mismo se desarrollan acciones de movilización tipo jornadas saludables y encuentros territoriales en las comunas y corregimientos con la participación y liderazgo de los líderes sociales y comunitarios en salud.

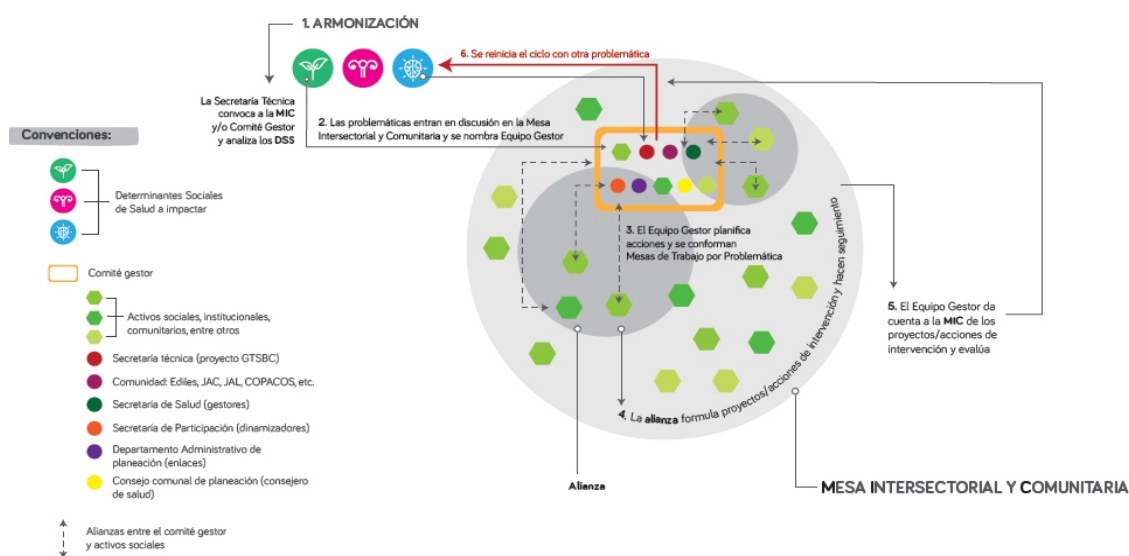
Momento 6. Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad. Fortalecimiento de la rectoría de la SSM con la academia.

El sexto momento del modelo de GTSbC contempla el fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas (6,¹⁵). Para ello, el equipo territorial y las profesionales de la Secretaría de Salud, favorecen la inserción de los temas priorizados por la comunidad en los espacios de diálogo y discusión territorial en salud como los COPACOS y mesas ampliadas de salud. 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, hacer abogacía



e incidencia para la Gestión Territorial de la Salud. En algunas comunas se crearon mesas intersectoriales para la gestión del plan comunal de salud; en otras los temas priorizados por la comunidad fueron insertadas en las discusiones de esos espacios de diálogo y discusión ya establecidos. De importancia la inclusión de la academia en dichos espacios lo que ha fortalecido la relación entre el estado, la universidad y la comunidad para la intervención de los territorios teniendo como eje principal el Plan comunal de salud (Ilustración 2).

Ilustración 2. Modelo de operación de las mesas intersectoriales



Momento 7. Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación.

En el momento de Seguimiento, monitoreo y evaluación para la Gestión Territorial de Salud basada en Comunidad se generan herramientas necesarias para identificar, en principio, las estrategias de colaboración y consenso que se desarrollan con la comunidad basadas en las potencialidades y necesidades propias del territorio, es decir, las comunas, y que combinadas con lineamientos municipales de gestión para el presupuesto participativo, generan empoderamiento y acciones sociales. Este momento 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 de los principios básicos del seguimiento, el monitoreo y la evaluación para la salud pública (6).



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 de los Planes Locales de Salud 2016-2019 y 2020 -2023 (24); se concibió como el seguimiento a unos indicadores relacionados con el tiempo y propósito de cada momento de las comunas incluidas en el proyecto y a otros indicadores propuestos acorde a las necesidades del propio contexto territorial.

2.3. Objetivos

Objetivo General

Desplegar acciones para el fortalecimiento de la participación social en salud, la planeación participativa en salud, y el desarrollo e implementación de un sistema de gestión territorial en salud basada en comunidad, con un enfoque participativo, colaborativo, constructivista y deliberativo, en el cual las voces de todos los actores sean tenidas en cuenta en el proceso. Tanto en la identificación de las necesidades, como en la planeación de las actividades de intervención.

Objetivos específicos

- Generar procesos de movilización social con la participación social, ciudadana y comunitaria como uno de los protagonistas de la gestión territorial en salud basada en comunidad, con la participación de las instituciones, las organizaciones sociales, los sectores y los actores, para el fortalecimiento de la conciencia sobre las problemáticas de interés común, diseñar y poner en práctica las soluciones comunitarias.
- Construir e implementar en cada una de las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, un plan comunal de salud, de forma participativa y teniendo los elementos metodológicos del Plan Decenal de Salud Pública, soporte además para los procesos de planificación y priorización de presupuesto participativo en salud.
- Identificar en los territorios intervenidos los activos sociales, el capital social y redes o alianzas comunitarias, como base para la transformación de las problemáticas identificadas por las comunidades.
- Fomentar la construcción de redes intersectoriales con la participación activa de



otros sectores para la intervención integral de los determinantes sociales de salud presentes en las problemáticas del territorio.

- Instaurar y acompañar en cada uno de los territorios intervenidos un espacio de diálogo intersectorial y comunitario, donde se inicien la gobernanza territorial en salud, a partir de las redes, alianzas y activos comunitarios identificados.
- Construir un proyecto de intervención comunitaria en las comunas y corregimientos intervenidos, el cual se orienta a potenciar el capital social comunitario para solucionar las problemáticas priorizadas.
- Desarrollar acciones de transferencia de conocimientos de la experiencia y la metodología implementada, los aprendizajes adquiridos para el cambio social, como herramientas y métodos, que permitan tenerlos como referencia y fuente de insumos para avanzar en la construcción botom up de la planificación en salud de Medellín.
- Plantear un sistema de monitoreo y evaluación con técnicas de análisis y metodologías mixtas, lo que permite un aprendizaje continuo en cada uno de los territorios, además de la apropiación social de la información por parte de las comunidades.

2.4. Recursos para la implementación.

En la Tabla 3 se describen los recursos de presupuesto participativo 2014 -2021, los cuales son priorizados por las comunidades para invertir en el acompañamiento y gestión de la construcción y gestión de los planes comunales de salud a través del modelo de GTSbC.



Tabla 3. Distribución de recursos de presupuesto participativo desde el año 2014 hasta el 2021, para implementar el modelo de GTSBC.

AÑO	COMUNA	RECURSOS PRESUPUESTO PARTICIPATIVO
2014	Comuna Popular	262.499.998
2015	Comuna Popular	95.000.000
2016	Comuna Popular	350.000.000
2017	Comuna Popular	\$366.000.000
2017	Comuna Manrique	\$228.750.000
2017	Comuna Aranjuez	\$183.000.000
2017	Comuna Castilla	\$183.000.000
2017	Comuna la América	\$183.000.000
2017	Comuna Guayabal	\$183.000.000
2017	Comuna Belén	\$164.700.000
2018	Comuna Popular	\$41.904.357
2018	Comuna Santa Cruz	\$60.781.084
2018	Comuna Manrique	\$66.710.946
2018	Comuna Buenos Aires	\$59.298.618
2018	Comuna Laureles	\$139.500.000
2018	Comuna La América	\$51.787.460
2018	Comuna Guayabal	\$56.729.012
2018	Corregimiento San Cristóbal	\$22.236.982
2018	Corregimiento Alta vista	\$28.512.752
2019	Comuna Robledo	70.000.000
2019	Comuna La América	70.000.000
2019	Corregimiento San Cristóbal	37.000.000
2019	Comuna Guayabal	70.000.000
2019	Comuna Manrique	70.000.000
2019	Comuna San Javier	70.000.000
2020	Comuna Guayabal	116.000.000
2020	Comuna Castilla	117.000.000
2020	Comuna Belén 1	117.000.000
2021	Comuna 12 La América	180.000.000
2021	Comuna 15 Guayabal	180.000.000

Así mismo se ha dispuesto de un personal de la Secretaría de Salud conformado por 5 Gestoras territoriales, las cuales dinamizan los procesos de participación en cada uno de los territorios acompañando todo el proceso, organizado de la siguiente forma.

Tabla 4. Recursos humanos asignados para el acompañamiento en la implementación del modelo GTSBC.

ZONA	RECURSO HUMANO	APOYO GESTIÓN TERRITORIAL MAITE
ZONA 1 y corregimiento de Palmitas	1 gestor Territorial	Trabajador Social
Zona 2 y Corregimiento de Alta vista	1 gestor Territorial	Trabajador Social
Zona 3 y Corregimiento de San Antonio de Prado	1 gestor Territorial	Trabajador Social
Zona 4 y Corregimiento de San Cristóbal	1 gestor Territorial	Trabajador Social
Zona 5 y 6 y corregimiento de Santa Elena	1 gestor Territorial	Trabajador Social

2.5. Articulación de la política de participación social en salud con el modelo de GTSbC

La política de participación social en salud-PPSS-, resolución 2063 de 2017, debe ser implementada de forma transversal en todas las acciones de la Secretaría de Salud, esta es dinamizada e implementada a través del modelo de GTSbC en los siguientes componentes descritos en la Tabla 5:

Tabla 5. Paralelo líneas de acción de PPSS y los momentos del modelo GTSbC.

PPSS		MODELO GTSbC
Eje estratégico	Líneas de Acción PPPSS	MOMENTO
Fortalecimiento institucional	e. Realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud.	4. Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los líderes comunitarios y demás actores en el territorio.
	h. Incorporar el enfoque diferencial en el desarrollo de los espacios de participación en salud en la definición e implementación de los programas del sector salud.	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) problemas priorizados por la comunidad.
Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud	b. Establecer los incentivos que propicien la participación social y comunitaria.	4. Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a

PPSS		MODELO GTSbC
Eje estratégico	Líneas de Acción PPPSS	MOMENTO
		los líderes comunitarios y demás actores en el territorio.
	c. Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud.	5. Movilización y comunicación para el cambio social.
	d. Fortalecer las estrategias de información y comunicación incluido el acceso a medios, boletines, periódicos que posibilite espacios a las organizaciones para impulsar y visibilizar sus procesos participativos.	5. Movilización y comunicación para el cambio social.
	e. Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud.	4. Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los líderes comunitarios y demás actores en el territorio.
	e. Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud.	6. Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad.
	f. Gestionar recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud.	6. Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad.
	f. Gestionar recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud.	6. Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad.
Impulso a la cultura de la salud	a. Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con las comunidades.	1. Identificación de necesidades y potencialidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional, así como reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de mesas de diálogo.
Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión	a. Diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestación participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en la identificación, priorización, presupuestación, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno.	1. Identificación de necesidades y potencialidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional, así como reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de mesas de diálogo.



3. Avance en la implementación del Modelo de Gestión Territorial en Salud basado en comunidad. Medellín 2014-2021

El modelo se está implementando en las 21 comunas y corregimientos en la ciudad, cada uno de ellos en diferentes niveles de avance, de acuerdo al tiempo de implementación, capacidades comunitarias e inversión de recursos de presupuesto participativo. En el siguiente cuadro un avance cualitativo de cada uno de los momentos:

MOMENTO	AVANCE 2014 - 2021
Identificación de necesidades y potencialidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional, así como reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de mesas de diálogo.	Cada una de las 21 comunas y corregimientos cuenta con un Plan Comunal de Salud construido de forma participativa, con la priorización de las problemáticas a intervenir a través de la gestión comunitaria y el fortalecimiento de las alianzas. Así mismo cuenta con la cartografía social en 21 comunas. Articulación Plan comunal de Salud con el Plan de Desarrollo local en 9 comunas y 3 corregimientos. Durante el año 2021 se realizó una mesa de diálogo en las 16 comunas y los 5 corregimientos, donde se revisaron los 21 planes comunales y se actualizaron las problemáticas de 11 de estos.
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 cuenta con mapeo de activos en 14 comunas que han aportado recursos de presupuesto participativo para la implementación del modelo, con la identificación de 1097 activos Además, todas las comunas cuentan con inventario de actores actualizado de forma permanente, con un total de 7371 actores registrados.
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) problemas priorizados por la comunidad.	Se cuenta con la identificación de posibles actores y alianzas en 14 comunas que han aportado recursos de presupuesto participativo para la implementación del modelo. Las 7 comunas restantes realizaron identificación y fortalecimiento de las alianzas con recursos propios y personal comunitario, a través de diferentes espacios de articulación intersectorial e interinstitucional en el territorio. Durante el año 2021 se intensifica el trabajo en red para afrontar la crisis social y de salud por la pandemia por Covid 19, identificando 51 procesos de trabajo colaborativo.
Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los	Se han capacitado 853 líderes con herramientas de gestión territorial, participación social y control social en salud,



MOMENTO	AVANCE 2014 - 2021
líderes comunitarios y demás actores en el territorio.	pertenecientes a 13 comunas y corregimientos, con un diplomado certificado. En las 21 comunas y corregimientos, se tienen procesos de capacitación a los líderes de los COPACOS y Mesas Ampliadas de Salud en diferentes áreas temáticas relacionadas con la Gestión Territorial de la Salud y la Política de Participación social en salud, con el fortalecimiento de la participación social enfocada a la salud, acompañados por el personal de la Secretaría de Salud, con una asistencia de 1192 líderes. Durante el año 2021 considerando la situación de crisis social y salud por la pandemia COVID 19, muchas de estas capacitaciones se enfocaron en el manejo desde la comunidad y fortalecimiento para afrontar la situación en época de pandemia, el autocuidado, y el fortalecimiento al liderazgo social; entre las temáticas de capacitación se resaltan: • Taller sobre mitos y realidades en Vacunación COVID. • Sisbén 4, PPNA y Aseguramiento en salud. • Impulso al Control Social en Salud y Veeduría en salud. • Herramientas básicas en tecnologías de información (redes sociales) - Diligenciamiento PQRS. • Gestión pública y Plan de Desarrollo con aplicación en salud - PTS: gestión del PTS como componente del PDM seguimiento a los resultados por dimensión. • Ley 1751/2015 (Derecho Fundamental a la Salud) y Ley 1757/2015 (Part Democrática). Diplomado en control social: durante el año 2021 se capacitaron 28 líderes y lideresas en temas de control social, como mecanismo para fortalecer la veeduría ciudadana. Los temas que se incluyeron en el diplomado fueron: • Plan Territorial de Salud del Municipio de Medellín. • Estructura del Estado. • Control Social a la Gestión Pública. • El Ciclo de la Gestión Pública. • Ley 1712 de Transparencia y del derecho de acceso a la información pública. • Generalidades de la rendición de cuentas: conceptos, normas, mecanismos e instrumentos de transparencia y rendición de cuentas.

MOMENTO	AVANCE 2014 - 2021
	El papel de la ciudadanía y las organizaciones de la sociedad civil en los procesos de rendición de cuentas.
Comunicación para el cambio y la movilización social, a través de acciones de comunicación comunitaria que propendan por el cambio y la movilización.	En 21 comunas y corregimientos se han desarrollado acciones de comunicación y movilización con base comunitaria. En el año 2021, estas acciones se desarrollaron en el marco de la pandemia por COVID 19 en el territorio y en la promoción y fomento del programa Medellín Me Cuida.
Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad.	En las 21 comunas y corregimientos se tienen establecidos espacios de interacción intersectorial para definir, priorizar y desarrollar acciones comunitarias en torno a la intervención de las problemáticas de salud. Se cuenta con perfiles de proyecto contruidos comunitariamente en 13 comunas y planes de trabajo de operativización del Plan Comunal en 21 Comunas, los cuales son liderados desde el escenario Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS). Durante el 2021, se inicia la puesta en marcha del pilotaje de los proyectos comunitarios en la Comuna Guayabal y la América.

4. Logros en el proceso de implementación del modelo de GTSBC

La implementación del modelo de gestión territorial en salud basado en comunidad, en las diferentes comunas de la ciudad, comunas a través de la socialización y desarrollo de la armonización participativa del Plan Territorial de Salud de Medellín con el PDSP, se evidencia su avance y logros por cada uno de los momentos desarrollados durante el año 2020 y su estado final de acuerdo a la matriz de indicadores de seguimiento y monitoreo.

1. Identificación de necesidades y potencialidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional, así como reconocimiento de las potencialidades comunitarias a través de mesas de diálogo.



INDICADOR	AVANCE
Mesas de diálogos realizadas	- Durante el período 2014 -2021 Se realizaron en total 89 mesas de diálogo en 21 comunas y corregimientos y 24 talleres de cartografía social. - Para el año 2021 se realizaron 21 mesas de diálogo para la revisión y actualización de los Planes comunales de salud.
Total asistentes a las mesas de diálogo	- Durante el período 2014 -2021 asistieron en total 2250 líderes representantes de organizaciones y sectores comunitarios en las diferentes comunas y corregimientos. - En el año 2021 asistieron 527 representantes de organizaciones y sectores comunitarios en las diferentes comunas y corregimientos.
Planes comunales actualizados	21 planes comunales realizados (12 realizados con recursos de presupuesto participativo, y 9 con personal de la Secretaría de Salud). - Durante el 2021 se actualizaron con la comunidad 11 planes comunales, de los 21 planes comunales revisados.
Problemas priorizados según dimensión PDSP	- En general se priorizaron 14 problemáticas relacionadas con 7 dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. - En el año 2020 en la Construcción del PTS la comunidad aportó 176 propuestas comunitarias para la intervención de diferentes problemáticas, todas ellas relacionadas con todas las dimensiones del PDSP.
Articulación de los planes comunales con los planes de desarrollo local	12 comunas con la inclusión de los planes comunales en la actualización de los planes de desarrollo local como herramienta para la Planeación local y presupuesto participativo durante el año 2019.
Concordancia entre las problemáticas comunitarias y los instrumentos institucionales de planificación	80% de Concordancia, entre las problemáticas de las comunas 3, 4, 5,7, 12, 15 y 16 con lo planteado en el plan territorial de salud.

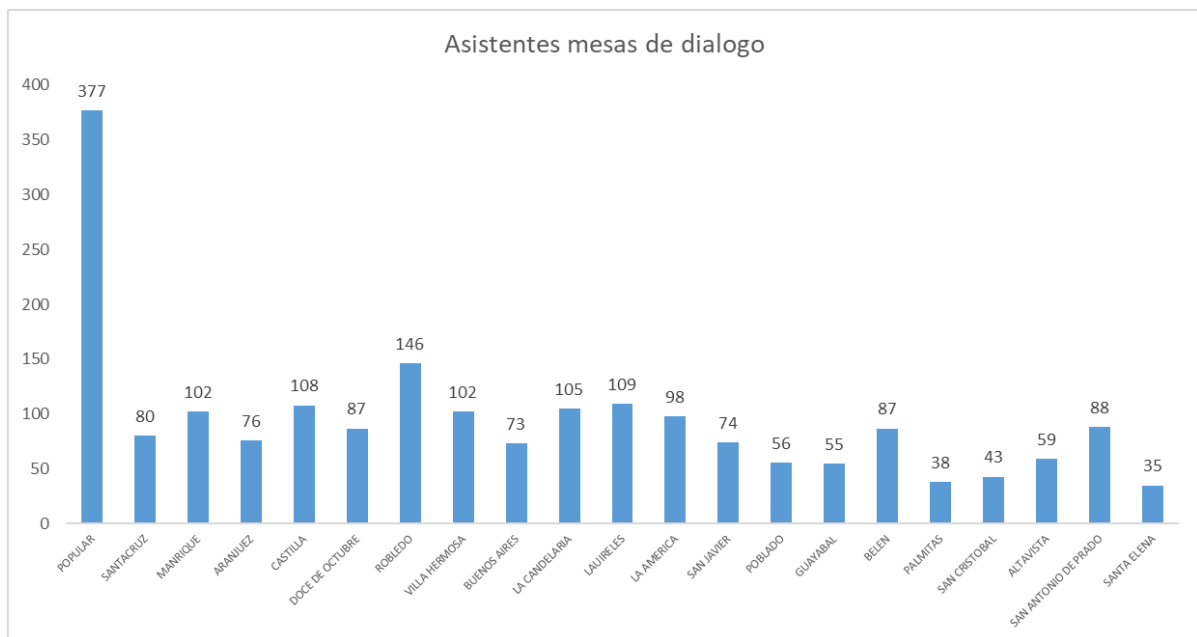
Tabla 6. Problemáticas priorizadas por la comunidad en los planes comunales de Salud.

PROBLEMAS PRIORIZADOS	DIMENSION PDSP	COMUNAS																CORREGIMIENTOS				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	50	60	70	80	90
Prevalencia problemáticas de salud mental asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (la inseguridad, el homicidio y la convivencia)	SALUD MENTAL	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x			x	x	x		x	x
Afectaciones en la salud ambiental por el mal manejo de los residuos sólidos y la proliferación de espacios de reciclaje no autorizados	SALUD AMBIENTAL	x				x	x					x				x						
Prevalencia de embarazo adolescente	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	x		x									x	x			x					x
Alta incidencia de violencia intrafamiliar	SALUD MENTAL		x		x			x						x				x				x
Condiciones de malnutrición por déficit o exceso en diferentes grupos poblacionales	SALUD NUTRICIONAL	x	x				x							x					x			
Prevalencia de factores ambientales asociados a la carga de enfermedad, como contaminación del aire, visual y auditiva, mal manejo de residuos sólidos y la mala vial.	SALUD AMBIENTAL			x						x	x	x			x		x					
Violencia y abuso sexual, prostitución y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		x			x					x	x			x							
Baja adopción de estilos de vida saludable para la prevención de enfermedades no transmisibles, especialmente actividad física y nutrición saludable	ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES									x	x	x						x				x
Condiciones de vulnerabilidad para los trabajadores informales en entorno laboral y prevalencia de desempleo	SALUD LABORAL							x	x													
Percepción de deficiencias en el acceso a los servicios de salud, tanto ambulatorios, hospitalarios y en urgencias.	DIMENSION TRANSVERSAL GESTION SALUD: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD			x															x			x
deficiente apropiación de los espacios públicos para la recreación y el encuentro comunitario	DIMENSION TRANSVERSAL GESTION SALUD: PARTICIPACION COMUNITARIA									x			x			x						
Prevalencia de Estrés, depresión, ansiedad de niños, jóvenes y adultos asociados a la soledad y falta de cohesión familiar	SALUD MENTAL											x				x						
Deficit en el acceso a la atención integral para la población vulnerable con discapacidad y a adulto mayor	DIMENSION TRANSVERSAL POBLACIONES VULNERABLES																x				x	
Amenaza y riesgo de emergencias y desastres por proliferación de Construcciones Irregulares	EMERGENCIAS Y DESASTRES	x																				x

Ilustración 3. Número de mesas de diálogo realizadas en cada comuna. Medellín 2014 -2021.



Ilustración 4. Asistentes a las mesas de diálogo realizadas en cada comuna. Medellín 2014 -2021.





Percepción de los líderes y lideresas de las afectaciones de la pandemia por Covid 19

Debido a la situación generada por la COVID-19, han surgido diferentes problemáticas que afectan a lo largo del ciclo de vida. De acuerdo a esto, se realizó un ejercicio de percepción de la situación frente a la pandemia durante el año 2020 en tres comunas de la ciudad, se preguntó cuáles problemáticas consideraba que se han incrementado para cada uno de los actores mencionados en el territorio. A continuación, se muestran los puntajes promedio de las problemáticas, según ciclos de vida y de quien diligencia la encuesta realizada en tres comunas, que pudieron haber sido exacerbadas por la COVID-19. Estos puntajes van en una escala de uno hasta ocho, siendo uno lo más importante y ocho lo menos importante.

En cuanto a la diferencias entre hombres y mujeres se encontró que para las mujeres y hombres las problemáticas relacionadas con maltrato físico y psicológico fueron las que más se aumentaron en todo el confinamiento por la Covid 19, Situación similar se observa en las problemáticas que más se aumentaron en la población infantil. Mientras que para la población de adultos mayores a mayor problemática está relacionada con el aumento del riesgo de enfermarse y morir por la COVID 19. En cuanto a las afectaciones en la comunidad en general, el aumento de las problemáticas de salud mental y el empeoramiento de las condiciones económicas, son lo que con mayor peso se observaron en la percepción de los líderes y lideresas.

Ilustración 5. Percepción de las mujeres frente a las problemáticas exacerbadas por COVID 19. 2020-2021.

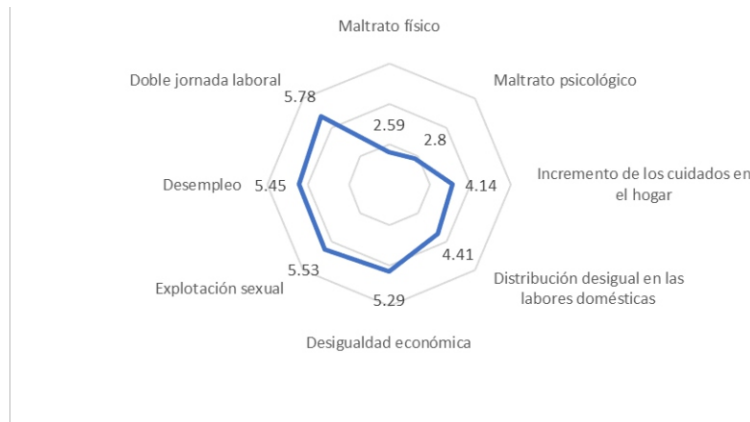


Ilustración 6. Percepción de los hombres frente a las problemáticas exacerbadas por COVID 19. 2020-2021.

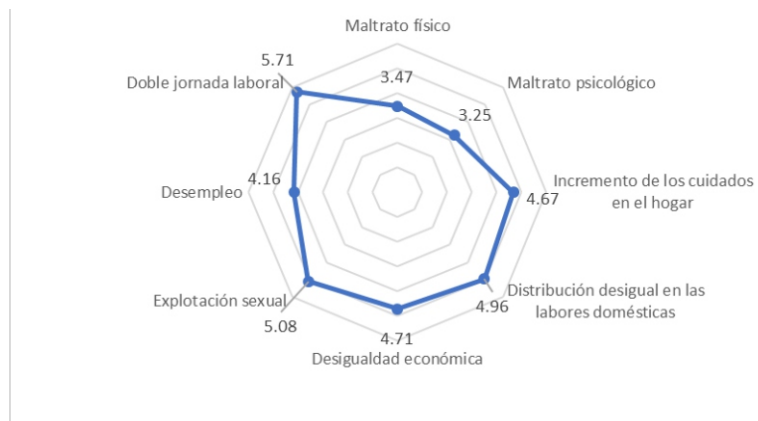


Ilustración 7. Percepción frente a las problemáticas exacerbadas en los niños por COVID 19. 2020-2021.

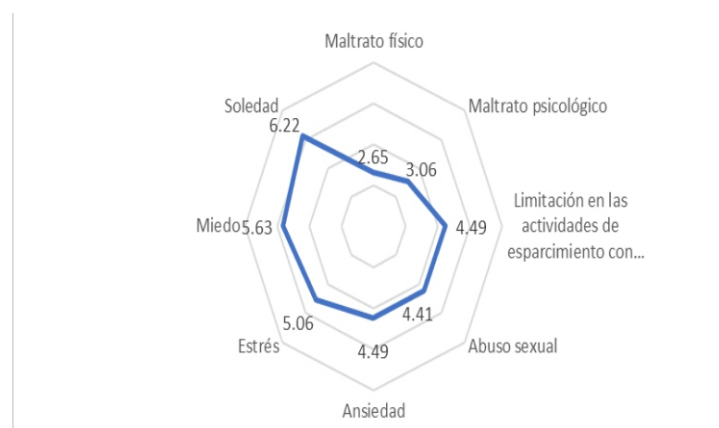


Ilustración 8. Percepción frente a las problemáticas exacerbadas en los adultos mayores por COVID 19. 2020-2021.

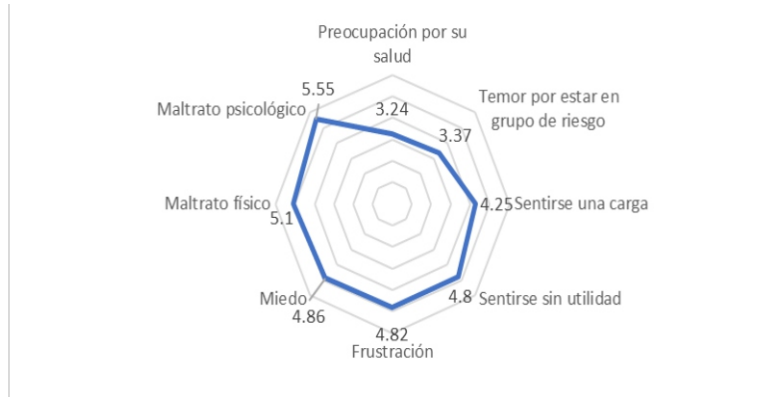
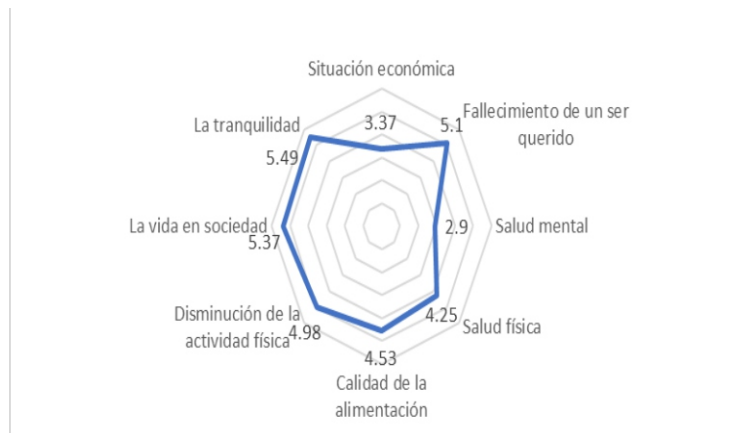


Ilustración 9. Percepción frente a las problemáticas exacerbadas en la comunidad general por COVID 19. 2020-2021.



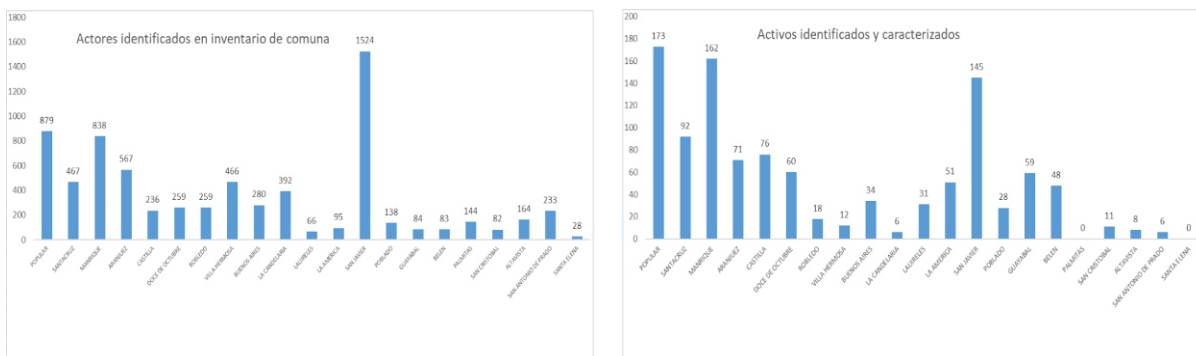
2. Identificación y mapeo de activos sociales, comunitarios, institucionales y de las personas, en el(os) territorio(s), en relación con el(os) problema(s) priorizado(s) por la comunidad.

INDICADOR	AVANCE
Activos identificados y caracterizados.	- Se identifican 1097 activos en las comunas relacionadas con la problemática identificada, con la aplicación de la encuesta de caracterización. - Se cuenta además en las 21 comunas y corregimientos con un inventario de actores de diferentes sectores, en total 7371 actores en el inventario. - Para el año 2021 se identificaron 1026 actores comunitarios.
Activos caracterizados que intervienen en el problema	Se identifican 835 activos y actores relacionados con la problemática identificada.



INDICADOR	AVANCE
identificado según tipo de activo.	
Análisis cartográfico de los activos identificados y capital social.	Se cuenta con mapas de los activos comunitarios identificados de las 12 comunas trabajadas a través de recursos de presupuesto participativo.

Ilustración 10. Actores y activos identificados en cada comuna. Medellín 2014 -2021.



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) problemas priorizados por la comunidad

INDICADOR	AVANCE
Porcentaje de Avance en las acciones del plan de trabajo para la identificación de las redes o interacción entre activos sociales.	72% de avance en el fortalecimiento de las alianzas en las 21 comunas y corregimientos, trabajo realizado con diferentes actores, con la inclusión de recursos de presupuesto participativo, recurso humano de la Secretaría de Salud y el proyecto MIAS en su componente de Gestión Territorial. El avance por cada comuna se muestra en el gráfico a continuación.
Número de redes o procesos de interacción identificados según la problemática.	- Se han identificado al menos 221 formas de alianza en el territorio, con las que se inicia trabajo de fortalecimiento, 51 de ellas identificadas en el año 2021. Algunas de ellas son: - Comuna 1: Alianza para las áreas de Salud Sexual y reproductiva. - Comuna 2: Alianza por la salud sexual y reproductiva. - Comuna 3: Alianza para las áreas de Salud Sexual y Reproductiva.

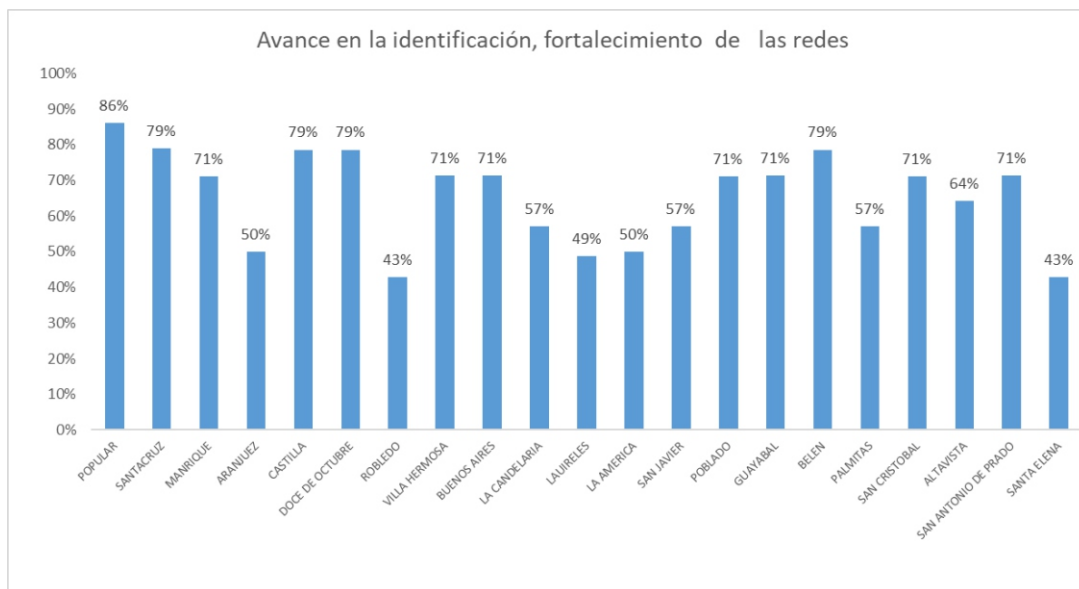


INDICADOR	AVANCE
	• Comuna 4: Alianza para las áreas de prevención del consumo de SPA. • Comuna 5: Alianza para las áreas de prevención del consumo de SPA. • Comuna 7: Alianza con DAGRD, Centro integral de familia. Además de alianza con el Hospital Pablo Tobón Uribe e instituciones vecinas a este para la organización de las jornadas de salud. • Comuna 8: Alianza con jóvenes en proceso de formación para generar espacios de sensibilización en estilos de vida saludable y salud mental Alianza para la generación de un grupo psicoformativo para afianzar las capacidades en temas como la prevención del embarazo adolescente. En alianza con la Secretaría de Gestión y Control, el Proyecto Construye Bien. • Comuna 9: Alianza con Mesa interinstitucional para realización de jornadas de salud e interinstitucionales. articulación nuevamente con la EDU para acompañar la mesa de trabajo de la Unidad Hospitalaria comunal. • Comuna 10: Alianza con diferentes instituciones públicas para intervención articulada del territorio. • Comuna 11: Alianza por la salud mental especialmente del adulto mayor. • Comuna 12: Alianza para las áreas de Violencia intrafamiliar. • Comuna 15: Alianza para las áreas de Cuidadores de niños y niñas. • Comuna 16: Alianza para las áreas de prevención consumo de SPA. • Comuna 80: Alianza con la Unidad Hospitalaria, Junta administradora local, Gerencia de corregimiento para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Descripción de otros sectores diferentes a salud identificados en las interacciones o redes.	Además de los líderes y organizaciones en salud, las redes están siendo conformadas con los siguientes sectores: • Sector Educativo. • Sector de seguridad. • Sector de ONGs. • Empresa privada. • Organizaciones de mujeres. • Organizaciones juveniles. • Departamento emergencias y desastres. • Secretaria de inclusión social. • Personería. • Organizaciones culturales.

En el gráfico se muestra el avance del fortalecimiento de alianzas comunitarias en cada comuna y corregimiento, para ellos se utilizan los siguientes criterios:

- Nivel de identificación de los actores y tipos de sector al cual pertenecen.
- Nivel de motivación para la interacción - participación en las mesas de trabajo.
- Avance en la construcción del plan conjunto de trabajo en las Mesas interinstitucionales y COPACOS.
- Nivel de Avance en el desarrollo plan de trabajo /acciones en territorio.

Ilustración 11. Avance Fortalecimiento de redes y alianzas comunitarias. Medellín 2014 -2021.



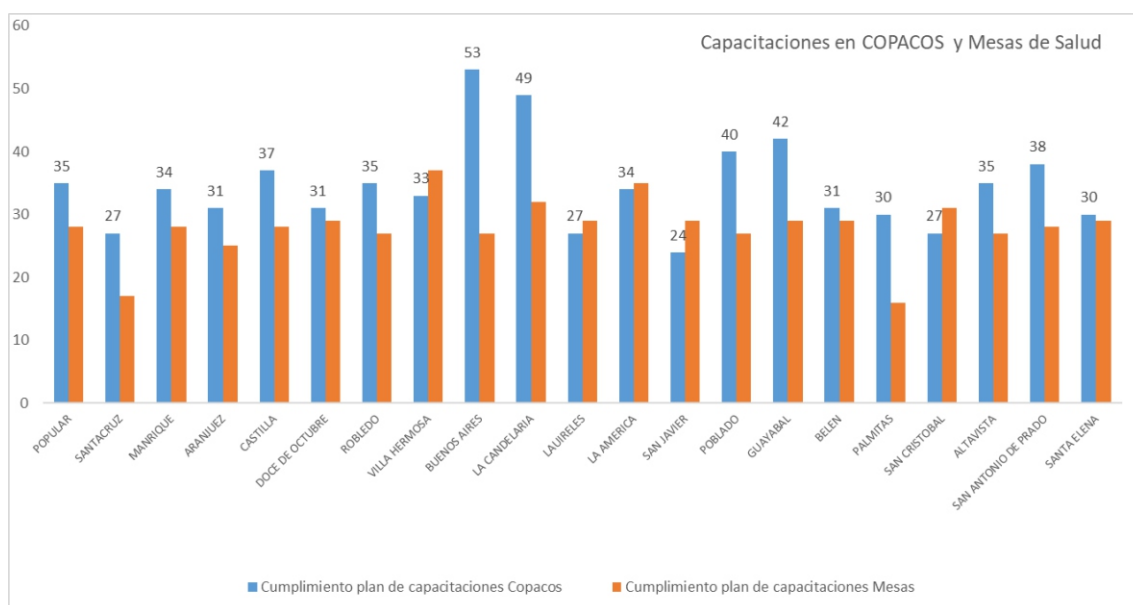
4. Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los líderes comunitarios y demás actores en el territorio

INDICADOR	AVANCE
Total participantes, por cada una de las fases de capacitación.	853 líderes certificados en diplomado de Gestión Territorial y Atención Primaria en Salud en 13 comunas, en alianza con la U de A y el Proyecto MIAS. Además, con personal de la Secretaría de Salud se realizan acciones de fortalecimiento y capacitación en las Mesas de Salud y en los Copacos 12 por cada comuna, con 723 capacitaciones para los COPACOS y 587 para los líderes de las Mesas de Salud.



INDICADOR	AVANCE
	Así mismo un Diplomado en control social con 30 líderes certificados. Durante el año 2021, se realizaron 176 capacitaciones para los COPACOS y 135 para los líderes de las Mesas de Salud.
Total participantes certificados.	71% del total de participantes se certifican del diplomado.

Ilustración 12. Total capacitaciones COPACOS y Mesas de salud. Medellín 2014 - 2021.



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

INDICADOR	AVANCE
Activos comunicacionales comunitarios identificados.	Al 2021 se cuenta con un total de 10 mapeos y georreferenciación de activos comunicacionales, (comunas 2, 3, 7, 5, 60, 9, 11, 12, 15).
Campañas comunicacionales construidas.	- Ocho comunas intervenidas para la construcción de la campaña comunicacional basada en comunidad en cada una de las comunas (2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 15). - Por otro lado 8 medios de comunicación comunitarios vinculados a diferentes estrategias.
Campañas comunicacionales desarrolladas.	En total de 10 campañas comunicacionales en las comunas (1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 15), se logra la visibilización y apropiación social del concepto de la de



INDICADOR	AVANCE
	Gestión Territorial de Salud basado en la Comunidad teniendo como eje central las necesidades en salud del territorio priorizadas, las alianzas y/o redes de trabajo intersectorial para impactar estas problemáticas. Así mismo se han desarrollado diferentes estrategias comunicacionales en articulación con los COPACOS, en total durante todo el período se identificaron 157 personas.
Jornadas saludables y encuentros territoriales desarrollados.	Se integra al modelo de GTSBC, las Jornadas saludables y encuentros territoriales, desarrolladas con personal de la Secretaría de Salud y el Proyecto MAITE, para un total de intervención en las 21 comunas y corregimientos Comunas, en todo el período con un total de 1324 Jornadas/encuentros en territorio.

6. Fortalecimiento de las acciones de gobernanza para el trabajo intersectorial y la construcción de alianzas / redes en relación con el(os) problemas priorizados por la comunidad.

INDICADOR	AVANCE
Número de mesas activas.	21 mesas, una en cada comuna.
Total líderes participantes mesas.	527 líderes asistentes.
Proyectos elaborados para las problemáticas seleccionadas.	13 proyectos en las comunas intervenidas. - Construcción de un macroproyecto para las comunas 1, 2 y 12, con liderazgo de los gestores comunitarios. - Proyecto de la comuna 15 se presentó para cooperación internacional en 2019. 21 planes comunitarios para operativizar acciones enmarcadas en las problemáticas definidas en los planes comunales de salud. Con un avance global de 71.5%.
Avance en la gestión del proyecto comunitario priorizado acumulado 2014 -2021.	Comuna 1 PROYECTO: Construcción social de Entornos saludables OBJETIVO: Mejorar las condiciones sanitarias de familias y espacio público en la C1 contribuyendo a la preservación de entornos saludables, mediante el desarrollo de proyectos educativos y de preservación y restauración de espacio público en la C1. AVANCE: - Priorización de las intervenciones del Programa "Unidos por el Agua", de la mano de las comunidades organizadas, en los territorios definidos participativamente (barrios El Compromiso, San Domingo y el Popular No. 2).



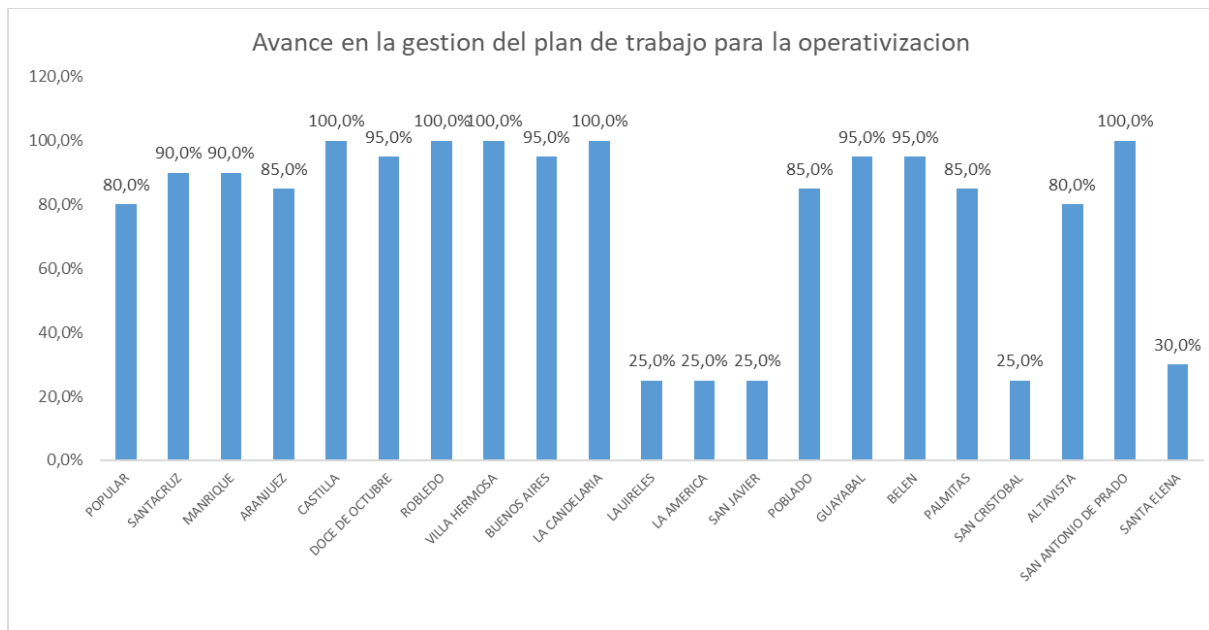
INDICADOR	AVANCE
	- Se desarrolla la implementación de los proyectos de disposición de basuras y residuos en articulación con EE VV en los micro territorios de la comuna (barrios - El Compromiso, San Domingo y el Popular No. 2). PROYECTO: Convivencia social para la salud mental y sexualidad responsable y saludable OBJETIVO: Contribuir a la apropiación de la gestión de entornos protectores para fortalecer comportamientos saludables para la salud mental y la convivencia durante el curso de vida en los distintos entornos e instituciones y garantizar el ejercicio de una sexualidad libre de violencias. AVANCE: - Se establece la Alianza por la Salud sexual y reproductiva, con el proyecto “prevención del embarazo adolescente no deseado” en la IE Antonio Derka, el cual inicia gestión en 2018 y se continua con el apoyo del proyecto MIAS y la Secretaría de Salud en el año 2019. PROYECTO: Promoción de la Seguridad alimentaria y nutricional OBJETIVO: Generar programas y proyectos articulados a los contextos de la seguridad alimentaria local, con programas educativos desde un enfoque para la salud que sean transversales a los diferentes grupos poblacionales y diferenciales. AVANCE: - Articulación del Plan Comunal de Salud de la Comuna 1- Popular al Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, en el marco del proyecto Huertas Institucionales. - Articulación con la Universidad Jaume I de España en proyecto de Seguridad. - Alimentaria y nutricional (suministro de insumos y herramientas para fortalecer las huertas comunitarias). • Comuna 3 Manrique PROYECTO: Pedagogía para la formación en derechos sexuales y reproductivos en niños y niñas entre 10 y 12 años. AVANCE: - Construcción participativa del proyecto. - Plan de trabajo para la gestión del proyecto. con los practicantes y residentes de diferentes especialidades de la medicina, para potenciar la atención integral en salud en la comuna 3. - Se desarrollan jornadas de salud comunal en los diferentes sectores de la comuna, en articulación con el MIAS y otros actores. • Comuna 4 Aranjuez PROYECTO: “Protegiendo – nos” fortalecimiento al programa de prevención del consumo de SPA AVANCE: - Construcción participativa del proyecto.



INDICADOR	AVANCE
	- Plan de trabajo para la gestión del proyecto. - Durante el año 2019 no se realizó intervención, esta comuna no prioriza recursos por presupuesto participativo. Se hace entrega de avance al equipo de la Secretaría de Salud para seguir dinamizando el proceso. • Comuna 5 Castilla PROYECTO: PARCE: Juego contra el consumo SPA AVANCE: - Construcción participativa del proyecto. - Plan de trabajo para la gestión del proyecto. - Durante el año 2019 no se realizó intervención, esta comuna no prioriza recursos por presupuesto participativo. El equipo de la Secretaría de Salud continúa acompañando la dinamización y gestión del proyecto comunitario, con realización de jornadas y encuentros territoriales. - Durante el año 2020, se retoman las acciones para la formulación del proyecto y gestión del mismo en una institución educativa de Castilla. • Comuna 12 La América PROYECTO: Prevención temprana de la violencia de pareja AVANCE: - Construcción participativa del proyecto. - Plan de trabajo para la gestión del proyecto. Desarrollo de la ruta de atención comunitaria para la violencia de pareja. - Durante el año 2019 se realiza dinamización de la ruta para la intervención y acción de la violencia intrafamiliar y de pareja. La cual es una construcción colectiva y participativa. - Durante el año 2021, se inicia la consolidación del programa de intervención e inicio de prueba piloto en una institución educativa. • Comuna 15 Guayabal PROYECTO: Proyecto para la formación de cuidadores AVANCE: - Construcción participativa del proyecto. - Plan de trabajo para la gestión del proyecto. - Plan para la difusión de la GTSBC, para el fortalecimiento de la mesa. - En el año 2019 se realiza articulación con el centro integrado de familia para el desarrollo del proyecto. - Se desarrollan movilizaciones en el territorio articuladas con diferentes actores de la comuna, en torno a la resiliencia y la prevención del maltrato infantil y la ESCNNA. - Se presenta proyecto para Cooperación internacional. - Durante el año 2020 se activa la movilización del proyecto. - Durante el año 2021, se inicia la consolidación del proyecto y prueba piloto en un barrio de la comuna. • Comuna 16 Belén

INDICADOR	AVANCE
	PROYECTO: Herramientas para familiar cuidadoras de adolescente consumidores de SPA AVANCE: - Construcción participativa del proyecto. - Plan de trabajo para la gestión del proyecto. - Durante el año 2019 no se realizó intervención, esta comuna no prioriza recursos por presupuesto participativo. Se hace entrega de avance al equipo de la Secretaría de Salud para seguir dinamizando el proceso, Durante el año 2020 se reactiva la movilización del proyecto.
Planes de trabajo para la operativización del plan comunal de salud.	- Se cuenta con 21 planes de operativización del plan comunal, liderado por la Secretaría de Salud y articulado con el proyecto MAITE y los recursos de presupuesto participativo para la GTSBC. - En estos se desarrollaron acciones educativas y de articulación para la implementación de actividades comunitarias llevando la oferta institucional a diferentes lugares de los territorios. - Un avance total de 76.4% del cumplimiento de dicho plan en promedio para toda la ciudad.

Ilustración 13. Avance en la gestión del plan de trabajo de COPACOS. Medellín, 2021.





5. La Evaluación

En este componente tiene como propósito evaluar la implementación de cada uno de los momentos del modelo de la GTSBC, más allá de los indicadores de resultados del cumplimiento de las acciones propuestas. Donde se busca evaluar el grado de aceptación, de la comunidad en la participación de los procesos, sus avances y la apropiación de sus resultados, donde se identifiquen los aciertos y los desaciertos frente al alcance de la GTSC, siendo estos últimos los que a su vez permitan evidenciar los mecanismos y técnicas para transformarlos. Las experiencias positivas y negativas del proceso servirán como réplica para próximas etapas de ejecución o programas similares que se lleven a cabo dentro del territorio. A continuación, se muestra la propuesta metodológica para realizar el Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de cada uno de los componentes.

Los componentes evaluados se presentan a continuación, la metodología para desarrollar cada uno de los procesos evaluativos hacen parte del documento "Propuesta para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la GTSBC":

- Mesas de Diálogo para construir los planes comunales en el Momento 1, se analizan las motivaciones por las cuales las personas decidieron participar en las actividades planeadas para el desarrollo de este componente, lo que más y lo que menos le gustó este proceso. Esta se realiza a través de una encuesta a los participantes y la realización de un grupo focal.
- Por otro lado, se evaluará el proceso de armonización, es decir, se tendrá un indicador por comuna que permita evidenciar en cuales se logró realizar la armonización teniendo como referente la comunidad y la administración municipal. Esto es lo que se ha denominado concordancia.
- Mapeo de activos, se evalúa la cohesión social que emerja de las diferentes interacciones de los activos sociales, comunitarios e institucionales. Se analizará por medio de la teoría basada en el sentido de coherencia comunitaria, la manera como se facilita la solución de problemas de forma adaptativa, cuando las personas se encuentran ante situaciones de estrés.
- Redes/alianzas: Este se realizará a través de grupo de discusión en una de las redes/alianzas identificadas, se evaluará la cohesión desde la coordinación, el funcionamiento y el flujo de información entre los miembros de la coalición.
- Fortalecimiento y capacitación, se realizará mediante una evaluación de pre y post test. Y una evaluación cualitativa se evaluarán aspectos relacionados con la metodología desarrollada en el diplomado, la novedad de este percibida por los



participantes, la aplicabilidad de este tanto a sus vidas personales como al trabajo con la comunidad y se evaluará el docente.

- Se realiza una medición del empoderamiento estructural y otra línea de base del capital social comunitario, a través de la aplicación de unos instrumentos validados por el equipo.
- Se realizó una evaluación de una de las prácticas salutogénicas para superar las inequidades en salud en la Comuna 1-Popular, con el objetivo de Comprender el sentido comunitario de coherencia generado por la movilización de los activos comunitarios fortalecidos con las prácticas salutogénicas de la Comuna 1 Popular, Medellín. Esta se realizó utilizando técnicas cualitativas como, etnografía a través de recorridos territoriales, análisis de foto voz, entrevistas a profundidad entre otras.

5.1. Evaluación Mesas de Diálogo

Los líderes comunitarios reconocen que dentro de sus Motivaciones comunitarias para la participación, se encuentran principalmente 2:

- Reconocimiento de diálogo como técnica para mejoramiento de las problemáticas de salud territorial.
- Espacio para develar preocupaciones frente a problemáticas del adulto mayor y el medio ambiente.

Frente a los aspectos de la Metodología desarrollada se evidencio que:

- Metodológicamente las mesas realizadas fueron muy bien valoradas.
- El 94,3%(33 personas) estaban muy de acuerdo con claridad y fácil comprensión en temas tratados.
- Cada mesa de diálogo se desarrolló en cuatro horas, tiempo adecuado para el proceso de participación.

Como aspecto fundamental se identificaron Barreras y facilitadores para el diálogo y la concertación de los líderes en la identificación y priorización de sus problemáticas de salud:

- Más del 80% de los participantes consideraban que la participación de los asistentes fue igual durante el proceso de las mesas de diálogo.



- El 99,4% de las personas que asistieron a las mesas de diálogo indicaron que estaban de acuerdo o muy de acuerdo en volver a participar.
- El 98,7% se sentían satisfechos con la priorización realizada.

5.2. Evaluación Redes y activos sociales

Comuna 1 Popular

Se realiza un análisis en la comuna Popular en relación con el tema de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), específicamente el tema del embarazo no deseado en adolescente; se identificaron 28 activos que pueden aportar por medio de alianzas estratégicas en la solución de este problema. La identificación de estos, se expandió en los cuatro nodos que componen esta comuna. Del total de activos identificados, se encontró que el 71,4% (20) están clasificados como instituciones, de las cuales el 90% está compuesto por Instituciones Educativas y un porcentaje restante por centros de Salud; uno en el barrio Santo Domingo y el otro en el Popular. El 32,1% (8) de los activos están ubicados en el barrio Popular (N1 y N2), seguido por el barrio Santo Domingo Savio y el barrio Nuevo Horizonte.

Se identificaron cinco lideresas que trabajan de manera independiente el tema de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la Comuna. De estas, cuatro hacen parte del equipo territorial del Proyecto. En la siguiente tabla se identifican cada uno de los activos identificados y su clasificación.

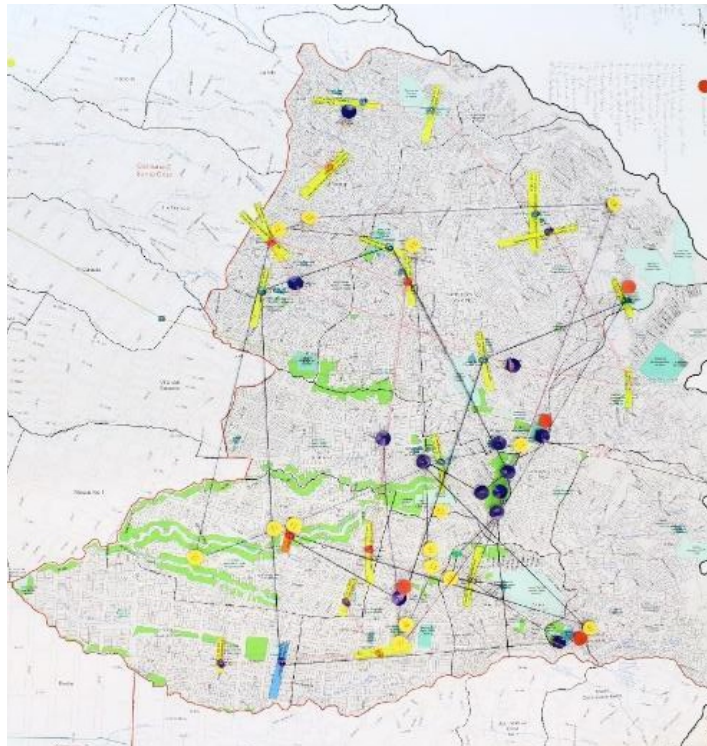
La trayectoria de trabajo comunitario de los activos osciló entre 2 y 50 años, el tiempo promedio de trabajo fue de 29 años. Lo anterior muestra que en este territorio se cuenta con un gran capital comunitario, no solo por el tiempo que cada uno lleva en el territorio, sino porque este tiempo les ha permitido reconocer las dinámicas con las que el territorio se desarrolla y por ende se ha podido establecer acciones estratégicas en torno a la salud y el bienestar de los residentes de esta comuna. El 92,9% de los activos trabajan con población general y un 7,1% con adolescentes, jóvenes, mujeres o población infantil.

Para identificar la interacción entre los activos de la comuna con enfoque de trabajo en la problemática priorizada, se realizó un ejercicio cartográfico con todos los activos identificados en el territorio. En este proceso se ubicó en el mapa de la comuna cada uno de los activos identificados y luego se trazaron relaciones vinculantes entre estos, las cuales se identificaron de tres formas (Fuertes (color negro), débiles (color morado) y



por potenciar (color rosado). En la Figura se observa el trabajo realizado para identificar estas relaciones. Este ejercicio cartográfico permitió ver que dentro del territorio existen activos considerados fuertes para realizar alianzas futuras.

Ilustración 14. Ejercicio cartográfico con los activos identificados para trabajar el tema de Salud Sexual y Reproductiva en la Comuna 1. Proyecto Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad. Componente de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación. 2018.



Comuna 5 Castilla

Los activos identificados han estado en el trabajo comunitario dentro de la comuna, se puede decir que estos llevan recorridos entre 1 y 50 años aportando conocimiento y acciones, no sólo en la problemática identificada como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, sino también a todas las necesidades que se generan como comunidad y atendiendo a toda la población desde los niños hasta adultos mayores.

Siete de los 44 activos identificados en la comuna realizan trabajos con otras personas, asociaciones, grupos u organizaciones de su comunidad que tengan que ver con el problema priorizado. Se observó durante el año 2020-2021 que existe una interacción entre los activos identificados tanto con ellos mismos como con otros que



se encuentran dentro y fuera de la comuna. Se puede decir que las Juntas de Administradoras Locales, las Juntas de Acción Comunal, la Mesa de Derechos Humanos son las organizaciones con las cuales más se realizan trabajos en pro al problema priorizado.

Se realizó un ejercicio de georreferenciación de los activos sociales y capital social en comunicaciones, ubicando cada uno de ellos en un mapa en ArcGIS Online teniendo en cuenta las direcciones reportadas en la base de datos establecida para el mapeo; sin embargo, cabe mencionar que para los individuos y los líderes canalizadores de información no se registró ninguna dirección debido a la situación actual que se vive en el país con los líderes sociales.

Se identifica en el mapa de castilla que los activos identificados se encuentran concentrados en la parte superior de la comuna, es decir barrios como Castilla, Francisco Antonio Zea, Alfonso López y Girardot tiene la mayor parte de activos identificados, caso contrario sucede con los barrios como Toscana, Tricentenario y Belalcázar que casi no hay activos que trabajen la problemática priorizada.

Ilustración 15. Distribución de activos sociales y comunitarios. Proyecto Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad. Componente de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación. 2020.



Comuna 16 Belén

En total se identificaron 34 activos en la comuna 16 Belén; el 71,1% de ellos hacen parte de los activos sociales y el 30,8% restante son activos comunicacionales. Los más frecuentes fueron las organizaciones con el 29% y las instituciones y procesos dialógicos con el 18,4%. Al observar el tiempo que los activos identificados han estado en el trabajo comunitario dentro de la comuna, se puede decir que estos tienen mucha experiencia toda vez que 19 activos han estado entre 1 y 10 años en la comunidad, 11 activos entre 12 y 30 años y 4 activos entre 35 y 70 años; tiempo que han aportado conocimientos y acciones, no sólo en la problemática identificada como lo es el alto consumo de sustancias psicoactivas, sino también a todas las necesidades que segeneran como comunidad.



Con el ejercicio de mapeo y la georreferenciación de la información, se permite conocer espacialmente los puntos donde se encuentran ubicados los activos en la comuna, logrando tener una mirada más amplia de donde se encuentra concentrada la atención al consumo de sustancias psicoactivas en los sectores o barrios. Se identifica que los activos identificados se encuentran distribuidos por todos los barrios de la comuna, lo que permitiría tener una mejor atención e identificación del problema priorizado.

Comuna 15 Guayabal

Los activos sociales que se identificaron se hicieron a partir de la problemática priorizada, poca orientación para el manejo adecuado de residuos sólidos, estos activos hacen parte de la comunidad y podrían ayudar en la gestión de proyectos para mitigar esta situación.

En total se identificaron 21 activos en la comuna 15 Guayabal; el 66.7% de ellos hacen parte de los activos sociales y el 33.3% restante son activos comunicacionales. Los más frecuentes fueron las organizaciones con el 33% y los líderes canalizadores de información con el 19%. Al observar el tiempo que los activos identificados han estado en el trabajo comunitario dentro de la comuna, se puede decir que estos llevan recorridos entre 2 y 50 años aportando conocimiento y acciones, no sólo en la problemática identificada como lo es la poca orientación para el manejo adecuado de residuos sólidos, sino también a todas las necesidades que se generan como comunidad.

Lo anterior muestra que en este territorio se cuenta con buenos activos comunitarios, no solo por el tiempo que han permanecido en el territorio, si no porque conocen las dinámicas del territorio y esto les permite establecer acciones estratégicas en torno a la salud y el bienestar de los residentes de esta comuna.

Se realizó un ejercicio de georreferenciación de los activos sociales y capital social en comunicaciones, ubicando cada uno de ellos en un mapa en ArcGIS Online teniendo en cuenta las direcciones reportadas en la base de datos establecida para el mapeo; sin embargo, cabe mencionar que para los individuos y los líderes canalizadores de información no se registró ninguna dirección debido a la situación actual que se vive en el país con los líderes sociales.



5.3. Evaluación proceso capacitación a líderes

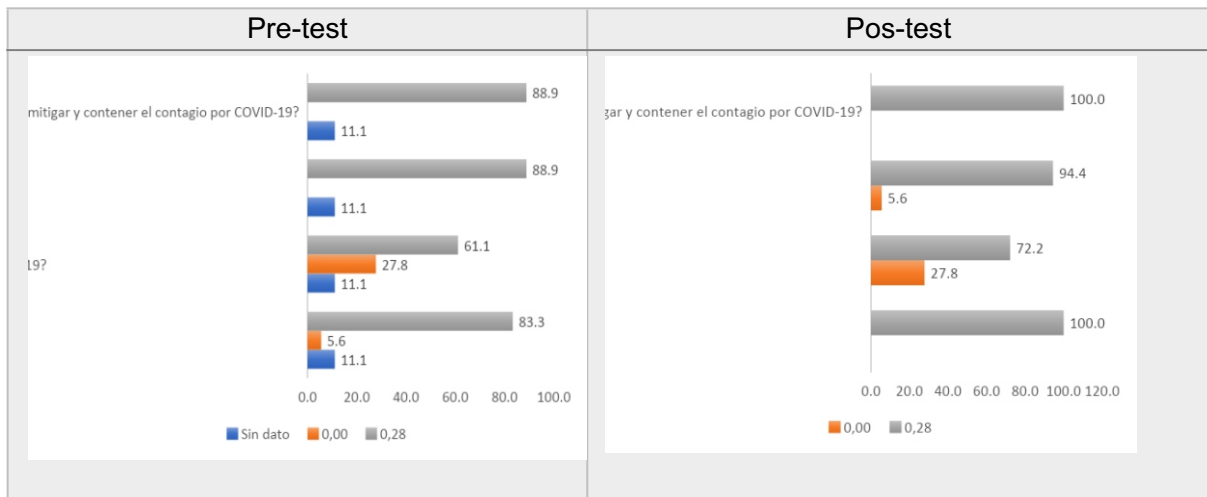
Con un porcentaje de certificación del 71% de los líderes que inician el diplomado. Se realizó una prueba pre y post test de los conocimientos apropiados en la capacitación, se observaron cambios significativos ($p < 0,05$) en las temáticas relacionadas con los módulos de los talleres y diplomado.

Debido a que la prueba de conocimientos posteriores a la capacitación fue diligenciada por menos personas que la prueba de conocimientos previos, se realizó el análisis de las diferencias con las 18 personas que habían realizado las dos pruebas.

Los siguientes resultados permitieron identificar los conocimientos previos y posteriores de los participantes al curso, con el fin de conocer el cambio metodológico durante el proceso de capacitación; es decir; si este permitió adquirir conocimientos con respecto a la participación, a la planificación y a la comunicación en salud.

Análisis de diferencias pre-test y pos-test sobre la Covid-19: Al comparar los resultados del pre-test y pos-test, se evidencia un incremento en los porcentajes de las respuestas acertadas a las preguntas sobre la Covid-19 después de la capacitación, inclusive algunos llegando al 100% de asertividad. Llama la atención que para la pregunta de quiénes son las personas más afectadas por el contagio de la Covid-19 se mantiene el porcentaje de respuestas incorrectas.

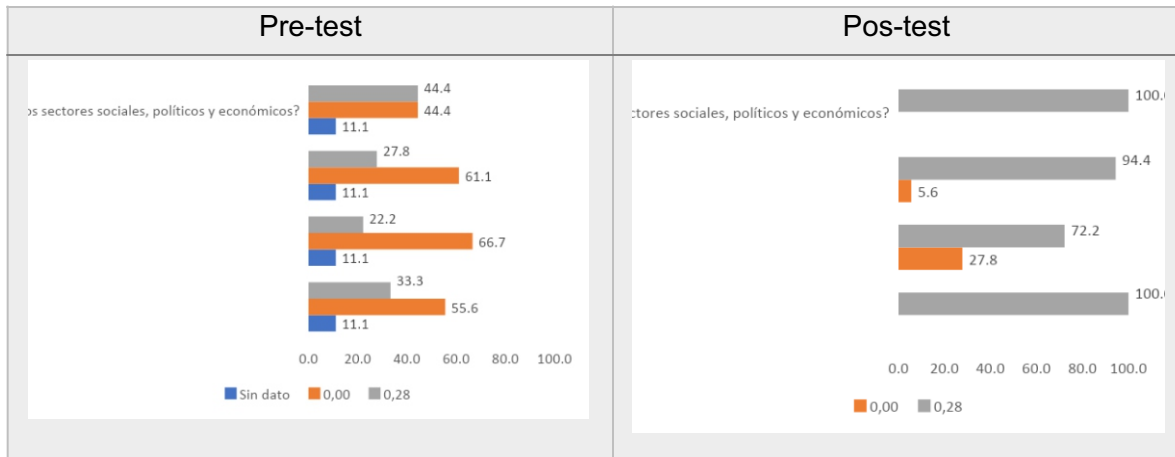
Ilustración 16. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la Covi-19. Proyecto GTSbC 2021.



Fuente: Base de datos prueba de conocimientos previos y posteriores. Proyecto Gestión Territorial en Salud basado en Comunidad. 2021.

Análisis de diferencias pre-test y pos-test sobre la Comunicación en salud: Al observar los resultados de la prueba de conocimientos posterior a la capacitación, se evidencia significativamente que esta proporcionó conocimientos sobre el tema de comunicación en salud, dado que se incrementaron las respuestas acertadas con respecto al ejercicio realizado anteriormente.

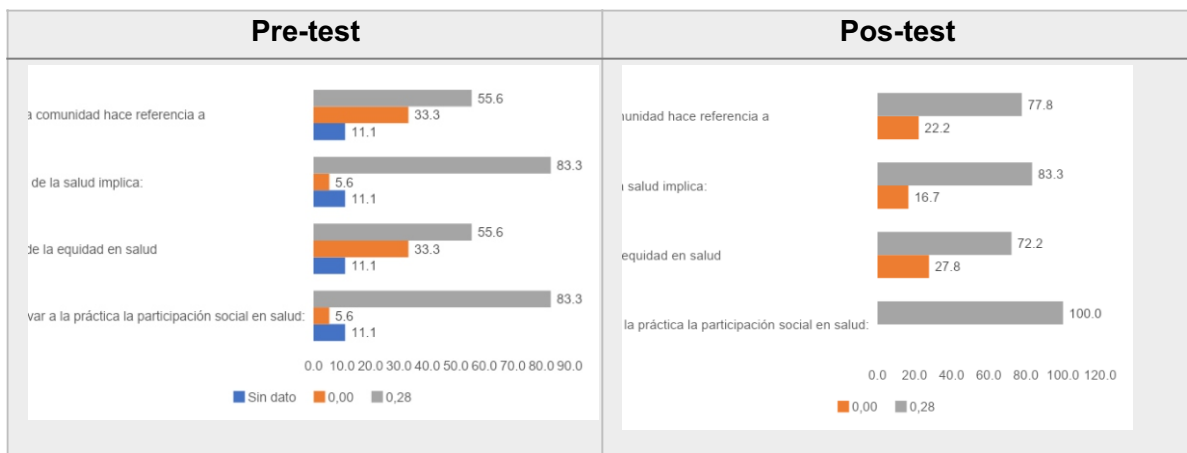
Ilustración 17. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la Comunicación en salud. Proyecto GTSbC 2021.



Fuente: Base de datos prueba de conocimientos previos y posteriores. Proyecto Gestión Territorial en Salud basado en Comunidad. 2021.

Análisis de diferencias pre-test y pos-test sobre la Participación: Para el tema de la participación, aunque los resultados de asertividad del pos-test fueron superiores al del pre test, en algunas preguntas se mantuvo el mismo resultado como en la de participación activa.

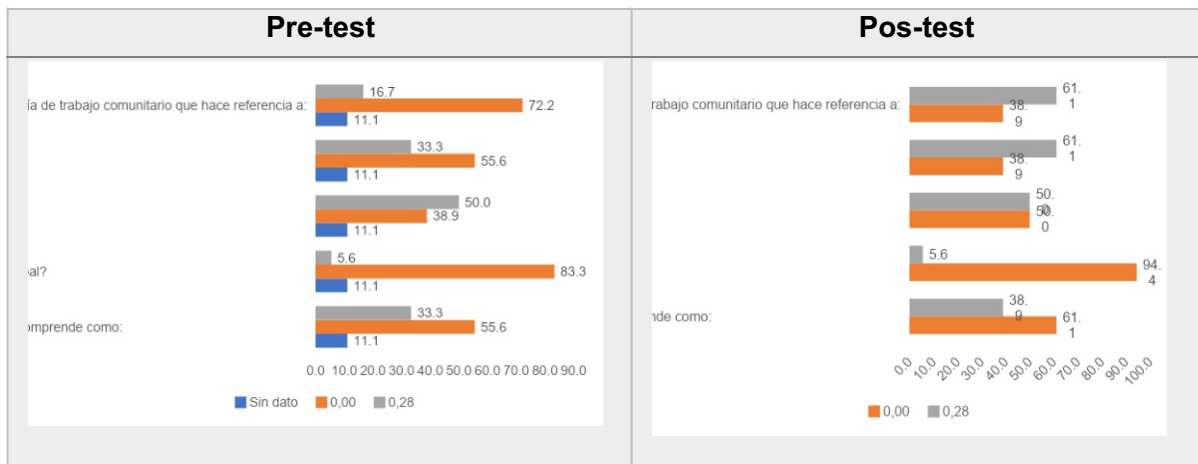
Ilustración 18. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la participación. Proyecto GTSbC 2021.



Fuente: Base de datos prueba de conocimientos previos y posteriores. Proyecto Gestión Territorial en Salud basado en Comunidad. 2021.

Análisis de diferencias del pre-test y pos-test sobre la Planificación: Al hacer una comparación de las gráficas, los cambios del pre-test al pos-test en cuanto a asertividad no fueron tan representativos. Aunque algunas preguntas incrementaron el porcentaje de respuestas correctas, en otras por el contrario aumentó el porcentaje de respuesta incorrectas, como lo fue para las preguntas del Plan de Desarrollo y el Plan Decenal.

Ilustración 19. Porcentaje de diferencias de la prueba de conocimientos pre-test y pos-test sobre la planificación. Proyecto GTSbC 2021.



Fuente: Base de datos prueba de conocimientos previos y posteriores. Proyecto Gestión Territorial en Salud basado en Comunidad. 2021.

Dentro de la evaluación cualitativa de la percepción del diplomado se encontró:

- El 97% de los participantes indicaron que este diplomado aportó a su quehacer comunitario.
- Más del 50% de los participantes sintieron que el tiempo destinado para cada módulo fue insuficiente, debido a la complejidad e importancia de los temas.
- El módulo que más les gustó por la pertinencia fue el de «Elaboración y evaluación de proyectos comunitarios» y donde se encontró mayor conocimiento.
- El compromiso de los docentes y la participación de la comunidad fueron los aspectos más valorados por los participantes de este diplomado.



5.4. Medición del Empoderamiento estructural para el fortalecimiento comunitario de las acciones de salud territorial

El empoderamiento es atributo social que promueve en las relaciones de interdependencia, acciones tendientes a mejorar la gestión y la eficacia colectiva de las organizaciones en situaciones de vulnerabilidad social (16). El empoderamiento comunitario hace referencia a ese proceso en el cual la comunidad al apropiarse de sus objetivos colectivos y en su búsqueda diaria por resolver sus necesidades, adquiere habilidades y evidencia la posibilidad de generar cambios(17).

En este reporte, el empoderamiento estructural comunitario, fue analizado desde cuatro escalas; el acceso a la oportunidad, el cual se refiere a la posibilidad que tiene el líder de crecer y moverse dentro de la organización comunitaria y la oportunidad de aumentar su conocimiento y habilidades. El acceso a los recursos, relacionado con la posibilidad de adquirir los recursos financieros, materiales y de tiempo para realizar su trabajo. Una tercera característica estaría ligada al hecho de tener acceso a la información, caracterizado desde el conocimiento formal o informal para ser efectivo en el lugar donde desarrolle su trabajo y por último está el acceso al soporte, el cual se relaciona con el hecho de recibir realimentación de sus compañeros de trabajo. Se realizó en el año 2018 una encuesta a 161 líderes comunitarios, y se hizo un análisis descriptivo y factorial.



Resultados

Acceso a la oportunidad: Posibilidad de crecimiento y movimiento dentro de la organización Comunitaria. El 83,6%(117) de los participantes perciben que el trabajo como líderes comunitarios es trabajo estimulante. Por su parte un 88,5%(139) siente que este trabajo se vincula con la posibilidad de adquirir habilidades, conocimiento y/o realizar tareas en pro del mejoramiento de la salud del territorio y el 86,9% (139) considera que además estas habilidades o conocimientos se desarrollan para la participación social en salud.

Acceso a la información: Esta categoría es medida desde la posibilidad que tienen las personas de estar informados de aspectos relevantes de la organización, lo cual les permite realizar sus trabajos comunitarios con efectividad. 8,6% de los participantes consideran que es una característica del trabajo comunitario tener información sobre los valores de la organización comunitaria y sus objetivos. 72,8% considera que es importante conocer el estado actual de la organización comunitaria para la gestión en salud.

Acceso a los recursos: Esta categoría es medida desde la posibilidad que tienen las personas de obtener acceso a recursos financieros que posibiliten la realización de sus trabajos. El 59,7%(95) considera que una de las características del trabajo del líder comunitario es el reconocimiento que la comunidad tiene de las cosas que este hace bien. Por su parte, más del 70% considera que es necesario que este tenga la capacidad de autoevaluarse para mejorar la comunidad y un 74,8% (119) considera que es clave que el liderazgo comunitario sea ejercido por una persona que cuente con capacidad resolutoria de problemas de la comunidad.

Acceso al soporte: Está relacionado con el de recibir realimentación de los compañeros de trabajo. En esta categoría se observó que el 75,6% (121) de las personas consideran que los líderes comunitarios deben disponer de tiempo que les permita realizar trabajos administrativos en su comuna y este tiempo también debe estar destinado para cumplir con los requisitos de trabajo como líder para la salud (80,3%). En cuanto al soporte el 61,9%(99) considera que el trabajo del líder comunitario tiene que estar caracterizado por la oportunidad de conseguir ayuda adicional cuando la necesite.



Conclusiones

El análisis por factores permitió evidenciar que hay dos factores explicativos para el empoderamiento estructural, los cuales juntos explican en un 63.8% la variación de los resultados. El primer factor, está comprendido por la mayoría de las variables que explican el empoderamiento estructural, tales como la oportunidad, soporte y recursos, este factor explica el 36,0% de la varianza de los datos. Esto permite identificar que para el empoderamiento comunitario es importante que el líder sienta que su trabajo es estimulante, reconocido por la comunidad y a su vez que se tenga la oportunidad de adquirir habilidades y conocimientos tanto para su quehacer como actor comunitario como para los procesos participativos relacionados con la salud. El líder debe tener la capacidad de autoevaluar los acontecimientos que emergen en su territorio y con base en esto, buscar las alternativas para resolverlo.

En el segundo factor, las variables con mayor peso hacen referencia a la categoría de información, lo cual indica que tener información clara sobre todos los componentes que tiene la organización para la gestión en salud posibilita la realización de trabajos comunitarios de forma eficiente.

5.5. Medición de la gobernanza territorial para la salud y COVID 19.

Durante el año 2020 -2021 en el marco de la pandemia por COVID 19 se realizó en tres comunas de la ciudad, una medición de la capacidad de gobernanza territorial de los líderes y lideresas para enfrentar de forma comunitaria e individual los retos y desafíos de la pandemia, esto es un reflejo del fortalecimiento del liderazgo en salud que se ha desarrollado en los territorios por varios años.

Este aparte tiene como propósito tener un acercamiento y un reconocimiento de las formas de participación, interacción y de confianza que se gestan en los territorios para generar acciones que permitan la promoción de la salud. Aquí se describe un resumen de los resultados, los cuales son parte de los productos del desarrollo de las intervenciones de GTSBC realizadas por la Universidad de Antioquia.

De acuerdo al entorno comunitario en los tiempos del covid-19, si sumamos los porcentajes de la mayoría de las categorías podemos decir que más del 50% de los líderes comunitarios que participaron de esta investigación se encuentran de acuerdo y totalmente de acuerdo a que el entorno en su comuna aporta factores que disminuyen el riesgo para la salud colectiva en tiempos de pandemia. Por otro lado,



más del 66% de los líderes comunitarios de la comuna 5 Castilla que respondieron el cuestionario, promueven en sus comunidades las acciones de autocuidado para hacerle frente al Covid-19.

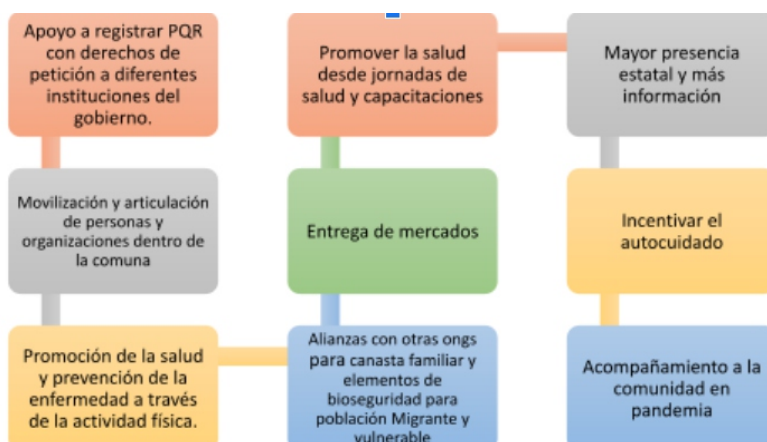
En cuanto a las acciones de liderazgo comunitario para la gestión de la salud con otros sectores en el marco de la COVID-19, el 73% de los líderes, durante la pandemia se han instruido para adquirir habilidades digitales con el fin de beneficiar a la comunidad. Con la virtualidad que ha generado el Covid-19, se ha incrementado el acompañamiento de los líderes a su comunidad en espacios donde antes no podía hacerlo.

Sin duda son muchas las acciones que los líderes comunitarios han realizado para apoyar a su comunidad a enfrentar la pandemia, entre ellas están las campañas de autocuidado, talleres y jornadas educativas e informativas sobre la Covid-19; además afirman haber realizado movilizaciones y articulaciones con el objetivo de ponerle la barrera al virus dentro de sus comunidades.

En la siguiente ilustración se observan las acciones más frecuentes que registraron los líderes comunitarios de las comunas encuestadas.



Ilustración 20. Acciones desde el papel de líder comunitario que han realizado en su comunidad frente a la Covid-19. proyecto GTSbC, 2021.

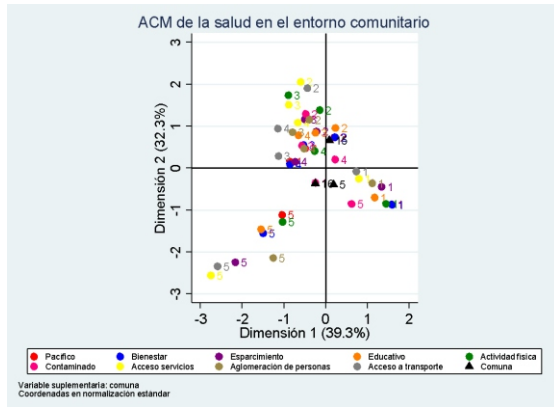


Fuente: Base de datos Gobernanza Territorial en Salud. Proyecto GTSbC 2021.

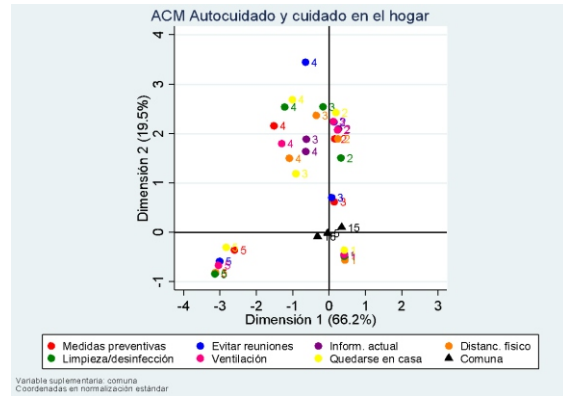
Los líderes comunitarios consideran que estas acciones han ayudado en su comunidad porque la comunidad confía en el accionar de las Juntas de Acción Comunal, porque benefician a la población más necesitada, fortalecen la salud mental, sensibiliza, concientiza y educa a la comunidad.

Con respecto a las acciones colectivas para la gestión de la salud, se encuentra un panorama diferente, toda vez que más del 50% de los líderes dicen estar totalmente en desacuerdo en que la comunidad esté realizando gestiones y acciones para prevenir y controlar la pandemia. Caso contrario, se manifiestan alrededor del 37% de los líderes que perciben que la comunidad está organizada para el apoyo a las familias más vulnerables. En la siguiente figura se encuentra un resumen de la evaluación de esas dimensiones a través del análisis de correspondencias múltiples (ACM).

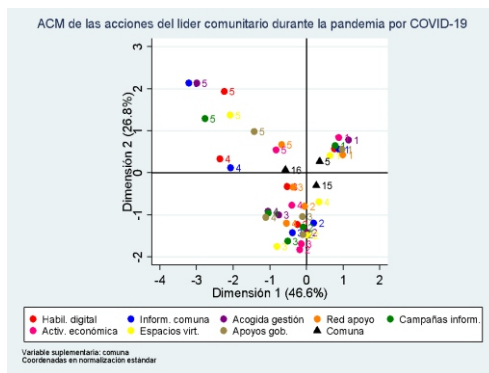
Ilustración 21. Evaluación gobernanza territorial: a) salud en el entorno comunitario, b) acciones de autocuidado y cuidado en el hogar promovidas por los líderes, c) acciones gestionadas por el líder para apoyar la comunidad y d) acciones gestionadas por el líder y la comunidad en conjunto.



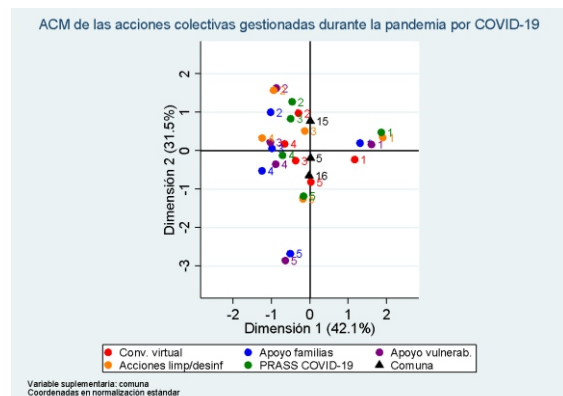
a) ACM de la salud en el entorno comunitario



b) ACM de las acciones de autocuidado y cuidado en el hogar que promovieron los líderes comunitarios durante la pandemia por COVID-19



c) ACM de las acciones gestionadas por el líder para apoyar la comunidad



d) ACM de las acciones gestionadas en conjunto por el líder y la comunidad

1=“Totalmente de acuerdo”, 2=“De acuerdo”, 3=“Ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, 4=“En desacuerdo” y 5=“Totalmente en desacuerdo”.

Fuente: Base de datos Gobernanza Territorial en Salud. Proyecto GTSbC 2021.

Así, el 65% calificó estar muy de acuerdo en que se conseguía fácil transporte para movilizarse y el 63% percibió que en su entorno es fácil conseguir artículos de primera necesidad. El 40% informó estar muy de acuerdo en que existen lugares de alta concentración cercanos y el 30% indicó que la contaminación era alta. El grado de desacuerdo de los líderes fue menor, esto es explicado por la dispersión de puntos

Las acciones de autocuidado y cuidado en el hogar promovidas por el líder para incentivar a la comunidad a protegerse de la COVID-19 constituyen un factor importante de este estudio, el grado de acuerdo de los líderes en esta dimensión fue mayor que en los entornos explicado por la fina agregación de puntos en el cuadrante inferior derecho. Quedarse en casa (76%), ventilar espacios (72%), practicar medidas preventivas (71%) y evitar reuniones (71%) fueron las acciones mayormente motivadas por el líder.

Acompañar a la comunidad en otros espacios virtuales (56%), apoyar la gestión de campañas informativas de autocuidado y cuidado comunitario frente a las COVID-19 (54%) y contar con información de la afectación actual de la COVID-19 en la comunidad para priorizar acciones que requieran una atención pronta (48%) fueron las acciones que los líderes gestionaron en mayor proporción.

Los resultados de este trabajo refuerzan la idea de avanzar en acciones de promoción de la salud con líderes de las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, tal como lo propone y direcciona el modelo de GTSbC. Modelo que tuvo sus orígenes en una comuna del nor-orienté de la ciudad, pero que hoy hace parte del ejercicio de participación social en salud de la secretaría de Salud de Medellín.

La GTSbC como experiencia de teoría y práctica de la salud pública tiene el propósito de generar capacidades en las personas y las comunidades para identificar sus potencialidades y determinantes sociales de la salud, identificar los activos claves para avanzar en la consecución del objetivo de la salud y la vida, generar alianzas y trabajo articulado entre las comunidades y demás actores y sectores, y emprender proyectos comunitarios para impactar los territorios; todo esto mediado por acciones de educación, comunicación y evaluación, que posibilite la toma de acciones en salud pública informadas y con base en evidencia.

5.6. Medición capital social comunitario en salud

Uno de los conceptos más amplios de capital social comunitario en salud, se refiere a la comprensión de los “tipos particulares de relaciones sociales” que se establecen en el territorio y las características para coproducir salud socialmente, incluyendo los recursos altamente vinculantes que tenemos las personas (la reciprocidad, el apoyo social, el soporte social, la confianza interpersonal, las redes sociales) 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⁽¹⁸⁾.

Para realizar su medición, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por personas residentes en las comunas y corregimientos partícipes del proyecto de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbC).

La muestra estuvo comprendida por un grupo de personas compuesto por la totalidad de participantes del proceso de formación (diplomado) realizado en el Proyecto GTSbC y un grupo de personas con características similares, exceptuando que no hayan participado de dicho proceso de formación, en las comunas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 15, 16, 60, 70. La fuente de información es primaria, a través del diseño y aplicación de una encuesta, adaptada del estudio Diseño y aplicación del Índice Integrado de Capital Social⁽¹⁹⁾. El análisis de la información se divide en dos partes: en la primera, se hace un análisis exploratorio de los datos y en la segunda, un análisis estadístico multivariado de éstos, a partir del establecimiento del Índice de Capital Social.

Resultados

Se contó con 251 personas, el 80,1% (201) mujeres y el 85,7% (215) adultos o adultos mayores. El 12,7% (32) de la población participantes, estaba comprendida por personas jóvenes. Más del 50% de los participantes indicaron estar solteros; entre estos, se identificó que el 37,6% eran personas mayores de 50 años.

Grupos y Redes: El análisis relacionado con la participación en grupos y redes, mostró que el 54,1 % (136) de los participantes pertenecían a algún grupo de salud. La principal razón identificada por la cual, las personas hacían parte de estos grupos era porque la comunidad se veía beneficiada por las acciones que se realizan en estos espacios. El 60,3% (82) de las personas indicaron que cuando hay que tomar una decisión en salud dentro de sus organizaciones, los miembros analizan la situación y deciden en conjunto.

¹⁸ Fishman R.M. Voces de la democracia. Primera edición. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS; 2008

¹⁹ Serrano C., Alarcón A., Tassara G. Diseño y aplicación de Índice Integrado de Capital Social en tres barrios urbanos de la región de Coquimbo Programa Más Región. Chile. 2006. p. 1-80. Disponible en: <http://docplayer.es/51314935-Diseño-y-aplicación-de-índice-integrado-de-capital-social-en-tres-barrios-urbanos-de-la-región-de-coquimbo-programa-más-región.html>

Confianza y Cohesión Social: La mayoría de las personas participantes de la investigación manifestaron sentir confianza en sus familiares y amigos para compartir sus problemas y no tanto en los vecinos o compañeros de trabajo. El 56,1% de los participantes manifestaron no sentir confianza en las otras personas de su territorio. Entre las personas que manifestaron poca confianza se pudo observar que la razón más frecuente se enfocaba en que “Cuesta que los vecinos se motiven para realizar actividades en común relacionadas con salud”.

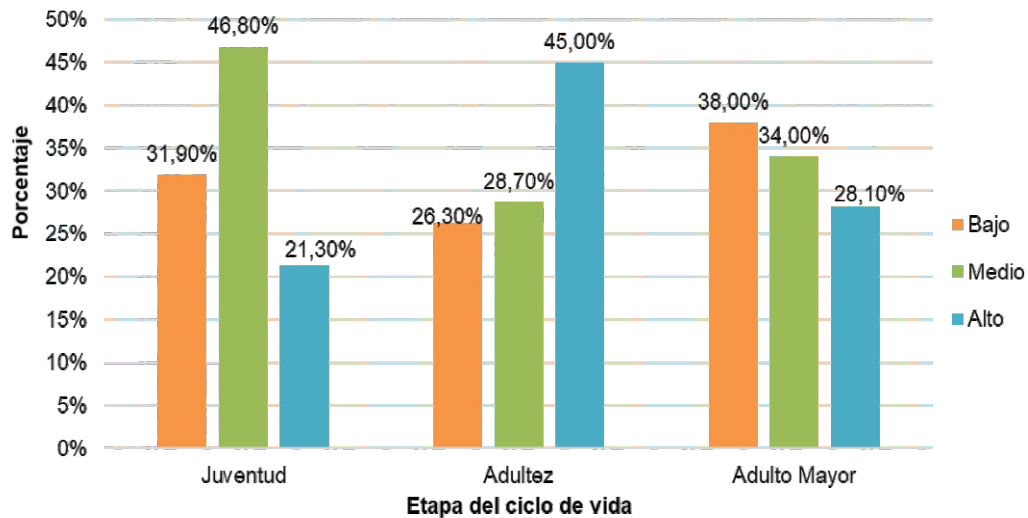
Liderazgo: Los resultados de esta investigación estuvieron direccionados en estas dos vías; el liderazgo de la comunidad se vio reflejado en el reconocimiento de líderes en sus barrios y la identificación de estos como positivos para el 66,5%(167) de los participantes, a su vez el 55,8%(167) estos, se reconocen como líderes en sus territorios.

Cooperación: La cooperación para la resolución de problemas o fortalecimiento de procesos comunitarios en salud está ligado a los procesos de liderazgos desde el accionar de toda o la mayor parte de la comunidad. Los participantes del estudio, reconocieron que menos de la mitad de las personas de su barrio aportarían en tiempo o conocimiento para el logro de los objetivos comunes. El 38,9%(100) indicó que si hubiera un problema con el suministro de agua muchas personas aportarían para la solución de este problema, mientras que el 27,5% (69) indicó que esta ayuda solo se obtendría de algunas personas. En todas las comunas participantes excepto en Belén se observó la misma percepción respecto a la cooperación indicada en el párrafo anterior.

Empoderamiento: El 43,4%(109) de las personas dijo que en el caso de que se estén presentando robos frecuentes en el barrio actuarían de manera individual y un 27,1% (68) considera que los vecinos se organizarían; lo que da cuenta que los mecanismos para resolver problemáticas en la comuna son abordados principalmente por las acciones que sus integrantes puedan realizar y no tanto por la intervención de actores externos a esta.

Índice de capital social comunitario de la ciudad: De acuerdo a los resultados del análisis multivariado de componentes, se encontró 34% de la población tiene un índice de capital social alto, el 33% medio y el 32% bajo; con una mayor proporción de capital social de nivel alto en los hombres. Según el curso de vida el resultado se muestra en la siguiente gráfica:

Ilustración 22. Índice capital social comunitario según curso de vida. Medellín.



De acuerdo a las comunas donde se realizó la encuesta, la mayor comuna con Capital social comunitario es el Poblado Seguido de Castilla y Guayabal, en la siguiente tabla se muestra los resultados en las diferentes comunas donde el color azul es capital social alto, el verde es medio y el naranja es bajo.

Tabla 7. Índice de Capital social y comunitario en las Comunas Evaluadas. Medellín, 2018.

Comuna/Corregimiento	Puntaje Índice CSC
Comuna 1-Popular	53,23
Comuna 5- Castilla	51,29
Comuna 15-Guayabal	49,64
Corregimiento 70 - Altavista	47,14
Comuna 11- Laureles-Estadio	45,23
Comuna 16 - Belén	44,54
Comuna 12 - La América	43,61
Comuna 2 - Santa Cruz	42,01
Comuna 4 - Aranjuez	41,79
Comuna 3 - Manrique	41,23
Corregimiento 60 San Cristóbal	37,92
Comuna 9 - Buenos Aires	27,32



Conclusiones

La Organización Mundial de la Salud define la coproducción en salud como el proceso de atención en salud que implique una relación a largo plazo entre las personas, prestadores y sistemas de salud (20). Dentro del concepto de Capital Social, la confianza es el atributo de mayor importancia a resaltar, pues de acuerdo con Fishman, “las actitudes de confianza son el componente fundamental del capital social” (21). No obstante, de acuerdo con dicho autor es importante resaltar que las relaciones sociales y la confianza no necesariamente están correlacionados, situación que se relaciona con los resultados parciales del estudio, pues se observó que para que haya confianza debe haber ciertos factores como, por ejemplo, ser de familias parecidas, tener la misma condición social, compartir experiencias, tiempo y tener amistades comunes.

En definitiva, la confianza es el adhesivo que permite el fortalecimiento de las redes para tejer oportunidades de salud ambiental, salud mental, salud sexual y reproductiva priorizadas por las comunidades en los territorios analizados.



5.7. Evaluación de una de las prácticas salutogénicas para superar las inequidades en salud en la Comuna 1-Popular

La salutogénesis puede definirse como un cambio de paradigma entre educación para la salud y promoción de la salud, orientada en recuperar la importancia del sujeto social para la salud en su colectivo a partir del papel activo y responsable sobre su salud y su calidad de vida, es decir, explora con un amplio sentido de la coherencia comunitaria, los activos y recursos comunitarios como acercamiento para activar medidas de bienestar, salud y calidad de vida para potenciar la resiliencia en salud(22).

Esta evaluación se realizó a través de técnicas cualitativas como la foto voz y la entrevista a profundidad a varios actores claves de la comuna, el informe en extenso hace parte de los documentos finales del contrato del año 2018 con la Universidad de Antioquia, aquí se presenta un resumen de ellos.

Como Transformación salutogénica, el cuidado también está en el compartir, los lugares del territorio permiten hablar de lo que hacemos en la comunidad, estos lugares pasaron de ser una base militar, de miedo, de control, a un lugar de encuentro, de ruido, de alegría, de respeto.

En la comuna se reconoce que no existe un proceso de transformación urbanística ni proyección para hacerla, pero, la vida sigue, la vida se recrea en el juego. Dicha Transformación existe porque las personas nos involucramos para buscar salud, pero también aportando para cuidar los lugares bien, era un espacio inadecuado para que las personas lo habitarán, es un lugar que fue posible por los liderazgos que hay en la Comuna 1, significa “unión”.

La Transformación del espacio se reconoce en varios de los relatos: “Era un basurero y que lo organizaron en parque recreativo y un jardín y para hacer ejercicios para la comunidad”, “Los lugares pueden tener soluciones desde que la comunidad se proponga a que permanezcan limpios. Cada uno y cada una tenemos que proponernos para tener nuestros entornos limpios y aseados”.



6. Recomendaciones para continuar el proceso en 2022 - 2023

Promover la gobernanza desde los mismos espacios de priorización territorial, una gobernanza necesaria para ser operacionalizada con el diagnóstico de cifras locales, que pueda analizar situaciones problemáticas complejas de manera interdisciplinaria y que pueda trabajar conjuntamente con los demás actores sociales impactados por el problema, y así puedan actuar conjuntamente con las estructuras gubernamentales diseñando la toma de decisiones.

Utilizar las diferentes herramientas de la Gestión Territorial para la movilización e inclusión de nuevos liderazgos en salud.

Reconocer de forma articulada las acciones que se desarrollan en el marco de otras iniciativas para el fortalecimiento de la participación social en salud.

Mejorar el proceso de recolección de la información de las acciones desarrolladas en los territorios por los gestores territoriales en articulación con la política de participación social en salud, puesto que se desarrollan multiplicidad de acciones que, en ocasiones, quedan por fuera de la documentación del proceso.

Difundir los planes comunales de salud a los líderes y lideresas y otros actores territoriales institucionales o no, para que puedan ser una herramienta de la priorización territorial que se da desde diferentes dependencias, puesto que la mirada amplia de salud que allí se consigna, incluye múltiples lecturas de la realidad, de esta manera, al tener avanzada una planeación en salud se pueden aprovechar como herramienta para potenciar la acción sobre las comunas y corregimientos, en pro del bienestar de las comunidades.

En vías de seguir generando procesos donde se fortalezca la Participación Social en salud, se hace necesario que los temas de formación que se establezcan como parte del acompañamiento a la comunidad, debe estar dirigido a los intereses locales, no solo por determinación de plan de acción de la Política, esto lleva a un reto importante de seguir haciendo lecturas claras del territorio y la manera como se deben realmente formar y acompañar.

Pensar en la inclusión de otros actores en la participación social, lleva a la Secretaría de salud a establecer metodologías pensadas para cada tipo de público donde se posibilite el diálogo y conversación desde los propios imaginarios y formas de ver el



mundo , un claro ejemplo es la visión que tienen los jóvenes de la salud .

Las mesas ampliadas de salud, como escenarios de participación social deben retomar su fuerza, siendo reconocidas y valoradas como escenarios de suma importancia para el territorio, de allí que los acompañamientos que se realizan, trasciendan la esfera de la formación y se conviertan en espacios de movilización social en salud, siendo apoyo para los Comités de participación comunitaria en salud.

Se hace necesario que desde la Secretaría se realice además la destinación no solo de recurso humano, sino logístico e incluso financiero para la movilización de iniciativas comunitarias donde se vea reflejado la gestión de cada territorio.

Se deben impulsar procesos formativos continuos dirigidos a los líderes comunitarios, donde se dé una transferencia de aprendizajes que coadyuven a dar impulso y sostenibilidad a los ejercicios de participación comunitaria y su vínculo directo con la planeación territorial.

Es prioritario la construcción de alianzas intersectoriales y fomentar la articulación de las acciones entre la institucionalidad, sector privado y los actores sociales y comunitarios presentes en los territorios para potenciar las iniciativas comunitarias planteadas.

Promover el trabajo en red entre las organizaciones sociales y comunitarias es fundamental para fortalecer y articular las instancias de participación en los territorios.

Fomentar el intercambio de experiencias y realizar transferencia de aprendizajes a través del diálogo entre pares como herramientas para fortalecer la participación comunitaria.



Referencias Bibliográficas

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-deottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
2. 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
3. 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-INF7-A-s.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
4. 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
5. 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/134Shared_Content/Documentos/2016/PlandedesarrolloMunicipalConsolidadov229FEB16.pdf
6. Martinez, E; Hernandez, D. Vínculos comunitarios para la salud en Medellín: avances y desafíos de un modelo territorial. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín 2020.



7. Sosa, M. (2012). ¿Cómo entender el territorio? Ed. Belinda Ramos Muñoz. Guatemala.
8. Botello B, Palacio S, García Ms, Margolles M, Fernández F, Hernán M et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit [Internet]. [Consultado 2018 Ago 28] ; 27(2): 180-183. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000200016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>.
9. Gutiérrez AB. Las prácticas sociales: una introducción de Pierre Bourdieu. Córdoba: Ferreyra Editor; 2005. p.125.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. Bogotá 2015.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la implementación del modelo TO2ES: Por una Colombia Saludable, Bogotá 2015.
12. Educación popular y pedagogías críticas en América Latina y el Caribe: corrientes emancipatorias para la educación pública del Siglo XXI /Quintar, Estela ... [et al.] ; coordinación general de Anahí Guelman; Mónica Salazar ; Fabián Cabaluz. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2018.En http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20181113022418/Educacion_popular.pdf
13. HUANACUNI MAMANI, Fernando. Educación comunitaria. Rev. de Inv. Educ. [online]. 2015, vol.8, n.1 [citado 2022-02-04], pp.159-168. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432015000100008&lng=es&nrm=iso>.ISSN 1997-4043.
14. Gumucio -Dagron, Alfonso, Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. Signo y Pensamiento [en línea] 2011, XXX (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 31 de julio de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86020038002>> ISSN 0120-4823.
15. 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.

16. Jáimez MJ, Bretones FD. Spanish Adaptation of the Structural Empowerment Scale. The Spanish Journal of Psychology. Cambridge University Press; 2013;16:e15.
17. Beltrán R. Empoderamiento y promoción de la salud. [Internet] [Consultado 2018 Nov 11]. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
18. Fishman R.M. Voces de la democracia. Primera edición. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas-CIS; 2008
19. Serrano C., Alarcón A., Tassara G. Diseño y aplicación de Índice Integrado de Capital Social en tres barrios urbanos de la región de Coquimbo Programa Más Región. Chile. 2006. p. 1 - 80. Disponible en: <http://docplayer.es/51314935-Diseno-y-aplicacion-de-indice-integrado-de-capital-social-en-tres-barrios-urbanos-de-la-region-de-coquimbo-programa-mas-region.html>
20. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos [internet] [Consultado Oct 24 2018] Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es
21. Fishman R.M. Voces de la democracia. Primera edición. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas-CIS; 2008
22. Mariano Hernán, Antony Morgan, Ángel Luis Mena Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.

Esta es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín
Para ampliar información puede escribir al correo
planeación.salud@medellin.gov.co
www.medellin.gov.co/salud
Línea de atención al ciudadano 4444144