Implementación de la Política de Participación Social en Salud a través del Modelo para la Gestión Territorial en Salud Basada en Comunidad:

Una experiencia para el fortalecimiento de la gobernanza de la salud territorial y comunitaria.

Medellín, 2024

Secretaría de Salud del Distrito

Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud

Natalia López Delgado
Secretaria de Salud de Medellín

Luz Aida Rendón Berrío
Subsecretaria de Salud Pública

Obyalin Morales Romero
Subsecretaria de Gestión de Servicios

Alejandro Posada Jiménez
Subsecretario Administrativa y financiera

Juliana Sánchez Garzón
Dirección Técnica de Planeación en Salud

Documento elaborado por:
Verónica Lopera Velásquez
Jesica Alejandra Rúa Grajales

Equipo de participación social en Salud
Luis Augusto Hurtado
Beatriz Elena Gutiérrez Yepes
Byrne Ramírez Urrego
Paola Andrea Calderón Carrascal
Jesica Alejandra Rúa Grajales
Laura Estefany Ruiz Sánchez
Miriam Cristina Castañeda Arango
Natalia Restrepo Montoya
Iván Darío Henao Mora
Yubinza Eliana González Uribe
Jailer Andrés Londoño Tabares

Contenido

1. Introducción 4

2. La experiencia para el fortalecimiento de la gobernanza de la salud 8

2.1 Política de participación social en salud 8

2.2. Modelo de gestión territorial de salud basado en comunidad- gtsbc 14
2.2.1. Metodología para la implementación del modelo 16

3. Articulación de la política de participación social en salud (ppss) con el modelo de gtsbc 23

4. Implementación de la política de participación social en salud a través del modelo de gestión territorial en salud basado en comunidad durante el año 2024 26

4.1. Eje 1. Fortalecimiento institucional 27

4.2. Eje 2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud 40

4.3. Eje 3. Impulso a la cultura de la salud 45

4.4. Eje 4. Control social 49

4.5. Eje 5. Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión 50

5. Evaluación cualitativa del mgtbc año 2024 54

Referencias 57

1. Introducción

A partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, se promueve la participación de las comunicades en la toma de decisiones importantes; en ella se establece que Colombia es “un Estado Social de Derecho, descentralizado, con autonomía regional, pluralista y participativa”. (Con., 1991). Así mismo, otras normas y leyes afianzan la participación, entre ellas, la Ley 1438 de 2011 en su artículo 6º establece “que el Plan Decenal de Salud Pública y los planes territoriales de salud se construirán con amplia participación comunitaria” (Ley 1438). Esta Ley se reglamentó mediante la resolución 1841 de 2013 y la resolución 1536 de 2015.

En Colombia, promueven la participación, especialmente en salud, entre otras, las siguientes normas, la Ley 154 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, Ley 715 de 2001 del ordenamiento territorial y sectorial en Colombia que dicta normas en materia de competencias y asignación de recursos territoriales; Ley 1122 de 2007 que en su capítulo VI, define la salud pública y su ámbito de acción; Ley 1454 de 2011 por medio de la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y la Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se adopta Política de Participación Social en Salud -PPSS-.

Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 en el territorio nacional, se han logrado avances significativos como el aumento en la cobertura de aseguramiento en salud, la ampliación y unificación de los planes de beneficios, el crecimiento de la oferta de servicios, mejoras en la seguridad del paciente, la disminución de gastos de bolsillo y una orientación más clara hacia el enfoque de salud pública. En este contexto, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, adoptado como política de Estado, plantea nuevos retos y oportunidades al promover una visión integral de la salud, centrada en los determinantes sociales, el enfoque de derechos y la participación activa de la ciudadanía como pilares fundamentales.

Este plan establece que la salud es una construcción social que requiere de la corresponsabilidad entre Estado, instituciones y comunidades, y reconoce que la participación social es un componente estructurante para el logro de entornos saludables, la equidad en salud y la transformación de condiciones de vida. En coherencia con estos principios, la Política de Participación Social en Salud (PPSS) se convierte en una estrategia clave para fortalecer la gobernanza en salud pública, el control social y la incidencia real de la comunidad en las decisiones que afectan su bienestar.

La participación es un pilar fundamental que se planteada desde la Ley 100 de 1993 y que se afianza en 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. En el Decreto 780 de 2016, se define 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". (Decreto 780 de 2016, Artículo 2.10.1.1.2.)

No obstante, la normatividad existente y los intentos por promover la participación comunitaria, aún 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, situación, que, a todas luces, trae consigo inequidades en salud tanto a nivel local como regional.

Como respuesta a la implementación de la ley 1751,"Ley estatutaria en salud", el Ministerio de Salud reglamentó 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 -APS- 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 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y luego 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 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través de las estrategias de equipos básicos de salud. Sin embargo, según los lineamientos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) 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.

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 APS, 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.

Por otro lado, la Secretaría de Salud de Medellín, ha trabajado en la propuesta de un Modelo de Gestión Territorial de Salud Basado en Comunidad, -GTSBC-, 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 acciones 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 los cuales las personas, sus familias y comunidades se encuentren a dialogar y a encontrar soluciones para los retos en salud y sus determinantes sociales. Por otro lado, la GTSBC recoge elementos conceptuales y técnicos de la Ley 1751 de 2015, al plantear que la salud es un derecho fundamental que debe ser reconocido por la sociedad y el Estado; y en tal sentido se deben realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y articulación intersectorial para mejorar las condiciones de vida y salud de las personas. Y finalmente, a través del modelo de GTSBC, en el proceso de articulación con el MAITE se desarrollan las acciones planteadas para el fortalecimiento de la participación social y comunitaria y la intervención de los determinantes sociales de la salud, según lo planteado en los lineamientos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPyMS).

Por otro lado se considera el Modelo de Gestión Territorial de Salud, como una herramienta para la implementación de la Política de Participación Social en Salud, fortaleciendo la participación social en salud, la planeación participativa en salud, con un enfoque participativo, colaborativo, constructivista y deliberativo. Es así como se plantea el acompañamiento a las organizaciones sociales y comunitarias e instituciones públicas de salud en el fortalecimiento de su gestión para la participación social en salud a través de la articulación, identificación y el fortalecimiento de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades y los demás actores y sectores, generando a su vez actividades de movilización social con la participación social, ciudadana y comunitaria. Impulsando además la apropiación ciudadana de instrumentos de gestión del sector salud, para la definición, implantación y control de políticas, programas, proyectos y servicios de salud, a través de la Identificación de necesidades y potencialidades en salud en las comunas y armonización con los instrumentos de planeación en salud local, municipal y nacional

En este documento se presenta un recorrido de la Secretaría de Salud de Medellín desde el año 2014 hasta el 2024 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. La experiencia para el fortalecimiento de la gobernanza de la salud

La experiencia que aquí se presenta corresponde al proceso adelantado por la Secretaría de Salud de Medellín entre los años 2014 y 2024, en el marco de la implementación del Modelo de Gestión Territorial en Salud Basado en Comunidad (GTSBC) como herramienta estratégica para la operativización de la Política de Participación Social en Salud (PPSS). Esta apuesta ha permitido vincular a las comunidades de forma activa en la identificación, planeación, seguimiento y evaluación de acciones en salud en sus territorios, reconociendo sus saberes, fortalezas y capacidades para transformar sus realidades.

A través de esta experiencia, se ha fortalecido la gobernanza local en salud, promoviendo espacios de participación deliberativa, articulación intersectorial y control social, desde una perspectiva de derechos y con un enfoque territorial, diferencial y comunitario.

2.1 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 de las comunidades, lo que implica un acompañamiento que deje capacidad instalada en la comunidad, que fortalezca 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 orientados a:

a. Fortalecimiento institucional.
b. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud.
c. Impulso a la cultura de salud.
d. Control social en salud.
e. 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 la elaboración de un inventario de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que están en el territorio, además de los inventarios de 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 este 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 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.

La articulación 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 potencialidades y facilitando una intervención integral, lo que contribuye a la optimización de los recursos humanos, técnicos y financieros. La articulación va 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 quiénes deciden trabajar conjuntamente.

La Tabla 1. Ejes operativos transversales, incluye los ejes estratégicos, las líneas de acción y los ejes operativos transversales 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 Distrito de Medellín.

Tabla 1. Ejes operativos transversales

	Ejes operativos transversales		
Ejes estratégicos	**Gestión**	**Educación**	**Comunicación**
	Líneas de acción		
Fortalecimiento institucional	Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras. 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. Realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud. Transversalizar los procesos y dinámicas de participación social en el ciclo de las políticas públicas del sector salud a nivel territorial.	Definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación y realizar gestiones interinstitucionales para la formación de la comunidad en planeación, presupuestación y control social en salud.	Destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras administrativas y el recurso humano dedicado al fomento y gestión de los procesos de participación y en el desarrollo de la política de participación social en salud. 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.

	Ejes operativos transversales		
Ejes estratégicos	**Gestión**	**Educación**	**Comunicación**
	Líneas de acción		
	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.		
Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud	Establecer los incentivos que propicien la participación social y comunitaria. Promover las formas de convocatoria de los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud. 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. Definir los mecanismos para fortalecer la representación de las comunidades en los espacios de incidencia en la política pública en salud. Definir los mecanismos de consulta y de la transferencia de la información requerida para garantizar la	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. Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud.	Impulsar y promocionar las iniciativas del uso y apropiación de las tecnologías de información y las comunicaciones en las organizaciones sociales en salud. 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.

	Ejes operativos transversales		
Ejes estratégicos	**Gestión**	**Educación**	**Comunicación**
	Líneas de acción		
	participación de la comunidad, en las definiciones de política integral de salud, en las prioridades en salud, así como en inclusiones y exclusiones.		
Impulso a la cultura de la salud	Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud publica en concertación con las comunidades (Mesas Ampliadas de Salud). Conformar y/o consolidar mecanismos de espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención.	Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud publica en concertación con las comunidades. Promover un programa de formación de formadores comunitarios en salud pública con enfoque de derecho diferencial y de género.	Diseñar una estrategia de comunicación e información para la promoción y socialización de una cultura de bienestar y salud con perspectiva comunitaria.
Control Social	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 (Ejercicios de control social, promoción de conformación de veedurías en salud).	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. Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el	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.

	Ejes operativos transversales		
Ejes estratégicos	**Gestión**	**Educación**	**Comunicación**
	Líneas de acción		
		análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.	
Gestión y garantía en salud con participación en procesos de decisión.	Diseñar y desarrollar las metodologías de planificación y presupuestario participativa con énfasis en la garantía de la participación de la población en la identificación, priorización, presupuestario, atenciones en salud y la solución de los problemas de salud de su entorno. Implementar los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales. Definir los mecanismos que permitan la participación de la población en la toma de decisiones en la inversión pública Fortalecer los escenarios para la participación en la decisión.	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.	Implementar los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales. Fortalecer los escenarios para la participación en la decisión.

Fuente. Resolución 2063 de 2017. Documento técnico de la PPSS (Anexos metodológicos y operativos)

2.2. 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 reconocen los procesos de acción intersectorial 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 2024-2027, ha contado con procesos participativos, donde las voces de las comunidades y diferentes organizaciones sociales han sido incluidas, teniendo como base metodológica del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 y su actualización 2022 -2031.

La segunda, corresponde a los procesos de planeación local y presupuesto participativo, donde la salud es un eje importante para la comunidad, lo cual se refleja en las acciones de salud priorizadas, que se ubican en el primer y tercer sector con mayor presupuesto participativo priorizado. Es así como de las 21 comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, durante el periodo de 2014 a 2024, 14 han priorizado recursos para llevar a cabo el modelo de GTSBC, los otros siete son acompañados por el personal de la Secretaría de Salud, a través de recursos de inversión.

En diez (10) años (2014-2024) 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.

El modelo de GTSBC, elaborado de forma participativa con la Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud y la comunidad, fundamenta su quehacer en tres firmes principios:

a. 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.
b. El fortalecimiento de capacidades comunitarias institucionales para la acción.
c. Coherencia del cambio social alcanzado con el capital social comunitario identificado, para darle continuidad al cuidado comunitario de la salud.

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.

El modelo GTSBC, integra elementos iterativos de diálogo y acción, está cimentado en trabajo de investigación participativa con enfoque crítico social, cuyo 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 Basado en Comunidad de Medellín, (*Tabla 2. Momentos del Modelo de Gestión Territorial de la Salud Basado en Comunidad.*)

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(os) territorio(s), en relación con el(os) 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(os)

	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 en el 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(os) problemas priorizados por la comunidad.
Momento 7	Acciones de abogacía. Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud e integración con la academia.

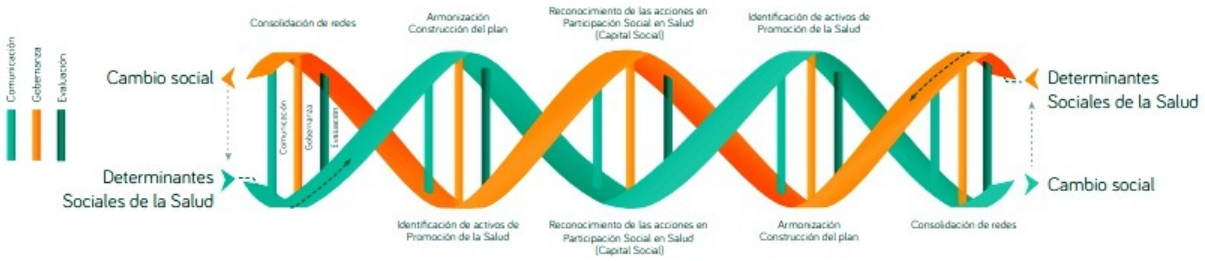
Fuente. Elaboración propia

2.2.1. 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 se ha venido ajustando desde el año 2014 hasta el año 2024, 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. (*Figura 1. Planteamiento gráfico del modelo de Gestión Territorial de Salud Basado en Comunidad*).

Figura 1. Planteamiento gráfico del modelo de Gestión Territorial de Salud Basado en Comunidad



Fuente. Construcción colectiva Secretaría de Salud de Medellín – Facultad Nacional de Salud Pública - Comunidad.

A continuación, se describe cada uno de los momentos de la metodología.

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 ejercicio 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 utilizaron varias herramientas donde los equipos de trabajo recopilaron 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 asistentes 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"[1], 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 (Sosa, 2012).

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 la identificación de 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 (Morgan & Ziglio, 2007). 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.

El mapeo de activos es concebido como un proceso participativo en el cual los propios habitantes, junto con las entidades locales, identifican los recursos físicos, personales y comunitarios que fortalecen sus capacidades para enfrentar la adversidad. Esta metodología no solo permite reconocer lo positivo que existe en el territorio, sino que además promueve el empoderamiento, la conciencia colectiva y nuevas formas de relacionamiento comunitario (Govern de les Illes Balears).

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 de 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 el(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:

a. Identificar interacciones y actores.
b. Motivación para la interacción - participación en las mesas.
c. Creación plan conjunto de trabajo en las Mesas interinstitucionales y COPACOS.
d. Desarrollo plan de trabajo /acciones en territorio.
e. 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.

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 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.

Para la estrategia de comunicación comunitaria se levanta un mapa 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.

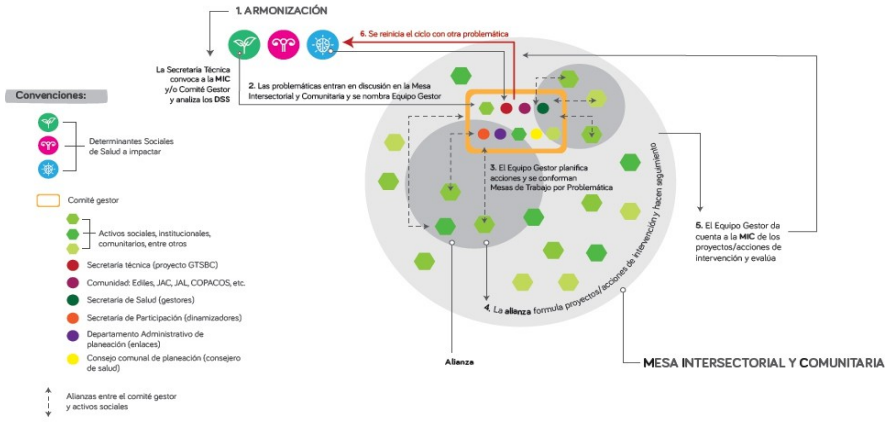
Así, en todas las comunas priorizadas se realizaron activaciones territoriales (de los temas priorizados) que fueron construidas y ejecutadas con los mismos líderes comunitarios. Difusión a través de programas de radio y medios comunicacionales alternativos de los temas priorizados en cada territorio. 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 socializó la experiencia de la GTSBC. Se realizaron publicaciones escritas (prensa, artículos, textos) en los cuales se difunde la experiencia de la GTSBC en la ciudad de Medellín. También se ha participado con 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. 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. *Figura 2. Modelo de operación de las mesas intersectoriales.*

Figura 2. Modelo de operación de las mesas intersectoriales.



Fuente. Construcción colectiva Secretaría de Salud de Medellín – Facultad Nacional de Salud Pública - Comunidad.

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, 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 distritales de gestión para el presupuesto participativo, generan empoderamiento y acciones sociales.

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.

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.

3. Articulación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) 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 3. Paralelo líneas de acción de PPSS y los momentos del modelo GTSBC.*

Tabla 3. 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.

PPSS		MODELO GTSBC
Eje estratégico	**Líneas de Acción PPPSS**	**MOMENTO**
	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 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. 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.
	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.

PPSS		MODELO GTSBC
Eje estratégico	**Líneas de Acción PPPSS**	**MOMENTO**
	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.

PPSS		MODELO GTSBC
Eje estratégico	**Líneas de Acción PPSS**	**MOMENTO**
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.

Fuente. Elaboración propia

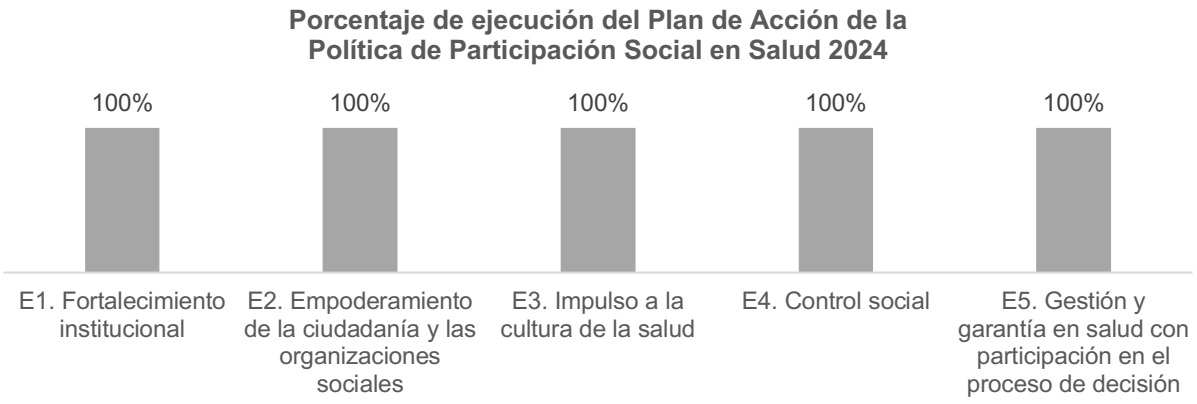
4. Implementación de la Política de Participación Social en Salud a través del Modelo de Gestión Territorial en Salud basado en comunidad durante el año 2024

Este informe presenta los avances en la implementación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) durante el año 2024, estructurados según los cinco ejes estratégicos de la política y su articulación con el Modelo de Gestión Territorial en Salud Basado en Comunidad (GTSBC).

La ejecución del modelo en las comunas y corregimientos de Medellín se ha desarrollado mediante procesos participativos de socialización y armonización del Plan Territorial de Salud con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, integrando los enfoques de determinantes sociales, equidad y salud como derecho.
El seguimiento de esta implementación permite evidenciar logros y avances en cada uno de los momentos definidos para el año, los cuales se relacionan directamente con las actividades estratégicas de la PPSS.

En ese marco, se han realizado acciones de fortalecimiento comunitario, formación, asistencia técnica y acompañamiento permanente en las 16 comunas y los 5 corregimientos del Distrito de Medellín. Estas acciones han dinamizado el Plan de Acción anual, evidenciando niveles de cumplimiento sobresalientes en los últimos cinco años: 2020 (95,5%), 2021 (98,5%), 2022 (99,8%), 2023 (98,8%) y 2024 (100%). *Gráfico 1. Porcentaje de ejecución Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud, 2024*.

Gráfico 1. Porcentaje de ejecución Plan de Acción de la Política de Participación Social en Salud, 2024



Fuente. Elaboración propia

4.1. Eje 1. Fortalecimiento institucional

Durante el año 2024, se realizó la destinación y gestión los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel territorial orientados a fortalecer las estructuras a través de la inclusión del plan de acción de la PPSS en el plan de acción en salud del municipio, enunciado como proyecto de fortalecimiento de la Gestión Territorial Basada en Comunidad, disponiendo de esta manera de los recursos para la definición del talento humano administrativo, técnico y de campo para el desarrollo de la política en las 16 comunas y 5 corregimientos, los recursos para el diseño y la implementación del plan de comunicaciones y plan de medios, iniciativas comunitarias en salud y los recursos para el apoyo logístico de las actividades en el territorio. *Tabla 4. Recursos invertidos para la implementación de la Política de Participación Social en Salud. 2024*

Tabla 4. Recursos invertidos para la implementación de la Política de Participación Social en Salud. 2024

	Total ($)
Talento humano de planta	$ 696.870.624
Talento humano Gestión Territorial	$ 598.428.504
Talento humano SAC	$ 654.446.090
Talento humano COVECOM	$ 142.244.728
Talento humano Comunicación	$ 72.261.130

Iniciativas comunitarias en salud	$ 77.293.935
Incentivos a la participación comunitaria	$ 42.900.000
Total	**$ 2.284.445.011**

Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

Posterior a la destinación de recursos, se realizó la formulación del plan de acción para la implementación de la Política de Participación Social en Salud 2024 en el Distrito, con la priorización de 72 actividades distribuidas en los cinco ejes y las tres estrategias operativas transversales, y se realizó el correspondiente reporte al Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la plataforma PISIS dando cumplimiento a lo establecido la Resolución 2063 de 2017.

De la misma manera, durante el año 2024, se elaboró, ofertó e implementó un plan de formación de 40 horas con certificación orientado al fortalecimiento de las capacidades de los líderes comunitarios y demás actores del sector salud para el ejercicio del derecho a la participación social en salud con enfoque de derecho diferencial y de género, brindando herramientas de comunicaciones a las organizaciones sociales en salud, cualificando el liderazgo público con énfasis en la cultura de la salud, desarrollando capacidades en los ciudadanos para el ejercicio del control social en salud a la gestión pública.

A través de una formación integral, el programa proporciona a los participantes, líderes comunitarios, funcionaros de instituciones de salud y ciudadanía en general, herramientas y conocimientos prácticos para fortalecer la gestión pública en salud y fomentar el control social sobre la misma, promoviendo una mayor transparencia y efectividad en la prestación de servicios.

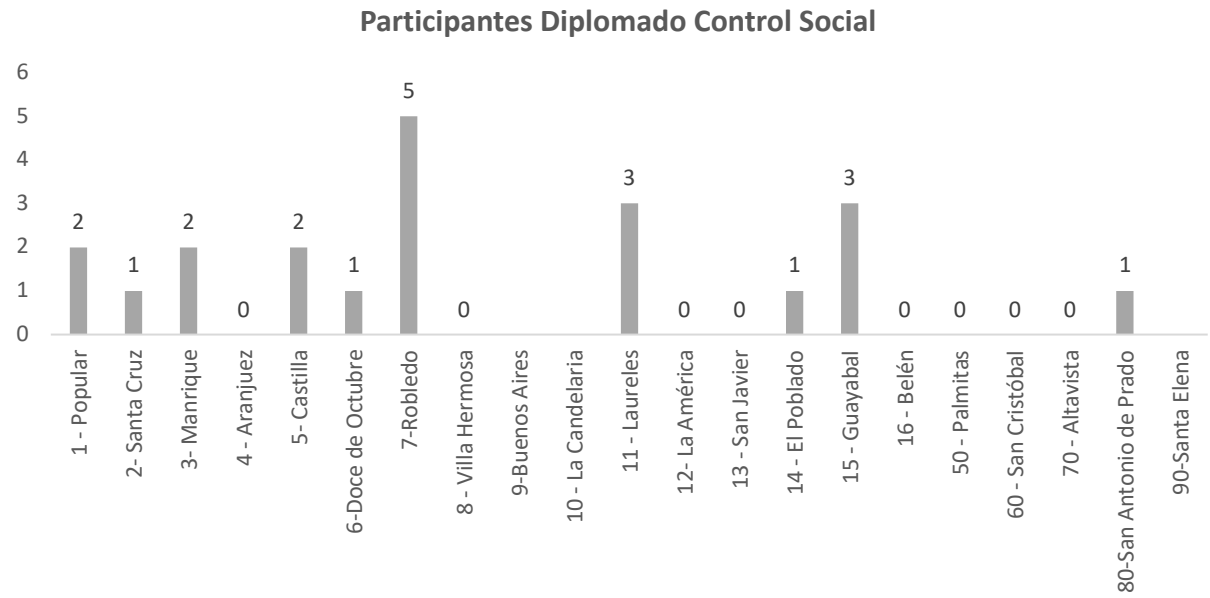
Estructura del Plan de Formación

Tema 1 El derecho a la salud y la participación
Tema 2. Cultura del derecho a la salud
Tema 3 Control social a la gestión pública en derecho a la salud
Tema 4 Desarrollo de capacidades organizativas
Tema 5: Planeación del desarrollo y presupuestación participativa

Este proceso está diseñado para generar un cambio significativo en la manera en que las comunidades y las instituciones de salud gestionan y participan en el sistema de salud pública, con un enfoque en el empoderamiento de los líderes comunitarios, la inclusión de la ciudadanía y el fortalecimiento del control social.

El programa fue implementado a través de un convenio con la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), garantizando la calidad académica y la formación de dos cohortes de participantes. Esto permitió la expansión de una red de actores capacitados y comprometidos con la promoción de los derechos en salud, con un impacto duradero en el ejercicio del derecho a la salud para todos. Este plan de formación fue un ejercicio clave para fomentar la participación activa y comprometida de la comunidad en la mejora del sistema de salud, asegurando la equidad y la justicia social para todos. Ver *Figura 3. Participantes Diplomado Control Social*.

Figura 3. Participantes Diplomado Control Social



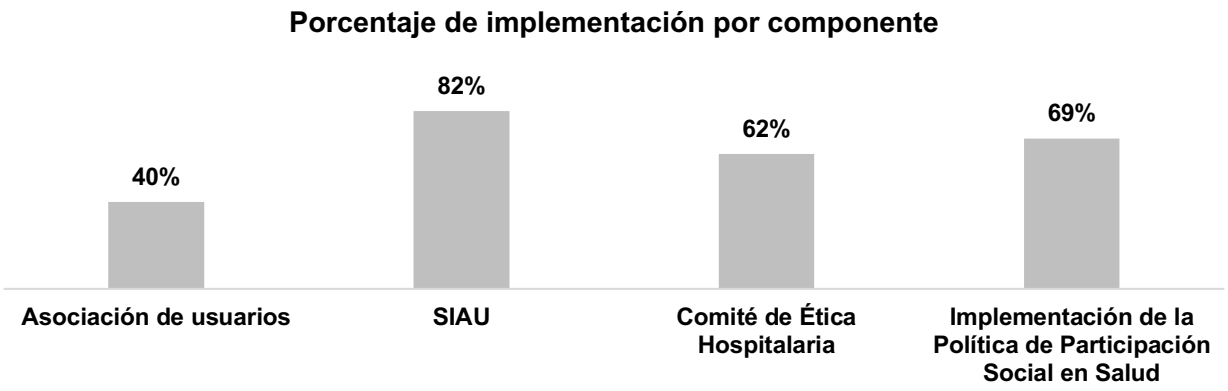
Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

Adicionalmente, se lograron articulaciones y concertaciones interinstitucionales para la formación de la comunidad con la Secretaría de Participación Ciudadana a través de la Subsecretaría de Formación y Participación Ciudadana y la Gobernación de Antioquia para llevar a cabo ejercicios adicionales de formación, desde un abordaje conceptual y legal cualificado de las diferentes temáticas y la puesta en marcha de planes de control social a la gestión pública como acción de incidencia.

Por otro lado, la articulación, el acompañamiento y la asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Empresas Sociales del Estado (ESE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en lo que se refiere a temas de participación social en salud, se ha convertido en una estrategia que facilita la transversalización de los procesos y dinámicas de participación social en el ciclo de las políticas públicas del sector salud a nivel territorial.

En este sentido, y como resultado del ejercicio de 35 visitas de asistencia técnica a 4 EAPB y 31 IPS habilitadas en el Distrito, se encontró una implementación general del 63% por parte de las instituciones, siendo el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) el componente con mayor porcentaje de aplicación, seguido de la Implementación de la Política de Participación Social en Salud, el Comité de Ética Hospitalaria y la Asociación de Usuarios con una implementación del 40%. En el siguiente gráfico, se observa el porcentaje de avance por componente en las instituciones y en la tabla posterior las instituciones de salud visitadas. Ver *Figura 4. Porcentaje de implementación por componente*.

Figura 4. Porcentaje de implementación por componente



Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

Listado de Instituciones visitadas

- EPS SURA
- Grupo Oncológico Internacional S.A. y/o Clínica de Oncología Astorga
- Clínica del Rosario
- Inversiones Medicas de Antioquia S.A. Clínica Las Vegas
- Clínica de Otorrinolaringología de Antioquia S.A-Orlant S.A
- Clínica Genezen
- Clínica Medellín S.A.S
- Clínica de Fracturas de Medellín
- Grupo IPS San Carlos SAS
- IPS San Esteban - San Cristóbal
- ESE Hospital La Maria
- IPS Curativ Clínica de Heridas Hiperbárica S.A.S
- Clínica CEP -Clínica Especialistas Del Poblado-Ciruplan SAS
- ESE Hospital Carisma
- Fundación Centro de Investigación Clínica CIC
- Corporación para Estudios en Salud Clínica CES
- Clínica del Campestre S A
- Clínica Del Prado S.A.S
- EPS Savia Salud
- Clínica Central Fundadores
- Clínica Victoriana
- EPS Sanitas
- ESE Hospital Infantil Consejo de Medellín
- Instituto Cardiovascular y de Estudios Especiales Las Vegas S.A. Incare S.A.
- Instituto del Tórax S.A.S
- Fundación Instituto Neurológico de Colombia
- Especialistas en Salud IPS SAS
- EPS Nueva EPS
- Clínica Oftalmológica de Antioquia S.A Clofan S.A
- Instituto Gastroclínico S.A.S.
- Neuro Clínica S.A.S
- NeuromedicA SAS
- SAMEIN

Componentes de la asistencia técnica a IPS y EAPB

Asociaciones de Usuarios

Como los aspectos más fortalecidos, se encontró la divulgación de la información sobre derechos y deberes de los usuarios, la publicación permanente en la página web de la información sobre acta de constitución, estatutos aprobados vigentes en asamblea, dirección, lugar y horario de reuniones y datos de contacto, proceso de inscripción a la Alianza o Asociación de Usuarios, nombres, apellidos y fecha de elección de los representantes de la Alianza o Asociación de Usuarios, y el cumplimiento con el acta de la asamblea de constitución, así como la disposición y acceso de copia de actas de constitución, de asambleas y de reuniones correspondientes.

Criterios verificados del componente de Asociaciones de Usuarios

Ítems	Porcentaje de implementación
La Asociación de Usuarios cuenta con cartelera donde divulgue información sobre derechos y deberes de los usuarios	57,14%
En la página web de la institución publican permanentemente mínimo la siguiente información: Acta de constitución, Estatutos aprobados vigentes en asamblea, dirección, lugar y horario de reuniones y datos de contacto, proceso de inscripción a la Alianza	54,29%
La institución tiene en sus archivos copia de actas de constitución, de asambleas y de reuniones periódicas de acuerdo a estatutos	54,29%
Según sus estatutos La Asociación de Usuarios está vigente	51,43%
La Asociación de Usuarios tiene identificados a sus integrantes	51,43%
La Asociación de Usuarios orienta al usuario en la utilización adecuada de los servicios de salud	51,43%
La IPS reporta a través de ARCHIVO TIPO GT004 - Asociación de Usuarios, en el Sistema de Recepción, Validación y Cargue – NRVCC, la información actualizada sobre la conformación y cambios de esta agrupación.	48,57%
La estructura y forma de dirección existentes están acordes a lo definido en los estatutos	48,57%
La Asociación de Usuarios recepciona quejas, reclamos, solicitudes de los usuarios	48,57%
La Asociación de usuarios tiene un cronograma de reuniones acordes a lo descrito en los estatutos	48,57%

Ítems	Porcentaje de implementación
La Asociación de Usuarios realiza control, evaluación y seguimiento a los Planes de Desarrollo institucional	45,71%
La institución cuenta con copia de los Estatutos de la Asociación aprobados en la Asamblea de Constitución y el listado de asistentes a dicha Asamblea	45,71%
La Asociación de Usuarios participa en la apertura periódica del buzón de sugerencias	42,86%
La Asociación cuenta con acta de la asamblea de constitución; la cual, debe contener la identificación de la alianza o asociación, estructura administrativa y cargos, el nombre e identificación de sus integrantes, dirección de residencia, contacto telefónico, calidad de afiliado a la EAPB o usuario de la IPS, según corresponda, y el periodo para el que se haya constituida.	48,28%
La Asociación de Usuarios realiza reuniones con los usuarios	40,00%
La Asociación de usuarios cuenta con dos representantes ante el Comité de Ética de la IPS	34,29%
La Asociación de Usuarios participó en alguna audiencia ciudadana de rendición pública de cuentas realizada en el año anterior y lo que va del año actual	22,86%
La Asociación cuenta con acta de la asamblea de constitución; la cual, debe contener la identificación de la Alianza o Asociación, estructura administrativa y cargos, el nombre e identificación de sus integrantes, dirección de residencia, contacto telefónico, calidad de afiliado a la EAPB o usuario de la IPS, según corresponda, y el periodo para el que se haya constituida.	50,00%
La Asociación de usuarios cuenta con representante ante el Comité de Participación Comunitaria – COPACO	5,71%
La Asociación de Usuarios de la ESE ha participado en la elección de representante ante el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud - CMSSS	0,00%
La Asociación de Usuarios cuenta con representante vigente ante la Junta Directiva de la ESE	0,00%
La Asociación de Usuarios de la ESE ha participado en la elección de representante ante el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud CMSSS	0,00%
Total general	**40,00%**

Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU)

Se encontró un 82% de implementación del componente. De los aspectos más fuertes en las instituciones, se observó que el 97% cuentan con herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento; el 91% cuenta con línea local, 24 horas, siete días a la semana y sus números están publicados en la web institucional, carteleras, publicaciones y comunicaciones; la información obtenida sobre PQRS y niveles de satisfacción de usuarios es tenida en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con los procesos de calidad de la institución; la institución cuenta con buzón de sugerencias físico, telefónico y/o electrónico con procedimiento transparente de apertura y seguimiento de las PQRS; y la oficina SIAU cuenta con cartelera física y/o digitales donde se informa sobre deberes y derechos, trámites, mecanismos de participación.

Criterios verificados del componente de Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU)

Ítems	Porcentaje de implementación
La oficina SIAU cuenta con herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento	97,14%
La institución realiza medición periódica de la satisfacción de los usuarios (encuesta)	94,29%
El perfil del personal asignado reúne los requisitos de formación y experiencia acorde con sus funciones	94,29%
El funcionario SIAU, realiza recepción, clasificación y trámite de PQRS	91,43%
La institución cuenta con línea local, 24 horas, siete días a la semana y sus números están publicados en la web institucional, carteleras, publicaciones y comunicaciones	91,43%
La información obtenida sobre PQRS y niveles de satisfacción de usuarios es tenida en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con los procesos de calidad de la institución	91,43%
La institución cuenta con Buzón de sugerencias físico, telefónico y/o electrónico; con procedimiento transparente de apertura y seguimiento de las PQRS	91,43%
La oficina SIAU cuenta con Cartelera física y/o digitales donde se informe sobre deberes y derechos, trámites, mecanismos de participación	91,43%

Ítems	Porcentaje de implementación
El funcionario SIAU, realiza Seguimiento y monitoreo a la respuesta oportuna de las PQRS	88,57%
La oficina SIAU es de fácil acceso al público adoptando medidas de inclusión	88,57%
Las funciones del responsable del SIAU son claras y están expresas en el manual de procesos y procedimientos de la IPS	88,57%
El funcionario SIAU, realiza informe periódico sobre PQRS y propuestas de mejora	85,71%
El horario de atención del SIAU está acorde a las necesidades de los usuarios y está publicado en la WEB y en lugar visible a la ciudadanía	85,71%
Las PQRS no relacionadas con acceso a servicios de salud se resuelven oportunamente de acuerdo a la Ley 1755 de 2015	82,86%
La Institución cuenta con una oficina de Atención al Usuario (oficina SIAU) que garantice, atención personalizada, derecho a la intimidad, atención ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades del usuario	82,86%
La apertura del buzón se hace como máximo, cada 7 días	80,00%
La IPS o EAPB cuenta con mecanismos de atención prioritaria o preferencial al adulto mayor, niñas, niños, personas en condición de discapacidad, mujeres gestantes y en general personas que por sus condiciones requieren atención especial	80,00%
La institución Presenta informes ante la Asociación de Usuarios de la Institución y ante la Junta Directiva	77,14%
La institución cuenta con página web que ofrezca la posibilidad de presentar y hacer seguimiento a PQRS y de reportar y solicitar novedades de afiliación	74,29%
Se realiza la apertura del buzón en presencia de un usuario	74,29%
La oficina SIAU está debidamente señalizada	71,43%
Se tienen actas de apertura del buzón firmadas por el usuario	71,43%
El funcionario SIAU realiza acompañamiento a la Asociación de Usuarios	62,86%
La Institución realiza Publicación de resultados cualitativos y cuantitativos en cartelera dirigida a usuarios	57,14%
La Institución hace presentación del informe ante la DLS	45,71%
Total general	**81,60%**

Comités de Ética Hospitalaria

Durante las visitas realizadas, se evidenció que el componente de Comités de Ética Hospitalaria presenta un nivel de implementación del 62% en las instituciones evaluadas. En cuanto a los criterios específicos, se encontró que en el 74% de las IPS el Comité está formalmente creado y en funcionamiento, con respaldo en acto administrativo del gerente, acta de conformación o documento oficial que lo regula. Así mismo, en el 71% de los casos, se identificó la participación del funcionario responsable de la oficina de atención al usuario en las sesiones del comité, lo cual contribuye al enfoque de humanización y al fortalecimiento del vínculo con los usuarios.

No obstante, el aspecto principal a fortalecer es el cumplimiento en el envío trimestral de las actas de reunión y los listados de asistencia por parte de las IPS, lo cual constituye un requisito esencial para garantizar el seguimiento institucional, la transparencia en la toma de decisiones éticas y la articulación efectiva con los procesos de participación social. Este hallazgo señala la necesidad de avanzar hacia una mayor sistematización y trazabilidad de las deliberaciones éticas en los servicios de salud, en coherencia con los principios de dignidad, respeto y corresponsabilidad que orientan la Política de Participación Social en Salud.

Criterios verificados del componente de Comités de Ética Hospitalaria

Ítems	Porcentaje de implementación
Existe un acto administrativo del Gerente, acta de conformación o documento, que formalice la existencia del Comité de Ética Hospitalaria	74,29%
El Comité de Ética Hospitalaria está creado y funcionando	74,29%
Al Comité de Ética Hospitalaria, asiste el funcionario encargado de la oficina de atención al usuario	71,43%
El Comité de Ética Hospitalaria tiene actas de reunión	68,57%
El Comité de Ética Hospitalaria promueve medidas que mejoren la calidad de los servicios	68,57%
El Comité de Ética Hospitalaria cuenta con reglamento interno	65,71%
El Comité de Ética Hospitalaria tiene Plan de Acción/ Cronograma de Trabajo	65,71%
El Comité de Ética Hospitalaria se reúne mensualmente de acuerdo a la normatividad vigente	62,86%
El Comité de Ética Hospitalaria analiza PQRS	62,86%

El Comité de Ética Hospitalaria ha sido capacitada en el último año en temas competentes a sus funciones	62,86%
El Comité de Ética Hospitalaria realiza divulgación de Derechos y Deberes de los usuarios	62,86%
El Comité de Ética Hospitalaria atiende y canaliza inquietudes de los usuarios	60,00%
El Comité de Ética Hospitalaria promueve programas de promoción y prevención	60,00%
La IPS tiene conformado el Comité de Ética de acuerdo a la normatividad vigente2	51,43%
La IPS envía a la Secretaría de Salud del municipio las actas de reunión y listados de asistencia del Comité trimestralmente	14,71%
Total general	**61,83%**

Política de Participación Social en Salud

Se encontró una implementación de la Política de Participación Social en Salud en las IPS visitadas, del 69%. Se observa que el 86% de las instituciones cuenta con recurso humano encargado de la implementación de la PPSS y 83% realiza encuesta de satisfacción al usuario y realiza publicación de información de interés en salud. El 80% realiza el reporte en PISIS de programación del plan de acción de la PPSS y el 74% por su parte, cuenta con proceso de PQRS y base de datos de integrantes de Comité de Ética Hospitalaria.

Criterios verificados del componente de Política de Participación Social en Salud

Ítems	Porcentaje de implementación
Cuenta con recurso humano encargado de la implementación de la PPSS	85,71%
SIAU: Encuesta de satisfacción al Usuario	82,86%
SIAU: Publicación de información de interés en salud	82,86%
SIAU: Proceso de PQRS	74,29%
Base de datos de integrantes de Comité de Ética Hospitalaria	74,29%
Implementación de estrategia pedagógica dirigida a la ciudadanía	71,43%
Inclusión de la implementación de la PPSS en el POA de la vigencia actual	68,57%

Reporte en PISIS de programación del plan de acción de la PPSS 2022	76,67%
Publicación de la implementación de la PPSS en la web de la Institución	62,86%
Dispone de documento de adopción de la PPSS expedido por el representante legal de la Institución vigente	62,86%
Reuniones del Comité de Ética Hospitalario (12 reuniones)	60,00%
Base de datos de integrantes de Asociación de Usuarios	60,00%
Audiencia pública de rendición de cuentas a los Usuarios	57,14%
Asambleas de Asociación de Usuarios de acuerdo a lo establecido en los estatutos	57,14%
Reuniones de Asociación de Usuarios de acuerdo a lo establecido en los estatutos	57,14%
Reporte en PISIS de programación del plan de acción de la PPSS 2024	80,00%
Total general	**68,95%**

De la misma manera, durante el año se realizó articulación y espacios de construcción con el equipo de enfoque étnico de la Secretaría de Salud para el avance en el desarrollo de la guía de enfoque diferencial étnico del Plan Decenal Salud Pública 2022-2031 y su incorporación en el plan de acción de la PPSS 2024, el cual ha adelantado mesas de trabajo con los Cabildos Indígenas, las comunidades afrodescendientes y pueblos ROM de la ciudad, en pro de la promoción y garantía de la participación con enfoque de pueblos e interculturalidades.

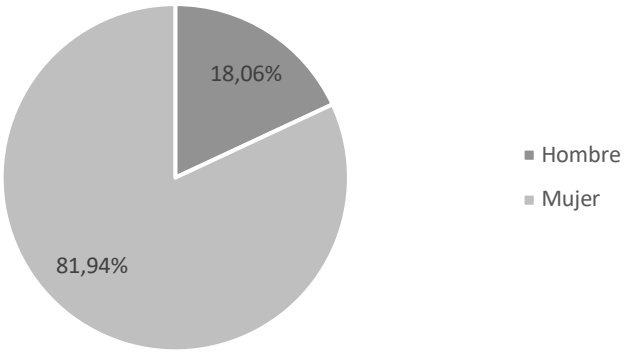
En este sentido, se realiza seguimiento permanente a las características de los asistentes a los espacios de participación con enfoque diferencial, a los encuentros y reuniones en el marco de la implementación de la Política de Participación Social en Salud, registrando la participaron de los diferentes encuentros y reuniones en el marco de la implementación de la Política de Participación Social en Salud un total de 3.157 personas, de las cuales, el 82% son mujeres y el 18% hombres. Con respecto a la edad, se observa principal participación de personas mayores de 55 años con un total de 1.533 personas, seguido del grupo de 29 a 54 años con 964 personas y en un 6% del grupo de 18 a 28 años con 160 personas.

En cuanto a los grupos étnicos, se reportó participación de 24 personas afrodescendientes, y 2 personas perteneciente a comunidades indígenas. Se contó con la participación de 15 personas identificadas como población LGTBI. De la misma manera, participaron de las actividades 52 personas, identificadas como campesinos, 50 personas en condición de discapacidad y 65 personas identificadas como población víctima del conflicto.

Comparado con la participación del cuatrienio anterior (1.600 beneficiarios únicos), se observa un significativo incremento en la participación, así mismo por enfoque diferencial, donde se registró la participación de 20 personas afrodescendientes, 14 LGTBIQ, 16 identificadas como campesinos, 33 personas en condición de discapacidad y 43 víctimas personas identificadas como población víctima del conflicto. Sin embargo, se continúan realizando esfuerzos para el fortalecimiento de la participación de los representantes de las organizaciones sociales de enfoque diferencia étnico.

Gráfico 2. Participación de las personas según sexo

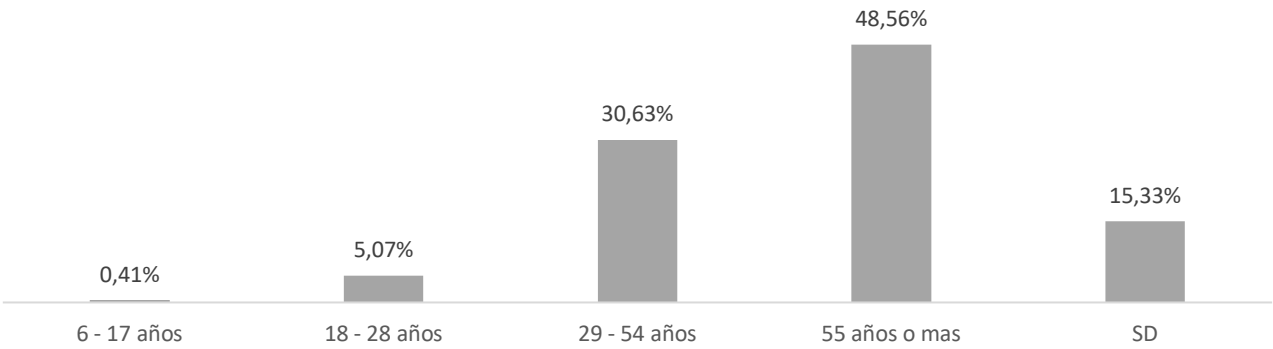
Participación de las personas según sexo



Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

Gráfico 3. Participación de las personas según grupos de edad

Participación de las personas según grupos de edad



Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

4.2. Eje 2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud

De acuerdo a los lineamientos de la Política de Participación Social en Salud y al Modelo de Gestión Territorial en Salud Basado en Comunidad, se realizó articulación con medios de comunicación locales de las comunas y corregimientos del Distrito para el fortalecimiento de las estrategias de información y comunicación en salud, con el fin de posibilitar espacios a las organizaciones sociales y líderes comunitarios que impulsen y visibilicen sus procesos participativos y logros territoriales, a través de piezas comunicacionales sobre eventos en salud, rendiciones de cuentas institucionales, eventos académicos e investigativos, entre otros temas relevantes de salud.

La promoción y gestión de la articulación entre los medios de comunicación locales y los mecanismos de participación en el año 2024, permitió mantener comunicación constante y continua acerca de la oferta institucional de la Secretaría de Salud del Distrito, de la rendición de cuentas de las diferentes estrategias desarrolladas en los territorios y el fortalecimiento del COPACOS a través de la visibilización de las actividades ejecutadas en las diferentes comunas y corregimientos.

A continuación, se relacionan las principales acciones con medios locales de comunicación por comuna:

Comuna 1: Se realizó la publicación de un artículo de periódico acerca del ejercicio realizado por el COPACOS en el periódico comunitario ***LA UNO***

Comuna 3: Se realizó entrevista a integrantes del COPACOS en el medio local ***Señales de Humo,*** el cual fue proyectado en sus redes sociales.

Comuna 4: Se realizó entrevista a integrante del COPACOS en periódico ***La Pupila*** donde se habla acerca del caracol africano, una problemática bastante compleja en la zona.

Comuna 5: Se realizó la grabación de un programa para la cuenta de Facebook del medio local ***Teleboyacá***, con la asistencia de un representante al COPACOS.

Comuna 6: Se realizó la grabación de varios reels para los medios de comunicación de la comuna y las redes sociales como WhatsApp haciendo la difusión de cada una de las ferias de servicios. Además de lo anterior, se grabó un video que fue publicado en la cuenta en Facebook ***Hablemos de la 6***, explicando qué son los COPACOS https://www.facebook.com/share/v/1DXC8gbkPj/

Comuna 7: Se realizaron diversas publicaciones en la cuenta de Facebook: ***Periódico Digital Comuna 7*** - ***Robledo*** con la oferta y las actividades de la Secretaría de Salud del Distrito en el territorio, además de lo anterior, se publicó un video informando a la comunidad qué y quiénes son los COPACOS de la comuna 7 https://www.facebook.com/share/v/1A2TMqtWkp/

En la zona 3 se evidenció un gran avance con la divulgación de la información en los medios de comunicación locales como son***: Interactuando con la Nueve***, ***Vive la Nueve***, ***El Comunitario*** y **Contacto 10**, donde los temas de salud tuvieron gran relevancia y se informó mediante los medios de comunicación digitales y físicos logros como: la cronología en el proceso de construcción de la Unidad Hospitalaria de Buenos Aires, avances en el proceso de construcción del centro de salud del Salvador, el perfil epidemiológico de la comuna y la importancia de las Mesas Ampliadas de Salud, temas que permitieron informar a la comunidad y mostrar los avances y el trabajo realizado por los líderes comunitarios y la Secretaría de Salud Distrital.

Así mismo, se realizó articulación y envió permanente de información a los diferentes medios de comunicación locales de las siguientes comunas:

Comuna 11: ***La 11 Radio,*** quien además acompañó algunas acciones en el territorio y realizo entrevista a los integrantes del COPACOS

Comuna 12: ***Radio JAC Santa Monica*** y ***El Atrio***

Comuna 13: ***Kinessica medio alternativo***

Comuna 50: ***Red Entre Montañas***

Comuna 60: ***Noticias N 60***

Por su parte, con el ***Canal zona 6*** de la comuna 15 se grabó durante el año un total 10 programas denominado Saludando con los COPACOS de Guayabal, este programa contó con la presencia de diferentes invitados dónde se trataron temas relacionados salud, estos programas se encuentran en el micrositio del Control https://www.canalzona6tv.com/copacos

Con el periódico **Presencia 15** se realizaron publicaciones en la página de Facebook del periódico presencia 15 sobre actividades que realizó el COPACOS de la comuna 15. Guayabal dentro de su plan de acción: https://www.facebook.com/share/p/1ACKuLwHqX/

Con el medio comunitario ***Altavista Mi Casa*** se realizaron diversas publicaciones en la página de Facebook sobre actividades que realizó el COPACOS dentro de su plan de acción y difusión de la invitación a la Mesa Ampliada de salud https://www.instagram.com/reel/DBPLTYBy6lR/?igsh=MnJxeWdwNWdnaDg2

Para el caso de la comuna 80 - San Antonio de Prado, se grabó programa radial y audiovisual con el medio de comunicación ***Somos La Voz del Pueblo,*** donde se presentó qué son los COPACOS, quiénes lo conforman, las acciones que realizan en el territorio y se convocó a la nueva conformación 2025-2028.

Youtube: https://www.youtube.com/watch?v=xC43b8v4h_s
Facebook: https://www.facebook.com/pradostereo/videos/558640433556497
Web: www.somoslavozdelpueblo.com

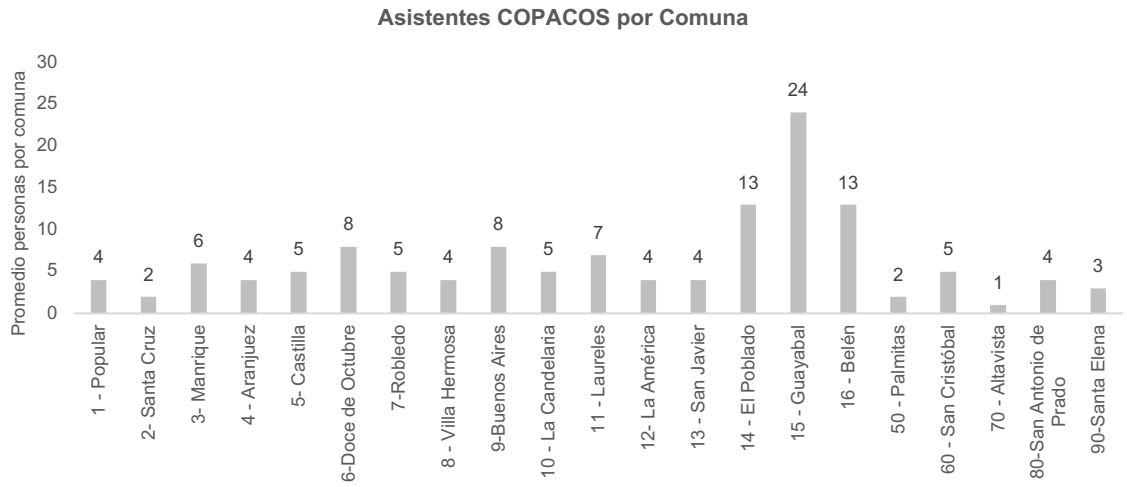
Como otra estrategia para contribuir al empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud, se promueven formas de convocatoria a los espacios de participación que reconozca las dinámicas territoriales y comunitarias del sector salud, desarrollando así, actividades encaminadas a fortalecer la representación de las comunidades en los espacios de incidencia en la política pública en salud.

En este sentido, el Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), como principal escenario de concertación entre los diferentes actores de organizaciones sociales y comunitarias y el Distrito, el cual fue elegido mediante Resolución 201950016582 del 25 de febrero del 2019 y una vez cumplido el periodo, designado mediante Resolución 202250015608 del 25 de febrero de 2022 los nuevo COPACOS para el periodo 2022-2025, actualizado en el año 2023 mediante la Resolución 202350040755, y en el año 2024 mediante Resolución 202450022082.

Para el año 2024, se contó con un total 148 representantes activos, con los cuales se llevó a cabo 4 encuentros trimestrales de ciudad durante el año 2024 y 248 reuniones ordinales mensuales en las 16 comunas y los 5 corregimientos, con el fin de acompañar y asesorar desde la Secretaría de Salud, en el desarrollo de sus planes de acción

comunales de la vigencia. En la gráfica *Gráfico 4. Asistentes COPACOS por comuna* se observa el promedio de asistentes COPACOS por comuna.

Gráfico 4. Asistentes COPACOS por comuna

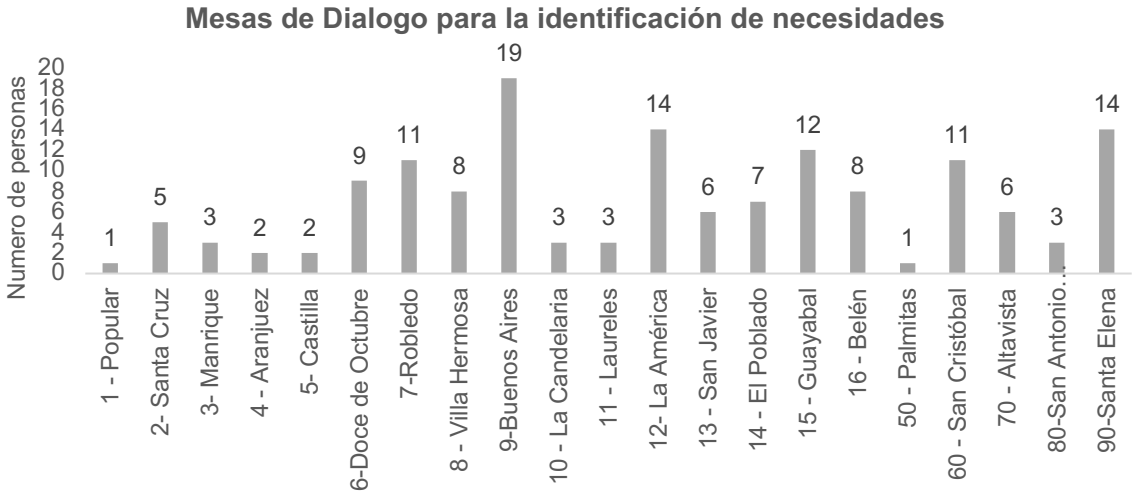


Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

Las dinámicas territoriales en el Distrito son diversas, específicas e independientes de acuerdo con cada una de las comunas y corregimientos en las que se desarrollan, y la participación comunitaria en salud no dista de esta realidad. Sin embargo, en términos generales se ha observado COPACOS comprometidos, positivos y propositivos enfocados en el bienestar de los habitantes y en el desarrollo social de sus comunas en corresponsabilidad, confianza y trabajo conjunto con la institucionalidad.

Se realizaron Mesas de trabajo para la priorización de las prioridades en Salud y además se desarrolla el ejercicio de cartografía social comunitaria, lo que fortalece la gobernanza y el empoderamiento comunitario. Estos ejercicios se realizaron complementariamente con el equipo de Medellín te quiere Saludable. Ver *Gráfico 5. Mesas de Diálogo para la identificación de necesidades*.

Gráfico 5. Mesas de Diálogo para la identificación de necesidades



Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

Para dar respuesta a estas necesidades, los COPACOS realizan planes de trabajo comunales a los cuales, en acompañamiento y apoyo de los gestores territoriales, se realiza seguimiento mensual al cumplimiento de actividades programadas, aprovechando sus fortalezas y competencias así como la articulación con la oferta de programas, proyectos y servicios de la Secretaría de Salud y otras dependencias a través de las Mesas de Gestión Territorial en Salud, las Mesas Ampliadas de Salud, la relación con los medios locales de comunicación, los recorridos territoriales, ejercicios de control social y el intercambio de experiencias y conocimientos entre los demás COPACOS, de acuerdo a la demanda, las necesidades y los intereses particulares de cada territorio, generando visibilización de los mismos y de sus gestiones como líderes comunitarios en salud en las diferentes organizaciones sociales y la comunidad en general.

Es importante resaltar que, con el fin de fortalecer los escenarios para la participación en las decisiones en salud de las organizaciones sociales y comunitarias, en el año 2023 se integró por medio del decreto 035 un representante de los COPACOS al Consejo Municipal de Política Social para la Equidad (COMPSE) para participar en esta instancia de decisión, orientación y consulta para la construcción conjunta de agendas estratégicas en el proceso de formulación y desarrollo de las políticas públicas que, en materia social, adopte el Distrito y el año 2024 se garantizó la participación del líder en todas las sesiones correspondientes.

4.3. Eje 3. Impulso a la cultura de la salud

La gestión territorial comprende la conformación y/o consolidación de mecanismos y espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención que se ofertan desde el Distrito. De esta manera, a través de diferentes mesas de trabajo como la Mesa de Gestión Territorial, se logra planear, gestionar, articular y dinamizar la agenda de estrategias y proyectos no solo de la Secretaría de Salud de sino de las demás instancias e instituciones de la ciudad, promoviendo e incentivando constantemente las articulaciones en el territorio con actores claves institucionales y comunitarios que aportan a la gestión de la participación Social en Salud.

Por su parte, las Mesas Ampliadas de Salud –MAS- de cada comuna y corregimiento son el espacio de participación social esencial para la convergencia y cualificación de los líderes y lideresas en salud. La riqueza de las MAS, es la apertura para el encuentro y el diálogo entre diferentes liderazgos, pues a ellas asisten integrantes de las Juntas de Acción Comunal, Clubes de Vida, colectivos de mujeres, jóvenes, cabildantes, Junta Administradora Local y representantes de grupos poblacionales especiales como representantes de comunidades indígenas y afrodescendientes, LGTBIQ, víctimas, discapacidad, entre otros, lo cual favorece la retroalimentación académica desde diversas posturas, estrategias, metodologías y orientaciones no sólo desde proyectos y programas específicos, sino también desde las Secretarías de la Administración Municipal que promueven sus ejes misionales. Por ello, desde el concepto integral de salud y de la comprensión de los determinantes sociales de la salud, las MAS son el espacio para sensibilizar, formar y preparar a los líderes en la multiplicación de diferentes temáticas importantes en salud.

El escenario de las MAS es una extensión de la interrelación de diferentes actores sociales, es por esto que la convocatoria se realiza de manera abierta a líderes, lideresas y habitantes del territorio interesados en la formación e incidencia en temas de salud. En el primer encuentro con los participantes se llega a acuerdos generales respecto a horarios y fechas de encuentro, la gestora o gestor territorial de la Secretaría de Salud es el responsable de la dinamización de este proceso, contactando al profesional encargado de desarrollar el tema y realizando la convocatoria a los asistentes. Cabe resaltar que en algunas comunas este espacio se realiza de manera conjunta con los trabajadores sociales de Metrosalud, trabajando de manera articulada con las Asociaciones de Usuarios.

Las sesiones de encuentros son de carácter mensual y tienen el propósito de formar para el empoderamiento de los integrantes de las MAS frente a la importancia del rol que ellos desempeñan en su territorio, permitiéndoles una identificación de la Secretaría de Salud a través de sus programas y proyectos en cada comuna y corregimiento, lo que a su vez posibilita la apropiación de saberes referente a rutas de atención, normatividad vigente y en general en recursos que posibilitan en la comunidad realizar sus propias acciones de gestión en línea con los resultados del Plan Comunal de Salud.

Durante el año 2024, las MAS permitieron llegar a un mayor número de personas de la comunidad, fortaleciendo de esta manera la comunicación entre Secretaría de Salud y los habitantes de las 16 comunas y 5 corregimientos del Distrito, donde se logró trabajar en conjunto temas de interés de ciudad como primeros auxilios psicológicos, salud mental y manejo de emociones, perfil epidemiológico y Análisis de Situación de Salud por comuna, Línea amiga y Código dorado, estilos de vida y nutrición saludable, derecho a la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del suicidio y rutas de atención en salud mental, salud ambiental, derechos y deberes en salud, PQRS, comunicación asertiva, Centros de escucha, Escuchaderos, Ser saludable, jornadas de vacunación antirrábica, rendición de cuentas, jornadas de vacunación, entre otros.

Adicionalmente, se observó como un logro significativo que los temas abordados en las Mesas Ampliadas de Salud fueron de agrado y bien recibidos por los asistentes, en especial los relacionados con la salud mental como primeros auxilios psicológicos, prevención del suicidio y rutas de atención en salud mental, ya que existe una alta percepción de la problemática en los territorios. A su vez, se identificó que generaban mayor recordación e impacto entre los asistentes, los temas que se desarrollaron de una manera didáctica y diferente a la magistral. De la misma manera, se identificó como un logro para esta vigencia, que los asistentes a los encuentros de las MAS asumieron el compromiso de compartir la información con sus comunidades y ser multiplicadores de la misma, promoviendo la cultura de la salud y el autocuidado en sus territorios.

Así mismo, las MAS se convirtieron en espacios que dinamizaban la ejecución de planes de acción de los COPACOS, las actividades extramurales y las acciones de las diferentes estrategias y las metas de cada instancia, programa y proyecto que participa en ellas.

Durante el año 2024, se realizaron 232 encuentros de Mesas Ampliadas de Salud en las 16 comunas y los 5 corregimientos del Distrito, con un total de 5.138 asistencias, a continuación, se relacionan los asistentes por mes y por comuna. Ver *Tabla 5. Total asistentes a las MAS por comuna y mes*.

Tabla 5. Total asistentes a las MAS por comuna y mes

Comuna / Mes	*Feb*	*Mar*	*Abr*	*May*	*Jun*	*Jul*	*Ago*	*Sep*	*Oct*	*Nov*	*Dic*	*Total*
1 - Popular	26	34	20		30	30	20	40	8	29	40	**277**
2 - Santa Cruz	25	15	12		15		26	14	26	15	40	**188**
3 - Manrique	43	10	10		10	26	30	11	18	8	55	**221**
4 - Aranjuez	16	18	23		20	18	17	36	25	15	50	**238**
5 - Castilla	39	17	12	24	15	14	17	16	22	28	19	**223**
6 - Doce De Octubre	12	15	13	14	17	17	11	12	20	18	17	**166**
7 - Robledo	23	14	16	35	20	18	19	16	19	16	18	**214**
8 - Villa Hermosa	22	63	34	95	93	101			180	21	105	**714**
9 - Buenos Aires	34			20	11	12	10	53	39	12	40	**231**
10 - La Candelaria	15	18				11	19	41	34	70	35	**243**
11 - Laureles Estadio	32	32	11	30		69	34		28	48	34	**318**
12 - La América	14	18	20	20	15	17	22	18	18	16	16	**194**
13 - San Javier	18	10	14	16	21	14	24	21	17	14	27	**196**
14 - Poblado	14	17	33	16	15	18	14	15	16	29	19	**206**
15 - Guayabal	30	15	39	16	15	23	22	23	21	25	26	**255**
16 - Belén	16	17	29	18	23	16	18	41	18	35	33	**264**
50 - Palmitas	8	10	11	15	16	16	10	11	13	12	15	**137**
60 - San Cristóbal	20	25	21	21	21	17	24	23	19	18	27	**236**
70 - Altavista	16	8	11	19	20	24	21	14	16	14	21	**184**
80 - San Antonio De Prado	15	18	24	14	17	18	18	20	15	19	19	**197**
90 - Santa Elena	22			11	11	12	12	70	50	18	30	**236**
Total	**460**	**374**	**353**	**384**	**405**	**491**	**388**	**495**	**622**	**480**	**686**	**5.138**

Fuente. Elaboración propia, Secretaría de Salud, 2024.

De la misma manera, y dando cumplimiento a la Resolución N°0396 de 2015, durante al año 2024 se realizaron de manera mensual las reuniones correspondientes del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM en las 16 comunas y 5 corregimientos, con el fin de generar escenarios de análisis participativo comunitario en el cual se permita a los asistentes apropiar conocimientos del comportamiento epidemiológico de eventos de interés en salud pública de sus comunas y de la ciudad, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como adquirir herramientas que les permitan identificar y notificar oportunamente los eventos de interés en salud pública relacionados en el marco de la estrategia de Vigilancia en Salud pública con enfoque Comunitario (VSPC).

Algunos de los principales logros durante la vigencia fueron la implementación de la Vigilancia Basada en Comunidad (ReVcom) con vigías y gestores en los 5 corregimientos del Distrito, la sensibilización y educación permanente en la identificación, prevención e intervención de los eventos de interés en salud pública a los habitantes de las 16 comunas y los 5 corregimientos del Distrito y la articulación con las Mesas Interinstitucionales y Mesas Ampliadas de Salud en las 16 comunas y 5 corregimientos del Distrito.

Por otro lado, en el año 2024, se realizó la Construcción Participativa del Análisis de Situación de Salud con enfoque diferencial de ciudad y por comuna logrando la identificación y priorización participativa y con perspectiva comunitaria de las necesidades en salud a partir de las problemáticas y los determinantes sociales que generan desigualdad e inequidad en la ciudad, el reconocimiento comunitario de las respuestas de intervención de la Secretaría de Salud de Medellín y la Identificación y reconocimiento del problema público para la Política Pública de Salud Bucal.

Fotografía: Resultado de la identificación de problemáticas en salud – ASIS participativo 2024

Así mismo, se fortaleció la Gestión y Apropiación Social del Conocimiento con la Difusión ciudadana y la socialización del Tablero del Perfil Epidemiológico Comunal en los espacios de participación, así como el entrenamiento comunitario en la interpretación de indicadores para la toma de decisiones y la priorización de recursos en salud.

4.4. Eje 4. Control Social

Además de los 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 ofrecidos a los líderes y las organizaciones sociales y comunitarias, la Secretaría de Salud, dispone, mejora y garantiza el acceso a la información por parte de la ciudadanía a través de la ampliación de canales de comunicación, la actualización con información de interés para la ciudadanía en la web institucional y redes sociales institucionales, la disponibilidad y el acceso al Sistema de Peticiones, Quejas,

Reclamos y Sugerencias (PQRS) a través de 3 canales principales de atención al ciudadano: taquillas, página web y línea telefónica y la realización de encuestas de satisfacción de la atención al ciudadano.

En este sentido, durante la vigencia 2024, se recibieron y gestionaron 29.254 solicitudes por parte la ciudadanía, siendo los trámites relacionados con el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (48%), los principales motivos de atención, seguidos de orientaciones generales (23%) e información (29%).

Adicionalmente, durante el año 2024, se realizó fortalecimiento de las competencias en control social a la gestión pública en derecho a la salud en alianza con la Escuela de Administración Pública – ESAP - y la Gobernación de Antioquia, y articulación con la Personería de Medellín para la identificación y acompañamiento de las veedurías en salud conformadas para la vigencia, y los gestores territoriales realizaron acompañamiento a los COPACOS y Veedurías en salud en las acciones de vigilancia del proceso de gestión de las entidades, servicios de la red hospitalaria y a los programas y proyectos de la Secretaría de Salud Distrital que ejecutan acciones en los territorios, con el fin de mejorar la eficiencia institucional y la actuación de los funcionarios públicos, y de posicionar el control social como elemento básico de la democracia y la transparencia en salud.

4.5. Eje 5. Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión

la Secretaría de Salud a través del Equipo de Gestión Territorial acompañó técnica, administrativa y logísticamente a las organizaciones y a los líderes comunitarios en los mecanismos de consulta y transferencia de la información requerida para garantizar la participación de la comunidad en las definiciones de política integral de salud y en la gestión y definición de recursos para la financiación de sus iniciativas comunitarias, promoviendo así que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas.

Durante el año 2024, se realizó la construcción del Plan Territorial de Salud para la vigencia 2024 -2027, este se realizó de forma participativa a través de la metodología de cartografía social, la cual da cuenta de las principales problemáticas o eventos en salud priorizados por cada una de las comunas y corregimientos de la ciudad, evidenciando que en todas las comunas de la ciudad las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud mental y las enfermedades respiratorias, son consideradas dentro de los principales problemáticas que afectan a la población; de resaltar la manifestación de la accidentalidad vial como problemática especialmente en las

comunas de la zona 1, además de comunas como la América, Laureles, Poblado, Belén y Guayabal. Por otro lado, la comunidad reconoce la importancia de las afectaciones por VIH y Tuberculosis, esta última especialmente en las comunas de las zonas uno y tres de la ciudad. Otra problemática resaltada es el embarazo adolescente y las violencias basadas en género. Ver *Tabla 6. Distribución de las problemáticas identificadas en los encuentros participativos por comuna*.

Tabla 6. Distribución de las problemáticas identificadas en los encuentros participativos por comuna

Comuna	Enfermedades crónicas no transmisibles	Salud mental	Enfermedad respiratoria	Enfermedades Transmisibles	Accidente tránsito	VIH - enfermedades de Transmisión sexual	Tuberculosis	Desnutrición	Embarazo adolescente	Violencia basada en género	Determinantes sociales de la salud	Discapacidad	Salud Laboral
Popular	■	■	■	■	■	■							
Santa Cruz	■	■	■	■	■	■	■				■		
Manrique	■	■							■				
Aranjuez	■	■	■		■		■						
Castilla	■	■	■	■			■						
Doce de octubre	■	■	■	■									
Robledo	■	■	■			■		■					
Villa hermosa	■	■	■	■			■						
Candelaria	■	■	■			■	■						
Laureles	■	■	■		■			■					
La América	■	■	■		■	■	■	■					
Poblado	■	■	■		■			■		■			
Guayabal	■	■	■	■	■								
Belén	■	■	■		■	■	■		■	■			
San Sebastián de Palmitas	■	■	■									■	
San Cristóbal	■	■	■			■		■	■				
AltaVista	■	■	■							■			
San Antonio de Prado	■	■				■		■	■				
Santa Elena	■	■	■		■						■		■

Fuente: Plan territorial de Salud Distrito de Medellín 2024 -2027

Otro elemento importante que da cuenta del fortalecimiento de la participación en la incidencia política de los programas y estrategias en salud es a través de la implementación de la ruta de planeación local y presupuesto participativo en salud, se desarrollan 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 y se garantiza la participación democrática que posibilita a la ciudadanía planear el desarrollo de cada una de las 16 comunas y los 5 corregimientos.

- **Planeación participativa**
  - Actualización del portafolio de servicios de la Secretaría de Salud de Medellín.
  - Ejercicios de recolección de insumos.
  - Difusión de los proyectos.

- **Priorización participativa**
  - Promoción del proyecto de salud 2025 ($ 41.980.149.324)
  - Movilización ciudadana.

- **Ejecución**
  - Socialización de los protocolos de beneficios.
  - Socializaciones de inicio y avance ejecución 2024 ($ 20.417.000)

- **Seguimiento y evaluación**
  - Rendición social de cuentas.
  - Seguimiento a la ejecución física (75%) y financiera (100%) de los proyectos.
  - Acompañamiento a los ejercicios de control social.

Por otro lado, y con el fin de fortalecer los dispositivos que le permitan a la ciudadanía participar en la gestión del sector salud en los niveles territoriales e institucionales, durante la vigencia 2024, la Secretaría de Salud, ha implementado los lineamientos del Manual Único de Rendición de Cuentas de la Función Pública, el cual contiene la metodología y las orientaciones para que las entidades evalúen su estado actual para implementar el proceso e identifiquen su nivel de desarrollo y las etapas para formular la estrategia de los ejercicios de diálogo para la rendición de cuentas.

Mediante la implementación del plan de acción, se ha realizado la planeación, el seguimiento y la evaluación a través de las seis (6) fases propuestas por la Función Pública (aprestamiento, diseño, preparación, ejecución y evaluación), así como la documentación de las buenas prácticas de la entidad en materia de espacios de diálogo para la rendición de cuentas como insumo para la formulación de nuevas estrategias y planes de mejoramiento a la gestión institucional a partir de las observaciones, propuestas y recomendaciones ciudadanas y de los diferentes actores y grupos de valor, garantizando la cualificación de futuras actividades estableciendo correctivos que optimicen la gestión y faciliten el cumplimiento de las metas del plan institucional.

En el año, se realizaron dos ejercicios de diálogo masivos del informe de gestión a la ciudadanía, adicionales a los espacios de rendición de cuentas que se realizan periódicamente en todas las comunas y corregimientos a los diferentes actores y grupos de valor del Distrito. De la misma manera, se relacionan los resultados de la evaluación cuantitativa con un cumplimiento promedio del 93% en la implementación de la estrategia a través del plan de acción por fase para el año 2024.

Por otro lado, El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) como un espacio de toma de decisiones en el que se desarrollan políticas concertadas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que asesora en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos del sector, en el año 2024, fue acompañado y asesorado por el proyecto de GTBC en 4 reuniones ordinarias como parte de la estrategia para el fortalecimiento de los mecanismos que permitan la participación de la población en la toma de decisiones en la inversión pública.

Este, como órgano asesor de la Secretaría de Salud, ha representado efectivamente las voces de los diferentes sectores y actores del SGSSS, integrando las acciones que posibilitan la implementación del Plan Territorial de Salud, a través del análisis de situaciones que influyen en la salud de la población, así como el pronunciamiento y la generación de alertas según las situaciones propias del sector y el impacto de las dinámicas e interacciones con los demás sectores, con miras a la resolución de problemáticas como el caso de la gestión de la cartera pendiente de la red pública, la reforma a la salud, el desabastecimiento de medicamentos, temas judiciales en salud, transición de Medellín a Distrito, entre otros.

Se continúa entonces con un equipo consolidado, cohesionado y articulado desde la legitimización y el reconocimiento de la importancia de cada uno de sus roles para el logro de las metas en salud, el cual ha ido más allá de la obligatoriedad del cumplimiento de la norma, desde la participación y el compromiso de cada una de las instituciones a las que representan.

Durante el año 2024, se logró la participación activa de este órgano en la formulación de planes y estrategias tales como el Plan Territorial de Salud 2024-2027, situación actual de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y la prestación de los servicios y análisis de la propuesta de reforma a la salud.

5. Evaluación cualitativa del MGTBC Año 2024

El modelo de GTSBC como herramienta para la ejecución de la Política Pública de Participación Social en Salud, se está implementando en las 21 comunas y 5 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 la siguiente tabla se presenta un avance cualitativo de cada uno de los momentos recogiendo los resultados más representativos para el 2024, incluyendo los recursos desarrollados por las Gestoras Territoriales como por el proyecto Medellín te quiere Saludable:

Tabla 7.Momentos metodológicos del Modelo de Gestión Territorial en Salud Basado en Comunidad y sus avances en Medellín (2014–2024)

MOMENTO	AVANCE 2014 - 2023
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. Durante el 2024 se realizó al inicio del año 21 sesiones de trabajo para la construcción participativa del Plan Territorial de Salud, así mismo se realizaron sesiones para la validación y definición de problemáticas a trabajar. En total se reportaron 148 sesiones. Así mismo, cuenta durante la realización del Análisis situacional participativo, se contó con participación de representantes de las 21 comunas y corregimientos, así como asistencia de otras organizaciones sociales, construyendo un ejercicio de cartografía social para el Distrito de Medellín. Así mismo se cuenta con la cartografía social de 7 comunas, desarrollada con una metodología estandarizada lo que ha permitido focalizar acciones de iniciativa

MOMENTO	AVANCE 2014 - 2023
	comunitarias en el territorio para la intervención del problema.
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	Desde el año 2014 se cuenta con mapeo de activos en 14 comunas que han aportado recursos de presupuesto participativo para la implementación del modelo. (1104 activos) Además, todas las comunas cuentan con inventario de actores actualizado de forma permanente con una base de información de 8575 actores. Durante el 2024 se caracterizaron 1807 actores nuevos con integración a las distintas acciones de Gestión Territorial de 1254.
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 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 2024, se identificaron 370 ejercicios de trabajos articulados con diferentes actores, en promedio considerando la escala de implementación de alianzas entre todos los identificados se logra en promedio un74% de avance en su consolidación y acción en el territorio.
Fortalecimiento al liderazgo social y comunitario en salud, a partir de procesos de formación a los líderes comunitarios y demás actores en el territorio	Se han capacitado en total 1036 líderes con herramientas de gestión territorial, participación social y control social en salud, 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 con el fortalecimiento de la participación social

MOMENTO	AVANCE 2014 - 2023
	enfocada a la salud, acompañados por el personal de la Secretaría de Salud y del proyecto Medellín te quiere Saludable, durante el periodo de 2024 se han realizado 1118 sesiones de capacitación en estos espacios, con una asistencia reportada de 3281 personas. Por otro lado, se cuenta con el Diplomado de control Social, con un reporte de 21 personas capacitadas en este espacio. Con un porcentaje de certificación del 71%.
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. Realizando campañas comunicacionales con medios alternativos de comunicación. Durante el año 2024 se realizaron 95 jornadas saludables, articulando los diferentes servicios de los programas y proyectos en el territorio con una intervención de 4297 personas aproximadamente.
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	Durante el año 2024 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. Durante el año se desarrollaron 216 encuentros de los COPACOS y 87 mesas de salud, espacios en los cuales se desarrolla el plan de trabajo comunitario para la intervención de las problemáticas priorizadas, y la articulación de otros actores.

Referencias

Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Imprenta Nacional.

Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148.

Congreso de Colombia. (1994). Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Diario Oficial No. 41.450.

Congreso de Colombia. (1994). Decreto 1757 de 1994 por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud. Diario Oficial No. 41.450.

Congreso de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias en los sectores de salud y educación, entre otros. Diario Oficial No. 44.654.

Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1450 de 2011 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014. Diario Oficial No. 48.102.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1454 de 2011 por medio de la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.106.

Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 1536 de 2015 por la cual se actualiza la metodología para la formulación y evaluación del Plan Territorial de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 2626 de 2016 por la cual se establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 2063 de 2017 por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal.

Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education, 14(2), 17–22.

Sosa, M. (2012). ¿Cómo entender el territorio? En B. Ramos Muñoz (Ed.), Territorio, participación y ciudadanía (pp. 21–30). Guatemala: Ediciones Cofiño.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Política de Participación Social en Salud – Documento Técnico de la Resolución 2063 de 2017. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/pss-documento-politica.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Manual para la Implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Bogotá D.C. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/maite-manual-implementacion.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Lineamientos del PISIS – Plataforma de Intercambio de Información en Salud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/plataformas/pisis

Sosa, M. (2012). ¿Cómo entender el territorio? Ed. Belinda Ramos Muñoz. Guatemala. - Cofiño et al. (2016). ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?

Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut. Guía para la elaboración de mapa de activos en salud en las Islas Baleares [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. [consultado 2018 11 22]. Disponible en: http://ealvac.caib.es/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf