



HUELLAS DISTINTAS CON RETOS QUE NOS UNEN

GUIA DE PARTICIPACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL
PARA LA SALUD INTEGRAL

Instituto
PROINAPSA

Facultad
de Salud



Universidad
Industrial de
Santander



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

HUELLAS DISTINTAS CON RETOS QUE NOS UNEN

**GUIA DE PARTICIPACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL
PARA LA SALUD INTEGRAL**



ISBN: 978-958-98746-8-4

HUELLAS DISTINTAS CON RETOS QUE NOS UNEN. Guía de Participación y Movilización Social para la Salud Integral

Autores:

Mg. Giovanni Bohórquez-Pereira

Integrante Grupo de Investigación COMPPA –UPB

Esp. Nieves Zoraida Flórez García

Coordinadora Área de Educación y Comunicación

Instituto Proinapsa

Aporte a los contenidos:

C.S. Karen Natalia Arias Pineda

C. S. Iván Darío Chahín Pinzón

Diseño Gráfico:

Carolina Paola Orozco Cañizares

Veronica Dobra

Hacemos Comunicación Ltda

Directora general del proyecto:

Blanca Patricia Mantilla Uribe

2014

Bucaramanga, agosto 25

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este material se desarrolló en el marco del Convenio 970 establecido entre el Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS de Colombia y Proinapsa-UIS para el desarrollo del Proyecto: Línea 5 – desarrollo de guías de educación para la salud y la movilización social para fortalecer la promoción de la salud en los actores del sistema a nivel territorial.

Supervisor del convenio:

Dr. Fernando Ramírez Campos



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA
Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadanía



ÁLVARO RAMÍREZ GARCÍA

Rector Universidad Industrial de Santander

CLARA INÉS VARGAS CASTELLANOS

Decana Facultad de Salud

Universidad Industrial de Santander

BLANCA PATRICIA MANTILLA URIBE

Directora Instituto Proinapsa-UIS

NIEVES ZORAIDA FLÓREZ GARCÍA

Coordinadora del Proyecto

Agradecimientos:

Estas líneas las queremos destinar a las personas que han hecho parte de este proceso. En la escritura de estas guías hemos contado con un apoyo clave de representantes del Ministerio de Salud y protección Social, de los territorios, secretarías de salud, desarrollo social, alcaldías, IPS, EPS y ESES, entre otras, quienes compartieron sus saberes y experiencias en torno a la Movilización social para la salud y las colocaron a disposición para construir y consolidar los contenidos de la presente guía.

También al equipo de profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social quienes han trabajado hombro a hombro con el equipo técnico del Instituto Proinapsa: Ricardo Ángel Urquijo, María Cristina Muñoz Alaje, Fernando Tovar Rojas, Schneider Charloth Mendieta Buitrago, Ana María Peñuela, Gloria Esther Jiménez y Patricia Caro. Adicional, manifestamos nuestra gratitud a la Doctora Lorena Elizabeth Castillo Castillo, Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública de México, quién participó en la validación técnica de la guía.

Contenido



	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
Cap.1. Participación social y salud: dos motivos para mejorar	16
Partir de la cocción: La sopa de piedra	17
Salud: yo, tú, él, nosotros...y el ambiente	22
Cap. 2: Conceptos orientadores: caminando hacia la movilización social	30
Movilización política, social y para la salud	40
Después de tantos caminos ¿para dónde?	44
Cap. 3. Herramientas básicas: cómo materializar la movilización social para la salud	48
1. Consigamos un GPMS.	50
¿Cómo relacionamos el GPS y la Movilización Social para la Salud, MSpS?	50
Con quién conformar el GPMS?	53
Actor 1. Personal técnico	53
Actor 2. Sociedad en general	56
Actor 3. Tomadores de decisiones	57
Actor 4. La Comunidad	60
¿Cómo hacer realidad el GPMS?	63
2. Con su GPMS construya el plan de ruta: punto de partida, rumbo y punto de llegada	65
I. Definir prioridades	67
II. Validar las prioridades	67
III. Asumir documento aprobado	69
IV. Desarrollo del plan de ruta	70
Diagrama de un plan de ruta para un GPMS	72
3. Pautas a tener en cuenta para un buen funcionamiento del GPMS	74
Cap. 4. Epílogo	80
Referencias Bibliográficas	84

Introducción



Una propuesta para avanzar

Usted tiene en sus manos la guía “Huellas distintas con retos que nos unen”. Un documento que le invita a viajar en equipo hacia una vida más saludable. La propuesta que aquí le hacemos nace de una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander. Tiene el objetivo de brindar herramientas a las personas que diariamente desarrollan acciones de movilización social para la salud en municipios, departamentos, regiones y el país. Está dirigido a todas las personas, que como usted, se interesan por el bienestar, la salud y la vida de las comunidades.

La guía expone desde una mirada reflexiva y cercana, la importancia de ser ciudadanos activos del aprendizaje. Incluye a las personas que están llenas de sentimientos, dudas, deseos e historias, a niñas y niños, jóvenes, adultos, ancianos; y especialmente aquellas que son responsables de activar las acciones de movilización social para la salud desde los territorios. En estas páginas podrán encontrar una de las tantas formas que hay, de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco del Plan de Salud Pública.

Los contenidos de la guía han sido construidos por el equipo de profesionales del Instituto Proinapsa, y enriquecidos por las experiencias y saberes de personas de entidades territoriales del país, en dos momentos: la fase exploratoria, realizada previa al desarrollo de la guía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); y la fase de validación de los contenidos y conceptos propuestos.

“Huellas distintas con retos que nos unen” recoge conceptos, experiencias, relatos, e iniciativas. Tiene como propósito construir espacios donde lo diverso, lo cercano y lejano, nos ayude a comprender, aprender y desaprender sobre la movilización social para la salud y el bienestar de las personas.

Tres motivaciones

La guía le sugiere tres momentos para motivarse y reflexionar. Le hacemos una propuesta, desde el inicio, de ver al ser humano como sujeto activo del aprendizaje.

La primera parte la iniciamos cocinando. Aquí, buscamos dejar claridades sobre conceptos como participación social y comunitaria, y salud desde un enfoque integral, mucho más que atención y enfermedad. Le proponemos una de las visiones que podemos tener acerca de estos temas, le mostramos caminos y le indicamos en dónde puede encontrar luces para seguir avanzando.

El segundo capítulo expone y argumenta la Participación y Movilización Social, desde dónde se asume en el campo de la salud y el porqué de esa decisión. El tercero, concentra su atención en el cómo y con quiénes desarrollar acciones de Movilización Social para la Salud, para ello se propone la creación de un Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS, el cual mediante los principios del Sistema Operativo de GPS, da indicaciones sobre cómo alcanzar un Plan de Ruta, los elementos de dicho Plan y las recomendaciones para su funcionamiento. Por último se presenta el epílogo donde podrá encontrar un recorrido corto de la esencia de la guía.

En sus manos tiene este documento que se le brinda posibilidades para empezar a dejar más huellas que nos unan y convoquen hacia un cambio social y saludable.

¡Le damos la bienvenida!

Capítulo 1

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SALUD: dos motivos para mejorar



Partir de la cocción: La sopa de piedra

En un pequeño pueblo, una mujer se llevó una gran sorpresa al ver que había a su puerta un extraño, bien vestido, que le pedía algo de comer. "Lo siento", dijo ella, "pero ahora mismo no tengo nada en casa".

"No se preocupe", dijo amablemente el extraño. "Tengo una piedra en mi cartera para hacer un sopa, si usted me permitiera echarla en una olla de agua hirviendo, yo haría la más exquisita sopa del mundo. Una olla muy grande, por favor".

A la mujer le pico la curiosidad, puso la olla al fuego y fue a contar el secreto de la sopa de piedra a sus vecinas. Cuando el agua rompió a hervir, todo el vecindario se había reunido allí para ver a aquel extraño y su sopa. El extraño dejó caer la piedra en el agua, luego probó una cucharada con verdadera delectación y exclamó: "¡Deliciosa! Lo único que necesita son unas cuantas papas".

"¡Yo tengo unas en mi cocina!", grito una mujer. Y en pocos minutos estaba de regreso con una bolsa con papas peladas que fueron derecho a la olla. El extraño volvió a probar el caldo. "¡Excelente!", dijo, y añadió pensativamente, "si tuviéramos un poco de carne, haríamos un cocido muy apetitoso...".

Otra señora salió zumbando y regresó con un pedazo de carne que el extraño, tras aceptarlo cortésmente, introdujo en la olla. Cuando volvió a probar el caldo, puso los ojos en blanco y dijo: "¡Ah, qué sabroso! Si tuviéramos unas cuantas verduras, sería perfecto, absolutamente perfecto...".

Una de las vecinas fue corriendo hasta su casa y volvió con una cesta llena de cebollas y zanahorias. Después de introducir las verduras, el extraño probó nuevamente el guiso y, con tono autoritario, dijo: "La sal". "Aquí la tiene", le dijo la dueña de la casa. A continuación dio otra orden: "Platos para todo el mundo". La gente se apresuró a ir a sus casas en busca de platos. Algunos regresaron trayendo incluso pan y frutas.

Luego se sentaron todos a disfrutar de la espléndida comida, mientras el extraño repartía abundantes raciones de su increíble sopa. Todos se sentían extrañamente felices mientras reían, charlaban y compartían por primera vez su comida. En medio del alborozo, el extraño se escabulló “.¹

Con este cuento nace esta guía, y en este primer espacio de discusión, pretendemos desarrollar la relación que existe entre la Participación y la Salud. Para ello retomaremos algunas propuestas conceptuales, y al igual que un panadero, las amasaremos unas con otras y le haremos una nueva propuesta.

Iniciemos diciendo que el término participación, etimológicamente viene del latín, y de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, DRAE, significa participare (tomar parte en algo) y está compuesta de pars, partis (parte) y el verbo capere (tomar, agarrar).

La misma DRAE entrega otras cinco definiciones:

- “1. f. Acción y efecto de participar.
2. f. Aviso, parte o noticia que se da a alguien.
3. f. Parte que se juega en un número de lotería.
4. f. Billeto en que consta.
5. f. Econ. Parte que se posee en el capital de un negocio o de una empresa” (RAE).

En otras fuentes, por ejemplo el portal www.definiciónabc.com dice que la participación, “refiere a la capacidad que tiene la ciudadanía de involucrarse en las decisiones políticas de su país o región, dicha mención se le conoce popularmente como participación ciudadana”.

Estas dos propuestas nos hacen regresar a nuestro cuento inicial, y nos arrojan una primera conclusión: la participación está presente en nuestras actividades cotidianas. Todos los días realizamos tareas sociales, comunitarias y políticas en nuestro hogar, calle, vecindario, barrio, vereda, municipio, ciudad.

La sumatoria de esas acciones, algunas mayores que otras, se convierten en el insumo para mejorar nuestra vida y la de otras personas. Es decir, si participamos en diferentes escenarios y de diferentes maneras, nos consolidamos más como Seres Humanos activos en pro de mejorar las condiciones de vida para la familia y la sociedad en general.

Preparemos nuestra propia sopa de piedra. Pensemos por unos segundos que la puerta que golpea el sujeto bien vestido, es la nuestra. Que la curiosidad de ver cómo una “simple piedra” puede llegar a dar la mejor sustancia para una sopa, nos motiva a invitar a otras personas; algunas más incrédulas que otras pero todas dispuestas a participar.

Lo descrito es un sencillo, pero aplicable ejercicio de Participación Social. Si revisamos con cuidado, observamos que el resultado es producto de motivación y reflexión colectiva alrededor de una situación particular, que puede resultar de un problema o una iniciativa proactiva, como es el caso de las y los habitantes del pueblo; quienes descubrieron un momento de risas, charla y diversión alrededor del trabajo participativo.

Ahora bien, en la medida en que ampliamos el escenario de participación, igualmente se amplía nuestras intervenciones y la de los demás. Siguiendo nuestra historia podemos imaginar, que esta primera cocción de sopa de piedra se convierte en la excusa para proponer la feria del pueblo. Un día una extranjera, se topó por causalidad con un informe que habla de la maravillosa gente que vive allí; “...la más sana, la que más ríe, la que menos muertos tiene...” Los resultados la dejan tan asombrada que hace un viaje para conocer al grupo de personas con más salud que haya visto. Recorre sus calles, mira sus casas, visita los colegios y en todos los lugares hace la pregunta de rigor: -¿qué hacen para mantenerse, felices, saludables, inteligentes y con tan buena actitud?- La respuesta siempre fue la misma. “¡Es muy fácil!...la sustancia que tiene la piedra logra que preparemos la mejor sopa del mundo”...

²CUNILL, Nuria. *Participación Ciudadana. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, (CLAD). Caracas, Venezuela. 1991. Pág.57.*

En este momento es importante reseñar lo que Nuria Cunill², dice sobre la participación social, tal como lo venimos comentando. Para la autora este proceso se presenta de diferentes maneras y modalidades, las cuales varían de acuerdo a:

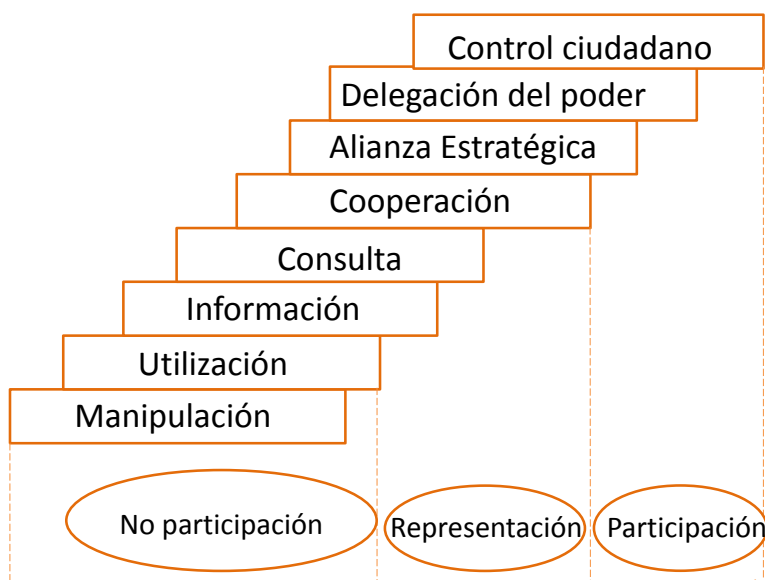
1. Los principios y tipos de acción o metas que busca un grupo u organización y
2. El nivel de compromiso que los ciudadanos integrantes del grupo ponen por alcanzar esos principios y metas.

Por ello no se habla de un modelo o tipo de participación. Existen algunas bases o criterios que se requieren al momento de participar como la motivación, el contexto, las personas involucradas y los objetivos y metas a alcanzar con el proceso.

Sherry R. Arnstein³ planteó en su momento “la escala de la participación” (ver gráfico No. 1) donde cada uno de los ocho peldaños representa escalones que van desde la nula participación (escalones 1,2), pasando por participación simbólica (escalones 3, 4, 5), llegando al nivel superior de Poder ciudadano (escalones 6,7,8).

³ARNSTEIN, Sherry. *A Ladder of Citezen Participation. En Journal of the American Institute of Planners (Journal of the American Planning Association), Vol. 35. 2004. Pág. 217.*

Gráfico 1.
Escala de la participación (Arnstein. Sherry).



Fuente. Revista calidad asistencial.⁴

⁴AIBAR., RENDON.,C. *¿No creemos de verdad en la necesidad de la participación del paciente?. Editorial Revista de Calidad Asistencial. Vol.24. No.5. Septiembre-octubre 2009. Publicado por Elsevier España, S.L.*

Podemos ver que nuestra historia de la sopa de piedra ha avanzado significativamente en “la escala” que propone el autor. Cada uno de sus peldaños ha tenido niveles importantes de exigencia y compromiso, tal como lo plantea Arnstein. Además esta historia tiene validez para arriesgarnos a ilustrar cómo a partir de iniciativas sencillas se obtienen cambios significativos que se pueden replicar en otros lugares.

Entonces, aplicando “la escala”, podemos decir que la disposición a escuchar una información que alguien nos presenta, en nuestro caso alguien que toca nuestra puerta, se logra el primero de nuestros escalones; el generar espacios para la discusión, la convocatoria y el consenso, tal como la señora va y busca a otras mujeres, hace que superemos dos escalones más; encontrar una persona que logre mantener al grupo unido, inquieto, y colaborativo reflexivo ante las ideas expuestas, y lograr mostrar resultados obtenidos e invitarlos a que apliquen lo hecho nos lleva a lograr otros escalones.

El seguir ascendiendo dependerá en parte de nuestra decisión, también de las personas que nos sigan acompañando y de las entidades gubernamentales, organizaciones sociales y comunitarias que estén dispuestas a seguir en el proceso.

Es clave comprender que los procesos de participación son diversos, algunos tienen caminos cortos y otros más extensos. En ocasiones requieren de más motivación, escucha, diálogo y consenso. Es obvio que no todo es perfecto. Somos humanos, “con defectos y manías” como dice la canción “Te amaré” del español Miguel Bose, pero lo significativo es identificar qué dificultades se presentaron, por qué ocurrieron y cómo podemos superarlas y retomar el camino.

Para concluir esta parte, le proponemos la siguiente frase: Cada proceso o actividad tiene su propio color. La colorimetría, ciencia que estudia los colores, nos propone que para realizar combinaciones cromáticas, debemos partir de tres tonos primarios: amarillo, azul y rojo; de las diversas mezclas de esos tres saldrá la intensidad, luminosidad y viveza de nuestro color deseado. Algo similar ocurre con la participación social. Existen

Salud: yo, tú, él, nosotros....y el ambiente

elementos claves para iniciar los procesos, y en el camino se le van agregando los colores necesarios para continuar. Cada una tiene sus complejidades distintas, con inversiones de tiempo distintas, con alianzas y responsabilidad diversas. En fin, *cada proceso de participación social y comunitaria requiere de combinaciones cromáticas claves y específicas que con las proporciones adecuadas, dan sentido y permiten avanzar y proponer cambios sociales.*

Un día Estanislao Zuleta en su libro “Colombia: violencia, democracia y derechos humanos”, dijo: El hombre, en el núcleo más íntimo de su ser, es un nudo de relaciones e intercambios. Intercambios lingüísticos, afectivos, sexuales, económicos; pero también, y en esto consiste su riqueza, un conjunto de diferencias y conflictos, de visiones del mundo, de proyectos, de intereses.

Estas palabras llenas de sentido contribuyen en la propuesta que les queremos hacer acerca de concepto de salud. En la cual las personas que allí actúan son las mismas que define Zuleta.

Definir la salud resulta más complejo de lo que en ocasiones pensamos. Si hacemos un rastreo de imágenes por la internet, utilizando la palabra salud nos encontramos con cosas como estas: estetoscopios, enfermeras, médicos, hospitales, inyecciones, niñas y niños llorando por una vacuna, personas enfermas y en una mínima proporción personas saludables. Es extraño, ¿verdad? Parece como si la búsqueda la hubiéramos hecho con la palabra enfermedad. Esto tiene un contexto; resulta que históricamente nos ha dado a entender que la salud es la ausencia de enfermedad y que esto se logra con profesionales de las ciencias de la salud, vestidos con bata blanca, que trabajan en los hospitales y que aplican inyecciones. Pero esto no es del todo cierto. Entonces ¿Qué es la salud? “La ruta de la Educación y Comunicación para la Salud. Orientaciones para su aplicación estratégica”, elaborada para el Ministerio de Salud y Protección Social, por parte de Proinapsa UIS⁵ (2014) nos entrega elementos claves para nuestros fines.

⁵HERNÁNDEZ, SÁNCHEZ, Jacqueline.
Guía: “La ruta de la Educación
y Comunicación para la Salud.
Orientaciones para su aplicación
estratégica”, elaborada para el
Ministerio de Salud y Protección Social,
por parte de Instituto Proinapsa UIS.
2014. Pág. 18.

Propone que *“la salud es un producto social que se construye, de manera individual y colectiva. Cada persona actúa y afecta positiva o negativamente su salud, en el marco de las condiciones y decisiones que se adoptan en su familia, comunidad, y en la sociedad en general de la que hace parte. Es decir, que la salud la desarrolla cada quien en el mundo de relaciones que establece en la vida cotidiana, en particular en los diferentes entornos donde vive, estudia, se recrea, aprende, trabaja, incluyendo todos los lugares de convivencia social.”*⁶

⁶ Ídem. Pág.19

Hemos querido hacer acento en la dos primeras líneas porque nos parece que resulta clave comprender que la salud la hacemos cuando logramos un equilibrio entre tú, él, nosotros y el ambiente. Y esta propuesta va más allá de las paredes de las instituciones de salud, y supone no sólo trabajar en la atención o la rehabilitación de la enfermedad, es también realizar acciones sobre los factores de riesgo, y específicamente sobre **los determinantes sociales de la salud**, objetivo principal de la promoción de la salud. Es decir que la salud sucede en las calles, en el semáforo, en la tienda de la esquina, en la Secretaría de salud y también en la de Educación, Desarrollo social y Planeación. Todas las personas directa o indirectamente en nuestro andar y en el desarrollo del rol que realizamos en la sociedad, vamos dejando gramos de azúcar que contribuyen en la construcción de escenarios más saludables.

Para recordar...

Determinantes sociales de la salud

Son definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el

informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
3. Medición y análisis del problema

Mayor información en: www.who.int/social_determinants/es/

⁷ MORE., PALACIOS, Raúl. *Aproximación histórica y antecedentes generales de la determinación social de la salud. En: Economía política de los determinantes sociales de la salud. Marco general y bases conceptuales para su aplicación preliminar a la realidad del Perú.* Lima, Perú: OPS/OMS, 2009.

⁸Op. Cit. HERNÁNDEZ., SÁNCHEZ. Pág. 13.

Por otro lado, también afirma que “la salud es un recurso para la *vida*, y no el objeto de la vida. Esta afirmación hecha por la Organización Mundial de la Salud, OMS, durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, y citada por More Palacios⁷, nos lleva a pensar que la salud expresa la capacidad individual y colectiva para adaptarnos al medio donde vivimos. ¿Cómo lo hacemos? Organizándonos para mejorar, transformar o potenciar las condiciones de vida, pero especialmente, para lograr desarrollar la plenitud de las capacidades y usar éstas en la realización de elecciones libres de nuestros proyectos de vida”⁸.

Otro elemento clave de resaltar, es que “*la salud está determinada por las condiciones de vida generadas por los diversos factores físicos, económicos, políticos y sociales que allí prevalecen*”. Es decir, la salud también es un acto de libertad. Esta libertad entendida desde Zuleta, como aquello que la vida nos permite hacer. Y dado que en la salud intervienen factores físicos y sociales, puede que la ley vea la salud como un derecho de todas las personas, pero ¿qué dice la vida? En ocasiones vemos que la respuesta es dura, muchas personas no pueden tener una salud adecuada porque en sus territorios no cuentan con agua segura, alcantarillado, manejo de basuras y plagas.

Entonces, tener buena salud no es tener un buen corazón, pulmones o hígado que trabajan muy bien. La salud va más

allá del buen funcionamiento de nuestro cuerpo; es tener un sistema de salud, de educación, economía y política, al alcance de la sus necesidades. Y aquí es clave retomar algo, y es que la salud es tan importante desde lo individual pero también desde lo colectivo. Podemos afirmar, que todas las personas en nuestro transitar por la vida cuidamos algo: la familia, las mascotas, el alimento, los juguetes, el lugar donde vivimos, la vida. “Todos los que estamos vivos cuidamos y necesitamos que nos cuiden. Vivir es cuidar”⁹.

Ante esto resulta clave decir que la salud de las personas expresa el nivel de desarrollo de la sociedad a la que se pertenece. Pero, este desarrollo debe entenderse principalmente como aquel que tiene como centro al ser humano y sus potencialidades, en el marco de una relación armónica de la sociedad con la naturaleza, dice More Palacios. En la Ley 1122 de 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2007) se afirma que los resultados de la salud pública “se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país”. (Proinapsa UIS,¹⁰ 2014, p. 13).

Esto nos lleva a reafirmar que la Salud es más que tomar medicamentos, es más que ofrecer citas con especialistas, es más que copagos y cuotas moderadoras. Salud es un estado, un estado de bienestar integral donde, existen intercambios de todo tipo: lingüísticos, afectivos, sexuales, económicos, entre hombre-ambiente-sociedad. El bienestar se alcanza superando necesidades como, trabajo, educación, recreación, vida digna.

El premio Nobel de economía, indio, Amartya Sen, escribió hace algunos años un libro titulado “Desarrollo y Libertad”. En él dijo que todos los gobernantes de cualquier país deben otorgarles a sus ciudadanos opciones u oportunidades para alcanzar su Libertad. Al alcanzar esa Libertad el país crece y también crece el Ser Humano. Entonces, cuando se logra que todos los ciudadanos tengan opciones u oportunidades, se tienen crecimiento económico y al mismo tiempo Desarrollo Humano.

⁹ FLÓREZ GARCÍA, Nieves. *Cartilla: “Seres de cuidado”, elaborada para el Fondo para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio, en el marco del Programa Conjunto: LAS COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFROCOLOMBINAS DEL CHOCÓ PROMUEVEN SU SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.* Bucaramanga, Colombia: Instituto Proinapsa. 2010. Pág. 9.

¹⁰ *Ídem.* Pág.18

¹¹SEN. Amartya. *Libertad y Desarrollo*.
Editorial Planeta. Bogotá, Colombia.
2000. Pág. 59.

El economista subraya que existen tipos de libertades instrumentales, una de ellas son las Oportunidades Sociales las cuales se centran en educación y sanidad.

“Estos servicios son importantes no solo para la vida privada (como llevar una vida sana y evitar la morbilidad evitable y la muerte prematura), sino también para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas”¹¹.

Se reitera que, Participación y Salud están relacionadas con el Ser Humano y el resultado de esa relación es una acción política. Esta acción es orientada por un lado a la defensa y exigencia del cumplimiento de los acuerdos sociales, o la construcción de los mismos cuando no existan o sean insuficientes. Por otro lado, permite la construcción colectiva, la conformación de alianzas, redes sociales de apoyo, además, acompaña, revisa, interviene, educa, permite aprender y reaprender. Es decir, cuando se genera participación social para la salud, se crean condiciones para que las personas del común, y el que se encuentra organizado socialmente, se involucren como propios los Derechos y Deberes Sociales de Salud.

¹²VÁSQUEZ, Fabio. GONZÁLEZ, Esperanza.
*¿Qué ha pasado con la participación
ciudadana en Colombia? Fundación
Corona. Bogotá, 2003.*

En palabras de Fabio Velásquez y Esperanza González¹² la Participación debe ser entendida como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder.

Volvamos al título con el cual abrimos estas líneas de reflexión. La salud: yo, tú, él, nosotros...y el ambiente. Si notamos iniciamos por el yo, aunque sabemos que hay una regla gramatical que indica lo contrario, pero hay una justificación. Esto se debe a que la propuesta que aquí le hacemos se enfoca en ver la salud desde adentro, desde lo individual, sin olvidar a las otras personas y mucho menos al ambiente.

Ahora bien, ¿qué relación hay entre el Ambiente y la Salud?; ¿se puede hablar de un vínculo entre el uno y el otro o es incoherente?

Hace algunos años se hablaba de medio ambiente y se le relacionaba únicamente con seres vivos y los elementos biofísicos, (suelo, agua, clima, atmósfera, plantas, animales y microorganismos). Hoy día, cuando se habla de Ambiente, se le relaciona con componentes tales como cultura, economía e ideología, componentes claves en la salud de las personas.

Con el paso del tiempo se determinó que cuando se estudia el Ambiente, se hace de manera integral donde está presente desarrollo y Ser Humano. Ser Humano que tiene creencias, saberes, percepciones sobre la vida, y logra entender que los problemas ambientales afectan su entorno, su familia, sus necesidades presentes y del mañana, se habla entonces de un desarrollo sustentable.

La Organización de Naciones Unidas, ONU, en el año 1987, a través de la Comisión Brundtland, fue quien definió que el desarrollo sustentable es aquel que “satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Contiene dos conceptos clave:

- 1. El concepto de “necesidades”, en particular las necesidades esenciales de los pobres del mundo, a la que se debe dar prioridad absoluta; y*
- 2. La idea de limitaciones impuestas por el estado de la tecnología y la organización social sobre la capacidad del medio ambiente para satisfacer las necesidades presentes y futuras”¹³.*

Al retomar a Raúl More, en su conceptualización sobre Salud, el Ambiente está presente en dos momentos. El primero cuando afirma que el Ser Humano debe trabajar individual y colectivamente en la adaptación al medio, entorno, en el que se encuentra y en un segundo momento cuando advierte que ese medio, ese entorno debe ser cuidado, transformado y mejorado, si aspira mejorar sus condiciones de vida para hoy y el mañana.

Desarrollo sustentable... un concepto sencillo.

¹³ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, ONU. *Nuestro futuro común: Informe Brundtland* (en línea), 1987. <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>. Consultada. 7-08-2014

¹⁴Op. Cit. More Palacios Raúl. 2009.
Pág.45.

“La argumentación precedente nos permite ahora cerrar el círculo de los diferentes desarrollos conceptuales convergentes alrededor del binomio ser humano – naturaleza, que son la síntesis en conjunto del complejo y trascendental fenómeno del ciclo de la vida. La salud es, por definición, una condición esencial y un atributo sustantivo de la vida. La salud es una necesidad básica fundamental y un prerequisite para el desarrollo de las capacidades humanas y para el buen uso y funcionamiento de las mismas por parte de las personas. La salud es, además, una prerrogativa inalienable de la dignidad de las personas como seres individuales y sociales. De esta manera se articulan, en un solo haz argumental y discursivo, los conceptos de salud, derechos humanos y desarrollo humano sostenible. Cada uno es condición necesaria de cada otro. De ahí la idea de la salud como desarrollo humano sostenible y el desarrollo como salud integral de la sociedad”. More R ¹⁴.

Sembrar el deseo

Como hemos visto en esta primera parte, las personas en su diaria relación con otras, asumen posiciones frente a diversas problemáticas sociales que incluyen la Salud. Salud integral. Ese hombre, mujer, niño, joven, adulto, adulto mayor, indígena, negro, mestizo, mulato o cualquier persona con o sin discapacidad, reciben información, escuchan con atención, reflexionan, se cuestionan sobre su actuar, toman decisiones, replantean comportamientos, hacen acciones de cambio y de ser acompañados asumen responsabilidades y liderazgo.

Entonces, si usted es una ciudadana o ciudadano del común o hace parte de Sector Salud en cualquiera de sus cargos, este documento pretende activar sus capacidades y motivarlo a generar procesos de participación social y en particular los relacionados con la salud, aquella salud integral que hemos venido compartiendo.

Esto requiere de compañía. Al igual que las golondrinas que viajan juntas usted va a necesitar que otras personas se unan en esta tarea. La justificación es muy clara y la vamos a colocar en dos viejos y conocidos refranes: “Una sola golondrina no

hace verano” y “dos cabezas piensan más que una”. Convoque, invite, toque puertas y haga su propia sopa de piedra. Pueden ser muchas las personas que estén interesadas en participar de este gran cocido, cada una traerá más ingredientes que le suman sustancia, color e intensidad a este ejercicio. Aquí le dejamos una pequeña lista para que inicie la búsqueda: familia, amigos, equipo de trabajo, comunidades de base, organizaciones sociales No Gubernamentales, minoría étnicas, colectivos sociales...y todas las que en su región deseen participar. La invitación está hecha y llegó la hora de hacer la pregunta ¿Quiere cocinar la mejor sopa del mundo, la más jugosa y sabrosa...la de sabor a piedra? Esperamos que la respuesta sea positiva y que la motivación haya sido sembrada.

Un cuento para cerrar.

La flor más grande del mundo

*...Baja el niño la montaña,
Atraviesa el mundo todo,
Llega al gran río Nilo,
En el hueco de las manos recoge
Cuanta agua le cabía.
Vuelve a atravesar el mundo
Por la pendiente se arrastra,
Tres gotas que llegaron,
Se las bebió la flor sedienta.
Veinte veces de aquí allí,
Cien mil viajes a la Luna,
La sangre en los pies descalzos,
Pero la flor erguida
Ya daba perfume al aire,
Y como si fuese un roble
Ponía sombra en el suelo...*

José Saramago

Un momento para reflexionar.

Este espacio es suyo. Tómese el tiempo que necesite, uno, dos, tres segundos, lo que considere necesario y reflexione sobre nuestra propuesta hacia caminar en equipo a una vida mejor...una más saludable...

Capítulo 2

CONCEPTOS ORIENTADORES: Caminando hacia la movilización social



*“Dígame señor gato, preguntó Alicia, ¿cuál camino debo tomar?
Eso depende mucho, respondió el felino, de adonde quiere usted ir”*

Lewis Carrol

“Alicia en el país de las Maravillas”

Con esta cita del escritor inglés iniciamos un recorrido hacia el ejercicio de búsqueda conceptual de Participación y Movilización Social para la Salud. Reconocemos que no existe un solo camino para acceder al conocimiento, ni tampoco una sola definición en estos temas, de ahí que lo presentado es resultado de recorridos teóricos y de experiencias humanas que se entrelazan para generar otras definiciones. Vamos... sigamos caminando.

Recordaremos los primeros pasos del hombre y con ello su forma primaria de organización y de participación, luego en una variante de ese camino, conoceremos algunos principios de la psicología comportamental que nos permitirá identificar el por qué la participación inicia en lo individual, para cerrar en este capítulo con una mirada de *la Participación que se plantea desde la Salud Integral*.

Finalizado este primer recorrido, tomaremos otro camino en el que estudiaremos *la Movilización Social*, la cual asumiremos en un primer momento desde la perspectiva de la Ciencia Política y luego desde visiones más holísticas, donde se involucran la educación y la comunicación para la salud.

Todo este registro servirá de marco para plantear un nuevo camino, donde expondremos desde esta guía el concepto asumido en relacionado a **Movilización Social para la Salud Integral**, aspecto que sustenta y orienta de manera transversal la propuesta del cómo desarrollar este tipo de procesos y que se presentan en el capítulo siguiente.

¹⁵ILIN-SEGAL. *Cómo el hombre llegó a ser gigante*. Bogotá, Colombia.2003. Págs.41, 42.

Para comenzar el recorrido, citaremos a los escritores Ilin-Segal¹⁵ quienes de manera estupenda describen el comportamiento de aquellos seres primarios y cómo actuaban en conjunto ante las adversidades.

En el capítulo titulado “Huellas” los autores narran cómo esos primeros seres enfrentan territorios diversos, cómo establecen normas con la naturaleza y cómo logra darse cuenta que no debe estar solo.

“En efecto, este morador de los árboles baja de su árbol y vaga por el suelo. Se yergue sobre sus extremidades inferiores, además, y comienza a caminar sobre ellas en una forma en que nunca pensó que lo hiciera. Y no se detuvo ahí. Come cosas que no se creyó comería y obtiene su alimento de una forma completamente original...El hombre se hizo audaz gracias a sus manos. Aquella piedra que había alzado, aquel palo que empleó para desenterrar el alimento, también podían defenderle...Por otra parte, él nunca andaba solo por el bosque. Una partida completa, toda armada de piedras y palos, resistían unida los ataques de una bestia salvaje...” Ilin-Segal.

Páginas posteriores los autores van a narrar el origen de las tribus y qué hizo esto posible:

“Los hombres luchaban contra las fuerzas naturales hostiles, pero luchaban reunidos en grupos. Trabajaba en grupo y durante el curso de su trabajo conjunto acumulaba y atesoraba experiencia y conocimiento. Es cierto que ella misma no sabía que estaba haciendo esto, o más bien, lo sabía a su modo. Carecía de toda idea acerca de la sociedad humana, pero intuía que estaba unida, que los integrantes de una comunidad formaban una enorme persona con muchos brazos y manos”¹⁶.

¹⁶ Idem. Pág. 131.

Es decir, a la par en que el hombre se asentaba en el nuevo territorio y colocaba leyes y defendía territorios, también se organizaba socialmente, compartía responsabilidades con otros, aprendía, y sobre todo sabía que al pertenecer a un grupo y participar en sus actividades, alcanzaba metas y superaba sus condiciones básicas de alimento, techo y protección.

A partir de esa primera organización social la humanidad poco a poco va extendiéndose y creando nuevas estructuras. Del clan

y la tribu se pasó a la época de la Civilización, luego vinieron los Imperios, posteriormente los Reinos, hasta llegar a los hoy conocidos Estados-Nación.

Una historia para reflexionar:

Cuidados primitivos

Los profesores José Siles González y María del Carmen Solano Ruíz del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, España, escribieron un artículo relacionado con los cuidados a enfermos paliativos o (terminales) en las culturas primitivas. Del texto se extraen estas líneas que ubican el funcionamiento del cuidado y la atención en salud en nuestras primeras tribus. “Mediante esta primitiva estructura social y su potencial socializador mediante normas, creencias y valores, se va a organizar la vida cotidiana del grupo humano...Es decir ya se produce una división sexual del trabajo en esta fase prehistórica, una división de funciones por género que va a tener consecuencias muy significativas en el terreno de los cuidados de salud en general y en los cuidados paliativos en particular, dado que ya se puede hablar de un sistema popular tribal que regula los cuidados básicos de los que se encarga la mujer; también existe en estas culturales un sistema de atención de salud folk que se centra en las interpretaciones sobrenaturales de la enfermedad y del que se ocupan los hechiceros o chamanes” (Siles González y Solano Ruíz, 2012, pág.1020).

Más información sobre este estudio en <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n4/33.pdf>

Como podemos observar, son demasiados los cambios, son demasiadas las historias que habría que narrar y contar sobre cómo esa organización base, en principio la tribu, fue entregando roles y tareas a cada uno de los integrantes de la llamada sociedad. Estas reflexiones y recuentos no son nuestro

principal objetivo, pero debemos tenerlos en cuenta al momento de estudiar la participación y movilización social.

Otro camino que podemos tomar, siguiendo la propuesta del felino de “Alicia en el País de las Maravillas”, es el aporte de la Psicología. Es un tanto más complejo que la mirada anterior, pero su importancia radica en conocer cómo el individuo asume determinadas posiciones y cómo a partir de sus argumentos o construcciones mentales toma decisiones.

¹⁷ KELLY., George. Kelly, G. A., *The psychology of personal constructs*, 2 vols., Norton, Nueva York. En Puhakka., K. *La teoría de los constructos personales de George Kelly y la psicología cognoscitiva*. Pdf. Cap. 12., 1995. Pág. 407.

Fue George Kelly¹⁷, experto en estudios sobre comportamiento humano quien planteó que los argumentos que expresa o dice una persona sobre un fenómeno o situación en particular, sirven para comprender las percepciones y su comportamiento frente a lo propuesto.

¹⁸ SÁNCHEZ., Euclides. *Todos con la Esperanza, continuidad de la participación comunitaria*. Pdf. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades. Comisión de Postgrado. Caracas. 2000.

Sobre esta base, Euclides Sánchez¹⁸ interpreta y explica tres versiones sobre la participación: una llamada “*tener parte de*”, otra titulada “*tomar parte en*” y la tercera “*ser parte de*”. Cada una, siguiendo los postulados de Kelly, tiene un proceso mental que el Ser Humano construye y en ocasiones de-construye, para luego tomar posición en diversos asuntos relacionados con su vida personal, familiar o entorno social.

En síntesis. Según lo planteado, es diferente el actuar y razonar de una persona cuando sus intereses y deseos están en juego, es decir, “*tener parte de*” o *hace parte de* la acción planteada. Un ejemplo puede ser: un grupo de vecinos quiere conformar un grupo de teatro infantil y solicitan apoyo económico y logístico. Para ello, me informo de lo que están haciendo, verifico de lo que se trata y decido apoyar de manera económica la propuesta.

Otra es la mirada y reflexión de ese mismo actor, cuando nos invita a “*tomar parte en*” lo que ya se está haciendo. En este caso la decisión ya fue tomada e inducen a aceptarla. Retomando la escena anterior, los vecinos ya definieron que hay que dar una cuota en dinero y que tengo que entregarla. Obviamente, mi decisión y comportamiento no es la misma que la anterior, por

el contrario asumo actitud y comportamiento de rechazo y total desagrado.

Caso contrario cuando me invitan a que aporte ideas sobre un tema en particular, proponga soluciones y acompañe el proceso, entonces me están diciendo “ser parte de” lo que todos buscamos. Es decir, antes de organizar el grupo de teatro infantil, me buscaron, invitaron e informaron qué se busca con la iniciativa y me piden ideas, más que recursos, para llevar a feliz término la iniciativa.

Esta reflexión desde la psicología comportamental nos lleva a entender por qué algunas experiencias sociales de carácter local, regional y más en lo nacional en ocasiones no alcanzan o logran sus metas u objetivos, ya que al momento en que han sido formuladas y luego puestas en funcionamiento, la inclusión de los directos beneficiarios ha sido poca o nula. Revisemos la siguiente nota. (Ver recuadro).

¿ABUELOS, ALGUIÉN LES PREGUNTÓ?

Así podríamos titular la historia que pasó en Armenia, Quindío, donde un grupo de 16 adultos mayores que han estado desprotegidos por la sociedad desde hace varios años, de un momento a otro, la administración departamental y local decide reubicarlos, sin siquiera preguntarles si quieren ir. Un buen ejemplo de lo planteado en la teoría comportamental y su relación con la participación.

Leamos la siguiente historia y reflexionemos:

“No queremos ancianatos”: abuelos de los talleres departamentales

Los 16 abuelos que residen en el lote de los talleres departamentales, en la vía a El Caimo, afirmaron a la Crónica que no aceptarán la propuesta de los gobiernos local y seccional de trasladarse a los centros de bienestar y centros de vida de la región.

Mientras los hogares de paso estarían dispuestos a albergar a 16

adultos mayores, estos afirmaron que lo que necesitan es un lugar para vivir libremente.

Aunque reconocieron que viven en precarias condiciones y que no cuentan con servicios públicos ni alimentación, manifestaron que prefieren la independencia y trabajar en lo que pueden, como haciendo mandados, oficios varios u otras labores similares.

Agregaron que en caso de irse para los ancianatos tendrían que dejar sus pertenencias, que han conseguido con esfuerzos y trabajo, lo que no les gustaría, y que lo que ellos realmente necesitan son viviendas.

Asimismo, rechazaron el “repentino interés” del gobierno, al enfatizar en que son damnificados del terremoto de 1999 y que han estado abandonados durante años.

La propuesta les fue hecha luego de que una persona de 84 años falleciera en el sitio a causa de un incendio estructural que consumió su vivienda y dos más.

El hecho ocurrió el pasado 4 de agosto, y desde ese momento, la defensora regional del Pueblo, Piedad Correal Rubiano, propuso un encuentro con el secretario departamental de Familia, James Castaño Herrera, para buscar alternativas a esta población que hace 15 años reside como invasora.

Según lo dio a conocer la gobernación del Quindío, el centro de bienestar El Carmen de Calarcá estaría dispuesto a albergar durante la noche a 5 abuelos, El Buen Jesús de Salento a 2, el municipio de Génova a uno, Buenavista a uno y Santo Domingo Savio de Quimbaya a uno. En Armenia el hogar geriátrico San Vicente de Paúl recibiría a una persona más, el hogar Santa María a otra y el ancianato el Carmen a 4.

Además, el gobierno de Armenia asumiría la responsabilidad de brindarles desayuno, almuerzo, refrigerio y actividades lúdicas y productivas en el centro Galilea durante el día a la población que acepte la oferta.

El gobierno seccional señaló que, según un estudio de riesgo realizado por el municipio, los adultos mayores residentes en los talleres departamentales deben desalojar en el menor tiempo posible el lugar, ya que no es un lugar apto para ser habitado debido a sus condiciones de higiene, desechos de aguas negras sin un correcto desagüe, materiales de fácil combustión alrededor de los cambuches, fogones artesanales sin el mínimo estándar de seguridad, entre diferentes aspectos que son una “bomba de tiempo” a la hora de preservar la vida de estos abuelos.

“Ahora se debe iniciar con ellos un trabajo sicosocial, donde se les muestre que ya no pueden ni deben seguir en ese sector, debido a los enormes inconvenientes de seguridad y salubridad a los que se exponen. Se debe con un trabajo conjunto romper ese paradigma, de que ellos no quieran irse a vivir a los centros de bienestar, alternativa que es la mejor solución, pues allí tendrán todas las condiciones de atención adecuada para poder tener una mejor vida”, anotó la defensora regional del Pueblo, Piedad Correal Rubiano.”

Por Lina María Meneses Gómez (Crónicadelquindio.com)

http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-no_queremos_ancianatos__abuelos_de_los_talleres_departamentales-seccion-armenia-nota-77169.htm Consultado 13-08-2014.

Continuando con el recorrido, señalemos el tercer camino que le proponemos en este capítulo. Este es propuesto por Eduardo Menéndez¹⁹, quien en su conceptualización incluye el componente salud. Para él la Participación Social en Salud es además de un objetivo específico de salud, un “medio para la obtención de otro tipo de objetivos, como recurso y/o como sujeto... es el recurso local para la sobrevivencia dentro de la pobreza con o sin objetivos de solución genérica,...para otros la Participación Social en Salud es un medio idóneo para orientar la transformación social a partir de lo local” (Oakley 1990, Ulate y de Keijzer 1985)”.

¹⁹ MENÉNDEZ, Eduardo. *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado*. Cuadernos médico sociales. N° 73. Mayo 1998. Pág.5.

Desde esta mirada el trabajo que durante muchos años han liderado las organizaciones colombianas que representan y acompañan a las personas con limitaciones físicas, son un modelo a seguir. Pese a las dificultades sociales y culturales que se tienen, el ejercicio participativo ha llevado a que el país, poco a poco cambie su percepción sobre la discapacidad. Sin embargo, la tarea no termina. Todavía sectores de la población y el mismo urbanismo local los desconocen, vulneran y en algunos casos estigmatizan.

"Evaluación institucional de la Política Nacional de Discapacidad complementada con una evaluación de resultados cualitativos sobre la población con Discapacidad"

<https://sinergia.dnp.gov.co/Sinergia/Archivos/14e8d6cb-7c32-4595-b9b4-92383a828b80/Informe%20Final%20Evaluaci%C3%B3n%20Politica%20Nacional%20de%20Discapacidad.pdf>

²⁰ECONOMETRÍA, CONSULTORES.
"Evaluación institucional de la política nacional de discapacidad complementada con una evaluación de resultados cualitativos sobre la población con discapacidad. Informe final", para Departamento Nacional de Planeación, DNP. 2012. Pág. 200,201.

En el año 2012, Econometría Consultores²⁰ realizó para el Departamento Nacional de Planeación, DNP el estudio "Evaluación institucional de la política nacional de discapacidad complementada con una evaluación de resultados cualitativos sobre la población con discapacidad" el cual expone de manera puntual y detallada cómo ha ido cambiando las condiciones de vida para las personas con discapacidad, su logros, alcances, metas cumplidas, acciones y actividades encaminadas a ser reconocidos como ciudadanos con derechos y deberes sociales.

Sin embargo, el mismo documento indica:

"...es crucial contar con una participación activa de la sociedad civil para mejorar el funcionamiento de políticas y proyectos en discapacidad. Parte de la inversión prioritaria con la que debe contar cada municipio del país (hecho que además debe ser visible en los indicadores mencionados) debe ser la capacitación a líderes y representantes de la discapacidad en el territorio. La participación más informada de los mismos en espacios de discusión, como los Comités municipales de discapacidad, puede

tener impacto sobre la generación de compromisos que realmente beneficien a las poblaciones objetivo. A su vez, el cumplimiento de acuerdos hechos en espacios de diálogo debe ser también monitoreado con los indicadores de resultado e impacto.

Es vital el reconocimiento de la importancia de la participación ciudadana como un medio para ejercer control social frente a la gestión pública local en discapacidad, y en ese orden de ideas, se recomienda trabajar para superar las barreras asociadas con los vacíos en formación y ausencia de medios e instrumentos para hacer incidencia en políticas y ejercer veeduría ciudadana.” Econometría Consultores. Pág.200.

Podemos entonces afirmar hasta el momento que el concepto de Participación Social tiene varias lecturas, con elementos comunes. Uno es que su presencia no es de hoy, ha estado vigente desde las primeras organizaciones como tribus y clanes.

Un segundo punto es que ella se genera a través de las interrelaciones sociales y que busca solucionar situaciones que afectan a un grupo. Como se indicó en el capítulo anterior y se retoma en este momento, uno de los principios de la Participación social es tener metas que alcanzar por medio de acciones colectivas.

Otro punto clave, la Participación es más efectiva cuando las personas “hacen parte” del todo. En otras palabras, si se busca una transformación social o política, se requiere marcado interés de quién(es) se involucra(n), para ello debe conocer lo que se busca y qué se requiere. De nuevo, hay que citar aquí a Cunill, quien nos dijo en páginas anteriores, que otro factor esencial en la Participación es “el carácter de la intervención de los ciudadanos en las actividades y/o órganos públicos”²¹.

Finalizando este camino, podemos concluir que cuando se habla de Participación Social se debe entender que esta se da en lo colectivo. De manera equivocada se cree que los requerimientos o necesidades, solo le interesa o afecta a ese grupo motivador. Esto

²¹ CUNILL, Nuria. Participación Ciudadana. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, (CLAD). Caracas, Venezuela. 1991. Pág. 57.

es un error, los problemas o dificultades sociales o de salud de un grupo afectan a su entorno más cercano (familiares, amigos, vecinos, conocidos) ellos también están comprometidos y de ser informados y motivados, también acompañaran el proceso.

El trabajo de las organizaciones sociales que trabajan en Colombia por los Derechos Sociales de las personas con limitaciones físicas, auditivas y visuales son un gran ejemplo de Participación y Movilización Social para la Salud.

Movilización política, social y para la salud

Se puede hacer

*"Al hombre triste le sucede
que siempre dice: "no se puede".*

*Rechaza vanidoso cualquier iniciativa
y siempre detesta que se le contradiga;
si por él fuera ya hubiera terminado
con todo lo que en el mundo está inventado.*

*¡Ni coches, ni teles, ni camiones;
ni vacunas, ni radios, ni aviones!*

*El siempre decreta desde un trono:
"¡Seamos semejantes a los monos!"
¿Te imaginas qué grandísimo fracaso
sería a este señor hacerle caso?*

William J, Bennett (compilador).

Para iniciar este nuevo recorrido, tomaremos la rima anterior, la cual, además de ser parte de un compendio de cuentos y proverbios para niños en valores, se convierte en una reflexión para aquellos que consideran que la participación y la movilización social, no son opciones posibles para alcanzar cambios y las ubican como ejercicios utilizados para quejarse, reclamar, protestar y agredir.

A ellos tenemos que decirles que es todo lo contrario, la Participación y la Movilización, son opciones socialmente válidas, reconocidas y avaladas por sistemas democráticos como Colombia, y que en la gran mayoría de ocasiones se realizan para acceder, cambiar o modificar situaciones que alteran o afectan los derechos sociales de algún sector de la sociedad.

De otra parte, también es necesario aclarar que existe diversidad de suposiciones sobre qué es y qué no es la Participación y Movilización Social. Sobre este último exponemos a continuación algunas definiciones y aspectos de su origen.

Diana Rivera, Andrea Cristancho y Juan Carlos González²², aseguran que el término se ubica a finales del siglo XIX y centró su atención en comprender el comportamiento de las multitudes pertenecientes a las clases obreras inglesas, quienes se enfrentaban a la clase burguesa, motivados o estimulados por minorías de agitadores. A esa situación se le otorgó el nombre de movilización social. Luego, en las décadas de los setentas, el concepto es explicado desde teóricos norteamericanos y europeos, quienes para ese entonces lo van a utilizar para explicar “la racionalidad de los actores que pretenden movilizar a la población, la forma en que interactúan con otros actores sociales y la manera como se relacionan con su entorno”²³.

²² RIVERA., Diana., CRISTANCHO., Andrea., GONZÁLEZ., Juan. *Movilización Social para el control del cáncer en Colombia.*, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. 2007.

²³ *Idem.* Pág. 11.

En el mismo texto se afirma que en el recorrido histórico se reconocen cuatro teorías relacionadas con la movilización social. Todas ellas formuladas y desarrolladas a partir de los años cincuenta hasta el noventa del siglo XX. Dos de ellas (Teoría de las conductas colectivas y Teoría de la movilización de los recursos) ubican a la movilización como conductas no institucionales realizadas por individuos marginales u opositores que de manera irracional y manipulada deciden exigir cambios en la sociedad en la que se encuentran.

Otras tendencias, son la Teoría de la construcción de identidad y la Teoría de la estructura de oportunidad. De la primera se afirma

que más allá que recursos y reclamos, la movilización social trabaja bajo tres principios: identidad, oposición y totalidad. La cuarta tendencia propone que la movilización debe tener relación con el sistema político, pero sin dejar de lado la identidad y el sentido de pertenencia.

Hecha esta claridad histórica hacemos la primera mirada conceptual desde la Ciencia Política. Elisabeth Anduiza y Andre Bosch, dicen que la movilización es propia del sujeto político y por ende de la participación política desde lo electoral. Añaden que se logra, por los resultados de las múltiples interacciones sociales donde participan ciudadanos que siguen, acompañan o militan en Partidos Políticos, cuyo objetivo principal es cómo lograr que un candidato gane su elección a través del voto.

*"La movilización política es el proceso a través del cual instituciones, organizaciones o personas inducen a los ciudadanos a participar políticamente. Desde esta perspectiva, la participación política sería una respuesta a los estímulos del entorno, más que el resultado de actitudes y recursos individuales (Rosenstone y Hansen, 1993). De manera indirecta las 4 redes sociales (familia, amigos, entorno laboral, vecindario) producen efectos movilizados al ejercer presión sobre los individuos o proporcionar incentivos para participar. Algunos ciudadanos, especialmente en el entorno familiar más cercano, intentan convencer a otras personas de la orientación que deben dar a su voto" Anduiza y Bosch.*²⁴

²⁴ ANDUIZA., Elisabeth., BOSHC Andre. *Comportamiento Político y Electoral. Capítulo 4 y 5., Barcelona: Editorial Ariel.2004. Pág.19.*

²⁵ TORO, Bernardo. RODRÍGUEZ., Martha. *La comunicación y movilización social en la construcción de bienes públicos. Documentos de trabajo del INDES. Pdf. Banco Interamericano de Desarrollo, BID., Bogotá, Colombia. 2001. Pág.15.*

Sigamos en reflexión y revisemos otros caminos. Bernardo Toro y Martha Rodríguez²⁵ van a entregar un componente más a la movilización y es que la movilización requiere múltiples compromisos, tanto en la reunión, como en la acción. Entonces, movilizarse socialmente es "la convocación de voluntades para actuar en la búsqueda de un propósito común bajo una interpretación y un sentido compartidos".

Angel Llano²⁶ hizo recientemente para el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano un documento titulado “Sistematización de la estrategia de movilización social “Plan Decenal de Salud Pública” y en su soporte conceptual definió a la movilización social como una herramienta que busca “involucrar como aliados activos a instituciones sociales importantes, con poder de convocatoria e influencia en los grupos de personas con que trabajan...en busca que los diferentes Grupos de Interés (stakeholders) se apropien del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021”.

²⁶ LLANO., Angel. *Sistematización de la estrategia de movilización social “Plan Decenal de Salud Pública”*. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo de Comunicaciones. Bogotá, Colombia. 2012.

Tenemos entonces elementos que identifican a la Movilización. Empecemos diciendo que ella surge en la modernidad y de manera particular es un resultado del modelo industrial que se desarrolla en el siglo XIX. Durante todo el siglo XX se establecen modelos que la caracterizan. Unos dirán que centran su acción en la protesta y acción contestataria, salida de los cánones de la institucionalidad, mientras que otros la referenciarán como el mejor modelo para evidenciar la madurez de un sistema democrático.

Segundo, la Participación colectiva es su gran aliada. Tanto en la movilización política, como en la social, se requieren de ciudadanos motivados e interesados en alcanzar objetivos que les sean favorables y que transformen su contexto. Desde lo político eligiendo su representantes ante las instancias de Poder y desde lo social acudiendo a los llamados que diferentes organizaciones hacen en busca de modificar situaciones sociales que a todos afectan.

El voto, el discurso, las reuniones, los pronunciamientos y marchas, las reclamaciones jurídicas, las peticiones, son entre otros los mecanismos de reacción que los ciudadanos y las organizaciones sociales, civiles y comunitarias utilizan en estos procesos de movilización social.

Después de tantos caminos ¿para dónde?

Como se puede apreciar, el gato del cuento de “Alicia en el país de las Maravillas”, tenía razón. Nosotros somos los que determinamos que camino queremos seguir. Planteamos el siguiente escenario. ¿Queremos el camino de la movilización de corte electoral, o nos interesan más los caminos de la reacción y de enfrentamiento colectivo?. Queremos ser movilizados de elecciones populares de cada dos o cuatro años? o pretendemos desarrollar de manera conjunta y con el trabajo articulado con los otros sectores y el apoyo de diversas instituciones, entre ellas las del sector Salud procesos que tengan como meta mejorar la calidad de vida de nuestras comunidades y de nuestro entorno?

Antes de continuar y como promotores de otro camino posible, corresponde enfatizar que desde este momento todos los conceptos y pautas que se exponen, están orientados principalmente a la **Movilización Social para la Salud, MSpS**; asumiendo el PARA desde el planteamiento en el que nos invitan a que aportemos ideas sobre un tema en particular, propongamos soluciones y acompañemos el proceso en busca de nuestra salud integral, de las personas, de la ciudadanía en general, es decir, “**ser parte de**”. Desde luego, estos conceptos podrán ser asumidos y aplicados en otros escenarios o campos sociales, pero la prioridad será el sector salud, dado que es una ventaja entregar bases para que se desarrollen de mejor manera procesos de cambio en compañía de los diferentes actores del sistema de salud colombiano.

Así pues, proponemos el nuevo camino, en el cual, para el caso de esta guía, asumimos **la Movilización como un proceso amplio y escalonado, propio de las democracias participativas y elemento clave en la gobernabilidad de un territorio, sea este local, regional o nacional.**

Al ser amplio y escalonado, la movilización que se plantea no está centrada en lo electoral, ni en lo contestatario. Todo lo contrario será conocedora y defensora de la normatividad que rige, pero eso sí atenta al cumplimiento de la misma por parte de cada uno de los responsables de su funcionamiento, en el marco de la garantía de derechos y la diversidad cultural

colombiana. También, en la medida en que se avance o alcance los propósitos trazados y se suba un escalón más de la “escala de la participación”, se convocarán un mayor número de actores para afrontar retos superiores.

Ahora bien, por tener el carácter Social, la movilización que aquí se propone invita a que la participación sea colectiva, en donde se potencien capacidades, se conozcan los derechos y los deberes, se respete la diferencia y se conformen equipos de trabajo multi y transdisciplinarios.

Por ello la Movilización Social para la Salud, MSpS, contará con varios aliados. Uno la Participación, ya expuesta y conceptualizada en el primer capítulo de este documento. Otro igualmente importante, la Comunicación, la cual asumiremos desde dos perspectivas, como difusora de mensajes reflexivos y orientadores de lo que buscamos a través de tecnologías representadas en impresos, audio, vídeo, Tics y como generadora y motivadora de acción y cambio.

Acción para motivar el diálogo, lograr la concertación, aportar para el disenso y el consenso, facilitar el encuentro entre los diferentes actores sociales, servir de puente entre unos y otros. Es mediante ella y su accionar que se logra el intercambio de saberes, se motiva la reflexión, y se promueven en lo actitudinal y en lo social la participación y por consiguiente la movilización.

Un tercer aliado, la Educación para la Salud. La cual junto con la comunicación para la salud, “buscan principalmente que las personas en su ejercicio ciudadano, sean partícipes del desarrollo comunitario, la modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes y alianzas; además pretende lograr el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas. Es decir, que va más allá de la tarea de convocar a las personas o de realizar actividades masivas.²⁷”

²⁷HERNÁNDEZ, SÁNCHEZ, Jacqueline. Guía: “La ruta de la Educación y Comunicación para la Salud. Orientaciones para su aplicación estratégica”, elaborada para el Ministerio de Salud y Protección Social, por parte de Instituto Proinapsa UIS. 2014. Pág. 38.

Lo expuesto hasta el momento lleva a señalar que la Movilización Social para la Salud, MSpS que se está proponiendo, se asume como **estrategia de transformación y cambio**, porque convoca ampliamente a la ciudadanía, les plantea situaciones, necesidades o problemas en Salud que abarquen aspectos relacionados con la prestación de servicios, los Determinantes Sociales de la salud o con los indicadores trazados en los planes de desarrollo locales, regionales o nacional.

De la misma manera, las opciones de solución se plantean de manera conjunta, colegiada, con aportes de todos y con aliados permanentes como son la participación, la comunicación y la educación para la salud.

Cuando esto se logra, la posibilidad de ser sostenible y de escalar se evidencian y esto se alcanza porque se basa en conocimientos y acciones integrales, en motivaciones propias y colectivas de los diferentes sectores y grupos sociales participantes, y por ser una estrategia, no permite que se le use para actividades clientelares o politiqueras, no permite improvisación, no permite que se le use para fines sin propósitos claros. **La MSpS es mucho más, es un ejercicio y una práctica propia de una democracia vital y saludable.**

“

En estos procesos nos debe interesar acciones que sumen, que motiven cambios, que busquen la construcción de ciudadanía, que opten por lograr que las diferentes organizaciones sociales y comunitarias tengan continuidad en el aporte y la reflexión sobre Salud Integral y que fortalezcan sus competencias frente a la construcción y búsqueda de la misma.

”

CAPITULO 3

HERRAMIENTAS BÁSICAS: cómo materializar

La movilización social para la salud



Luego de los diferentes caminos que hemos recorrido, ha llegado el momento de revisar pautas, posibilidades, lineamientos y opciones, sobre cómo realizar un ejercicio de Participación y Movilización Social para la Salud, **MSpS**.

Para ello, vamos a transitar por cinco aspectos a tener en cuenta al momento de plantear ejercicios participativos que involucren a la sociedad civil, bien sea desde una entidad que trabaja en salud pública, o desde una organización social y comunitaria.

Consideramos que la motivación permanente, la planificación de acciones, la convicción por lo que se propone y proyecta, la disposición al trabajo en equipo y la evaluación permanente, son insumos básicos para recorrer este nuevo camino. Pero antes de comenzar, revisemos la siguiente experiencia:

La danza como estrategia de movilización social en Salud



Son variadas y múltiples las experiencias sociales en Colombia que trabajan sobre prevención de la violencia, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y el respeto por la diversidad. Una de ellas es la que se realiza en la Comuna 20 de Cali, donde un grupo de jóvenes de 12 a 17 años, toman como excusa el baile y la danza, para con ellas informar y motivar al resto de las comunidades del sector a conocer y asumir sus Derechos y Deberes sociales en Salud.

Esta propuesta es un buen ejemplo de cómo los grupos organizados y entidades gubernamentales nacionales y extranjeras pueden trabajar en equipo y movilizar socialmente en Salud.

La iniciativa cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Organización Internacional para las Migraciones, OIM.

Si desea conocer más sobre el proceso consulte a Jissel Tatiana Carbachi, email: nuevoestilodance@gmail.com

Información suministrada por:

<http://www.comminit.com/la/content/nuevo-estilo-dance>
(Consultada-10-08-2014)

1. CONSÍGAMOS UN GPMS.

La sigla no está mal escrita, no le sobra una letra y si tiene una relación con el GPS.

El Sistema de Posicionamiento Global, más conocido como GPS, es un invento nacido en los años sesenta y puesto en operación en 1965 por las fuerzas militares norteamericanas como parte de las estrategias aplicadas en la llamada “Guerra Fría”. Su principal tarea es ser “una herramienta para determinar la ubicación de cualquier punto en la tierra”²⁸

²⁸ TIPULA., Pedro., OSORIO., Mario. *Manual de Uso GPS. Introducción al Sistema de posicionamiento Global. Sistema de Información sobre Comunidades Nativas de la Amazonía Peruana. SICNA., Instituto del Bien Común, versión pdf. Lima. 2006. Pág. 5.*

En recientes décadas el GPS, se ha convertido en el mejor instrumento de orientación que todo grupo o equipo de trabajo sea minero, topográfico o deportivo se utiliza al momento de emprender una misión a lugares o zonas poco o nada exploradas. Algunos conductores lo utilizan para llegar bien a un lugar desconocido de la ciudad.

¿Cómo relacionamos el GPS y la Movilización Social para la Salud, MSpS?

Varias son las posibilidades que vinculan y relacionan el GPS con la Movilización Social para la Salud, MSpS, una de ellas es

servir de herramienta en los procesos propios de la organización y participación social.

De otra parte, al equiparar lo planteado desde lo técnico y tecnológico del sistema, con lo que se pretende lograr en el ámbito de la acción y la movilización, el Sistema GPS es de gran ayuda. Por ejemplo, si buscamos trazar una ruta, es necesario establecer coordenadas, ejecutores, punto de partida y punto de llegada. Igual ocurre con la **Movilización Social para la Salud, MSpS**, la cual requiere que hagamos una planeación, definamos objetivos, elaboremos el plan de actividades, establezcamos indicadores, responsables, tiempos y resultados.

Por ello, el primer reto para nuestros propósitos no es comprar un GPS, es conformar un **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**. Este grupo será el encargado de orientar, definir aplicar y hacer que los propósitos acordados se logren y lleven a feliz término.

A diferencia del GPS que requiere de tres segmentos (espacio, usuario, control) para su conexión y funcionamiento, el **GPMS** está conformado por personas, actores sociales, representantes institucionales, líderes comunitarios, usuarios del sistema de salud, en últimas, ciudadanos que deciden involucrarse en los procesos de transformación y de cambio en acción política desde la Salud Integral.

En Bucaramanga un grupo de personas con el mismo objetivo consolidaron su propio GPMS, aquí les mostramos la experiencia:

BUARAMANGA SE MOVILIZA POR LA MOVILIDAD

Ante los oídos sordos de las entidades oficiales y gubernamentales, grupos de ciudadanos de Bucaramanga se han organizado para discutir sobre el espacio público y proponer que la bicicleta debe tener cabida como medio de transporte en la ciudad.

Las acciones formuladas por “Ciclaramanga” y “Mujeres Bi-cibles” tienen como gran propósito motivar a la comunidad en general a exigirles a los gobiernos locales del Área Metropolitana de Bucaramanga, opciones de movilidad que difieran del transporte masivo y la motocicleta.

Además de reuniones y foros en auditorios de la ciudad, también se realizan charlas a través de las redes sociales, en las que se analizan y socializan experiencias sobre los beneficios sociales y de Salud que se logran por el uso de la bicicleta.

Pueden conocer más detalles de esta iniciativa social en:

<https://sites.google.com/site/ciclaramanga/inicio>

Twitter: @MujeresBicibles - mujeresbiciblesbga@gmail.com

<http://www.demononave.blogspot.com/>

#HazteBicible #RodadaDeLuna #CafeDeCiudad

[https://www.facebook.com/pages/Mujeres-Bici-bles/560877750594447?sk=timeli-
ne&tref=page_internal](https://www.facebook.com/pages/Mujeres-Bici-bles/560877750594447?sk=timeline&tref=page_internal)



¿Con quién conformar el GPMS?

Como indicamos en líneas anteriores, son diversas las personas que pueden hacer parte del **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**, sin embargo, proponemos cuatro actores centrales dentro de un proceso de Movilización Social para la Salud, MSpS a saber: el personal técnico, la sociedad en general, las personas tomadoras de decisiones y las comunidades.

Es de resaltar, que **desarrollar un proceso de MSpS puede surgir por iniciativa de cualquiera de ellos**, en ocasiones la sociedad en general se involucra a partir de algo que los motiva o insatisface (carencia de agua y energía en varios días, incremento en impuestos, fallas en la atención de servicios de salud) y de manera espontánea reclama y marcha. En otro escenario, el personal técnico en salud, identifica con los usuarios requerimientos en los servicios y ambos (usuarios y personal de salud) trabajan para superar los inconvenientes.

También se conoce que comunidades organizadas en Juntas de Acción Comunal, grupos juveniles, asociaciones de vecinos, comités culturales de barrio, proponen y lideran iniciativas centradas en mejorar sus condiciones sociales y de Calidad de Vida. Igualmente, se han identificado a algunos directivos, empresarios, líderes políticos, secretarios de salud del orden internacional, nacional, regional o local (tomadores de decisiones) que asumen, en ocasiones lideran y en otros momentos apoyan, iniciativas relacionadas con la movilización social.

Dediquemos unas líneas más para profundizar y conocer mejor cada uno de los actores que conforman nuestro **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**.

Actor 1. Personal técnico

El personal técnico lo identificamos como aquel que actúa dentro de la institución que ofrece el servicio de salud, esto incluye al gerente del hospital o IPS, al coordinador del centro de salud y al equipo de profesionales de salud. **Este primer actor,**

²⁹DELGADO, María E. VÁSQUEZ, Luisa. *Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales*. Rev. Salud pública. N° 8 Julio, 2006.

representa para la Movilización Social para la Salud, MSpS, el puente entre quienes toman las decisiones y la sociedad en general, pues ellos tienen el gran reto en los temas de manejo y atención a los usuarios. Por ello su actuación en el sistema es importante y aunque solo(a) lo hace bien, sin duda que un acompañamiento y apoyo de los demás actores, fortalecería su actitud y los resultados serían mejores.

Para Delgado y Vásquez²⁹ el prestador del servicio tiene múltiples responsabilidades en su labor, pero destacamos para nuestros propósitos tres de ellas:

1. Realiza con la comunidad acciones de atención, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de los programas de salud.
2. Hace seguimiento a la calidad del servicio a través de las conversaciones que hace con los usuarios, quienes lo evalúan y recibe sugerencias para mejorarlo. Resultado de esta tarea obtiene un listado de inconformidades y aciertos del sector salud.
3. Hace esfuerzos para garantizar la cobertura del sistema de salud en la población vinculada y vulnerable.

Tal como se observa, nuestro primer actor es un gran protagonista. La responsabilidad que asume se caracteriza por ir más allá del cumplimiento de su deber como profesional de la Salud, es un ciudadano(a) que entiende que su trabajo es mucho más que asistir o acompañar, es un transformador social.

Leamos la siguiente experiencia de movilización que nos introduce al segundo actor:

Cien por un día: una opción de Movilización Social que incluye la Salud Integral

Aunque sus promotores no lo manifiestan directamente, esta propuesta ciudadana, nacida en Bogotá, pero con replicas importantes en Chinú, Córdoba, Pasto, Pamplona, Yumbo y Cali, incluyen en sus acciones de participación y movilización componentes de la Salud Integral.

Modelos como este pueden tenerse en cuenta cuando se buscan aliados en procesos de movilización para la salud, porque además de motivar a grupos de niños, jóvenes y adultos, tiene a la comunicación como su principal eje.



¿Qué es 100 en 1 día?

Un movimiento ciudadano en el que habitantes de toda la ciudad se reúnen 1 día para hacer intervenciones creativas y pedagógicas que van desde respetar las cebras, crear ciclo vías, atender un parque hasta llamar la atención sobre asuntos públicos.

Desde su Facebook explican cómo surgieron. “Somos un proyecto que nació en Bogotá por el encuentro de dos caminos que venían construyendo iniciativas entorno a la cultura ciudadana y la ciudadanía activa; el colectivo “Acciones Urbanas” de Bogotá y el equipo 17 de la escuela de innovación danesa Kaospilot, que confluyeron y co-crearon este proyecto, donde hicieron realidad el primer 100 en 1 día en la ciudad de Bogotá el 26 de mayo del 2012 con 250 intervenciones y alrededor de 3.000 personas involucradas.

Somos una red, en la que los participantes crean conexiones para la re significación de la ciudad, así el trabajo en comunidad es el primer paso para la construcción colectiva, ya sea mediante una postura crítica desde la convivencia, con respecto a las visiones de la cotidianidad del espacio urbano, o desde lo que siempre han soñado de su ciudad, pero han esperado que otros hagan por ellos. Somos catalizadores del cambio, que por medio de la transformación de imaginarios genera conciencia a los ciudadanos de la capacidad que tienen para influir su entorno”.

En los siguientes links se observan videos de las experiencias en Yumbo, Chinú y Pasto

<http://100en1dia.com/100en1dia-pasto-2012/>

<http://100en1dia.com/577/>

<http://100en1dia.com/100-en-1-dia-yumbo/>

Dirección de contacto. 100en1dia@gmail.com

https://www.facebook.com/100En1Dia/info?ref=page_internal

Actor 2. Sociedad en general (dinamizadores socio-culturales)

El eje dinámico de la participación es la ciudadanía y tal como lo hemos planteado en páginas anteriores, los ejercicios de movilización social trabajan en función de transformaciones que han sido gestadas por ella, de allí que nos interese como integrante del **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**.

A este actor en ocasiones lo encontramos de manera individual o representando a otros ciudadanos, que como él están interesados por buscar soluciones a las necesidades, situaciones o problemáticas sociales. La gran mayoría son colectivos barriales, grupos de amigos de redes sociales, profesionales de algunas áreas que lideran procesos ciudadanos desde su familia, colegio, universidad, trabajo.

Tienen como características particulares ser observadores y analistas de la realidad actual, están pendientes de lo que ocurre en los ámbitos de las decisiones públicas, difunden y comentan información a los demás en diferentes escenarios y a través de medios masivos tradicionales y no convencionales.

Estudian, reflexionan y explican en todo momento, su posición de defender o rechazar socialmente alguna situación donde los intereses sociales de los demás estén siendo vulnerados. Por ello los dejamos de llamar sociedad en general para nombrarlos con el título de "dinamizadores socio- culturales".

A ellos lo encontramos en las aulas de clase en su rol como docente, o líder estudiantil, en las iglesias como sacerdote, pastor o ministro, en los barrios como dirigente social, deportivo o cultural, en los medios masivos como reporteros, defensores del televidente o columnistas de opinión. Algunos son del ámbito institucional y los encontramos con el nombre de Defensor del Consumidor, Escuelas de Participación Social, Veedor Ciudadano, y Personero(a) Municipal.

El “dinamizador socio-cultural” es otro importante protagonista. Sus aportes, análisis, contactos, capacidad de convocatoria son muy significativas en un proceso de **Movilización Social para la Salud, MSpS**. Por su presencia será clave en el equipo GPMS.

Actor 3. Tomadores de decisiones

Según Bernardo Toro y Martha Rodríguez³⁰ los Tomadores de decisiones son denominados desde su propuesta teórica como el tercer actor requerido en procesos de participación y movilización social. En ese orden de ideas, se convierte para nuestros intereses en un integrante más que requiere el **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**.

Son claves los tomadores de decisiones por que tienen la potestad de gestionar y aplicar cambios legales en la estructura del sistema de salud. Igualmente, tiene dentro de sus funciones propiciar espacios de participación, convocar al diálogo, la discusión y concertación. En otras palabras a ejercitar procesos de comunicación en temas que inciden directamente en la sociedad.

Los Tomadores de decisiones son quienes se encargan de traducir las propuestas de la movilización social en acciones legalmente vigentes, de ahí su importancia en el proceso. Su conocimiento y posición ante los entes de decisión nacional les permite liderar, acompañar y apoyar procesos que favorecen el bienestar colectivo.

³⁰ TORO, Bernardo. RODRÍGUEZ, Martha. *La comunicación y movilización social en la construcción de bienes públicos. Documentos de trabajo del INDES. Pdf. Banco Interamericano de Desarrollo, BID., Bogotá, Colombia. 2001.*



Un salvador de niños

© UNICEF/HQ94-0481/Press

Aunque no es el único, si podemos considerar a James P. Grant, como un modelo de Tomadores de decisiones. Su trabajo en Unicef desde 1980 hasta 1995, lo llevó a ser considerado el salvador de al menos 25 millones de niños mediante soluciones sanitarias sencillas.

³¹ CÁRDENAS, Laura. *Comunicación y construcción de ciudadanía. Aportes para el desarrollo. Instituto universitario de desarrollo y cooperación, IUDC. Madrid. 2012. Pág.62.*

Laura Cárdenas³¹, reseña como este hombre economista y abogado de origen canadiense, en 1982, a pesar de la oposición de otras organizaciones de carácter mundial, puso en marcha la “revolución de la supervivencia infantil y el desarrollo de la infancia” a través de la estrategia GOBI que abarcaba cuatro grandes áreas de la prevención infantil como son: control de crecimiento (growth monitoring), rehidratación oral para la diarrea infantil (oral rehydration therapy), lactancia materna (breastfeeding) y vacunación (immunization) contra seis enfermedades infantiles (tuberculosis, poliomielitis difteria, tétano, tos ferina y sarampión).

Afirma la autora, que Grant disfrutaba poder conocer a los Jefes de Estado para exponer lo que estaba haciendo con su estrategia y comprometerlos a desarrollarla en sus países. Se narra que en todo momento llevaba en su bolsillo un sobre de suero oral y lo exponía en sus charlas para indicar cómo con un sencillo procedimiento se podrá preparar suero y así salvar una vida.

Se afirma que la estrategia de UNICEF consiguió colocar a los niños y niñas en el centro de la agenda política y logró el apoyo de Jefes de Estado, parlamentarios, alcaldes, celebridades del mundo del cine y del deporte, medios de comunicación, asociaciones de profesionales, sindicatos, entre otros.

En 1984 Colombia, durante el mandato del Belisario Betancourt, asumió el componente de vacunación y con el apoyo de la Cruz Roja, la Iglesia Católica, medios de comunicación, entre otros, logró elevar la cobertura de inmunización en un 75%. “Pitín” el niño sano, fue la figura que acompañó todo el trabajo que movilizó al país entorno a la vacunación y protección infantil que llevó a que años posteriores se convirtiera en política pública del orden nacional.

Es por experiencias como estas y muchas otras, que dentro de nuestro **GPMS** es clave contar con Tomadores de decisiones.

Continuando con nuestro recorrido y antes de conocer nuestro cuarto actor, revisemos una experiencia más de Movilización Social para la Salud.

Manos limpias salvan vidas.

Iniciativa interinstitucional y transdisciplinaria de Movilización Social para la Salud

La “Iniciativa Lavado de Manos”, ILM, es una estrategia de Movilización Social para la Salud de carácter global, nacida en el seno del Banco Mundial en el año 2001 y desde entonces ha recibido apoyos de fundaciones internacionales como Bill y Melinda Gates, el Programa de Aguas y Saneamiento (PAS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de



los Estados Unidos (USAID), la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y otras organizaciones afines, que pretenden que los niños y niñas del mundo conviertan como propio el hábito de lavarse las manos antes y después de comer y luego de haber ido al baño.

Aunque algunos consideran obvio y rutinario esta actividad, las cifras dicen lo contrario y por eso se invita a que si los niños y niñas la convirtieran en hábito, se lograr reducir en un 47% la incidencia de la diarrea en los menores y salvar la vida de cerca de un millón de infantes en el mundo.

El gobierno colombiano acompaña esta iniciativa desde los ministerios de educación y salud y protección social, a través de la estrategia Escuela Saludable. En el año 2007 el Ministerio del Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, consideró a la ILM, como una vacuna “auto administrada”.

Como se aprecia la ILM, es un buen modelo de Movilización Social para la Salud, en el que participan actores sociales de todo orden e implica el diálogo entre instituciones y sociedad en general. Su acción no necesita día, ni hora especial, se puede difundir y promover en todo momento y en cualquier lugar.

Únase a esta iniciativa informándose en:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/lavado-de-manos.aspx>

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:22353876~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>

<http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2012/08/22/minedu-y-bancomundial-resultados-iniciativa-lavado-de-manos-peru-wsp>

Actor 4. La Comunidad

Nuestro cuarto actor o participante a involucrar en estos procesos de Movilización Social para la Salud integral, es la Comunidad. Concepto amplio, que lleva a que cada lector de este texto, construya en su mente una definición y una figura (significado-significante) y también lleva a que en ocasiones relacionemos y consideremos algunas organizaciones como comunidades y desconozcamos otras al no cumplir con los componentes acordados desde nuestros pensamientos.

Para clarificar el concepto que le daremos desde esta guía analicemos lo siguiente:

La definición de Comunidad la podemos revisar desde diferentes miradas. Tenemos por ejemplo la del Diccionario de la Real Academia Española, DRAE:

"comunidad.

*(Del lat. **communitas**, -atis).*

1. *f. Cualidad de común (II que, no siendo privativamente de ninguno, pertenece o se extiende a varios).*
2. *f. Conjunto de las personas de un pueblo, región o nación.*
3. *f. Conjunto de naciones unidas por acuerdos políticos y económicos. Comunidad Europea.*
4. *f. Conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes. Comunidad católica, lingüística.*
5. *f. comunidad autónoma.*
6. *f. Junta o congregación de personas que viven unidas bajo ciertas constituciones y reglas, como los conventos, colegios, etc.*
7. *f. Común de los vecinos de una ciudad o villa realengas de cualquiera de los antiguos reinos de España, dirigido y representado por su concejo.*
8. *f. pl. Levantamientos populares, principalmente los de Castilla en tiempos de Carlos I."* ³²

³² REAL ACADEMIA ESPAÑOLA.
Diccionario de la Lengua Española.
(On line). <http://lema.rae.es/drae/?val=comunidad>

Como podemos apreciar hay ocho significados de Comunidad. Sin embargo, hay elementos claves para elaborar un concepto

que se relacione y este orientado hacia la participación y la movilización social.

El primero es que Comunidad es un conjunto de personas, por tanto no existe un solo tipo de comunidad, sino que hay diversidad de comunidades y que son en sí misma un conjunto, es decir algo integro, unido.

Un segundo aspecto es qué los integra, qué los convoca, qué los congrega. Es decir, qué los motiva a unirse como conjunto y entonces aparece una respuesta similar a la anterior, no es un solo un único motivo o interés, son variadas las razones, los sentimientos y necesidades.

En la medida en que la sociedad mundial y la tecnología han avanzado, también han surgido más comunidades, (ambientalistas, defensora de Derechos Humanos, género, LGTBI, protección a los animales, entre otros), más grupos sociales se reúnen en la web o en la esquina a plantear y buscar cómo lograr propósitos comunes.

Alfonso Torres Carrillo³³, registra en sus escritos la manera como en Colombia se dio la organización comunitaria en épocas recientes. La más significativa de las representaciones de este tipo es sin duda la Junta de Acción Comunal, JAC, la cual se consideró como la estrategia apropiada para la “movilización consciente y deliberada del esfuerzo y los recursos humanos, económicos, físicos y políticos administrativos en busca de desarrollo de la comunidad a partir de la consecución de obras de mejoramiento colectivo... las obras materiales –en este caso la vivienda – eran entendidas como [...] el fruto del proceso de la acción comunal; pero no el fin último. Este es el desarrollo de la conciencia de la unión, de la cooperación y espíritu de servicio”³⁴.

En los años setenta, narra Torres Carrillo, como contra posición y al no sentirse representados por las JAC, surgieron otras iniciativas de organización impulsadas por los jóvenes, la iglesia católica, mujeres, universitarios de izquierda, artistas, quienes se

³³TORRES C. Alfonso. *Organizaciones populares construcción de identidad y acción política. En Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Manizales, Colombia. Vol.4 No.2. Julio-diciembre de 2006. Pág.168-197.*

³⁴FALS BORDA. Orlando. *Monografías sociológicas nro.4. Acción comunal en una vereda colombiana. Bogotá D.E. Universidad Nacional de Colombia. 1960. En el programa CINVA y la acción comunal. Construyendo ciudad a través de la participación comunitaria. PEÑA. Martha. Universidad Nacional. Facultad de Artes. 2010. Pág.121.*

reunieron y “se denominaron “organizaciones populares” para diferenciarse de otras formas organizativas subordinadas al Estado y para enfatizar su vocación alternativa”³⁵.

En los actuales momentos las peticiones desde las comunidades han cambiado. Sus solicitudes ya no están focalizadas únicamente en acueductos, escuelas, canchas e implementos deportivos. Los nuevos requerimientos se enfocan ahora en cómo ser mejores ciudadanos, cómo defender el agua, la vida, el espacio público, la movilidad, exigir transparencia en los manejos de los recursos públicos, defender los animales, exigir lugares de encuentro, exigir alimentos sin transgénicos, en últimas, hacer acciones de Movilización Social para la Salud Integral que contribuyan a una mejor calidad de vida.

Al igual que en épocas anteriores, las estrategias para hacer peticiones siguen siendo la reunión semanal, la proclama, el acta de solicitud, la convocatoria pública, los derechos de petición y marchas. Pero hoy se hacen nuevos actos simbólicos, que más que reacción o protesta, giran en torno a la reflexión y a la necesidad de buscar soluciones mediante el diálogo, el consenso, la comunicación. Las marchas de faroles, el teatro callejero, jornadas de abrazatón, ciclo paseos, son otras formas para convocar, informar y sensibilizar que toma auge en nuestras comunidades. Algunos de estos ejemplos están presentes en esta guía.

Imposible obviar los medios electrónicos. Facebook, twitter, instagram, Youtube, entre tantos otros medios productos de la Tecnología de la Información, Tics, que se han convertido en aliados inseparables. Sin embargo, también las comunidades organizadas del hoy, reconocen que sus requerimientos ya no son resueltos por una persona o institución, en parte porque las solicitudes sobre pasan las instituciones locales y regionales. Por ello buscan aliados del orden local, regional, nacional y hasta internacional para alcanzar sus propósitos, pero también y lo hacen, acompañan iniciativas del mismo orden local, regional, nacional o internacional que estén acorde con sus principios y sus sueños.

Es sobre estas bases que ubicamos y perfilamos a nuestro cuarto actor en este documento. Las comunidades entonces, son generadoras de ideas, impulsoras de iniciativas, creativas, comprometidas en lo que buscan y aliadas fundamentales al momento de plantear un proceso de **Movilización Social para la Salud Integral** y en nuestro **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**.

¿Cómo hacer realidad el GPMS?

Hasta aquí hemos expuesto quienes pueden hacer parte del Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS, ahora revisemos algunas pautas a tener en cuenta para llevarlo a la realidad:

Equipo Técnico Actor 1.	Sociedad en general Dinamizador socio cultural Actor 2.	Tomadores de decisiones Actor 3.	Comunidad Actor 4.
<ul style="list-style-type: none"> •Asúmalo como un desafío profesional y una nueva experiencia de vida. •Identifique otros actores para caminar juntos (colegas del equipo técnico, tomadores de decisiones). •Socialice con ellos sus iniciativas y solicítele apoyos técnicos y administrativos para conformar el GPMS. •Invite a usuarios del sistema de salud para que se vinculen al grupo. •Cuando realice actividades de promoción y prevención genere espacios de reflexión que logren demostrar la importancia de la organización y la participación social en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Si le interesa conformar un GPMS, es importante iniciar con sus aliados o representados, luego invite a los voceros de las comunidades organizadas de su sector, barrio, vereda, municipio (actor cuatro). •Contacte también al personal de salud de su EPS o IPS. •Compártale su propuesta, el equipo técnico (primer actor) está en todo momento interesado en liderar y acompañar, procesos de Movilización Social para la Salud, MSpS. •Hecho el acercamiento y convocados los demás invitados, realice las gestiones para vincular un tomador de decisiones (actor tres) a quienes es importante decirles que 	<ul style="list-style-type: none"> •Acompañe los procesos de movilización, no los abandone. •Si tiene interés en liderar el proceso, lo primero es convocar públicamente a los demás, motivar la conformación y vinculación al GPMS y expresar lo importante que son este tipo de propuestas, tanto para la salud, como para la participación social. •Le invitamos a llamar a un equipo técnico (actor uno), solicitarle que lo guíe o que le haga una propuesta a partir de sus inquietudes y asigne recursos humanos, técnicos y presupuestales para el proceso. •Informe a los comités municipales o locales de salud y a las comisiones de salud al interior del 	<ul style="list-style-type: none"> •Si alguien sabe de participación y modelos de trabajo para la movilización social, es sin duda el actor cuatro la comunidad. •Si existe la posibilidad de formular y liderar una iniciativa orientada hacia esta temática el GPMS es la mejor forma de desarrollarla. •Las comunidades, tienen gran liderazgo para desarrollar este tipo de propuestas. Sus voceros o representantes buscan rápidamente el actor uno, convocan e invitan al actor dos y comprometen y de ser necesario se comprometen con el actor tres. •Otra opción que pueden asumir las comunidades si

Equipo Técnico Actor 1.	Sociedad en general Dinamizador socio cultural Actor 2.	Tomadores de decisiones Actor 3.	Comunidad Actor 4.
<ul style="list-style-type: none"> • Ubique, reconozca e involucre a “dinamizadores socio-culturales” del sector a trabajar. Ellos son claves en el proceso. Su labor, conocimientos e incidencia en su público cercano son claves para alcanzar transformaciones y decisiones en función de logros pactados. • Contacte también los representantes de las comunidades organizadas y entes institucionales (secretarios de salud, concejales, alcalde, diputados, gobernador, congresista). Importante si aclararles lo que se busca y las expectativas que su presencia genera en los demás participantes. 	<p>buscan y recordarles que los compromisos que ellos asuman deben cumplirse, de no hacerlo puede afectarse el proceso.</p>	<p>Concejo y Asamblea del departamento sobre lo que se propone desarrollar y solicite su respaldo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su llamado incluya a los “dinamizadores socio-culturales” cercanos o conocidos y a aquellos con los que pocas veces ha conversado, pero que usted sabe que son líderes y dinamizadores sociales. • También puede convocar si así lo considera conveniente, a los representantes de las diferentes comunidades ellos también son pieza clave en el proceso. 	<p>desean participar en procesos de movilización social para la salud y hacer parte del GPMS es informarse y vincularse de manera activa y comprometida con las acciones que vienen liderando algunos de los otros actores. Es decir hacer reciprocidad.</p>

Lo que sigue es dinamizar el trabajo del Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS, punto central del siguiente ítem. Pero antes revisemos este ejemplo de movilización para la salud con la participación de varios actores.

Municipios y/o Ciudades Saludables una experiencia con actores.

En los años ochenta la Organización Panamericana de la Salud , OPS y la Organización Mundial de la Salud, OMS, motivaron en América Latina, la estrategia Municipios y/o Ciudades Saludables. Para alcanzar dicho título el municipio, ciudad o cantón debía lograr que “sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieran el compromiso e iniciaran el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes” (OPS, 1993).

El ejercicio permitió como experiencia llevar a la agenda política los temas prioritarios en salud y fue considerada como una opción para formar equipos con instancias gubernamentales, con otros sectores y con los ciudadanos. El documento que registra todo el proceso, logros y aprendizajes se titula “La experiencia de OPS/OMS en América Latina con los municipios saludables” y se puede acceder a través del link:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/residuos/restrep.pdf>

2. CON SU GPMS CONSTRUYA EL PLAN DE RUTA: PUNTO DE PARTIDA, RUMBO Y PUNTO DE LLEGADA

Para este segundo aspecto vamos a retomar una leyenda del pueblo Páez, comunidad indígena ubicada al sur occidente colombiano.

La historia que es recopilada por Asdrúbal Plaza, dice que en un tiempo pasado no había fuego en abundancia y que la única forma que tenía para acceder a él era por una anciana que lo mantenía en una fogata bien grande para ella sola. Cuando se requería, los vecinos mandaban a los jóvenes a que le pidieran un poco de candela, pero ella les daba muy poquito en pedacitos de bagazo que no alcanzaba a mantenerse en el transcurso del viaje, por eso la consideraban una mujer egoísta.

Un día, sigue diciendo al narrador, “los muchachos se inventaron una fórmula para coger algo de candela. Esperaron

³⁶ PLAZA., Asdrúbal. (Comp.). *Mitos y Leyendas del pueblo Paez*. Ministerio de Gobierno, Comisión de Asuntos Indígenas del Cauca. Popayán, Cauca, Editorial López, 1994. Pág.19.

pacientemente, hasta el momento en que la viejita salió con sus cueros de dormir a despulgarse al sol y mientras estaba entretenida matando pulgas, un muchacho llegó despacito por detrás y se llevó un buen tizón y empezó a correr, la viejita al sentir el trote del muchacho lo alcanzó a ver y por supuesto lo que llevaba, la viejita corría como una gacela y ya estaba a punto de alcanzar al joven, cuando éste lanzó el tizón por los aires de tal manera que se fue ardiendo y cayó en un pajal seco. Al instante se prendió todo la tierra. La viejita solo se quedó viendo. Desde ese día toda la gente consiguió la candela...”³⁶

Esta sencilla historia recoge algunos planteamientos claves. Uno, que los indígenas Paeces desde hace muchos siglos son organizados y esa determinación hacen que su legado esté presente en el siglo XXI y dos, que ellos afrontaban sus dificultades y en ocasiones adversidades sociales, políticas y culturales a través de uso y aplicación de estrategias. Estrategias que incluyen la construcción de un plan a seguir.

En ese orden de ideas, luego de conformado el Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS, lo siguiente es definir de manera participativa, el Plan de ruta a seguir, marcar el punto de salida y de llegada, establecer las tareas que los actores o integrantes del grupo cumplirán para lograr lo proyectado.

Es importante tener en todo momento presente que si queremos acceder a algo, hay que trabajar de manera ordenada, con disposición, paciencia y con la voluntad de participar en constante interrelación y respeto. De esta manera se pueden obtener, retomando la leyenda, pequeños “bagazos encendidos” que con el tiempo se pueden convertir en grandes tizones de fuego que nos darán calor y bienestar.

Ahora, Toro y Rodríguez³⁷ hacen una importante recomendación para este paso. Definir la ruta requiere que entre todos visibilicemos un futuro deseable y probable. Es decir, todos los integrantes del GPMS, deben aportar sobre el qué hacer y cómo lograrlo, sobre este último recomendamos aplicar estas pautas:

³⁷Op. cit. TORO, RODRÍGUEZ. 2001. Pag.23.

I. DEFINIR PRIORIDADES

Indaguen con los diferentes actores del sistema las situaciones, necesidades o problemáticas de mayor prioridad en salud que hayan identificado y pregúnteles si tienen proyectos en esta área o planean en corto tiempo afrontarlos.

- Consulten documentos recientes que indiquen la situación, necesidad o problema social en salud donde queremos intervenir. Señalen las mayores dificultades y sus propuestas de solución. Este tipo de escritos son claves para establecer y consolidar a dónde se quiere llegar.

- Hablen con expertos. Busquen personal que tenga estudios recientes sobre cómo fortalecer procesos de salud y qué se requiere para lograr lo propuesto. Además ellos serían nuevos integrantes del GPMS, porque sus intereses en el campo de la investigación requieren contactar organizaciones interesadas en los cambios sociales. Las universidades y sus grupos de investigación son un buen ejemplo.

- Analicen la información recolectada y comparen con el Plan Local de Salud y el Plan de Desarrollo del municipio, busquen similitudes, identifiquen y ubiquen las personas que están a cargo y tengan presente si existen recursos destinados para ello.

- Con todo lo recolectado y analizado pueden elaborar una listado de temas que les interesaría trabajar desde el Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS.

II. VALIDAR LAS PRIORIDADES

Convoquen a una primera reunión pública a la ciudadanía y a las entidades que acompañan el proceso y presénteles lo encontrado. Sustenten el porqué de la reunión y qué se desea

trabajar. Para la reunión es importante que cada actor participante motive la presencia de sus pares y seguidores.

- Socialicen lo propuesto, motiven a que los asistentes a la reunión convocada expongan sus recomendaciones, concerten, negocien, concreten y acepten sugerencias de cambio, siempre y cuando estas sean justificadas y realizables. De esta manera se hace validación y construcción colectiva (Leamos el siguiente recuadro).

¿Por qué es importante la construcción colectiva del imaginario?

Porque, mediante ella, iniciativas como Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS estimula la participación y la apropiación. Se pasa de la pasividad de un Ser que solo recibe información, a un Ser dinámico, colaborador comprometido y a futuro empoderado del proceso.

Algunos modelos que se denominan participativos, convocan, pero no ofrecen vinculación y en otros, se usan medios masivos para motivar, pero se toma a la comunidad como un objeto receptor, más no como un sujeto activo y propositivo. En este modelo, la construcción es colectiva, los interés no son individuales, por el contrario altamente plurales. Involucra a la comunidad y organizaciones sociales de diferente orden en la fase inicial, garantiza la creación de un universo de pensamientos y lecturas sobre las prioridades de una comunidad, permite que las personas presenten soluciones a sus necesidades y permite que todos los integrantes del GPMS, se empoderen de la realidad y de los cambios que se pueden lograr.

Retomando nuestra leyenda paez. No vamos a buscar “la Candela” si desconocemos lo importante que ella es para nuestra vida diaria. Hay que decir públicamente porqué debemos estar involucrados en estos procesos y qué “ganamos” cuando accedemos y hacemos “fogata” y no pedacitos de bagazo.

III. ASUMIR DOCUMENTO APROBADO

Hecha la validación y aprobación, el GPMS elaborará un documento que indique la problemática a abordar. Sugerimos que el texto contenga lo siguiente:

- **Plan de Ruta.** Entendido como todo el trazado general a desarrollar en un tiempo y con unos recursos estipulados. Pero ese Plan de Ruta tiene elementos particulares que hay que definir y construir, tales como Punto de Partida, Rumbo y Punto de Llegada. Aplicando los términos a nuestros intereses, diríamos lo siguiente:

- **Punto de Partida.** Lo constituyen la necesidad, situación o problemática de salud seleccionada y la cual se desea intervenir. Implica una justificación del porqué y el para qué centrarse en esa temática. También hay que soportar la decisión con cifras o indicadores que demuestren la importancia de la intervención, si se cuenta con dicha información.

- **Rumbo.** En este apartado, el documento concentra su atención en la redacción de objetivos con los cuales se logrará transformar la situación, necesidad o problemática. Recordemos que en ellos es necesario incluir un indicador y describir la acción a desarrollar. Ejemplo: Realizar cuatro reuniones informativas a madres cabeza de hogar sobre los Derechos en salud sexual y reproductiva.

Del Rumbo también hacen parte el Plan de Actividades y/o Acciones, el cual se sugiere se elabore mediante cuadros y en ellos ubique en columnas objetivos, actividad requerida para el cumplimiento del objetivo, recursos (técnicos, humanos), tiempo (semanas, días), meta a alcanzar y asignación de personas a cargo de las mismas, lo que conocemos con el nombre de Responsables. Se recomienda dejar una casilla de observaciones o comentarios.

A continuación le proponemos la forma de organizarlo:

PLAN DE ACTIVIDADES						
Objetivos	Actividades	Recursos (Técnicos y humanos)	Tiempo (Semana, días)	Meta	Responsables	Observaciones

● **Punto de llegada** Desde el momento en que se marca el camino, dicen los expertos, el GPS también establece caminos para llegar y algunos de ellos posteriormente podrían ser utilizados para regresar. Nuestro Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS, también debe escribir en ese Plan de Ruta, a dónde quiere llegar, qué metas y alcances pretende alcanzar (metas e indicadores), qué tiempo utilizará (cronograma) y qué costo tendrá nuestro recorrido (presupuesto).

Meta	Indicadores	Cronograma	Presupuesto

IV. DESARROLLO DEL PLAN DE RUTA

Luego de cumplir con los pasos de aprobación colectiva y de escribir el documento, se procede a la aprobación financiera y técnica. Dependiendo de las circunstancias y acuerdos logrados, el actor que lidere el proceso tendrá la tarea de poner en marcha el Plan de ruta.

Cada actividad definida será cumplida conforme a lo planeado, se tendrá que estar atento a circunstancias no previstas y tener opciones para situaciones adversas como alteración de orden público, o desastres naturales.

Cuando el Plan de Ruta este en marcha, el equipo del GPMS debe informar por escrito y en reuniones públicas, cómo avanza el proceso, qué se ha cumplido, qué está pendiente y qué se requiere y recibe comentarios, sugerencias, críticas, aportes de la ciudadanía y las entidades y organizaciones participantes. De llegar a requerirse modificaciones y mover la dirección de la ruta, en lo posible se harán en consenso.

Los documentos escritos son registros que al finalizar servirán de memoria, de cómo se hizo y qué experiencia se obtuvo. De otra parte, si el proceso cuenta con apoyos financieros de entidades del sector público o del orden internacional, dichos reportes o informes servirán de soporte de lo ejecutado. De igual manera este tipo de documentos, parciales y finales son base para los procesos de evaluación y seguimiento.

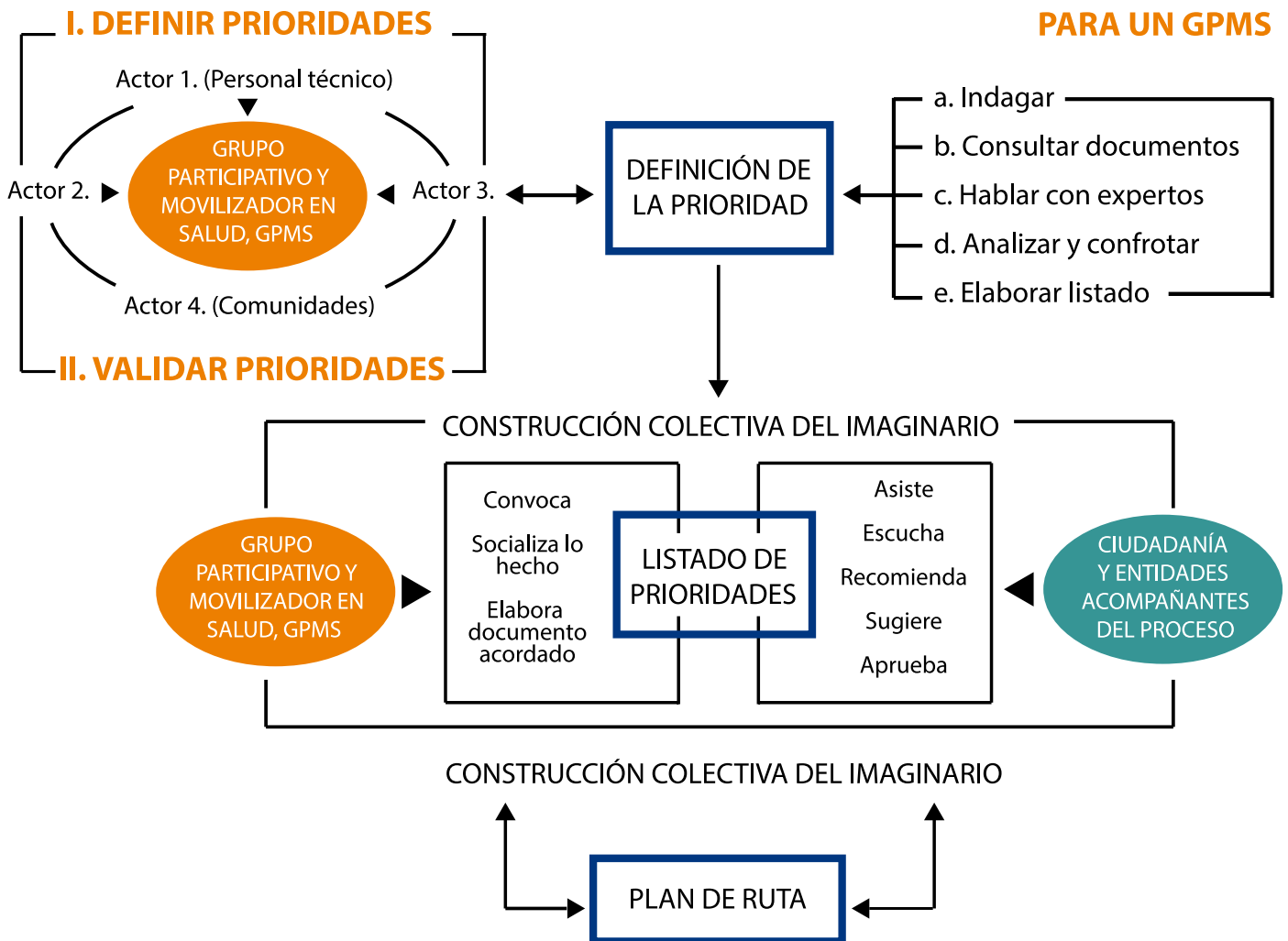
Es clave para los informes parciales incluir riesgos, dificultades o “tormentas” que se pueden presentar, ya sea por decisiones individuales de algún integrante del **GPMS**, o por el incumplimiento o retiro de alguna institución que los estaban acompañando.

Se sugiere en el informe final registrar los porcentajes de logro, esto se puede determinar a partir de los indicadores definidos. Es decir, dividir lo proyectado frente a lo alcanzado y fijar porcentualmente lo obtenido. Les sugerimos incluir, fotos, vídeos, impresos, todo lo que pueda soportar lo hecho, son evidencias del proceso llevado a cabo.

Si reconocemos y aprendemos que las dinámicas sociales del territorio en el cual nos movemos son propias y generadoras de identidad, y si nuestra intención es motivar a hacer procesos de Participación y **Movilización Social para la Salud, MSpS**,

debemos tener presente en nuestro **GPMS**, que cada uno de los actores participantes, son prioridad, que sus intereses, deseos, ilusiones, sueños, son el principal insumo para la construcción de un Plan de Ruta y que los Puntos de Partida, Rumbo y Punto de Llegada, deberán ser socializados validados y dinamizados con la constante participación. Esa múltiple dinámica permite evidenciar un proceso comunicativo horizontal y cíclico.

DIAGRAMA DE PLAN DE RUTAS PARA UN GPMS



III. PLAN DE RUTA DEL DOCUMENTO



IV. DESARROLLO PLAN DE RUTA



3. PAUTAS A TENER EN CUENTA PARA UN BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GPMS

³⁸TIPULA., Pedro., OSORIO., Mario.
Manual de Uso GPS. Introducción al Sistema de posicionamiento Global. Sistema de Información sobre Comunidades Nativas de la Amazonía Peruana. SICNA., Instituto del Bien Común, versión pdf. Lima. 2006.

Pedro Tipula y Mario Osorio³⁸ en su manual exponen una serie de recomendaciones para el uso acertado del GPS. Para este apartado retomamos algunos de los apuntes e indicaciones de los expertos y los adecuamos a la propuesta del **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**.

- **Verificar las condiciones del Grupo.** Para los autores este punto se centra en comprobar que todo está funcionando en el Sistema de Posicionamiento Global, GPS. Ubicando esta indicación a nuestros intereses, proponemos que los participantes del GPMS conozcan los objetivos trazados en el Plan de Ruta y estén dispuestos a asumirlos. Quien desee hacer parte del **GPMS**, debe ser responsable con su decisión. Iniciado el viaje, es muy complejo detenerlo y su tripulación no puede salirse o dejar la embarcación a la deriva. Al actor interesado o voluntarios interesados se les recomienda que reflexionen su decisión. Un sí contundente es lo que espera de usted su equipo de trabajo.

- **Menos satélites, más equipo.** Poder trabajar bien con un Sistema como GPS, señalan los expertos, requiere de 4 satélites disponibles en contacto permanente. Este aviso hay que asumirlo para nuestro GPMS y perfecciona el anterior. Más que personas satélites, se requiere un equipo, donde todos estén dispuestos a aportar y de ser necesario suplir o remplazar al otro de manera momentánea y saber que ese otro u otros, hará lo mismo el día que se requiera su apoyo extra. No es conveniente hablar de un número exacto de integrantes del **GPMS**, pero las experiencias en este tipo de trabajos indican que un número manejable de personas es seis (6). Aunque se considera una cifra compleja, tanto para decidir, como para delegar tareas, es prudente tenerla. En todo caso, lo que hay que evitar, es que el equipo de trabajo se convierta en un “tren”. Uno o dos impulsen y los demás se conviertan en “vagones”. Por ello se recomienda que en cada reunión, actividad o compromiso asumido por el **GPMS** se roten funciones y tareas. Esto llevará a que todos sus participantes

sean líderes, todos asuman ante los públicos la información que ellos soliciten y tomen como propio el **GPMS**. Reiteramos que los actores del sistema, los dinamizadores socio-culturales, los denominados nuevos ciudadanos (jóvenes, grupos LGTBI, discapacitados, indígenas, afrodescendientes y grupos de género) y las comunidades organizadas, son integrantes potenciales del GPMS.

- **Revisar la programación.** Estar atentos al sistema de coordenadas geográficas y cartográficas es una tarea necesaria a desarrollar para la efectividad del GPS. Esta indicación aplica para el **Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS**. El equipo asumirá una dinámica de trabajo, con reuniones que se concentren en verificar y evaluar avances, actividades pendientes, confirmar recursos y el cumplimiento de los indicadores proyectados. Reuniones y actividades masivas o públicas generarán memoria. Las actas, las listas de asistencia, copias de los materiales entregados en las reuniones o convocatorias son soportes de nuestro trabajo. Se recomienda crear una carpeta, folder o archivo en papel y en web (si tienen la posibilidad) para guardar todo lo hecho. Si es posible tomen fotografía de las reuniones y hagan grabación en vídeo y audio. Todo esto hará parte de las evidencias, y serán insumos para generar los informes parciales y final. Un aporte más, cuando se habla de evaluación, esta se asume como una fase del proceso, como la pausa para saber si lo que se propuso se está alcanzando, para mejorar lo realizado y señalar qué falta para ser mejor. La evaluación puede hacerse desde el mismo momento en el que se planea y en forma permanente durante todo el proceso.

- **Informar dónde vamos.** Aunque no son las palabras más exactas, pues originalmente es Mark Waypoint (marcando posición), lo que pretendemos en este cuarto punto, es sugerir la necesidad de comunicar interna y externamente lo que hace el **GPMS**. Quienes harán parte del **GPMS**, requieren potencializar más sus capacidades comunicativas. La coherencia y la precisión en lo que se informa es fundamental. Es importante indicar que en el caso en que el Plan de Ruta tenga dificultades es necesario buscar apoyos en personas que tengan experiencia en este

tipo de procesos. Retomando las palabras de Tipula y Osorio no tema en decir que está perdido, ni en solicitar ayuda para el “trackback” (volver a casa o regresar). Esos amigos expertos los encuentra de manera puntal en la academia o grupos de investigación e intervención social, también se localizan de manera personal, un líder social y comunitario, un representante de entidades territoriales de salud que ha trabajado por muchos años con programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, son excelentes asesores.

Comunicaciones externas.

De otra parte, si entendemos lo externo como todo aquello que excluye mi grupo de trabajo, pues encontraremos una diversidad de públicos y a cada uno de ellos debemos informar lo que se está haciendo. Para lograrlo se pueden buscar aliados, como los Comunicadores Sociales y Periodistas. Los primeros se pueden ubicar en las instituciones de salud o en las administraciones locales y departamentales. Generalmente los llaman Jefe de Comunicaciones y de Prensa. Es muy importante identificarlos, ubicarlos, contactarlos, son importantes como mediadores y nos pueden ofrecer orientaciones sobre cómo elaborar un plan de medios o de difusión, y qué pasos son significativos al momento de decidir qué utilizar para dar a conocer nuestro Plan de Ruta. Ellos también pueden aportarle al GMPS lo relacionado con diseño, estética y excelente redacción para el material educativo o informativo que se desee difundir, ya sea este impreso, radial o audiovisual. Hay otros profesionales que en el campo del diseño también nos pueden ayudar, son los diseñadores gráficos, publicistas o tecnólogos en medios audiovisuales, ellos tienen conocimientos valiosos y los podemos invitar para que nos colaboren.

Con respecto a los Periodistas o reporteros, se sugiere realizar un listado de ellos, invitarlos a las actividades que se organicen en el Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS o si se puede visitarlos en sus radios comerciales, comunitarias, periódicos y canales locales y comunitarios. Además, entregar material y documentos que les sirva de soporte para las informaciones

que ellos elaboran. Para cerrar este punto, un refrán popular: “gallina que no cacaraquea...es mala ponedora”. El trabajo del GPMS tendrá impacto en la sociedad en la medida en que ella haga parte, pero también, si se informa a tiempo y de manera acertada. Antes de cerrar otra experiencia en Movilización Social para la Salud. MSpS.

Con la lectura y la práctica se construye movilización social para la Salud.

Experiencia “Lectores Saludables”



“Tito, mi cerdito, ¿has desayunado? Sí, mamá, y mi limpieza he comenzado; Tito, pequeñín, ¿te estas enjabonando? No mamá, los dientes me estoy cepillando; Tito, mi tesoro, ¿estás en la ducha? Sí con champú que hace espuma ¡Y mucha!

Anne Decis, Una hora en el baño. España Everest.

El texto es una de las lecturas que utilizaron docentes en 324 escuelas de ocho departamentos colombianos que desarrollaron la estrategia “Lectores Saludables. Una experiencia de mejoramiento del autocuidado escolar” liderada por la Fundación Promigas durante los años 2005 a 2009.

Promover el autocuidado escolar mediante el enriquecimiento de las didácticas de aula y el fortalecimiento de la gestión institucional fue el objetivo trazado, y para lograrlo Promigas motivó a 678 maestros de los departamentos de Atlántico, Guajira, Magdalena, Cesar, Bolívar, Córdoba, Boyacá y Santander a que los acompañaran en el proceso y fueran partícipes del cambio de 119.419 mil niños.

En el marco del proyecto se encontraba la línea de trabajo “Lavado de Manos”, la cual buscaba motivar a los estudiantes y familiares a realizar dicha práctica en su hogar y colegio a fin de prevenir enfermedades. Por los resultados obtenidos en este componente, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo convirtió a Promigas en aliado estratégico, no solo para seguir haciéndola más visible, sino además la enriquecieron con los componentes de formación e investigación.

Si se desea conocer cómo y quién es la Fundación Promigas, revise la página: www.fundaciopromigas.org.com o el link <http://www.promigas.com/wps/wcm/connect/d41b-140044ff9cb0a90dab1a87ace8f1/LectoresSaludables-WEB-final.pdf?MOD=AJPERES>

- El estado de la batería. “Si la batería del GPS está baja existe riesgo de que se apague durante la toma de un punto, por lo tanto se pueden perder datos” . Con esta cita queremos recalcar que durante el desarrollo del proceso liderado por los integrantes del GMPS, habrá momentos de cansancio, desconcierto, rigidez, tensión y desanimo. No es para nada sencillo generar una transformación o un cambio y más si es social o en Salud integral. Por eso se sugiere rotar responsabilidades, cambiar de roles, hacer procesos de difusión dinámicos, creativos, lúdicos, participativos, establecer tiempos de acción para el Plan de Ruta acordes a las circunstancias y condiciones de cada región del país. No debe desestabilizarnos el cambio de la administración municipal, regional o nacional. Recuerden ellos son uno de los cuatro actores que pueden asumir de forma momentánea o definitiva el proceso.

El prestar atención con la batería, también nos lleva a pensar en no dejar todo para el final. En particular la evaluación, hay que hacerla de manera permanente, entregar informes y socializar los resultados, son dos prácticas para revisar los triunfos y los aprendizajes obtenidos.

Queremos retomar de nuevo la leyenda del pueblo Paéz, recopilada por Asdrúbal Plaza, diciendo que el hecho narrado sucedió en una loma grande de puro pajonal al cual se le llamó por lo ocurrido “Planada de Candela” y dio origen al nombre de uno de los resguardos indígenas más importante de las comunidad nasa, como lo es Calderas, en el municipio de Inzá Cauca, lugar donde se han cumplido procesos de desarrollo e integración social para la región y el país.

La pregunta que surge es ¿cómo han hecho para mantener “La candela” encendida? Opciones de respuesta: su estructura social y política, el respeto a los mayores, la convicción y defensa de sus Derechos como etnia, la difusión permanente de su origen y la difusión de su Cultura. En síntesis, su organización y compromiso de lo que quieren ser y hacer.

Bajo estos mismos principios existen en nuestro país organizaciones afro-descendientes, campesinas, mujeres cabezas de hogar, promotoras de Derechos como la comunidad LGTBI, de género y juveniles, que trabajan arduamente día a día en cómo mejorar la calidad de vida de sus integrantes. Cada una de ellas a su modo, con sus propias formas de pensar, sentir y hacer la salud, hace esfuerzos en conjunto para no desfallecer y promover que “La candela” no se acabe, que siga encendida.

Epílogo



La Real Academia de la Lengua Española, RAE, dice que epílogo puede entenderse como resumen, compendio, sinopsis, síntesis o compendiar algo escrito.

Para el presente caso, se puede señalar que hemos realizados varias recorridos importantes en este documento. En un primer momento reflexionamos sobre lo que se buscaba en esta guía, luego revisamos aportes teóricos y asumimos una conceptualización sobre lo que consideramos debe ser la participación y la Movilización Social para la Salud, MSpS y en la tercera parte entregamos algunas pautas que pueden ser insumo para iniciar el camino en estos temas para su localidad, municipio, departamento mediante la conformación del Grupo Participativo y Movilizador en Salud, GPMS.

Como se dijo en el documento, cuando se plantea implementar un proceso de Movilización Social para la Salud, MSpS, a través del GMPS, lo primero que se propone es consolidar un equipo de trabajo. Las iniciativas individuales no impactan, ni logran permanecer en el tiempo, pueden alcanzar “La candela”, pero su soledad lleva a que esta se consuma de manera rápida.

Se decía en líneas anteriores y se vuelve a reiterar, que el equipo de trabajo debe estar convocado y conformado de manera voluntaria, sin presiones ni amenazas. Sus integrantes (personal técnico, sociedad en general, tomadores de decisiones y comunidades) deben saber qué se busca y para qué, de esta manera hacemos que asuma un comportamiento que lo haga “ser parte de...” y evitar que se sienta que debe “hacer parte de...”. Al asumir el primer comportamiento lograremos un integrante activo y dispuesto a ir cuantas veces sea necesario por “La candela”, mientras que si involucramos a alguien con el segundo comportamiento, irá a buscar “La candela”, pero en la primera dificultad se devolverá y evitará que lo envíen nuevamente.

De igual manera, se deben construir espacios de confianza, propiciar el respeto por la diferencia, dar respuestas oportunas, ser transparentes en todos los actos y asumir principios éticos basados en la tolerancia, crítica libre y responsabilidad.

Otros elementos que se deben retomar son el Plan de Ruta, construido a partir de estudios hechos y consultas con los directamente involucrados. La sana discusión y la concertación son componentes a tener presentes. Se suma que toda Ruta que se traza tiene un Punto de Partida, un Rumbo y un Punto de Llegada. Estos se fortalecen y relacionan si atendemos las cinco recomendaciones (verificar las condiciones de grupo, menos satélites más equipo, revisar la programación, informar dónde estamos y el estado de la batería) a fin de que nuestro GPMS, avance y llegue a buen puerto.

El reto es grande, pero más grande será ver a nuestras localidades haciendo cambios y dejando huellas para que otros en tiempo no muy lejano las sigan.

Referencias Bibliográficas



1. Anduiza, Elisabeth., Bosch. Andre. Comportamiento Político y Electoral. Capítulo 4 y 5., Barcelona: Editorial Ariel.2004
2. Bennett. William. El libro de las virtudes para los niños. Relatos de hoy y de siempre. Ediciones B. España., 1era edición. 1996.
3. Cárdenas, Laura. Comunicación y construcción de ciudadanía. Aportes para el desarrollo. Instituto universitario de desarrollo y cooperación, IUDC. Madrid. 2012.
4. Carrol Lewis. Alicia en el país de las maravillas. Casa editorial El Tiempo. Serie de II clásicos II. No.19. Bogotá, Colombia.2002.
5. Cunill., Nuria. Participación Ciudadana. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, (CLAD). Caracas, Venezuela. 1991.
6. Diccionario Real Academia de la Lengua Española. DRAE. (On line). Consultada 19-05-2014. <http://lema.rae.es/drae/?val=participaci%C3%B2n>
7. Delgado, María E. Vázquez, Luisa. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Rev. Salud pública. N° 8 Julio, 2006.
8. Zapata, Yolanda. Hernán, Mariano. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. Revista Española de Salud Pública N° 79, noviembre 2005.
9. Definición ABC (On line). Consultada 19-05-2014. <http://www.definicionabc.com/politica/participacion.php#ixzz32DMMoMDL>
10. Ilin-Segal. Cómo el hombre llegó a ser gigante. Bogotá, Colombia.2003.
11. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Salud y

Desarrollo de Adolescentes. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril 2001.

12. Econometría, Consultores. “Evaluación institucional de la política nacional de discapacidad complementada con una evaluación de resultados cualitativos sobre la población con discapacidad. Informe final”, para Departamento Nacional de Planeación, DNP. 2012. en pdf. (On line). Consultada 13-08-2014. <https://sinergia.dnp.gov.co/Sinergia/Archivos/14e8d6cb-7c32-4595-b9b4-92383a828b80/Informe%20Final%20Evaluaci%C3%B3n%20Politica%20Nacional%20de%20Discapacidad.pdf>

13. Esposito., Roberto. Comunitas: Origen y destino de la comunidad. 1era. Edición., Amorrortu., Buenos Aires., Argentina. 2003.

14. Fals., Borda. Orlando. Monografías sociológicas nro.4. Acción comunal en un vereda colombiana. Bogotá D.E. Universidad Nacional de Colombia. 1960. En el programa CINVA y la acción comunal. Construyendo ciudad a través de la participación comunitaria. PEÑA. Martha. Universidad Nacional. Facultad de Artes. 2010. Pág.121. González-Molina., J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Rev Med Vol. 18 N° 3 Diciembre Uruguay. 2002.

15. González, M. La participación ciudadana como paradigma de gobierno. En participación ciudadana en la gestión pública. Caso: consejos comunales. Urdanenta K. Universidad del Zulia, Consejo de publicaciones, LUZ, 2005.

16. Kelly, G. A., The psychology of personal constructs, 2 vols., Norton, Nueva York. En Puhakka., K. La teoría de los constructos personales de George Kelly y la psicología cognoscitiva. Pdf. Cap. 12., 1955.

17. Llano., Angel. Sistematización de la estrategia de movilización social “Plan Decenal de Salud Pública”. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo de Comunicaciones. Bogotá, Colombia. 2012.
18. Menéndez, Eduardo. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Cuadernos médico sociales. N° 73. Mayo 1998.
19. Meneses Gómez. Lina María. No queremos ancianatos: abuelos de los talleres departamentales. En cronicadelquindio.com. (On line) Consultado 13-08-2014.
20. http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo_no_queremos_ancianatos___abuelos_de_los_talleres_departamentales-seccion-armenia-nota-77169.htm
21. Ministerio Sanidad Servicios sociales e igualdad. Gobierno España. Estrategias de Información, Educación y Comunicación. Fascículo 4 Disponible en <http://www.igiacomunitaria.com/estrategias-de-informacion-educacion-y-comunicacion-mo-delos-teorias-y-diseno/>
22. More Palacios, Raúl. Aproximación histórica y antecedentes generales de la determinación social de la salud. En: Economía política de los determinantes sociales de la salud. Marco general y bases conceptuales para su aplicación preliminar a la realidad del Perú. Lima, Perú: OPS/OMS, 2009. Pág 116-
23. Peña., Ana. Estudio de los procesos de Movilización en Salud adelantados por la Asociación campesina de Inzá Tierradentro, Cauca 2002 A 2009. Tesis de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá., 2012.
24. Plaza., Asdrúbal. (Comp.). Mitos y Leyendas del pueblo Paez. Ministerio de Gobierno, Comisión de Asuntos Indígenas del Cauca. Popayán, Cauca, Editorial López., 1994.

25. Restrepo., Helena., Llanos., Guillermo., Contreras., Alfonso., Recabado., Fernando., Gross., Socorro., Suárez., Julio., Gonzales., Julio. La experiencia de OPS/OMS en América Latina con los municipios saludables. 1995. En Conferencia internacional de ciudades saludables y ecológicas. Versión pdf. Madrid.22-25 de marzo, 1995.
26. Rivadeneira Prada, Raúl. La Opinión pública. Análisis, estructura y métodos para su estudio. México D.F., 2007.
27. Rivera., Diana., Cristancho., Andrea., González., Juan. Movilización Social para el control del cáncer en Colombia., Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.2007. pdf.
28. Sánchez., Euclides. Todos con la Esperanza, continuidad de la participación comunitaria”. Pdf. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades. Comisión de Postgrado. Caracas. 2000.
29. Sanabria, Ramos Giselda. Participación social en el campo de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. Julio 2004.
30. Sen. Amartya. Desarrollo y Libertad. Bogotá, Colombia.2000.
31. Siles González. José., Solano Ruíz., María del Carmen. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa: En Revista Escuela de Enfermería USP., 2012; 46(4) Pág., 1015-22. (On line). Consultada 08-08-2014. www.ee.usp.br/reeusp/http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/33.pdf
32. Toro, Bernardo. Rodríguez., Martha. La comunicación y movilización social en la construcción de bienes públicos. Documentos de trabajo del INDES. Pdf. Banco Interamericano de Desarrollo, BID., Bogotá, Colombia. 2001.
33. Torres., C. Alfonso. Organizaciones populares construcción de identidad y acción política. En Revista Latinoamericana de

Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Manizales, Colombia. Vol.4 No.2. Julio-diciembre de 2006. Pág.168-197.

34. Tipula Pedro y Osorio., Mario. Manual de Uso GPS. Introducción al Sistema de posicionamiento Global. Sistema de Información sobre Comunidades Nativas de la Amazonía Peruana. SICNA., Instituto del Bien Común, versión pdf. Lima. 2006

35. Unicef. Movilización Social. Conceptos en web. (On line) Consultada 21-04-2014. http://www.unicef.org/spanish/cbsc/index_42347.html

36. Urdaneta. Katina. Participación ciudadana en la gestión pública. Casos consejos comunales. Ediciones de Recordatorio Académico. Universidad de Zulia, Maracaibo. Venezuela.2012.

37. Vásquez, Fabio. González, Esperanza. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Fundación Corona. Bogotá, 2003.



ISBN: 978-958-98746-8-4



9 789589 874684