



**La salud
es de todos**

Minsalud

Metodología de participación social para el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031

Dirección de Epidemiología y Demografía



Tabla de Contenido

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | Introducción..... | 4 |
| 2. | Marco conceptual..... | 6 |
| 2.1 | Participación social, ciudadana y comunitaria | 6 |
| 2.2 | Participación social en políticas de salud | 7 |
| 2.3 | Política de Participación Social en Salud | 10 |
| 2.4 | Preceptos y referentes de acción | 11 |
| 3. | Marco Metodológico | 13 |
| 3.1 | Niveles y modelos de participación | 13 |
| 3.2 | Recomendaciones de buenas prácticas..... | 16 |
| 4. | Marco normativo | 19 |
| 4.1 | Conferencias Internacionales | 19 |
| 4.2 | Marco Normativo Nacional..... | 21 |
| 4.3 | Espacios institucionalizados de participación social en salud | 23 |
| 5. | Antecedentes de participación..... | 23 |
| 5.1 | Antecedentes de participación PDSP 2012-2021 | 23 |
| 5.1.1 | Participación general | 24 |
| 5.1.2 | Consulta territorial..... | 26 |
| 5.1.3 | Estrategia de movilización social | 28 |
| 5.1.4 | Observaciones y lecciones aprendidas | 29 |
| 5.2 | Revisión de los procesos participativos alcanzados en el marco de la formulación del capítulo étnico y de víctimas del PDSP 2012-2021..... | 30 |
| 5.2.1 | Capítulo para pueblos y comunidades indígenas | 30 |
| 5.2.2 | Capítulo para el Pueblo Rrom..... | 32 |
| 5.2.3 | Capítulo para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras | 34 |
| 5.2.4 | Capítulo para la población víctima de conflicto armado..... | 36 |
| 5.3 | Otras experiencias de participación social | 38 |
| 5.4 | Retos y oportunidades de la participación social en el PDSP 2022-2031 | 38 |



| | |
|--|----|
| 6. Propuesta metodológica de participación social, comunitaria y ciudadana para la formulación del PDSP 2022-2031..... | 41 |
| 6.1 Objetivos..... | 41 |
| 6.2 Orientaciones metodológicas..... | 41 |
| 6.3 Modelo de participación social, comunitaria y ciudadana del PDSP 2022-2031 | 43 |
| 6.4 Actores | 43 |
| 6.5 Participación social en la etapa de diagnóstico..... | 44 |
| 6.5.1 Objetivos:..... | 44 |
| 6.5.2 Métodos..... | 44 |
| 6.5.3 Fases metodológicas..... | 46 |
| 6.5.4 Actores..... | 47 |
| 6.6 Participación social en la etapa de definición técnica..... | 53 |
| 6.6.1 Objetivos:..... | 53 |
| 6.6.2 Métodos:..... | 53 |
| 6.6.3 Fases metodológicas..... | 56 |
| 6.6.4 Actores..... | 57 |
| 6.6.5 Zonificación para el proceso participativo en el nivel local..... | 59 |
| 6.7 Participación social en las etapas de consulta y validación..... | 60 |
| 6.7.1 Objetivo | 60 |
| 6.7.2 Métodos..... | 60 |
| 6.7.3 Actores..... | 62 |
| 6.7.4 Fases metodología..... | 62 |
| 6.8 Articulación entre etapas y niveles de participación..... | 62 |
| 6.10 Síntesis metodológica..... | 63 |
| 7. Referencias | 65 |
| 8. Anexos..... | 69 |
| Anexo 1. Experiencias de participación social | 69 |



1. Introducción

La participación social, comunitaria y ciudadana debe ser un eje central de los sistemas de gobernanza y los procesos de gobernabilidad en tanto les permite a los gobiernos atender a las necesidades de su población y hacerlos partícipes de las decisiones que se toman en su nombre, por ello, debe ser parte fundamental de cualquier proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Bajo el mandato constitucional que establece que “todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político”, Colombia ha robustecido tanto las apuestas políticas como los marcos normativos para garantizar el derecho de las y los ciudadanos de participar en las decisiones sobre asuntos públicos que los afectan o les interesan.

En esa línea, la Ley estatutaria 1757 de 2015 consagra la participación ciudadana como derecho fundamental y señalan los deberes y derechos de la ciudadanía como componente imprescindible en todo el ciclo de las políticas públicas. Reconocer la participación como derecho promueve la construcción de escenarios para que la ciudadanía incida de manera significativamente en el ámbito de lo público a través de ejercicios de deliberación, concertación y coexistencia con las instituciones del Estado. La ley 1438 de 2011, la ley estatutaria 1751 de 2015, la política de participación social en salud (Resolución 2063 de 2017) y las diferentes regulaciones que las soportan responden al compromiso de garantizar, respetar, promover y proteger la participación social en salud entendida como un derecho vinculado al derecho humano fundamental a la salud.

Desde la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), la participación social se ha reconocido como esencial en la toma de decisiones en salud. En consecuencia, este plan contó con un proceso amplio de participación en todas las regiones del país cuyos resultados fueron consolidados en ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, como ordenadores técnicos y políticos para la implementación y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales. Partiendo de ello el PDSP es la hoja de ruta del sector salud en la cual se definen las metas y estrategias para avanzar hacia el logro de la equidad en salud y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

En este contexto y teniendo en cuenta que la vigencia del actual PDSP finaliza en el 2021 y que según lo establecido en la Ley 1438 de 2011 al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde elaborar el PDSP cada 10 años, el Ministerio actualmente focaliza esfuerzos hacia el PDSP 2022-2031 que debe formularse bajo un proceso amplio de participación que oriente la definición de las acciones para mejorar el estado de salud de las y los colombianos

De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el liderazgo de la Dirección de Epidemiología y Demografía ha avanzado en la construcción conjunta del capítulo étnico y de víctimas, de acuerdo con el objetivo establecido en el PDSP 2012 - 2021 relacionado con *"Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos (Indígenas, Afros, Rrom) tendiente a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables"*.

En este orden de ideas, en el presente documento se describen los principales elementos identificados para avanzar en la garantía de la participación social, comunitaria y ciudadana para la formulación del PDSP 2022-2031 contemplando los procesos participativos con grupos étnicos y construyendo sobre las



experiencias previas de participación. El presente documento se divide en cinco componentes principales: marco conceptual, marco metodológico, marco normativo, antecedentes de participación social y propuesta metodológica de participación social, comunitaria y ciudadana para la formulación del PDSP 2022-2031.



2. Marco conceptual

2.1 Participación social, ciudadana y comunitaria

En las últimas décadas, los Estados han redefinido sus funciones en el nuevo orden institucional global descentrando su rol como actores exclusivos en los ejercicios de gobierno para ubicarse como uno entre varios actores que actúan en relación de interdependencia. Esta tendencia parte del precepto de que el Estado no tiene el monopolio de conocimientos, experiencia y recursos necesarios y requiere de la cooperación de otros actores para gobernar (Peters y Pierre, 2005). Estos nuevos estilos de gobierno han sido definidos como gobernanza entendida como el conjunto de interacciones entre el Estado, la sociedad civil, el sector privado y los organismos internacionales en función de atender problemas sociales y generar oportunidades para el bien común (Peters y Pierre, 2005). En este sentido, la gobernanza “se caracteriza por una red de instituciones e individuos que colaboran juntos y unidos por un pacto de mutua confianza” (Zurbriggen, 2011, p.43) bajo los principios de coherencia, coordinación, cooperación, participación, transparencia y rendición de cuentas (Sandoval et al., 2015).

La gobernanza se materializa en la manera en que los gobiernos dan respuesta a las demandas de la sociedad y se espera que conduzca al fortalecimiento de la gobernabilidad definida como “la capacidad del gobierno para formular e implementar políticas públicas, programas y proyectos, en unas condiciones determinadas por un contexto social, económico y político” (Castillo, 2017, p.169). Si bien la manera en que se organizan dichas interacciones varía entre países y regiones, la experiencia de múltiples países ha demostrado que los Estados deben mantener la responsabilidad indelegable de velar por el bienestar de los ciudadanos aun cuando establezcan alianzas de cooperación con múltiples actores encaminadas hacia este fin (Zurbriggen, 2011).

Como parte de este proceso interactivo, la participación amplia y efectiva de la ciudadanía cumple un rol esencial en el fortalecimiento de la gobernabilidad y los sistemas de gobernanza en tanto les permite a los gobiernos desarrollar acciones que respondan a las características y demandas de las y los ciudadanos (Castillo, 2017). Las tendencias internacionales de gobierno y política económica, el fortalecimiento de las tecnologías de comunicación, la co-responsabilidad de diferentes actores en asuntos complejos, y las políticas locales con respecto a proyectos sociales, económicos y ambientales han profundizado el rol de la participación social en la construcción de políticas públicas (Head, 2007). La Constitución Política de 1991 ofrece un avance significativo en este sentido en cuanto reconoce la participación ciudadana como derecho fundamental y principio y fin esencial del Estado colombiano. Al establecer en su artículo 40 que “Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político” la constitución consagra la participación ciudadana como derecho de primera generación (Macedo, 2011). Y, en lo referente a salud, señala en el artículo 49 que los servicios de salud deben diseñarse con la participación ciudadana.

En consecuencia con el desarrollo reciente de las discusiones conceptuales, los marcos normativos y las demandas de las sociedad civil, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la participación como el “ejercicio del derecho político que nos permite a todos y todas, en cualquier momento del curso de la vida y desde nuestra diversidad, reconocernos como sujetos de derecho y, por tanto, exigir y contribuir a la garantía, protección y restitución de los mismos. Se trata, entonces, de la expresión concreta que tienen



los individuos y comunidades para exigir y aportar a la garantía de su bienestar” (Minsalud, 2016, p.9). En el mismo documento, se define la participación social en salud como un “derecho que se expresa como proceso social, y que pretende incidir, mediante una acción intencionada, sobre la transformación de patrones individuales, familiares- comunitarios y sociopolíticos, con el fin de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud” (Minsalud, 2016 p.8)

Diferentes autores latinoamericanos han adoptado las distinciones propuestas por Nuria Cunill Garau (1991, 1997) en cuanto a participación social, comunitaria, política y ciudadana (Villareal Martínez, 2009, p.32). En Colombia, el decreto 1757 de 1994 establece precisiones frente a estas definiciones adoptadas por el PDSP vigente y que, en aras de la unidad conceptual, serán las que guían el presente documento.

La participación social es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

La participación ciudadana es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. Y la participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Adicionalmente, la citada resolución define la participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud como la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

La participación puede ser autónoma o institucionalizada (Ziccardi, 1998). Como bien lo señala la Ley Estatutaria 1757, la participación de la sociedad civil en la conformación, ejercicio o control de asuntos públicos puede tener origen en la oferta institucional, orientada por marcos normativos, o en la iniciativa autónoma de la sociedad civil. Entre éstas últimas, están las acciones colectivas que van desde los múltiples repertorios de manifestaciones públicas hasta el trabajo de grupos organizados (Matos & Serapioni, 2017). La participación social, entonces, existe de muy variadas maneras y va más allá de los mecanismos estatales. De hecho, los arreglos institucionales que hacen posible la participación social son formas en que el Estado aprende de las dinámicas de otros actores sociales, reconoce su trabajo y genera mecanismos para generar procesos conjuntos de gobernanza. En otras palabras, la participación se despliega a través de prácticas sociales institucionalizada o autónomas, coordinadas o espontáneas, en la que las y los ciudadanos buscan influir en la toma de decisiones de asuntos públicos que los afectan.

2.2 Participación social en políticas de salud

La Declaración de Alma Ata en 1978 planteó que "el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud." Subsecuentes conferencias internacionales tales como la Declaración de Jakarta (OMS, 1998) y la Declaración de Adelaida (OMS, 2010) han reconocido la participación social como un elemento fundamental de las acciones y políticas en salud que contribuye a la garantía del derecho a la salud, en especial, de los grupos más vulnerables y con menores posibilidades de acceso. En ese sentido, la Organización Mundial de la



Salud, a través de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, realizó recomendaciones para alcanzar la equidad sanitaria señalando la importancia de garantizar la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en la toma de decisiones relativas a la salud (OMS, 2009). Es cada vez más aceptado que estos procesos de empoderamiento le permiten a las comunidades ganar mayor poder de determinación sobre sus vidas y cambiar sus entornos políticos y sociales para mejorar su salud y su calidad de vida (George et al., 2015).

Cabe mencionar que los efectos de la participación social en salud van más allá de los efectos específicos en las condiciones de salud de las personas. Beresford (2019) plantea que la participación en salud tiene lugar en el fortalecimiento de la democracia moderna y le antecede la defensa por el voto universal en la democracia representativa, los derechos como educación y salud, los mecanismos para la participación democrática y el desarrollo comunitario, y los mecanismos para la participación en salud y protección social. En el caso de las acciones colectivas en salud, por ejemplo, Borrero-ramírez y Echeverry-Lopez (2011) señalan que en Colombia los sindicatos, estudiantes, campesinos e indígenas han sido los actores más constantes en la defensa del derecho a la salud y sus luchas han estado generalmente articuladas a la defensa de otros derechos. Esto sugiere que la defensa por el derecho a la salud no se circunscribe a los asuntos del sector salud sino a la defensa amplia de la vida y la democracia.

Según Puerta Silva y Agudelo de la Calle (2012) la participación en salud se ha conceptualizado de dos maneras: por un lado, se entiende como incidencia de la ciudadanía en la toma de decisiones públicas en lo referente a procesos institucionales de: planeación, ejecución, vigilancia, consulta e información. Por otro lado, se reconoce como un ejercicio ciudadano de protección de derechos que busca el goce efectivo de los mismos. Ambas dimensiones, la participación como práctica social y la participación como derecho, contribuyen al fortalecimiento de la democracia a través de la deliberación incluyente de los diferentes actores involucrados en decisiones sobre la salud como bien público. Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, la participación en salud se define como “un derecho que se expresa como proceso social, y que pretende incidir, mediante una acción intencionada, sobre la transformación de patrones individuales, familiares- comunitarios y sociopolíticos, con el fin de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud” (Minsalud, 2016).

La participación social en salud obedece a razones normativas, éticas, políticas y técnicas. Las razones normativas incluyen, pero no se limitan a la Ley 1438 de 2011, Ley 1757 de 2015, Ley 1751 de 2015 y Resolución 2063 de 2017 que se relacionarán en mayor detalle en la segunda sección del presente documento; las razones éticas parten del principio de que a quienes le afecte o interese una decisión sobre un asunto público deben tener las garantías para incidir en dicha decisión; las razones políticas refieren al fortalecimiento de la democracia deliberativa que garantice la participación como derecho y como práctica social; y las razones técnicas se dirigen al mejoramiento de la toma de decisiones en salud.

Diferentes análisis sugieren que la participación social mejora la calidad de la atención y la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios de salud, moviliza las redes locales mediante el reconocimiento de su corresponsabilidad en el cuidado de la salud, facilita la adecuación de programas y la generación de nuevos servicios y mejora la adherencia a estrategias de promoción de la salud (Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, 2006). Asimismo, la participación conlleva a intervenciones más relevantes a las necesidades específicas de las comunidades, en particular, de los grupos menos representados (George et al., 2015), legitima las acciones y propicia la sostenibilidad de las iniciativas en salud (Zuliani A et al., 2015).



En la línea con las razones técnicas de la participación, Pagatpagan y Ward (2017) proponen y definen cuatro criterios de efectividad a partir de la revisión de literatura, a saber:

1. Incidencia pública referente al efecto genuino de la participación en las decisiones que incluyan los valores, ideas y sentimientos de las personas.
2. Consenso como el logro de una decisión factible y aceptable para todas las partes involucradas
3. Mejor entendimiento del asunto en cuestión a través de la interacción y aprendizaje mutuo entre actores involucrados
4. Mejora de la calidad de decisión mediante la generación de soluciones factibles y aceptables que incorporen los saberes y contribuciones del público amplio.
5. Aumento de la confianza mediante la transparencia de quienes planean las decisiones en salud para involucrar las visiones y valores del público que participa.

Es también ampliamente señalado que para que un proceso de participación sea efectivo, las estrategias deben ser iterativas (Hanks, 2006) y sostenibles a través del tiempo (Den Broeder et al., 2018).

Ilustración 1: Razones para la participación social en salud



Fuente: Elaboración propia



2.3 Política de Participación Social en Salud

En el marco de lo establecido en las leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, el ministerio de salud desarrolla la Política de Participación Social en Salud mediante la Resolución 2063 de 2017. Esta política establece como objetivo: Definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación en salud en las decisiones para el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud y en armonía con la Política de Atención Integral en Salud- PAIS.

Según la citada resolución, la participación social debe estar guiada por los siguientes principios:

a. Enfoque de derechos. Los ciudadanos son titulares y sujetos plenos para ejercer el derecho a la participación, y es responsabilidad de los servidores públicos adoptar las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de éste, incluyendo acciones de afirmación y restitución cuando ellos hayan sido vulnerados.

b. Territorialidad: La PPSS tendrá en cuenta las dinámicas territoriales y la diversidad y heterogeneidad de los procesos de participación en la perspectiva de impulsar y garantizar el derecho a la participación, lo que implica reconocer el desarrollo diferencial de los espacios, mecanismos e instancias de participación social.

c. Diversidad: Es el reconocimiento y promoción de la pluralidad, la heterogeneidad y la singularidad manifiesta en los planos étnico, cultural, de edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, religiosa o política de los sujetos participantes.

d. Solidaridad: Capacidad de acción articulada entre las ciudadanas y ciudadanos, organizaciones e instituciones, en causas que aporten al desarrollo individual y colectivo, privilegiando a quienes se encuentren en desventaja manifiesta frente al ejercicio de su derecho a la participación.

e. Autonomía: Es el reconocimiento de la libertad y dignidad de las personas y organizaciones para ejercer el derecho a la participación, para lo cual las Autoridades, instancias, espacios y organizaciones, ejercerán libremente sus funciones en materia de participación, buscando el pleno ejercicio de la libertad y la promoción de la autodeterminación individual y colectiva.

f. Equidad: Desde la perspectiva de desarrollo humano, el concepto de equidad implica el reconocimiento de las condiciones desiguales que afectan a las personas para el ejercicio de la participación. El desarrollo de la política pública en participación debe tener en cuenta las asimetrías de poder y los diversos puntos de vista evitando las discriminaciones.

g. Transparencia: Hace referencia al establecimiento de mecanismos de acceso a la información, criterios y dispositivos que garanticen la participación en los procesos de gestión de la salud: de inversión en salud, rendición de cuentas, auditoría y contraloría social e interacción entre los funcionarios y/o trabajadores de la salud con la población, en torno al manejo administrativo y gerencial de los recursos públicos, así como el cumplimiento de políticas públicas y programas e impacto en la población. Se debe tener en cuenta el ejercicio del control social de la ciudadanía en los procesos de participación y uso de recursos públicos que se utilicen para tal fin.



h. Corresponsabilidad: La política de participación debe favorecer la concurrencia de esfuerzos de los actores sociales concertados y articulados entre sí, en un marco de colaboración protagónica, factibles de realizarse para enfrentar situaciones concretas relacionadas con los procesos de participación social en salud con el fin de lograr un mayor impacto en la calidad de vida.

Adicionalmente, se tienen como referentes los principios de responsabilidad, justicia y respeto, enunciados en el manual metodológico de participación ciudadana, los cuales tienen aplicabilidad al proceso de participación para la formulación del PDSP 2022-2031. Dada su pertinencia para el proceso, a continuación se describen dichos principios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.25):

- Principio de Responsabilidad: Actuación desinteresada y conforme a las directrices y reglas establecidas en el proceso de participación ciudadana. Se obrará buscando promover aquello que es correcto para las poblaciones que representan y para el bien común.
- Principio de Rectitud: Integridad en el desempeño, actuación que garantice independencia de criterio y en consecuencia con los mandatos de quienes representan. Los participantes actuarán con buen juicio, tacto, cautela y moderación. Evitando la generación y difusión de acciones y/o comentarios infundados que puedan ocasionar perjuicios.
- Principio de Justicia: Brindar a cada quien lo que es debido, velar por dar a cada quien lo que le corresponde en términos de oportunidades y de acceso a bienes y servicios, promoviendo la igualdad de derechos y deberes con independencia de su género, nacionalidad, etnia, raza, orientación sexual, nivel socioeconómico, condición física y mental, creencias religiosas o políticas.
- Principio de Respeto a la dignidad, integridad e individualidad de las personas, independientemente de su condición social, aceptando y reconociendo sus derechos y obligaciones.

Conviene resaltar que otro compromiso esencial en la implementación de procesos participativos es la receptividad, descrita en la literatura anglosajona como “willingness to listen” (Pagatpatan & Ward, 2017) o voluntad de escuchar. Esto implica que las autoridades y tomadores de decisiones están dispuestos a escuchar las opiniones y propuestas de todos y todas por igual y generar mecanismos para que la ciudadanía participe.

2.4 Preceptos y referentes de acción

Los preceptos y referentes de acción que se señalan a continuación corresponden a la adaptación de los definidos en el Manual Metodológico de Participación Ciudadana del MSPS, y se enuncian como elementos mínimos para la estructuración de la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031, dada su afinidad y pertinencia para el proceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 19-20). Dichos preceptos incluyen:

- La formulación del PDSP 2022-2031 se enmarca en un proceso de construcción colectiva que implica la participación de ciudadanos empoderados que representan a diversas instituciones y sectores.
- La garantía de la representación y delegación de los actores del sistema de salud, es un punto clave para la legitimidad del proceso. Esto implica, el desarrollo de un proceso organizado y representativo de y con las distintas formas de asociación.



- Pese a que es importante definir los criterios de inclusión y exclusión para la vinculación de los actores a participar en el proceso, es indispensable tener en cuenta que los ciudadanos de forma individual también pueden participar en el desarrollo de políticas en salud y que se deberán definir los canales que permitan su participación.
- La comunicación efectiva es un punto clave para favorecer las interacciones en los diferentes niveles de participación, asegurando el logro de los objetivos propuesto y una mejor gestión del conocimiento.
- Informar con claridad los objetivos, los límites y los alcances de la Participación Ciudadana a desarrollarse en el marco de la formulación del PDSP 2022-2031 reviste de gran importancia para garantizar la legitimidad y compromiso requerido para el proceso. Estos elementos deberán ser informados de manera amplia y previa, asegurando la comprensión de los mismos.
- De la mano del precepto anterior, se destaca la necesidad de tener transparencia desde el principio de la participación ciudadana, lo cual implica la claridad en los objetivos y aspectos metodológicos del proceso. Inicia con el proceso informativo de lo que se va a consultar e incluye la socialización de los resultados del proceso de formulación de política pública.
- El establecimiento de compromisos y responsabilidades claras para la construcción de la política pública en salud, contribuirá con la generación de confianza para lograr una credibilidad mutua, donde prevalezca el interés por un mejoramiento de la salud y por ende de la calidad de vida de los colombianos. Estos compromisos, incluyen brindar información de manera oportuna y garantizar que el interés común se priorice sobre el particular, lo cual se traduce en mecanismos de consulta y participación activa a todos los niveles.
- El Ministerio velará por la garantía de que los actores que participen en el proceso estén informados de manera completa y veraz.
- El empoderamiento de la ciudadanía que se traduce en una ciudadanía activa que se documenta e informa sobre sus deberes y derechos, logrando comunicar el bien mayor para su comunidad y aumentando la conciencia ciudadana para reforzar la participación decidida, activa y constructiva, es considerado un punto clave de éxito para el proceso.
- Igualdad en la Participación Ciudadana, de forma tal que existan las garantías necesarias para participar como ciudadanos en igualdad de condiciones.
- La autonomía en la Participación Ciudadana dentro de la gestión pública, debe ejercerse con total independencia de posibles intereses ajenos al bien común.



3. Marco Metodológico

3.1 Niveles y modelos de participación

La generación y consolidación de canales institucionales de diálogo entre el Estado y la Sociedad Civil reproduce y fortalece la democracia y los procesos de gobernanza. Estos canales de participación tienen distintos alcances. Desde el clásico texto de Arnstein (1969) sobre la escalera de la participación ciudadana, la literatura sobre el tema ha descrito los grados de participación como el poder que se le otorga a la ciudadanía de acuerdo al tipo de involucramiento en la toma de decisiones sobre asuntos públicos. Arnstein describió ocho peldaños de la escalera de participación que van desde la manipulación en la que las y los ciudadanos son instruidos por los tomadores de decisiones hasta el control ciudadano en el que la Sociedad Civil tiene el mayor peso en el ejercicio deliberativo. Para el caso de la participación en sistemas de salud, George et al. (2015) señalan que las comunidades pueden participar identificando y definiendo problemas, identificando y definiendo las soluciones que abordan dichos problemas, implementando las intervenciones, manejando los recursos de las intervenciones y/o monitoreando y evaluando las intervenciones. Otros autores dividen estos niveles de participación en salud como comunicación, consulta e incidencia pública (Mittton et al., 2009).

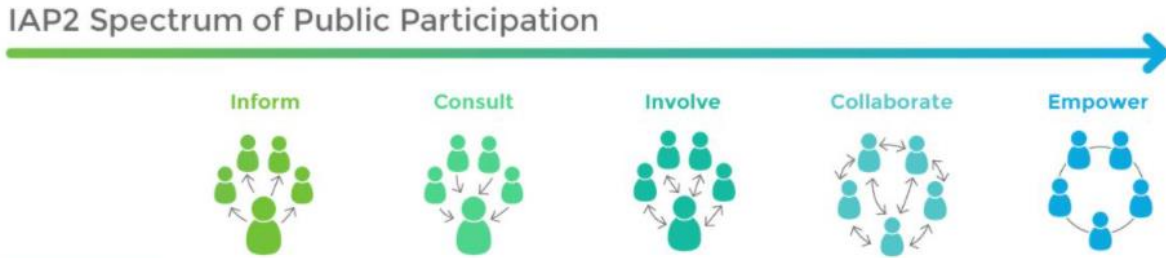
Una clasificación ampliamente adoptada en Latinoamérica es la de la CEPAL que define los niveles de participación como (Sandoval et al., 2015): informativo, consultivo, decisorio y cogestión. El nivel informativo consiste en la provisión unidireccional de información a la ciudadanía sobre asuntos públicos. El nivel consultivo implica la apertura de espacios de participación en el que se recojan las opiniones, propuestas e intereses de personas y colectivos con carácter orientador, pero no vinculante. En este nivel se recomienda que los gobiernos sean receptivos a las propuestas ciudadanas y analicen la viabilidad técnica, económica y política de las mismas para su inclusión o no en la decisión final. Así mismo, es de vital importancia que bajo el principio de transparencia se comunique la decisión final justificando por qué se incluyeron unas propuestas y otras no.

En el nivel decisorio las personas y grupos tienen influencia directa en la toma de decisiones. Este nivel tiene lugar mediante la aprobación o no de una propuesta final como en el caso de referendo o mediante la construcción colectiva de una propuesta sobre un asunto público. Finalmente, el nivel de cogestión implica que las y los ciudadanos o sus representantes se involucren activamente en la implementación y seguimiento de los proyectos, programas, o políticas que fueron objeto de decisiones colectivas a través de la gestión conjunta con funcionarios y autoridades. Si bien todos los niveles pueden combinarse en estrategias amplias de participación, la Ley Estatutaria en salud 1751 ordena generar garantías y condiciones para que la participación en salud tenga alcance decisorio por parte de la ciudadanía en todos los procesos de la política en salud y sus programas.

Los niveles de participación determinan no solamente el nivel de incidencia en un asunto público sino también la interacción entre actores. En ese sentido, la Asociación Internacional para la Participación Pública (IAP2, por sus siglas en inglés) (2018) describe la interacción entre actores en los procesos de participación desde un lugar pasivo en el nivel informativo hasta un ejercicio de empoderamiento en los procesos de cogestión. La siguiente gráfica ilustra dicha interacción:



Ilustración 2: Espectro de la participación



Fuente: Patient Voices Network. 2020. <https://patientvoicesbc.ca/resources/iap2-spectrum-public-participation/>

En línea con las clasificaciones mencionadas, en los procesos participativos liderados por el Ministerio de Salud, dentro de los cuales se encuentran los realizados por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, se plantean diversas modalidades de participación ciudadana que aplican dependiendo del propósito a alcanzar con dicha participación. A continuación, se presentan las modalidades y canales (herramientas) documentadas por el Ministerio como marco de referencia mínimo a tener en cuenta para la selección de las modalidades de participación que aplican para las diferentes etapas de la fase de formulación del PDSP 2022-2031:

Tabla 1. Modalidades de participación ciudadana

| Modalidad | Alcance | Definición | Canal, herramienta o metodología |
|---|---|--|---|
| Información en una vía o información pasiva. | Producir o enviar información para ser usada por los ciudadanos colombianos. | Considerado como el primer peldaño para la construcción del proceso de participación ciudadana. Implica que el Estado mantenga informado a los ciudadanos en los desarrollos de política pública en salud, metodologías, proyectos de norma, etc., que se van ejecutando. De esta forma se permite que los interesados y la ciudadanía en general pueda luego participar de manera proactiva y argumentativa en las otras modalidades de participación ciudadana en las cuales se dé la interacción de los actores y el estado. | Canales institucionales: sitio web de Minsalud, correo electrónico, orfeo, redes sociales oficiales, publicación de documentos en el RIT de la página web, cartillas informativas, entre otros como medios radiales y de televisión en la medida de los recursos disponibles. |
| Información activa: información Pedagógica | Promover una interacción con los ciudadanos de manera más activa ante la información puesta en conocimiento | Hace referencia a la información de contenidos pedagógicos y de asistencia técnica que permita la interacción posterior de los participantes con el Estado (MSPS). | Contenidos y módulos de información pedagógica. Material impreso para asegurar la información pedagógica en las regiones donde no se cuente con acceso de internet. Aunque se privilegia el uso de las TICs, cuando el caso lo requiere se recurrirá a sesiones presenciales. Asistencia técnica. |



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Consulta</p> | <p>Conocer las preferencias, conceptos específicos, aporte de recomendaciones expertas desde las distintas disciplinas y campos profesionales que puedan aportar al esclarecimiento de una temática en el caso de la consulta o entrevista a expertos o de preferencias en el caso de consulta o sondeos de preferencias</p> | <p>Es una modalidad de relación en dos vías en la cual los ciudadanos, ya sea de manera individual o colectiva, por expertos o grupos de interés específico o no, proveen retroalimentación a Minsalud en aquellos temas en los cuales se les consulte de manera específica.</p> | <p>Herramienta o Metodología Delphi: Proceso interactivo y dialéctico que recolecta sistemáticamente juicios de expertos sobre un problema complejo, a través de discusiones repetitivas que lleven a acuerdos o desacuerdos alrededor de un tema o temas específicos de consulta y deliberación.</p> <p>Panel de Expertos: grupo de especialistas independientes que se reúnen para que se emita un juicio colectivo y consensuado sobre un tema específico.</p> <p>Grupo Focal: Es una técnica diseñada para extraer de un público pequeño información sobre sus valores y preferencias con respecto a un tema, el público representa a una población objetivo o es seleccionado aleatoriamente.</p> <p>Encuesta: Es una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos. A través de las encuestas se pueden conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos. Se realizan una serie de preguntas sobre uno o varios temas a una muestra de personas seleccionadas siguiendo una serie de reglas científicas que hacen que esa muestra sea, en su conjunto, representativa de la población general.</p> <p>Entrevistas semiestructuradas a Líderes de Opinión, bajo la modalidad de consulta colaborativa.</p> <p>Sondeo de preferencias por método Borda, consultas por vía internet, etc.</p> |
| <p>Diálogo constructivo Deliberativo</p> | <p>Discutir temas específicos sobre los cuales los participantes emiten recomendaciones y sugerencias que van a incidir y orientar el desarrollo de políticas públicas.</p> | <p>Relación basada en un empoderamiento de los actores involucrados (Minsalud - Ciudadanía representada mediante asociaciones, agremiaciones de todos los sectores, o de manera individual), en la cual los ciudadanos se involucran activamente en el proceso de desarrollo e implementación de los asuntos en salud, para dar sus aportes, recomendaciones, preferencias consensuadas a través de formas de diálogo propositivo ordenado</p> <p>Reconoce el papel de los ciudadanos en proponer opciones de política, propuestas específicas de los temas en salud que se estén desarrollando y de esta manera impactar las decisiones en el desarrollo de la política o tema objeto de esta modalidad de participación.</p> | <p>World Café: es un proceso de conversación estructurado que facilita la discusión profunda para la construcción de nuevo conocimiento, sabiduría colectiva, de un gran grupo de personas (desde 20 hasta incluso miles), donde todos y cada uno a través de la conversación en torno a una serie de preguntas predeterminadas ponen en común su opinión, experiencia y conocimiento, así como escucha a los otros participantes.</p> <p>Presentación magistral y diálogo deliberativo: Es una técnica que permite reunir la evidencia con las visiones, experiencias y conocimientos teórico y empírico para el tema en discusión, su objetivo es respaldar la discusión completa de las consideraciones relevantes sobre un asunto de alta prioridad con el fin de informar la toma de decisiones en políticas y otro tipo de acción.</p> |



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Philips 6-6: Esta metodología permite y promueve la participación activa y democrática de todos los asistentes en un tiempo muy breve, tomando el punto de vista de muchas personas a un mismo tiempo. Permite obtener rápidamente opiniones elaboradas por subgrupos, acuerdos parciales, decisiones de procedimiento, sugerencias sobre un tema específico que se puede hacer en una presentación magistral inicial o en documento que previamente se ha circulado, de así considerarse.</p> |
|--|--|--|

Tomado de: Manual metodológico de participación ciudadana y Documento de participación ciudadana: Actividades realizadas año 2015

Los niveles de participación están en estrecha relación con los modelos de implementación de decisiones sobre asuntos públicos que podrían resumirse como: de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba y de asociatividad. El modelo de arriba hacia abajo parte de una decisión que se toma en las esferas más altas de poder de manera monocéntrica y jerárquica. El modelo de abajo hacia arriba busca atender a demandas particulares de los ciudadanos sin líneas organizativas definidas a priori. Y el modelo de asociatividad propone ciclos iterativos de aprendizaje y colaboración que descentren las estructuras de poder y permitan transformaciones basadas en la redefinición conjunta entre tomadores de decisión y ciudadanía alrededor de los valores que guían las políticas públicas (Hanks, 2006). En consecuencia, los mecanismos efectivos de participación fortalecen los modelos de abajo hacia arriba y asociatividad. Asimismo, algunos autores señalan que la participación puede tener un fin instrumental como herramienta esencial para el logro de un fin o transformativo como herramienta para el cambio social (Bishop et al., 2009).

Las discusiones sobre niveles y formas de participación también evidencian que la participación no debe tomarse como un fenómeno social predefinido cuya existencia y fin puedan darse por sentado (Contandriopoulos, 2004). Es indispensable tener en cuenta que el campo de fuerzas sociales tiende a reproducir esquemas de discriminación y opresión y la participación no está exenta de relaciones de poder (Ibíd). Por esto, las estrategias institucionales de participación deben generar plataformas de diálogo que garanticen la participación de todos y todas las ciudadanas en condiciones de equidad e igualdad que no solo permitan la representación de los diferentes grupos sociales sino también la producción conjunta de análisis sobre nuestra realidad y propuestas de soluciones y oportunidades. No todos los procesos de participación generan los mismos efectos y por tanto se requieren procesos cuidadosos de operacionalización que garanticen el involucramiento y empoderamiento de las comunidades.

3.2 Recomendaciones de buenas prácticas

El fortalecimiento de procesos participativos alrededor del mundo ha dado lugar a numerosos reportes de experiencias y comparación entre experiencias que instituciones gubernamentales y organismos multilaterales han analizado a fin de generar recomendaciones para futuras estrategias de participación ciudadana. A partir de la revisión de este tipo de documentos, resumimos las recomendaciones más frecuentemente citadas y aquellas de mayor relevancia para una propuesta de participación social en salud a escala nacional.

Tabla 2. Recomendaciones de buenas prácticas



| Tipo de recomendación | Síntesis |
|---|---|
| Diseño del proceso participativo | Definir claramente los objetivos y el alcance de la participación Diseñar una metodología flexible que dé lugar a oportunidades de mejora Establecer estrategias de monitoreo y evaluación Iniciar tempranamente el proceso de participación una vez la información suficiente esté disponible Planificación multiescalar participativa ¹ Identificar los recursos, capacidades y tiempo requerido para una participación efectiva. Es necesario contar con tiempo suficiente. Generar capacidades normativas y técnicas para la participación El proceso participativo debe ser continuo El proceso debe ser coordinado por un ente independiente |
| Manejo de la información | Acceso abierto y oportuno a toda la información del proceso que sea posible publicar, sin detrimento de criterios de confidencialidad con los participantes Publicar actualizaciones regularmente La información debe ser provista de manera clara, concisa y oportuna Dentro de lo posible, la participación debe ser completamente abierta Desarrollar estrategias de comunicación iterativa Anunciar tempranamente el proceso de participación |
| Involucramiento de actores | Identificar los actores que deben ser involucrados Identificar estrategias de convocatoria Establecer estrategias que garanticen la representatividad e inclusión de los diferentes actores Generar incentivos para la participación Desarrollar opciones de capacitación para facilitadores y participantes Establecer claramente las expectativas del proceso |
| Metodológicas | Generar condiciones óptimas para los espacios de deliberación Combinar espacios tales como plenarios públicas, reuniones informales pequeñas y comités intersectoriales Organizar foros de expertos que hagan del proceso de participación también un ejercicio educativo Combinar métodos para mejorar la calidad y representatividad de la información Elegir metodologías orientadas al contexto |

¹ La planeación multiescalar participativa es un enfoque propuesto por la CEPAL en el que bajo los principios de subsidiariedad, coherencia y coordinación se busca articular diferentes niveles de participación teniendo como referentes el desarrollo territorial, la articulación entre el Estado y la Sociedad Civil, la conjugación de sectores y la armonización entre diferentes niveles de gobierno (CEPAL, 2019; Sandoval et al., 2015). Este enfoque ha inspirado múltiples procesos de planificación y participación en Latinoamérica, incluyendo la construcción de los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) en Colombia.



| | |
|--|--|
| | <p>Diseñar estrategias de retroalimentación a los participantes, mejora la confianza y fortalece el compromiso</p> <p>Establecer un contacto directo con los participantes (Correo, teléfono)</p> <p>Partir de experiencias exitosas pasadas y registrar casos de éxito</p> <p>Establecer un código de ética</p> |
|--|--|

Elaboración propia a partir de la revisión de manuales de recomendaciones y buenas prácticas para la participación social

Fuentes: (Conference of INGOs of Council of Europe, 2009; Departamento Nacional de Planeación et al., 2017; Department of the Prime Minister and Cabinet. Government of Australia, 2016; European Committee on Democracy and Governance, 2016; Función Pública, 2018; International Association for Impact Assessment, 2006; OCDE, 2020; PNUD, 2017; Sandoval et al., 2015; United Nations, 2015; Victorian Auditor-General's Office of Australian Government., 2015; WAREG, 2015)



4. Marco normativo

4.1 Conferencias Internacionales

La participación social en salud ha sido referida en diferentes declaraciones internacionales de salud que reconocen en el involucramiento activo de la ciudadanía una posibilidad para garantizar el derecho a la salud.

Tabla 3. Conferencias Internacionales

| Conferencia | Contribuciones a la participación en salud |
|--|--|
| Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. 1978 | <p>La salud es un derecho en cuya garantía intervienen otros sectores sociales y económicos.</p> <p>La inequidad y desigualdad en el estado de salud de la población es inaceptable y nos compete a todos.</p> <p>El desarrollo económico y social basado en un Nuevo Orden Económico Internacional es indispensable para lograr el grado máximo de salud.</p> <p>La promoción y protección de la salud es indispensable para el desarrollo sostenible y la paz.</p> <p>El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.</p> <p>La APS es la clave para lograrlo, porque, entre otros aspectos, “entraña la participación de todos los sectores, fomenta la autorresponsabilidad y participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención en salud”.</p> |
| Carta de Ottawa. 1986 | <p>La salud es un derecho en cuya garantía intervienen otros sectores sociales y económicos.</p> <p>La inequidad y desigualdad en el estado de salud de la población es inaceptable y nos compete a todos.</p> <p>El desarrollo económico y social basado en un Nuevo Orden Económico Internacional es indispensable para lograr el grado máximo de salud.</p> <p>La promoción y protección de la salud es indispensable para el desarrollo sostenible y la paz.</p> <p>El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.</p> <p>La APS es la clave para lograrlo, porque, entre otros aspectos, “entraña la participación de todos los sectores, fomenta la autorresponsabilidad y participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención en salud”.</p> <p>La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.</p> <p>Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud.</p> <p>La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos (eso implica apoyo con educación y financiación)</p> <p>Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa: la elaboración de una política pública favorable a la salud, la creación de espacios, ámbitos y/o propicios, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, la reorientación de los servicios de salud.</p> |
| Declaración de Jakarta. 1997 | <p>La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico.</p> <p>La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado. Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones.</p> <p>El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación.</p> |



| | |
|--|---|
| | <p>El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades.</p> <p>Una de las prioridades es: Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo (para influir en los factores determinantes de la salud.)</p> <p>Dentro de las prioridades para la alianza encontramos: apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo de la salud, permitir el aprendizaje compartido, promover la solidaridad en la acción, fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud</p> |
| Declaración Bangkok. 2005 | <p>Establece las medidas y compromisos para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. Las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.</p> |
| Declaración de Adelaida. 2010 | <p>Salud en todas las políticas: la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social.</p> <p>Funciona mejor cuando hay: Procesos sistemáticos que tomen en consideración las interacciones entre los diferentes sectores; mediación entre los diferentes intereses; rendición de cuentas, transparencia y procesos de participación; compromiso de partes interesadas ajenas al gobierno; Iniciativas intersectoriales prácticas que creen alianzas y confianza.</p> |
| Declaración de Río sobre Determinantes Sociales de la salud. 2011 | <p>La equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: «todos por la equidad» y «salud para todos».</p> <p>Las inequidades sanitarias dentro de las naciones y entre ellas son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables.</p> <p>Existen principalmente cinco esferas de actividad que son críticas para abordar el problema de las inequidades sanitarias, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none">i) adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo;ii) fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas (gobernanza que facilite una actuación eficaz sobre los determinantes sociales de la salud);iii) seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias;iv) fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo; yv) vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas. <p>El fomento de la participación incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">1. fomentar integración y transparencia en materia de formulación, aplicación y rendición de cuentas de políticas sobre asuntos de salud y de gobernanza de la salud, facilitando el acceso a la información, a la justicia y a la participación pública;2) adoptar medidas para potenciar el papel de las comunidades y reforzar su contribución a la formulación y aplicación de políticas,3) promover una gobernanza integradora y transparente en la que puedan participar,4) considerar los determinantes sociales particulares que conllevan inequidades sanitarias persistentes para los pueblos indígenas,5) examinar las contribuciones y capacidades que puede aportar la sociedad civil en la promoción, movilización social y aplicación de los determinantes sociales de la salud;6) promover la equidad sanitaria en todos los países, en particular mediante el intercambio de buenas prácticas en lo que se refiere a al aumento de la participación en la formulación y aplicación de políticas; |



7) promover una participación plena y efectiva de los países desarrollados y en desarrollo en la formulación y aplicación de políticas y medidas para abordar los determinantes sociales de la salud en el ámbito internacional.

Fuente: Minsalud (2016). Proceso de participación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: La experiencia de la Dirección de Promoción y Prevención. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo de Gestión para la promoción y la prevención. Bogotá, Colombia

4.2 Marco Normativo Nacional

La participación ciudadana en Colombia consagrada a partir de la Constitución Política de 1991, cuenta con un amplio acervo normativo, que refrenda el papel determinante de la participación social y ciudadana como derecho, así como en la orientación de políticas públicas y en la transformación de las relaciones entre la ciudadanía, el gobierno nacional y los gobiernos locales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 12).

Lo anterior, con el fin de promover la efectiva participación ciudadana garantizando "*que todos los miembros de la sociedad tengan una posibilidad real e igual de participar en las decisiones colectivas*" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 10). Así las cosas, a continuación se presenta de manera resumida el marco normativo de referencia para la participación ciudadana y social en políticas de salud.

Tabla 4. Marco normativo de referencia sobre la participación ciudadana y social en Colombia

| Marco normativo de referencia sobre la participación ciudadana y social en Colombia | |
|---|---|
| Norma | Disposiciones |
| Constitución Política de Colombia de 1991 | <p>Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.</p> <p>Artículo 2. Son fines esenciales del Estado (...) facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación (...)</p> <p>Artículo 40. Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político (...).</p> <p>Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley (...).</p> <p>Artículo 49. (...) Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>Artículo 79. Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. (...)</p> <p>Artículo 103. (...) El Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan.</p> <p>Artículo 152. Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias: (...) d. Instituciones y mecanismos de participación ciudadana.</p> <p>Artículo 270. La ley organizará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados.</p> |
| Ley 134 de 1994 | Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana |
| Ley 489 de 1998 | "Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones". |



| | |
|---|--|
| | Capítulo VIII. Artículo 32. Principios de la democracia participativa y democratización de la gestión pública. |
| Ley 850 de 2003 | Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas |
| Resolución 388 de 2013 | Por la cual se adopta el Protocolo de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado con lo establecido en los artículos 194 de la ley 1448, 285 del Decreto 4800 de 2011 y demás normas concordantes. |
| Ley 1757 de 2015 | "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática" |
| Participación social en políticas de salud | |
| Resolución 13437 de 1991 | Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. |
| Ley 100 de 1993 | "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Artículo 153. Principios del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (...) 3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto. |
| Decreto 1757 de 1994 | "Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud" |
| Acuerdo 25 de 1996 | Por el cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud |
| Ley 1437 de 2011 | "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". Artículo 3 numeral 6. En virtud del principio de participación, las autoridades promoverán y atenderán las iniciativas de los ciudadanos, organizaciones y comunidades encaminadas a intervenir en los procesos de deliberación, formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública. |
| Ley 1438 de 2011 | "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" Artículo 3. Principios del Sistema de General de Seguridad Social en Salud (...) 3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto. Artículo 136. Política Nacional de Participación Social. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social (...). |
| Ley 1712 de 2014 | "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones". |
| Ley 1751 de 2015 | "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan (...). |
| Circular 060 de 2015 | Asunto: Desarrollo de la estrategia de participación ciudadana. Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y artículo 2 de la Ley 1757 de 2015. Incluye la descripción de aspectos generales y lineamientos de participación ciudadana por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. |
| Resolución 1536 de 2015 | Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. |
| Resolución 518 de 2015 | Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. |
| Decreto 780 de 2016 | "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Parte 10 Participación de la comunidad en el SGSSS. Artículo 2.10.1.1.1. Participación y Artículo 2.10.1.1.2. Formas de participación |
| Resolución 2063 de 2017 | "Por el cual se adopta la Política de Participación Social en Salud" |
| Resolución 3280 de 2018 | Por la cual se implementa las RIAS |

Elaboración propia teniendo como referente los lineamientos de participación social emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.



4.3 Espacios institucionalizados de participación social en salud

A partir del Decreto 1757 de 1994, se han generado diferentes espacios institucionalizados de participación social en salud sobre los cuales deberían cimentarse las iniciativas venideras (Minsalud, 2019).

- a) Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud- CTSSS.
- b) Comité de Participación Comunitaria (COPACO); Asociación de usuarios en salud y comités de ética hospitalaria. (Fundamentados en los Artículos 49 y 103 de la C.P. y en los Decretos 1757 de 1994 y 1616 de 1995).
- c) Consejos departamentales y municipales de alimentación y nutrición. (Fundamentados en los Artículos 43, 44, 64, 65 y 66 de la C.P. y en el CONPES 113 de 2007; Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional PNSAN 2012-2019; y en el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.
- d) Veedurías departamentales, municipales, distritales y locales. (Fundamentados en el Artículo 270 de la C.P. y en el Art. 41, Parágrafo 3º, Art. 42, Parágrafo 1o., Art. 43 y Art. 66 de la Ley 80 de 1993; en el Art. 100 de la Ley 134 de 1994; Art. 21 de la Ley 199 de 1995; en los Art. 32, Art. 33, Art. 34, Art. 35 de la Ley 489 de 1998; la Ley 563 de 2000; la Ley 720 de 2001; la Ley 850 de 2003 y Artículos 67 al 72 de la Ley estatutaria 1757 de 2015.
- e) Comités de desarrollo y control social de servicios públicos domiciliarios. (Fundamentados en el Artículo 367 de la C.P.; en la Ley 142 de 1994 y en la Ley estatutaria 1757 de 2015 Título V).
- f) Consejos departamentales, municipales, distritales y locales de juventud. (Fundamentados en el Artículo 45 y la Ley estatutaria 1622 de 2013)
- g) Consejos de discapacidad organismo consultor, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema y de la Política Pública Nacional de Discapacidad. (Ley 1145 de 2007).
- h) Covecom. El decreto 3518 de 2006 del Ministerio de protección social, reglamenta el sistema de Vigilancia en Salud Pública y, con el artículo 37 crea los Comités de vigilancia comunitaria (COVECOM).
- i) Comité territorial de Salud Ambiental (COTSA) CONPES 3550 de 2008 y reafirmada mediante el Decreto 2972 de 2010 el cual crea y reglamenta la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (CONASA).

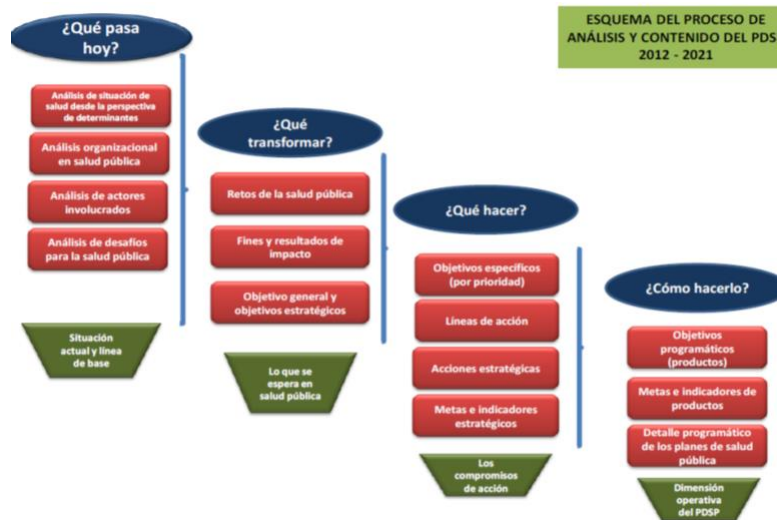
5. Antecedentes de participación

5.1 Antecedentes de participación PDSP 2012-2021

El desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 tuvo como base el reconocimiento local y regional de la situación de salud y el planteamiento de una prospectiva de actuación para la definición de los compromisos e imperativos públicos de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011). Su elaboración tuvo en cuenta cuatro preguntas centrales: ¿Qué pasa hoy?, ¿Qué se debe transformar?, ¿Qué hacer? y ¿Cómo hacerlo?, las cuales son la base del esquema de análisis y contenido del PDSP, tal como se presenta en el siguiente esquema:



Ilustración 3. Esquema del proceso de análisis y contenido del PDSP 2012-2021



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del PDSP 2012-2021.

De acuerdo a lo establecido en los lineamientos para la formulación del PDSP, los insumos de la primera pregunta, contribuían con el análisis de la situación de salud y línea de base del plan, lo cual comprendió la realización de: a) Análisis de situación de salud, b) Análisis organizacional en salud pública, c) Análisis de actores involucrados y d) Análisis de desafíos para la salud pública.

A partir de estos insumos, se definiría lo que se debía transformar o lo esperado en salud pública para los próximos diez años precisando retos, fines y resultados de impacto y objetivos estratégicos del PDSP 2012 – 2021.

Con este marco de direccionamiento estratégico, se definirían los objetivos específicos del Plan circunscritos a las prioridades en salud pública concertadas, las líneas de acción, las acciones estratégicas y las metas e indicadores estratégicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011)

En este orden de ideas, la formulación del Plan Decenal desde la perspectiva regional se estructuró en tres fases con el fin de garantizar un proceso ordenado y sistemático de participación social y de recolección de insumos específicos por región, a saber: a) Fase de identificación, convocatoria y movilización, b) Fase de concertación y formulación, c) Fase de consolidación regional y preparación del encuentro regional.

Con este contexto, a continuación se presentan los principales resultados del proceso de participación general y con poblaciones diferenciales.

5.1.1 Participación general

El PDSP 2012-2021 se formuló a partir de un amplio proceso de participación ciudadana, que integró cuatro grandes estrategias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a):



- Consulta territorial: Realizada de manera presencial y dirigida a la población general. Se desarrolló a través del operador externo Unión Temporal Unidecenal. Esta consulta se llevó a cabo a través de 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, 32 Departamentos, 4 distritos y 6 regiones.
- Consulta ciudadana: con mecanismo virtual, dirigida a población general.
- Consulta a los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad.
- Consulta con niños, niñas y adolescentes.

Las últimas consultas referidas, fueron operadas directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social. La consulta especial para grupos étnicos y población víctima del conflicto armado, inició con reuniones previas para la definición de acuerdos con la representación de los grupos en mención. El siguiente esquema muestra los resultados del proceso de participación:

Ilustración 4. Proceso participativo formulación PDSP 2012-2021



Fuente: Elaboración propia con base en información disponible en PDSP 2012-2021

Así mismo, para cada modalidad de consulta, se definieron momentos, metodologías e instrumentos para la recolección de información, tal como se presenta a continuación de acuerdo a la información disponible²:

Tabla 5. Metodología proceso de consulta PDSP 2012-2021

| Modalidad - Resultado | Momento | Metodología-Instrumentos |
|---|----------------------------------|--|
| Consulta territorial, con reuniones presenciales dirigidas a la población general, 166 sesiones zonales, con la participación de 934 municipios, 4 distritos, 32 reuniones departamentales y 6 regionales, con un total de 20.018 ciudadanos, actores locales del sector salud y actores locales tomadores de decisiones. | Situación actual y línea de base | Situación actual desde experiencia PTS 2007-2010 |
| | | Diagnósticos rápidos participativos: Identificación de diferenciales relevantes |
| | | Salas de situación (Espina de pescado): Situación actual desde los DSS |
| | | Revisión de información secundaria |
| | | Análisis FODA de capacidades: Exploración de capacidades a nivel territorial para la salud pública |
| | | Identificación y caracterización de actores: Relaciones de poder |
| | | Escenarios de prospectiva: Escenarios de desafío y retos en salud pública |

2 Lo relacionado con la consulta territorial fue consultado del material disponible del convenio 144 de 2012 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unión Temporal UNIDECENAL.



| | | |
|---|--|---|
| | Lo esperado en salud pública | Marco estratégico de transformación: Cadena de resultados y valor en salud pública - Metaplan |
| | Compromisos de acción | Metaplan: Instrumento para la priorización de problemas y necesidades |
| | Dimensión operativa del Plan | Metaplan: Preguntas orientadoras para el conceso de insumos programáticos |
| Consulta con los actores del SGSSS y grupos ordenados de la sociedad, mediante 13 reuniones directas con el Ministerio de Salud y Protección Social, en las que participaron 558 actores | Sin información | Sin información |
| Consulta virtual, mediante página web con acceso a herramientas en línea, en la cual participaron los ciudadanos a través de 101.765 visitas únicas, 30.235 visitas repetidas y 540 enlaces a otros sitios web. | Sin información | Sin información |
| Consulta con 360 niños, niñas y adolescentes, a través de 10 talleres presenciales en las diferentes regiones del país | Condiciones que favorecen las dimensiones prioritarias propuestas para la formulación del Plan Decenal | Taller presencial |

Fuente: Elaboración propia con base en información disponible del proceso participativo del PDSP 2012-2021

La información relacionada con la consulta con los actores del SGSSS y la consulta virtual, no se encuentra disponible en el momento de la consolidación del presente documento. Por esta razón, a continuación sólo se detalla lo relacionado con la consulta territorial.

5.1.2. Consulta territorial

Como se mencionó anteriormente, para la consulta territorial se definieron cuatro grandes momentos con el fin de identificar la situación actual y línea de base, lo esperado en salud pública, los compromisos de acción y las dimensiones operativas del Plan. Así mismo, para cada momento se definieron unos componentes e instrumentos (19 en total), los cuales se referencian a continuación:

Tabla 6. Momentos e instrumentos utilizados en la consulta territorial

| Momento 1. Situación actual y líneas de base | | | |
|--|---|---|--|
| Componente | Instrumento | Objetivo | Campos de análisis |
| Experiencias significativas relacionadas con el Plan territorial 2007 – 2010 | Situación actual desde la experiencia del plan territorial de salud pública 2007 – 2010 | Identificar la percepción del proceso que tienen en el ámbito institucional y en las comunidades sobre las potencialidades y limitantes que adquieren significancia para las personas y los territorios | <p>Ámbito Institucional (DOFA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coherencia normativa que sustentó el PTSP 2007 – 2010 • Asistencia técnica en el PTSP 2007 - 2010 • Relacionamiento con los aseguradores en el PTSP 2007 – 2010 • Ejecución de acciones según prioridades • Capacidades de los prestadores en la ejecución del PTSP 2007 – 2010 • Logros territoriales del PTSP 2007 – 2010 • Pendientes del PTSP • 2007 – 2010 <p>Ámbito comunitario (DOFA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soluciones logradas en salud pública • Participación efectiva • Reconocimiento de las necesidades de la población |



| | | | |
|---|--|---|---|
| Análisis de actores involucrados | Registro de actores identificados e involucrados en el PDSP 2012 – 2021 Registro de redes identificadas e involucradas en el PDSP 2012 – 2021 Análisis de actores involucrados (intereses y mandatos) en el PDSP 2012 – 2021 | Identificar los actores como soporte de la convocatoria y amplia participación, y una aproximación inicial a las dinámicas de relaciones e intereses que se presentan en las regiones analizadas | ¿Qué mandatos – responsabilidades – competencias tiene el actor en salud pública? ¿Qué implicaciones tendrá para la formulación del PDSP el que este actor participe en el proceso? ¿Cuáles recursos podría disponer este actor o red para el PDSP? |
| Exploración de las capacidades territoriales en salud pública | Exploración de capacidades a nivel territorial para la salud pública | Identificar capacidades a nivel territorial para la salud pública | <ul style="list-style-type: none"> • Fuerza de trabajo en Salud Pública (Recurso humano). • Sistema de Información en Salud Pública • Capacidad organizacional e institucional en Salud pública |
| Análisis de salud desde la perspectiva de determinantes | Análisis de determinantes sociales formulación PDSP 2012-2021 | Realizar el análisis de determinantes para la comprensión de las causas de los problemas de salud en una sociedad | Determinantes sociales, demográficos, económicos, ambientales, culturales y políticos |
| Análisis de diferenciales relevantes | Identificación de diferenciales relevantes desde la perspectiva comunitaria y desde la perspectiva institucional Situación actual desde la experiencia del plan territorial de salud pública 2007 – 2010 (ámbito comunitario) | Indagar la situación desde la perspectiva de los énfasis de enfoque diferencial | Principales campos de enfoque diferencial (Ciclo de vida, género, étnico): Problemas en salud identificados, necesidades diferenciales, riesgos prevalentes, vacíos de atención. Soluciones propuestas para abordar los diferenciales analizados (DOFA) |
| Momento 2: Lo que se debe transformar (lo que se espera en salud pública) | | | |
| Componente | Instrumento | Objetivo | Campos de análisis |
| Escenarios de desafíos y retos en salud pública | Escenarios de desafíos en salud pública PDSP 2012 – 2021 | Identificar cuáles son los campos de análisis pertinentes en cada región precisando para cada uno de ellos las potencialidades y limitantes que suponen para el decenio durante el cual se ejecutará el PDSP 2012 – 2021. | <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento progresivo de la población • Los procesos de urbanización • La metropolización • Las fronteras • El conflicto armado • La población dispersa de difícil acceso. DOFA por campo de análisis identificado en cada región. Además por cada campo de análisis se identifica: desafío o reto, escenario de tendencia, escenario deseable, escenario de concertación |
| Validación de la visión del PDSP y la estructura de objetivos estratégicos | Validación y complementación del marco estratégico del plan decenal de salud pública 2012 – 2021 | Validar y completar el marco estratégico con las visiones regionales | Para cada elemento del marco estratégico (visión, fines, resultados de impacto) identificar los consensos, disensos, la propuesta de ajuste y la complementación regional. |
| Momento 3. Compromisos de acción | | | |
| Componente | Instrumento | Objetivo | Campos de análisis |
| Priorización en salud pública | Instrumento para la priorización de problemas y necesidades | Realizar la priorización de las necesidades identidades | Para cada necesidad identificada / situación problema calificar según los ponderadores de: 1. población, 2. magnitud, 3. potencial de intervención, 4. preferencias sociales, 5. objeto de política pública, 6. potenciales resultados en salud, 7. sinergia intersectorial. |



| | | | |
|--|---|---|---|
| Cadena de resultados por prioridad en salud pública | Validación y complementación del marco estratégico del plan decenal de salud pública 2012 – 2021 | Establecer de manera coherente y armónica el conjunto de objetivos específicos por prioridad de salud pública con la que se relacionen las necesidades / problemas priorizados | Identificar: Acciones estratégicas, líneas de acción, objetivos específicos por prioridad, objetivos estratégicos, resultados |
| Plan de acciones estratégicas | Metas de objetivos y acciones propuestas para el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 | Establecer la contribución esperada de cada uno de los objetivos en el logro de los resultados esperados | Definir: objetivos específicos por prioridad, metas relacionadas, líneas de acción, acciones estratégicas y metas relacionadas. |
| Marco de indicadores estratégicos | Indicadores de objetivos y acciones propuestas para el plan decenal de salud pública 2012 - 2021 | Establecer los indicadores que permitirán la medición de logro, según el nivel de objetivo | Definir: objetivos específicos por prioridad, metas relacionadas, líneas de base, indicador, definición operacional. |
| Momento 4. Dimensiones operativas del PDSP | | | |
| Componente | Instrumento | Objetivo | Campos de análisis |
| Exigencias programáticas y operativas | Aspectos programáticos y operativos que deban ser tomados en cuenta para el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 y su reglamentación posterior | Indagar desde la experiencia de anteriores planes y ejecuciones operativas, lo que desde la perspectiva territorial se debe mantener, se debe eliminar, se debe fortalecer y se debe incluir, para lograr una óptima ejecución del plan de salud pública. | Por cada aspecto analizado identificar si: se debe mantener, se debe eliminar, se debe fortalecer, se debe incluir. |
| Aportes al seguimiento y evaluación | Aspectos de seguimiento y evaluación que deban ser tomados en cuenta para el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 y su reglamentación posterior. | Identificar aportes orientadores de las regiones para la organización del seguimiento y evaluación del PDSP desde su perspectiva, experiencia y desarrollos logrados en el ejercicio de planificación. | Por cada aspecto analizado identificar si: se debe mantener, se debe eliminar, se debe fortalecer, se debe incluir. |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Instrumentos metodológicos para la generación de insumos para la formulación del PDSP 2012-2021 (Anexo 21)

5.1.3. Estrategia de movilización social

Para el despliegue del proceso participativo del PDSP 2012-2021 se desarrolló una estrategia de movilización social con el fin de lograr la apropiación de los diferentes grupos de interés (stakeholders) sobre el proceso de formulación de dicho Plan. La estrategia se desarrolló alrededor de los siguientes objetivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b):

- Acompañar, soportar y fortalecer la fase de consulta para la formulación del Plan Decenal de salud Pública.
- Lograr una participación activa y efectiva de los ciudadanos y ciudadanas y de los diferentes actores transectoriales.
- Divulgar para conocimiento general los avances y desarrollo del proceso de construcción del PDSP.
- Contribuir con generación de procesos de transparencia en la gestión pública.
- Incidir en los periodistas y los líderes de opinión para garantizar su involucramiento con el tema y la sostenibilidad de la intervención en los medios.



- Garantizar la participación de los distintos grupos de interés en las diferentes consultas.

La movilización social incluyó estas estrategias relacionadas con el diseño de marca del PDSP, la convocatoria, logística, publicidad, comunicaciones, información y participación ciudadana, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 7. Estrategias de movilización social del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

| Estrategia | Producto |
|--------------------------------|---|
| Diseño de marca PDSP | Logo símbolo Piezas comunicacionales Eslogan (La salud en Colombia la construyes tú) |
| Convocatoria | Identificación de stakeholders Construcción de bases de datos Invitación |
| Logística | Reuniones, talleres, eventos (Locación, papelería, menaje y refrigerio, documentos técnicos, protocolo, control de registro) |
| Publicidad | Diseño de cuñas Plan de medios (Planta en televisión, radio, sitio web) |
| Comunicaciones | Interna: Boletín saludablemente, correos internos, emailing interno. Externa: Free Press, boletines de prensa, correos electrónicos, rodas de medios, notas de prensa. Institucional: Sitio web Ministerio, otros sitios web, carteleras digitales. |
| Información | Correo directo: Cartas, emailing Coquitos: Redacción de textos para legos. Reuniones con grupos internos Publicaciones |
| Participación ciudadana | Social media: Mini sitio Talleres: territoriales, del sector salud, población diferencial e intersectoriales |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Documento de sistematización de la estrategia de movilización social. 2013

5.1.4 Observaciones y lecciones aprendidas

Adicional a los documentos públicos, se revisaron 98 documentos del archivo del PDSP 2012-2021, 26 de los cuales describían elementos de la estrategia de participación en relación con lineamientos conceptuales, lineamientos metodológicos, instrumentos, hallazgos de la consulta territorial, actas y comentarios al proceso. A partir de la documentación disponible de la experiencia de del PDSP 2012-2021, se identificaron las observaciones y lecciones aprendidas consignadas durante el proceso que pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Los resultados del proceso participativo deberían trascender lo descriptivo e incluir elementos relacionados con propuestas de líneas de acción, propuesta de objetivos y estrategias para el PDSP o líneas de base.
2. Se deben identificar elementos, recomendaciones y propuestas factibles.
3. Además de la descripción es importante la priorización.
4. La recolección de información debe ser realista frente a la capacidad de procesamiento y análisis.



5. Los resultados revelan la falta de transectorialidad, lo cual obliga a trabajar en la concertación política para lograr el bienestar de la población al momento de generar las soluciones a la problemática existente. Utilización estratégica del tiempo de los talleres
6. Debe ser posible homologar los productos entre regiones a fin de comparar la calidad de los mismos
7. Es importante el análisis regional y no solo del nivel departamental
8. Se debe mantener la continuidad del proceso de participación.
9. Es importante garantizar la disponibilidad de la información

5.2. Revisión de los procesos participativos alcanzados en el marco de la formulación del capítulo étnico y de víctimas del PDSP 2012-2021

5.2.1. Capítulo para pueblos y comunidades indígenas

La metodología para la formulación del capítulo para los pueblos y comunidades indígenas fue concertada entre el MSPS y la Mesa Permanente de Concertación (MPC) de los Pueblos y Organizaciones Indígenas con el acompañamiento de la Subcomisión de Salud de Indígena, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar un enfoque participativo que se definió en el marco de las etapas de la consulta previa³. De esta manera, se definieron las fases de: a) Aprestamiento, b) Acuerdo de procesos, c) Diálogo, d) Formulación, e) Validación, adecuación y concertación y f) Reglamentación y socialización.

La construcción conjunta del capítulo con los pueblos indígenas, implicó el desarrollo de acuerdos y de definiciones metodológicas entre el MSPS y los delegados indígenas de la Subcomisión de Salud de la MPC, la cual fue creada mediante Decreto 1973 de 2013, como una "*instancia de trabajo de carácter consultivo y técnico para la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Colombia*" (Artículo 1).

Una vez concertada la metodología para la formulación del capítulo indígena, se procedió a avanzar conforme a lo estipulado en fase. A continuación, se realiza una síntesis de los resultados y se presentan los actores involucrados en cada una de ellas.

Tabla 8. Resultados de la formulación del capítulo indígena

| Fases | Año | Alcances / Resultado |
|---------------|------|--|
| Aprestamiento | 2012 | Alcance: Definir metodología para formulación de capítulo y para la fase de diálogo Resultados: Realización de prueba piloto en el Departamento de Cauca para recolección de insumos con metodología de canastos. Revisión, sistematización y consolidación de información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional de los pueblos indígenas |

³ La documentación de este proceso se realiza a partir de lo consignado en el documento preliminar del capítulo indígena. La contratista no dispone de la evidencia documental de los acuerdos establecidos en el marco de la consulta previa.



| | | |
|--|------------------|--|
| Acuerdo de procesos | 2013 | Alcance: Concertación de aspectos relacionados con la recolección de insumos, guías e instrumentos, requerimientos logísticos y de contratación con las organizaciones indígenas Resultados: Documento con metodología de canastos para recolección de insumos. Concertación sobre realización de encuentros de dialogo de saberes con la asistencia de representantes y agentes de salud comunitarios de las filiales de cada una de las organizaciones de la Subcomisión. |
| Dialogo | 2017-2018 | Alcance: Realización de encuentro de dialogo de saberes para identificación de necesidades en salud de los pueblos y comunidades indígenas y para la identificación de alternativas de solución Resultados: 13 encuentros de la recolección de insumos a través de la Organizaciones Indígenas (Resolución 6434 de 2016). Necesidades de salud de los pueblos y comunidades indígenas identificadas |
| Formulación | 2017-2018 | Alcance: Definición técnica, estructuración y formulación del documento preliminar del Capítulo Indígena Resultados: Documento preliminar del Capítulo Indígena |
| Validación, adecuación y concertación | 2018-2019 | Alcance: Revisión y socialización del documento, recolección de observaciones y sugerencias institucionales e interculturales. Resultados: Documento con validación técnica de áreas del Ministerio y de profesionales indígenas. Presentación y aprobación de la propuesta de Resolución de adopción del capítulo indígena por parte de la Subcomisión |
| Reglamentación y socialización | 2019-2020 | Alcance: Socialización de proyecto de resolución ante MPC para su aprobación. Reglamentación por parte del MSPS. Resultados: Aprobación de la propuesta de Resolución de adopción del capítulo indígena por parte de la MPC. Proyecto de resolución en trámite de revisión jurídica del MSPS |

Fuente: Elaboración propia con información del documento preliminar del capítulo indígena

*Siglas: MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social), MPC (Mesa Permanente de Concertación Indígena, SS (Subcomisión de salud de la MPC)

Como se evidencia en la tabla anterior, el despliegue amplio de participación se dio en la fase de diálogo, la cual se realizó a través de encuentros regionales con la participación de autoridades y/o líderes y especialistas de las comunidades o filiales de las organizaciones, en los que además se dio un cubrimiento representativo de los pueblos indígenas existentes en el país.

La metodología utilizada para los encuentros regionales fue el "diálogo de saberes"⁴ y se dispuso de tres momentos para su realización, así:

- Momento 1 - Identificar: Exploración de situaciones, desarmonía, conocimientos y experiencias.
- Momento 2 - Comprender: Análisis de los factores que inciden en las realidades de los pueblos y comunidades indígenas.
- Momento 3 - Responder: Re-significación o definición de elementos para la transformación de dichas realidades.

El desarrollo de cada momento se focalizó en la construcción de los "Canastos" en torno a las 10 dimensiones de PDSP y los 5 componentes del SISPI, así:

⁴ Intercambio de concepciones, ideas, experiencias y conocimientos y de construcción colectiva, teniendo en cuenta las particularidades culturales, los enfoques diferencial e intercultural y las consideraciones específicas hechas desde las diversas expresiones socioculturales de los representantes indígenas presentes (Documento preliminar capítulo para pueblos y comunidades indígenas del PDSP 2012-2021)



- Componente de Sabiduría Ancestral: Dimensiones de salud ambiental, convivencia social y salud mental, salud sexual y reproductiva y población vulnerable.
- Componente Político-Organizativo: Dimensiones de emergencias y desastres y fortalecimiento de la autoridad Sanitarias.
- Componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento: Dimensiones de soberanía alimentaria y nutricional y población vulnerables.
- Componente de administración y gestión: Dimensiones de salud y ámbito laboral y poblaciones vulnerables.
- Componente de cuidado de la salud propia e intercultural: Dimensiones de salud en condiciones de enfermedades trasmisibles, enfermedades no trasmisibles y poblaciones vulnerables.

Adicionalmente, se destinó un espacio para realizar un ejercicio de cartografía territorial en salud para la identificación de conflictos, lugares y prácticas en salud propia.

Por su parte, la estrategia de sistematización y análisis de la información cualitativa recolectada⁵ en los encuentros regionales incluyó la realización de un inventario de fuentes, la emisión de recomendaciones para la transcripción y digitalización de la información para garantizar la representación de las percepciones o discursos de las personas en los documentos de síntesis construidos (Relatorías).

El procesamiento y análisis de los datos se realizó teniendo como insumo los documentos producidos en cada sesión de trabajo utilizando una estrategia inductiva-deductiva. Se contó con un libro de códigos preestablecido, construido a partir de las dimensiones del PDSP y del SISPI y se realizó la lectura de los documentos para identificar los fragmentos más representativos y etiquetarlos de acuerdo con su contenido.

Inicialmente se realizó una codificación abierta que incluyó técnicas de la teoría fundamentada para identificar los temas relevantes y procesar los textos durante su revisión y etiquetamiento, tales como:

- a) La búsqueda de repeticiones temáticas dentro de los documentos.
- b) Las tipologías y clasificaciones locales (llamadas también indígenas por diferentes autores).
- c) Las metáforas y analogías.
- d) Las similitudes y diferencias.
- e) Los conectores lingüísticos.
- f) La identificación de palabras clave en contexto (KWIC en inglés).

Así mismo, se buscó hacer un acercamiento desde la perspectiva del análisis de esquemas culturales, tratando de identificar las teorías o modelos propios en torno a la salud de las diferentes comunidades indígenas. De manera posterior al procesamiento y análisis de la información cualitativa recolectada, se contrastó e integró con los resultados de las búsquedas en otras fuentes de información secundarias e institucionales.

5.2.2. Capítulo para el Pueblo Rrom

La formulación de este capítulo tuvo como referente de acción un proceso participativo, que permitiera a las organizaciones representativas del Pueblo Rrom expresar sus necesidades en salud y las alternativas

⁵ La información relacionada con la estrategia de análisis cualitativo fue tomada del documento "Producto final del contrato 786 de 2017"



para su superación, procurando el ejercicio de construcción de alternativas bajo una perspectiva de interculturalidad, teniendo en cuenta tanto sus concepciones de salud y enfermedad y sus prácticas tradicionales como la acción institucional desde el sistema de salud occidental⁶. De esta manera, se definieron las fases de aprestamiento, consulta para la recolección de insumos, formulación, validación, concertación y validación y reglamentación y socialización.

La construcción conjunta del capítulo implicó el desarrollo de acuerdos y de definiciones metodológicas entre el MSPS y los delegados de la Comisión Nacional de Diálogo, la cual fue creada mediante Decreto 2957 de 2010, como "el espacio de interlocución con el Estado colombiano y el grupo étnico Rom o Gitano" (Artículo 10).

Una vez concertada la metodología para la formulación del capítulo Pueblo Rrom, se procedió a avanzar conforme a lo estipulado en fase. A continuación se realiza una síntesis de los resultados en cada una de ellas.

Tabla 9. Resultados de la formulación del capítulo del Pueblo Rrom

| Fase | Año | Alcance / Resultado |
|--|-----------|--|
| Acuerdo de procesos | 2012 | Alcance: Definir los acuerdos sobre la formulación y concreción del componente diferencial para el pueblo Rrom del PDSP. Resultado: A partir del diálogo entre el MSPS y los representantes de este pueblo, se logró la definición del proceso a seguir y los referentes sobre los cuales se iba a desarrollar el capítulo |
| Consulta para la recolección de insumos | 2014 | Alcance: Realizar proceso de consulta con representantes de los Rrom para la identificación de las necesidades sentidas en salud. Recopilar y analizar la información disponible a nivel institucional y de otras fuentes, con relación a la situación de salud del Pueblo Rrom. Resultados: 11 encuentros regionales de dos (2) días de duración cada uno, entre enero y marzo de 2014 Necesidades de salud del pueblo Rrom identificadas. |
| | 2017 | 7 reuniones de trabajo con representantes y miembros de Kumpaño: Socialización de los resultados de los encuentros realizados en el 2014 y complemento de insumos para la construcción del componente del pueblo Rrom |
| Formulación | 2017-2018 | Alcance: Consolidar y analizar la información primaria recolectada en los diferentes eventos con las Kumpaño y la información de las fuentes secundarias institucionales y académicas, teniendo como referente el marco conceptual señalado en el PDSP. Resultados: Documento preliminar del Capítulo del Pueblo Rrom: consolidación y análisis de información primaria y secundaria, diagnóstico según dimensiones del PDSP. Definición de los objetivos y líneas estratégicas. |
| Validación | 2019 | Alcance: Validar lo incorporado en el documento preliminar con referentes técnicos de cada una de las dependencias del MSPS, según las dimensiones del PDSP y competencias asociadas. Resultados: Documento con validación técnica de áreas del Ministerio. |
| Fase de concertación y validación con el pueblo Rrom | 2017-2019 | Alcance: Socializar y validar las líneas estratégicas propuestas y los principales resultados del capítulo con la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom. Socializar y validar principales resultados del capítulo a través de 11 encuentros en cada Kumpania. Resultados: 2 Reuniones con la CND para socialización de propuesta de capítulo y recolección de aportes finales. 11 Encuentros de socialización y validación con los representantes y kumpaño del país |

⁶ La documentación de este proceso se realiza a partir de lo consignado en el documento preliminar del capítulo Rrom y en los documentos de trabajo del equipo que lideró la consolidación del capítulo. La contratista no dispone de la evidencia documental de los acuerdos establecidos en el marco de la consulta previa.



| | | |
|--------------------------------|------|---|
| | 2020 | Publicación del proyecto de resolución de adopción del capítulo y recepción de comentarios ciudadanos de la CND |
| Reglamentación y socialización | 2020 | Alcance: Expedir acto administrativo de adopción del capítulo para el Pueblo Rrom |
| | | Resultado: Proyecto de resolución en trámite de revisión jurídica del MSPS |

Fuente: Elaboración propia con información del documento preliminar del capítulo para el Pueblo Rrom

*Siglas: Inst (institucionales), Inst Part (Instancias de Participación), MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social), CND (Comisión Nacional de Diálogo). *Numeración actores comunitarios: 1. Sabanar larga, 2. Sahagún, 3. Sampués, 4. San Pelayo, 5. Tolima, 6. Pasto, 7. Cúcuta, 8. Envigado, 9. Bogotá (Prorrom), 10. Bogotá (Unión Romani), 11. Girón.

Como se evidencia en la tabla anterior, con corte a la fecha del presente documento se han surtido cinco de las seis fases establecidas, quedando pendiente la reglamentación y protocolización del capítulo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

La metodología de las mesas de trabajo en la fase de recolección de insumos consistió en promover un diálogo de saberes teniendo como organizadores las dimensiones del PDSP con el fin de validar y completar la información relacionada con la identificación y comprensión de la situación de salud de la Kumpania y con las respuestas requeridas para transformar las situaciones deseadas en salud, en concordancia con lo definido en la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. El diálogo de saberes se llevó a cabo en tres momentos a través de las siguientes preguntas orientadoras:

- Momento 1: Identificar: ¿Qué nos pasa hoy? - ¿Qué ha cambiado con respecto a lo identificado en 2014?.
- Momento 2: Comprender: ¿Por qué nos pasa?
- Momento 3: Responder: ¿Cuáles considera que serían las acciones para reparar, mantener y/o potenciar las situaciones planteadas?, ¿Cuáles consideran serían las acciones para resolver las situaciones planteadas en lo individual, lo familiar y lo comunitario?, ¿Quiénes podrían abordar estas acciones? Actores institucionales y comunitarios.

La información validada en estos encuentros fue incluida en la base de datos de insumos inicial y en el software N-Vivo.

Posteriormente, se realizó la lectura, interpretación y análisis de las narrativas recopiladas en la recolección de insumos (Necesidades sentidas) y de la información derivada de la revisión bibliográfica realizada para esta población con respecto a su contexto etnocultural, a través de una estrategia deductiva – inductiva y de técnicas de lectura como la búsqueda de repeticiones temáticas, de tipología y clasificaciones locales, de metáforas y analogías. Lo anterior contribuyó a la documentación de la situación de salud por dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

5.2.3. Capítulo para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

La formulación del capítulo para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras – NARP se realiza en el marco de la consulta previa según lo establecido por el Decreto 1372 de 2018⁷ y de acuerdo a lo concertado entre el MSPS y el Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP, espacio que designó a la

⁷ Decreto 1372 de 2018 por el cual se adiciona el Capítulo 4, al Título 1, de la Parte 5, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para regular el Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general, susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y Palenqueras, y se dictan otras disposiciones.



Comisión Tercera de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones, la cual hace parte integral del ENCP, como el espacio legítimo para la construcción del capítulo.

Así, el Ministerio inició el proceso de consulta previa definido en el Artículo 2.5.1.4.5. del Decreto 1372 de 2018 en cuatro etapas así: "(...)1. Preconsulta: En esta etapa se concretarán la ruta metodológica, las actividades, costos técnicos, operativos, logísticos y los cronogramas de los procesos de consulta previa; 2.Consulta previa: En esta etapa se abordará el estudio del proyecto de medidas legislativas o administrativas de carácter general, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas, en el marco del Convenio 169 de la OIT y la jurisprudencia constitucional; 3.Protocolización: En esta etapa se suscribirán los acuerdos y los puntos de desacuerdo respecto a los proyectos de medidas legislativas o administrativas de carácter general; y 4. Seguimiento: En esta etapa se verificará y evaluará el cumplimiento de los acuerdos que surjan de los diferentes procesos de consulta previa de medidas legislativas y administrativas de carácter general que afecten directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (...)"

En este orden de ideas, entre el 23 y el 27 de octubre de 2018, en sesión de trabajo entre el MSPS y la Comisión III, se concertó la ruta metodológica de la consulta finalizando la etapa de preconsulta y dando comienzo a las actividades de las siguientes etapas así⁸:

Tabla 10. Etapas de la Consulta Previa para la construcción del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública

| Etapa | Actividad |
|------------------------|--|
| Consulta previa | Desarrollo de 32 asambleas departamentales y 1 una distrital en Bogotá D.C. Para la recolección de insumos bajo la metodología técnica del Ministerio. |
| Protocolización | Análisis de los insumos recolectados en territorio para identificar las necesidades percibidas. |
| | Reunión de la Comisión III para concertación y articulación de consolidación de las propuestas para el espacio nacional. |
| | Presentación y socialización de las asambleas departamentales al Espacio Nacional de Consulta Previa y protocolización. |
| Seguimiento | Reunión de la Comisión III para concertación de seguimiento de la consulta previa. |
| | Socialización de la consulta previa en el territorio (Se realizarán siete (7) encuentros regionales para la socialización del capítulo de comunidades NARP del plan decenal de salud). |
| | Socialización de la consulta previa mediante material didáctico al territorio. |
| Equipo técnico | 5 profesionales especializados (académicos) y 3 sabedores ancestrales. |

Fuente: Estudios previos contratación profesionales de apoyo de las comunidades NARP

La concertación y aprobación de esta ruta metodológica contempló la contratación de un equipo técnico interdisciplinario para apoyar el desarrollo de las asambleas departamentales para la recolección de

⁸ Se tomó como referencia la información disponible en los estudios previos para la contratación de los profesionales de apoyo de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, para la realización de las asambleas departamentales.



insumos cualitativos sobre necesidades sentidas en salud. La información recolectada en las asambleas, serán insumo para la elaboración del componente de diagnóstico del capítulo de acuerdo a las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Para esto se realizó el proceso jurídico pertinente y se expidió la Resolución No. 2604 de 2019 “Por la cual se efectúa la asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social de la vigencia fiscal de 2019 para la recolección de insumos del capítulo afro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021” expedida por este Ministerio el 25 de septiembre de 2019. Las asambleas departamentales se realizarán a través de transferencia de recursos directa a las entidades territoriales de Antioquia, Casanare, Cundinamarca, Valle del Cauca y Magdalena.

En diciembre de 2020, se ejecutaron las asambleas de Cundinamarca y Bogotá lo que implica la realización de 29 asambleas más en el 2020, las cuales deberán ser acompañadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud de las entidades territoriales y el equipo técnico de profesionales de las comunidades NARP.

Sin embargo, dada la Declaratoria de Emergencia Sanitaria, emitida en la Resolución 385 de marzo de 2020 en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 debida al COVID-19 y ampliada la prórroga de la Emergencia Sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 31 de agosto de 2020 en la Resolución 844 del 26 de mayo de 2020, y teniendo en cuenta lo establecido en el comunicado del 16 de marzo de 2020 de este Ministerio, donde “... *Se limitan eventos masivos a 50 personas... con el propósito de controlar la progresión de la epidemia de COVID-19 en Colombia*”; las acciones conjuntas para avanzar en la ruta metodológica deberán continuar bajo la prudencia y mesura que implica lo expuesto.

A la fecha el Ministerio, se encuentra realizando el proceso contractual del equipo de trabajo de los sabedores y profesionales de las comunidades NARP, con el propósito de realizar conjuntamente la fase de alistamiento de las asambleas y la construcción de los acuerdos, con el fin de continuar los procesos de articulación y acompañamiento en el proceso conforme a lo establecido en la Resolución y sus lineamientos.

5.2.4. Capítulo para la población víctima de conflicto armado

La metodología para la formulación del capítulo para la población víctima del conflicto armado (VCA) fue concertada entre el MSPS y la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar un enfoque participativo. De esta manera, se definieron cuatro fases para su elaboración, las cuales incluyeron la fase de consulta, formulación, validación y concertación y reglamentación y socialización.

La formulación de este capítulo fue el resultado de un amplio proceso técnico y participativo que incluyó el diálogo con la población víctima del conflicto armado a través de sus líderes, lideresas y demás representantes en 30 encuentros departamentales, incluida la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado como instancia formal de representación de esta población⁹. A

⁹ Artículo 264 del Decreto 4800 del 2011. Mesas de participación: Son los espacios de trabajo temático y de participación efectiva de las víctimas, destinados para la discusión, interlocución, retroalimentación, capacitación y seguimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1448 de 2011.



continuación, se realiza la síntesis de los resultados y se presentan los actores involucrados en cada una de ellas.

Tabla 11. Resultados de la formulación del capítulo para la población VCA

| Fases | Año | Alcances/Resultados |
|---------------------------------------|------------------|---|
| Consulta | | Alcance: Realización de encuentros departamentales para la identificación de las necesidades percibidas en salud de esta población. Resultados: 30 encuentros departamentales que contaron con la participación de 1054 líderes y lideresas víctimas del conflicto armado con un promedio de 35 participantes por encuentro. Necesidades de salud de la población VCA identificadas |
| Formulación | | Alcance: Concretar una propuesta de respuesta integral a las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades que desde el campo de acción de la salud pública permiten avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud. Resultados: Documento preliminar del Capítulo de la población VCA: Análisis cuantitativo de los datos en salud gestionados a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO y análisis cualitativo de la información recolectada en la fase de consulta. Consolidación y síntesis de la evidencia que proviene de fuentes de información secundaria. Evaluación de necesidades normativas y percibidas en salud |
| Validación y concertación | 2019 | Alcance: Revisión y socialización del documento, recolección de observaciones y sugerencias institucionales y de la población VCA Resultados: Al interior del MSPS se revisó y ajustó la propuesta con las distintas áreas técnicas. Luego, durante el Plenario Nacional con la Mesa Nacional de Participación Efectiva desarrollado el 25 y el 26 de julio de 2017 y con la presentación final del capítulo realizada los días 11 y 12 de diciembre de 2018, se realizaron jornadas de revisión y fortalecimiento de los contenidos con los representantes de la población Víctima del Conflicto Armado. Para la validación ciudadana se realizó la publicación de la propuesta del capítulo en la página Web del Ministerio entre el 02 y el 17 de octubre del año 2019. |
| Reglamentación y socialización | 2019-2020 | Alcance: Socialización de proyecto de resolución ante la Mesa Nacional de Participación Efectiva de Víctimas. Reglamentación por parte del MSPS Resultados: Proyecto de resolución en trámite de revisión jurídica del MSPS |

Fuente: Elaboración propia con información del documento preliminar del capítulo para la población VCA

*Siglas: MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social), MNPEV (Mesa Nacional de Participación Efectiva de Víctimas)

Como se presenta en la tabla anterior, a la fecha se han surtido tres de las cuatro fases establecidas está pendiente la reglamentación del capítulo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a lo metodológico, la formulación del capítulo implicó la realización de encuentros departamentales en los cuales se identificaron las necesidades y expectativas legítimas de esta población en relación con su salud, así como el desarrollo de actividades de organización, reducción, análisis y triangulación de los datos e información generada y disponible sobre la población víctima del conflicto armado para integrarla de manera técnica en la construcción de una propuesta de capítulo específico para esta población. Se tuvo en cuenta además un enfoque interdisciplinario que consideró métodos y herramientas provenientes de la epidemiología, la salud pública, las ciencias sociales, la antropología y la sociología, entre otras áreas que contribuyeron a potencializar los contenidos del capítulo.



5.3 Otras experiencias de participación social

Adicional a los antecedentes de participación del PDSP 2012-2021, se revisaron otras experiencias que por su alcance, objetivo y estructura metodológica podrían aportar elementos al diseño del protocolo de participación para el PDSP 2022-2031. Las experiencias revisadas fueron las siguientes:

1. Actualización POS. Ministerio de Salud y Protección Social
2. Política Nacional de Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social
3. Acuerdo por lo superior. Ministerio de Educación
4. Plan Decenal Educación. Ministerio de Educación
5. Mujer Rural. Ministerio de Agricultura - Equidad de la Mujer
6. Ruta Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial. Agencia de Renovación del Territorio"
7. Plan Nacional de Desarrollo. Departamento Nacional de Planeación
8. Chile 30/30. Dirección de Planeamiento, Ministerio de Obras Públicas de Chile
9. O'Higgings Chile. Ministerio de Salud de Chile"

La revisión de estas experiencias que se resume en el Anexo 1 de este documento se sintetizaron en los siguientes aportes metodológicos:

- 1) Las estrategias flexibles permiten ajustarse a las dinámicas sociales cambiantes del proceso de participación
- 2) La disponibilidad de la información fortalece el principio de transparencia del proceso
- 3) Se utilizan instrumentos de recolección de información o instrumentos de consensos acorde a los objetivos y necesidades. Los primeros son más comunes en etapas de diagnóstico mientras los segundos son más comunes en ejercicio de deliberación.
- 4) La generación de foros de expertos transversales permite profundizar en dimensiones específicas del proceso de consulta
- 5) Un proceso iterativo fortalece el diálogo entre actores y la retroalimentación
- 6) La interacción entre actores involucrados va desde la consulta individual a través de encuestas hasta foros en los que participaban diferentes actores
- 7) Entre las estrategias de articulación de la discusión entre diferentes niveles, algunos modelos propusieron la inclusión de delegados en instancias locales hasta instancias nacionales
- 8) Las estrategias de comunicación y seguimiento permanente fortalecen el proceso de participación
- 9) Para garantizar la representatividad son necesarias estrategias activas de convocatoria a todos los grupos que deban involucrarse
- 10) El reconocimiento de autoridades locales facilita los procesos de participación
- 11) Los métodos y herramientas deben construirse acorde con los objetivos, la población y el contexto

5.4 Retos y oportunidades de la participación social en el PDSP 2022-2031

La participación social en salud no está exenta de retos que deben tenerse en cuenta para formular estrategias realistas y que establezcan expectativas plausibles para el público al que van dirigidas. El análisis de la situación de la participación social en salud en el país que presenta la resolución 2063 señala algunos de los retos y debilidades más importantes a tener en cuenta que puedan agruparse en tres categorías centrales: visión de la salud y la participación social, capacidades institucionales y espacios de participación.

- 1) Visión de la salud y la participación social



- La participación ha sido entendida como colaboración y no como derecho
- Desconocimiento del valor de la participación social en el fortalecimiento de la salud
- No hay dispositivos efectivos para que la participación se introduzca en todos los procesos de gestión de las políticas en salud
- La participación se limita a brindar información
- Se desconoce la autonomía de los territorios

2) Capacidades institucionales

- Ausencia de recursos técnicos, logísticos y humanos
- Baja coherencia entre lineamientos
- Insuficientes herramientas de planeación
- Desarticulación entre los procesos de participación social y los objetos de la gestión en salud.

3) Espacios de participación

- Los mecanismos de participación se perciben como espacios de baja incidencia que operan bajo lógicas clientelares
- No hay condiciones ni garantías materiales para la generación de estos espacios
- Los espacios están fragmentados
- No se cuenta con metodologías y dinámicas que fortalezcan los ejercicios de democracia deliberativa
- Hay bajo poder de convocatoria
- La participación de la comunidad responde a situaciones coyunturales

La mencionada resolución resume estas dificultades como: “La percepción generalizada es que la participación no ha tenido la importancia necesaria por parte de las administraciones departamentales y municipales, la participación es coyuntural y responde a intereses, la normatividad no permite una verdadera participación de la comunidad por falta de claridad, los líderes y las instituciones carecen de recursos para realizar y asistir a convocatorias”

Un análisis de procesos de participación social en salud en Bogotá entre el 2004 y el 2012 (Carmona-Moreno, 2017) señaló tres nudos problemáticos relacionados con: prevalencia de intereses personales sobre esfuerzos colectivos alrededor de la salud como un bien común, debilidades institucionales para garantizar los espacios de participación y carencias de liderazgo. En otros lugares del país como el Valle del Cauca (Delgado-Gallego & Vázquez-Navarrete, 2006) se ha destacado la falta de información sobre los mecanismos de participación, el temor de los usuarios a las represalias por parte de las instituciones de salud y la ausencia de un diálogo sostenido y abierto entre instituciones de salud y usuarios. Asimismo, se reconoce el trabajo organizado de las comunidades como una oportunidad para impulsar ejercicios de participación efectivos.

Un reto que se suma a los anteriormente mencionados es, sin lugar a duda, la emergencia sanitaria por la que atraviesa el mundo. El Covid-19 ha puesto a prueba los modelos de atención en salud y las estrategias de salud pública en todo el mundo exponiendo no solamente las dificultades de los sistemas de salud para asumir una crisis de tales proporciones sino también la manera en que las desigualdades sociales afectan directamente las condiciones de salud de las poblaciones. Esto se refleja en la manera en que



determinantes sociales como la pobreza, el entorno físico y la pertenencia racial y étnica han mostrado efectos considerables afectando desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables que por sus condiciones de vida tienen mayores dificultades para seguir las recomendaciones de distanciamiento físico necesarias para prevenir la transmisión del virus (Abrams & Szeffler, 2020).

En términos de participación social en salud, podemos sugerir que esta situación tiene tres efectos importantes que pueden ser simultáneamente retos y oportunidades: 1) pone sobre la agenda pública la discusión sobre salud pública y la manera en que determina nuestras vidas 2) expone la relación entre determinantes sociales y salud 3) demanda metodologías de participación acorde con las recomendaciones de distanciamiento físico cambiando las dinámicas de la interacción social para la participación. Bispo Juniro y Brito Morais (2020) sugiere que la participación comunitaria en tiempo de Covid-19 debe interconectar las necesidades urgentes de la emergencia, la exigencia de mejores condiciones de salud para todos y la demanda por una sociedad más justa.

No obstante, la formulación del PDSP 2022-2031 también parte de oportunidades destacables en materia de participación. Por un lado, la implementación de la Política de Participación Social en Salud ha fortalecido los espacios de participación en diferentes territorios. Con el liderazgo de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, se han promovido estrategias nacionales de participación incluyendo experiencias territoriales en Quindío, Santander, Caldas, Valle y Soacha (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Adicionalmente, la movilización social del PDSP vigente dejó valiosos aprendizajes que podrán ser retomados para futuras experiencias.

Por otro lado, la participación en salud se enmarca en un proceso de apertura democrática que coincide tanto con tendencias internacionales hacia el empoderamiento de la ciudadanía como con procesos de construcción de paz en el país. El acuerdo de paz entre el gobierno colombiano y la antigua guerrilla FARC-EP generó espacios participativos que buscaron fortalecer las relaciones de confianza entre las comunidades afectadas por el conflicto armado y la institucionalidad estatal, reformular desde los territorios las políticas de desarrollo con miras a un postconflicto sostenible (Fergusson et al., 2018) y generar acuerdos entre poblaciones tradicionalmente excluidas (López-Gómez & Hernández-Bello, 2018).



6. Propuesta metodológica de participación social, comunitaria y ciudadana para la formulación del PDSP 2022-2031

6.1 Objetivos

Objetivo General

Generar espacios de participación que garanticen la incidencia de la ciudadanía en la construcción colectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, a fin de fortalecer procesos de apropiación, sostenibilidad, legitimidad y colaboración en la formulación, implementación, evaluación y seguimiento del plan.

Siguiendo las recomendaciones de los manuales de buenas prácticas frente a desarrollar procesos de participación que inicien en etapas tempranas del proceso de planeación con estrategias que permitan la comunicación sostenida e iterativa, se propone implementar estrategias de participación en cada una de las etapas contempladas en la fase de formulación del PDSP 2022-2031. En consecuencia, se sugieren los siguientes objetivos de participación en cada una de las siguientes etapas

Diagnóstico:

- 1) Revisar colectivamente diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades
- 2) Revisar colectivamente el balance global del PDSP y las capacidades territoriales para el nuevo plan
- 3) Preparar insumos para la fase de definición técnica

Definición Técnica:

- 1) Construir desde el nivel local hacia el nivel nacional consensos sobre visión, retos, fortalezas y objetivos propuestos para el PDSP 2022-2031
- 2) Generar espacios de discusión amplia y profunda sobre los ejes centrales del PDSP 2022-2031
- 3) Generar recomendaciones para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031

Consulta y validación:

- 1) Diseñar e implementar una encuesta virtual que permita recoger opiniones y aportes sobre el PDSP 2022-2031

6.2 Orientaciones metodológicas

Teniendo como referentes el marco conceptual y metodológico, los documentos de recomendaciones y buenas prácticas y los antecedentes nacionales e internacionales de participación social se proponen las siguientes orientaciones metodológicas.

- 1) Generación de consensos y reconocimiento disensos: A fin de avanzar hacia un diálogo nacional alrededor del PDSP, se proponen abordajes metodológicos que, acorde a los objetivos específicos de cada etapa, permitan identificar los acuerdos y desacuerdos entre los diferentes actores involucrados en todos los niveles de participación.



- 2) **Coordinación y comunicación:** Se propone la coordinación y comunicación entre los diferentes niveles de participación mediante tres estrategias:
 - Que los resultados de participación en cada etapa (diagnóstico, definición técnica, consulta y validación) sean insumos para la siguiente etapa.
 - Que los productos de un nivel se conviertan en insumos para el siguiente nivel. Es decir, que los consensos y disensos que resulten del nivel local sean insumo para el proceso de participación en el nivel departamental y los consensos y disensos de este último serán insumo para el nivel regional y estos a su vez para las mesas temáticas nacionales.
 - Se elegirán delegados de cada nivel de participación (zonas, departamentos, regiones) para que participen en las instancias superiores y puedan dar continuidad al diálogo.
- 3) **Colaboración:** La propuesta de participación involucrará desde estrategias informativas a través de campañas de comunicación hasta espacios de deliberación en la etapa de definición técnica y espacios de consulta a través de una encuesta de amplia circulación. En los espacios de deliberación se sugiere una participación colaborativa en la que se faciliten espacios de interacción entre diferentes actores en los que puedan participar activamente en la toma de decisiones.
- 4) **Acceso abierto a la información:** Reconociendo que la participación social, comunitaria y ciudadana es una apuesta por la democracia, que fortalece la transparencia en los procesos de gobernanza y que sigue tendencias globales de acceso abierto a la información, se propone una estrategia amplia de comunicación del proceso de formulación del PDSP acompañada con un repositorio público de información. Este repositorio debería incluir los resultados de todo el proceso de participación incluyendo los resultados de cada una de las etapas.

Ilustración 5: Orientaciones metodológicas.

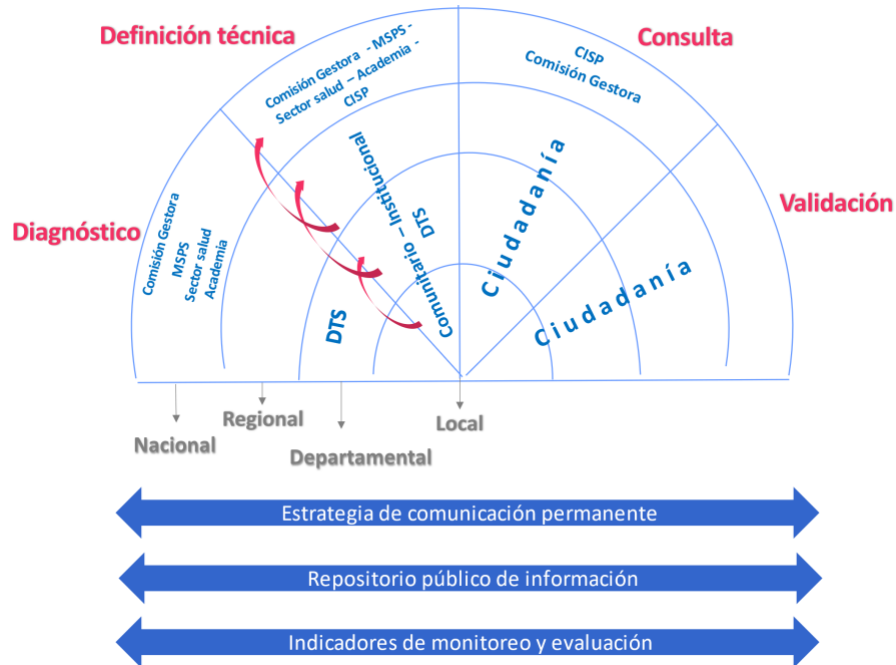


Fuente: elaboración propia



6.3 Modelo de participación social, comunitaria y ciudadana del PDSP 2022-2031

Ilustración 6: Modelo de participación social, comunitaria y ciudadana del PDSP 2022-2031. Elaboración propia.



En línea con los objetivos planteados, se propone un modelo de participación social que involucre a los actores interesados en los diferentes niveles territoriales y acompañe, a través de diferentes estrategias metodológicas, la formulación del PDSP desde la etapa diagnóstica hasta la etapa de validación.

6.4 Actores

Este modelo sigue la clasificación de actores propuesta por la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres que actualmente adelanta un proceso de caracterización de actores con las direcciones territoriales de salud que se espera sean insumo para el proceso participativo en la etapa diagnóstica. Esta oficina sugiere las siguientes categorías (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018):

- Sociedad Civil: asociaciones, comités, redes, ONGs, organización de mujeres.
- Sector privado: EPS-IPS
- Instituciones Públicas: alcaldía, Ente territorial, Concejo, IAS.
- Formas de participación: COPACOS, alianza, asociación, comité, consejo territorial, etc.

Criterios de selección o exclusión de actores:

La selección de los criterios de inclusión o de exclusión de actores es un proceso que reviste gran importancia en tanto es un factor que incide en la legitimidad del proceso y la garantía del derecho de la participación social. Al respecto, se recomienda tener en cuenta las características para definir los grupos de interés, establecidas por el Departamento Nacional de Planeación para procesos de producción



normativa (Departamento Nacional de Planeación, 2017, pág. 18), los cuales se señalan a continuación:

- Los afectados por la regulación
- Los que tienen que implementar la regulación
- Los que tienen un interés directo en la regulación
- Los que tienen el conocimiento y la experiencia para proponer estrategias y soluciones del tema a consultar.

Por su parte, dentro de los elementos a analizar para definir los criterios de exclusión, se recomienda tener en cuenta lo relacionado con la manifestación expresa por parte de los actores sobre los posibles conflictos de intereses a que haya lugar.

A partir de estos elementos, la definición de criterios de inclusión y exclusión podrían circunscribirse además, en los criterios utilizados para el mapeo de actores, referentes a: 1) Los intereses que movilizan a los actores en el proceso de formulación del PDSP 2022-2031; 2) Las expectativas; 3) Las capacidades o fortalezas y 4) La articulación o interacción con otros actores.

6.5 Participación social en la etapa de diagnóstico

6.5.1 Objetivos:

- 1) Revisar colectivamente el diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades
- 2) Revisar colectivamente el balance global del PDSP y las capacidades territoriales para el nuevo plan
- 3) Preparar insumos para la fase de definición técnica (Mapa de actores)

6.5.2 Métodos

A continuación se especifican los métodos propuestos para la recolección y análisis de información.

Encuesta Delphi

El manual metodológico de participación ciudadana del Ministerio de Salud y Protección Social (2016) recomienda el método Delphi como una de las opciones para procesos de consulta, entendida como los procesos participativos cuyo objetivo es “Conocer las preferencias, conceptos específicos, aporte de recomendaciones expertas desde las distintas disciplinas y campos profesionales que puedan aportar al esclarecimiento de una temática en el caso de la consulta o entrevista a expertos o de preferencias en el caso de consulta o sondeos de preferencias”. En línea con este objetivo, este manual define el método Delphi como un “proceso interactivo y dialéctico que recolecta sistemáticamente juicios de expertos sobre un problema complejo, a través de discusiones repetitivas que lleven a acuerdos o desacuerdos alrededor de un tema o temas específicos de consulta y deliberación.”

De manera más detallada, el método Delphi es un proceso estructurado de recolección de información a través de la aplicación de cuestionarios sucesivos canalizando la retroalimentación de los mismos a fin de identificar consensos y disensos (Hohman et al., 2018). Para ello se selecciona un grupo de expertos, ya sea porque son especialistas en una temática o porque conocen a profundidad una situación en tanto están directamente implicados en ella y se les pide que contesten una serie de cuestionarios sucesivos (Reguant-álvarez & Torrado-fonseca, 2016). Esta indagación se hace entre dos (Hohman et al., 2018) y cuatro rondas (Somerville, 2007) que inician con un cuestionario de exploración abierta y continúan con



un segundo y tercer cuestionarios cada uno basado en la consulta previa y con miras a acotar los resultados a partir del ejercicio de retroalimentación.

Este método permite el análisis de realidades complejas a través del conocimiento de expertos sobre situaciones actuales y escenarios futuros, funciona como proceso de aprendizaje tanto para quienes realizan la consulta como para los participantes que tienen la oportunidad de conocer la opinión de otros expertos y reflexionar sobre la propia y se adapta fácilmente a los tiempos y disponibilidad de los participantes (Landeta, 1999). La consulta temprana a expertos es una de las principales recomendaciones para el desarrollo de políticas públicas. En ese sentido, el método Delphi ofrece un proceso de consulta a expertos que permite explorar las diferentes posiciones con respecto a un tema, explorar soluciones alternativas y estimar la aceptabilidad de determinadas opciones en la construcción de políticas públicas (Marchau & van de Linde, 2016). Por esta razón se propone como método para la participación en la etapa de diagnóstico del PDSP 2022-2031.

Entre las principales características de este método están (Reguant-álvarez & Torrado-fonseca, 2016):

1. Proceso iterativo. Los participantes son consultados más de una vez y tienen tiempo de reflexionar sobre sus respuestas y las del grupo entre uno y otro cuestionario.
2. Anonimato. Si bien los participantes pueden conocerse entre sí, las respuestas al cuestionario son anónimas
3. Retroalimentación controlada. El grupo de investigación es el que analiza las respuestas y genera un nuevo cuestionario de modo que puede centrar la discusión en el objetivo de la investigación y garantizar que todas las posturas sean incluidas.
4. Respuesta estadística del grupo. Además del análisis cualitativo de las respuestas, se suele incluir información estadística básica, tales como medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana, moda, máximo, mínimo, desviación típica y cuartiles.

El desarrollo de este método puede definirse en los siguientes pasos (Reguant-álvarez & Torrado-fonseca, 2016):

- 1) de definición: definición del objetivo, identificación de las dimensiones a indagar, e identificación de posibles fuentes de información
- 2) conformación del grupo de informantes: definición de los perfiles de los informantes y ubicación y despliegue de invitaciones a participar.
- 3) ejecución de rondas de consulta: elaboración de un cuestionario inicial, análisis de la información, elaboración del segundo cuestionario y continuar el proceso hasta identificar consensos y disensos.
- 4) análisis de la información de la última ronda y elaboración de informe final para socializar con los participantes.

Siguiendo los principios de este método, se propone la aplicación de una encuesta que permita la revisión del diagnóstico situacional en salud y el balance del PDSP vigente mediante dos rondas en cuatro grupos de actores: referentes del Ministerio de Salud y Protección Social, academia, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, y Direcciones Territoriales de Salud departamentales y distritales.



Análisis de contenido

El análisis de contenido es un método de análisis de datos escritos, orales o visuales que permite reducir el volumen de información en códigos y categorías que describen los principales hallazgos. Así como otros métodos de análisis cualitativo, se basa en la codificación sistemática de la información, agrupación en categorías e identificación de patrones (Hsieh, H-F., & Shannon, 2005). Sin embargo, a diferencia de otros métodos como la teoría fundamentada, su énfasis está en el análisis e interpretación de los datos y no en la construcción de marcos teóricos (Cho & Lee, 2014). Adicionalmente, el análisis puede ser inductivo empleando un esquema de categorías previo o deductivo identificando categorías emergentes de los datos analizados. Siguiendo los parámetros de este método, se propone un análisis inductivo de los resultados de las preguntas abiertas de la encuesta mediante los siguientes pasos:

1) Esquema preliminar de códigos y categorías siguiendo las dimensiones a explorar:

Prioridades en salud pública

Indicadores a tener en cuenta con miras a la formulación del PDSP 2022-2031

Elementos del diseño estratégico del PDSP 2012-2021 que deben mantenerse

Elementos del diseño estratégico del PDSP 2012-2021 que deben replantearse

Elementos del diseño estratégico del PDSP 2012-2021 que deben eliminarse

Elementos del diseño estratégico del PDSP 2012-2021 que deben incluirse

Capacidades institucionales para la implementación del PDSP 2012-2021

- Talento humano
- Sistemas de información
- Autoridad sanitaria
- Organización y Gestión de la Salud Pública
- Tecnologías en Salud Pública

Principales logros en la implementación del PDSP 2012-2021

Principales fallas en la implementación del PDSP 2012-2021

2) Codificación inicial de los datos

3) Revisión y ajustes del esquema de codificación y agrupación en categorías

4) Finalización de la codificación

5) Interpretación de los resultados y generación de categorías por cada una de las dimensiones

6) Reporte cuantitativos de la frecuencia de categorías en número y porcentaje

Análisis estadístico

Para el análisis de preguntas cerradas, se propone un análisis estadístico descriptivo para establecer medidas de tendencia central y dispersión: media, mediana, moda, máximo, mínimo, desviación típica y cuartiles.

6.5.3 Fases metodológicas

Considerando los métodos propuestos, se sugieren las siguientes fases metodológicas



Fase 1: Alistamiento:

- Revisión final de objetivos de la etapa diagnóstica, dimensiones a indagar y preparación de documentos resumen del diagnóstico situacional de condiciones en salud y balance del PDSP 2012-2021
- Preparación del mensaje que se enviará a los participantes
- Rectificación de correos electrónicos

Fase 2: Ejecución de primera ronda de consulta

- Envío de encuesta y cuadro mapa de actores a DTS
- Recolección de respuestas

Fase 3: Análisis de resultados

- Análisis cualitativo de preguntas abiertas mediante análisis de contenido
- Análisis estadístico de preguntas cerradas
- Consolidación mapa de actores
- Generación segunda encuesta

Fase 4: Ejecución de segunda ronda de consulta

- Envío de encuesta
- Recolección de respuestas
- Análisis estadístico de preguntas cerradas
- Elaboración de informe final

Fase 5: Socialización de los resultados

6.5.4 Actores

Se proponen cuatro grupos de actores que por su conocimiento especializado en el tema o su implicación en la implementación del PDSP pueden contribuir significativamente a la etapa diagnóstica.

Nivel nacional

Entidades Adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social

N=7

Tabla 12. Entidades Adscritas MSPS Delphi

| | |
|--------|---|
| INS | Instituto Nacional de Salud |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos |
| SNS | Superintendencia Nacional de Salud |
| ADRES | Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| FNE | Fondo Nacional de Estupefacientes |
| CAC | Cuenta de Alto Costo |
| IETS | Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud |



Academia

Doctorados en Salud Pública o Doctorados en Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Pública¹⁰

N= 8

Tabla 13. Actores academia. Delphi

| | Programa | Institución |
|---|----------------------------|----------------------------------|
| 1 | Doctorado en Salud Pública | Universidad Nacional de Colombia |
| 2 | Doctorado en Salud Pública | Universidad de Antioquia |
| 3 | Doctorado en Salud Pública | Universidad CES |
| 4 | Doctorado en Salud Pública | Universidad del Bosque |
| 5 | Doctorado en Salud | Universidad del Valle |
| 6 | Doctorado en Salud | Universidad de Caldas |
| 7 | Doctorado en Salud | Universidad Surcolombiana |
| 8 | Doctorado en Salud | Universidad Antonio Nariño |

Sector salud

N= 53

ACEMI¹¹

Tabla 14. Actores sector salud. Delphi

| | Nombre eapb / et |
|---|---|
| 1 | ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. |
| 2 | ANASWAYUU EPS INDIGENA |
| 3 | ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I |
| 4 | ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI |
| 5 | ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ |
| 6 | ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S. |

¹⁰ Datos tomados del Sistema Nacional de Información de Educación Superior.

<https://hecaa.mineducacion.gov.co/consultaspublicas/programas>

¹¹ Base de datos de contacto en las EAPB de los referentes del proceso de Caracterización de la Población Afiliada



| | |
|----|--|
| 7 | ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD |
| 8 | ASOCIACION MUTUAL SER ESS EPS-S |
| 9 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO |
| 10 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA" |
| 11 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI |
| 12 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE HUILA - COMFAMILIAR HUILA |
| 13 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA |
| 14 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO" |
| 15 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE |
| 16 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO |
| 17 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO - COMFAORIENTE |
| 18 | CAPITAL SALUD EPS |
| 19 | CAPRESOCA EPS |
| 20 | COMFENALCO VALLE E.P.S. |
| 21 | COMPENSAR E.P.S. |
| 22 | COOMEVA E.P.S. S.A. |
| 23 | COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA |
| 24 | COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA - COOSALUD |
| 25 | DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIA NACIONAL |
| 26 | DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR |
| 27 | E.P.S. SANITAS S.A. |
| 28 | ECOPETROL |
| 29 | EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO MÉDICO |
| 30 | ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS |
| 31 | EPS CONVIDA |
| 32 | EPS FAMISANAR LTDA |
| 33 | EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A. |



| | |
|----|--|
| 34 | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A SURA EPS |
| 35 | FIDUPREVISORA - MAGISTERIO |
| 36 | FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA. |
| 37 | FUNDACIÓN SALUD MIA EPS |
| 38 | MALLAMAS |
| 39 | MEDIMAS |
| 40 | NUEVA EPS |
| 41 | PIJAOS SALUD EPSI |
| 42 | SALUD TOTAL S.A. E.P.S. |
| 43 | SAVIA SALUD EPS |
| 44 | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD UNIVERSIDAD DE CORDOBA |
| 45 | UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO |
| 46 | UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA |
| 47 | UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA |
| 48 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE |
| 49 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UNISALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA |
| 50 | UNIVERSIDAD DE CARTAGENA - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA |
| 51 | UNIVERSIDAD DE NARIÑO - FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD UNIVERSIDAD DE NARIÑO |
| 52 | UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER - CAPRUIS |
| 53 | UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA - UPTC |

Nivel Departamental y Distrital

Direcciones Territoriales de Salud Departamentales y Distritales¹²

N= 33

Tabla 15. DTS. Delphi

¹² Datos tomados de Directorio del Grupo de Planeación en Salud Pública de la Dirección de Epidemiología y Demografía.



| No | DEPARTAMENTO / DISTRITO | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO |
|----|----------------------------|-------------------------------|---|
| 1 | Amazonas | Ivone María Delgado Velázquez | Secretaria de salud |
| 2 | Antioquia | Lina María Bustamante | Secretaria de salud |
| 3 | Arauca | Edgar Contreras | Secretario de salud |
| 4 | Atlántico | Alma Solano Sánchez | Secretaria de salud |
| 5 | Bogotá | Alejandro Gómez | Secretario de salud |
| 6 | Bolívar | Álvaro González | Secretario de salud |
| 7 | Boyacá | Jairo Santoyi | Secretario de Salud Departamental |
| 8 | Caldas | Jimena Aristizábal López | Secretaria de Salud |
| 9 | Caquetá | Lilibeth Galvan | Secretaria de Salud |
| 10 | Casanare | Yenny Fernanda Díaz Barinas | Secretaria de Salud |
| 11 | Cauca | Natalia Elisa Mesa Ángel | Secretaria de Salud Departamental |
| 12 | Cesar | Hernan Baquero Rodríguez | Secretario de Salud Departamental |
| 13 | Chocó | Carlos Tirso Murillo Hurtado | Secretario Departamental de Salud |
| 14 | Córdoba | Walter Hernán Gómez Reyes | Secretario de Desarrollo de la Salud del Departamento |
| 15 | Cundinamarca | Gilberto Álvarez | Secretario de Salud Departamental |



| | | | |
|----|--------------------|-------------------------------|--|
| 16 | Guainía | Eliana Peña | Secretaria de Salud Departamental |
| 17 | Guaviare | Tatiana Parra | Secretaria de Salud Departamental |
| 18 | La Guajira | Julio Saenz | Secretario de Salud Departamental |
| 19 | Huila | Claudia Helena Ruiz Jaramillo | Secretaria de Salud Departamental |
| 20 | Magdalena | Jorge Bernal | Secretario de Salud Departamental |
| 21 | Meta | Jorge Cruz | Secretario Departamental de Salud |
| 22 | Nariño | Diana Paola Rocero | Directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño |
| 23 | Norte de Santander | Carlos Arturo Martínez García | Secretario Instituto Departamental de Salud |
| 24 | Putumayo | Jorge Molina | Secretario de Salud Departamental |
| 25 | Quindío | Yenni Trujillo | Secretaria de Salud Departamental |
| 26 | Risaralda | Javier Dario Marulanda | Secretario de Salud Departamental |
| 27 | San Andres | Julian Davis Robinson | Secretario de salud |
| 28 | Santander | Maria Eugenia Triana | Secretaria de Salud Departamental |
| 29 | Sucre | Patricia Rocío Chica | Secretaria de Salud Departamental |
| 30 | Tolima | Carolina Guaya | Secretaria de Salud Departamental |
| 31 | Valle del Cauca | María Cristina Lesmes | Secretaria Departamental de Salud |



| | | | |
|----|---------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 32 | Vichada | Margarita María Guerra Mendoza | Secretaria de Salud Departamental |
| 33 | Vaupes | María Cristina Bonilla Cepeda | Secretaria de Salud Departamental |

Cada uno de los actores (MSPS, academia, DTS, actores sector salud) será analizado como un grupo independiente, aunque los objetivos y las dimensiones a explorar serán las mismas para todos ellos.

6.6 Participación social en la etapa de definición técnica

6.6.1 Objetivos:

- 1) Construir desde el nivel local hacia el nivel nacional consensos sobre visión, retos, fortalezas y objetivos propuestos para el PDSP 2022-2031
- 2) Generar espacios de discusión amplia y profunda sobre los ejes centrales del PDSP 2022-2031
- 3) Generar recomendaciones para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031

5.6.2 Métodos:

A continuación se especifican los métodos sugeridos de recolección y de análisis de información.

World Cafe o Café del Mundo

El manual metodológico de participación ciudadana (Minsalud, 2016) recomienda el método de World Café para la generación de diálogos constructivos y deliberativos y lo define como: “un proceso de conversación estructurado que facilita la discusión profunda para la construcción de nuevo conocimiento, sabiduría colectiva, de un gran grupo de personas (desde 20 hasta incluso miles), donde todos y cada uno a través de la conversación en torno a una serie de preguntas predeterminadas ponen en común su opinión, experiencia y conocimiento, así como escucha a los otros participantes”

Este método permite la exploración y discusión de temas específicos en grupos amplios y heterogéneos permitiendo a los participantes involucrarse en diálogos constructivos, conectarse personalmente con otros y aprender mutuamente (Löhr et al., 2020). Para ello, los desarrolladores de este método establecen siete principios (Schieffer et al., 2004):

- 1) Establecer y aclarar el contexto en el cual tiene lugar la conversación de manera que los participantes entiendan para qué y por qué están siendo convocados
- 2) Crear un ambiente amigable
- 3) Explorar preguntas significativas
- 4) Animar la participación de todos y todas
- 5) polinizar transversalmente las conversaciones y conectar diferentes perspectivas
- 6) Escucha colectiva para identificar patrones, nuevas ideas y preguntas
- 7) recoger y compartir nuevos hallazgos

El café del mundo se adapta a diferentes escenarios y ha demostrado ser de gran utilidad como método participativo en procesos de planeación y en estrategias de priorización en atención primaria en salud en diferentes países (Macfarlane et al., 2017). Para el desarrollo de este método se requiere establecer una



temática clara, generar de tres a cinco preguntas orientadoras, subdividir el grupo en mesas e pequeños, asignar a cada grupo una pregunta, cada grupo debe discutir una pregunta y después de 20 o 30 minutos cada participante debe rotar a otra mesa hasta que todos los participantes puedan discutir todas las preguntas, y cerrar con una plenaria final (Arivanathan, 2015). Se proponen las siguientes preguntas orientadoras para el desarrollo de cada sesión:

- 1) ¿Cuáles son nuestros retos y desafíos en salud pública?
- 2) ¿Cuáles son nuestras capacidades y fortalezas en salud pública?
- 3) ¿Qué visión tenemos de la salud pública a 2031?
- 4) ¿Cuáles deberían ser los objetivos del PDSP 2022-2031? (Se propone canalizar la discusión hacia cuatro objetivos y ordenarlos según prioridad)

Este método ha sido también explorado en entornos virtuales y se ha concluido que permite la interacción significativa de un amplio número de personas en diversos puntos geográficos a un bajo costo. Adicionalmente, está disponible la tecnología necesaria para llevarlo. No obstante, se hacen las siguientes recomendaciones (Faye Gilson, 2015):

- 1) Planear y elaborar las preguntas
- 2) Entrenarse en el método Café del Mundo presencial antes de hacerlo virtualmente
- 3) Asegurar un número suficiente de participantes
- 4) Establecer expectativas realistas
- 5) Permitir que los participantes se familiaricen con la tecnología
- 6) Entrenar a los coordinadores de mesa
- 7) Ofrecer un ambiente virtual amable en el que cada participante pueda presentarse
- 8) Identificar la mejor plataforma para el encuentro
- 9) Familiarizarse con la interfaz
- 10) Usar gráficos
- 11) Establecer una agenda realista

La emergencia sanitaria por la que atraviesa el mundo hace aún más pertinente la aplicación de estos métodos por medios virtuales. Por un lado, esta opción garantiza la seguridad de los participantes y por otro el impulso de tecnologías digitales durante la emergencia podría predecir una acogida aceptable de estas tecnologías por parte de los participantes. En la actualidad, el 53% de los hogares colombianos cuentan con conectividad a internet, el en Ministerio de TIC instaló en el 2019 1.000 Zonas Digitales Rurales en 381 municipios del país y está implementando 'Centros digitales' para llevar servicio de internet gratuito a 10.000 comunidades rurales (“Ministra de TIC hace balance de la conectividad durante la pandemia,” 2020). No obstante, las desigualdades sociales en el acceso a las TICs comunicación se mantienen. Teniendo en cuenta este escenario, es posible plantear una estrategia de participación nacional mixta que aproveche los avances en materia de conectividad, pero ofrezca opciones de participación presenciales para las comunidades con mayores dificultades en el acceso a internet.

Foros temáticos

Los foros temáticos adoptarán el método de presentación magistral y diálogo deliberativo sugerido por el manual metodológico de participación ciudadana del Ministerios de Salud y Protección Social (2016) definido como: “una técnica que permite reunir la evidencia con las visiones, experiencias y conocimientos teórico y empírico para el tema en discusión, su objetivo es respaldar la discusión completa de las



consideraciones relevantes sobre un asunto de alta prioridad con el fin de informar la toma de decisiones en políticas y otro tipo de acción”

Una vez culminados los ejercicios de participación en los niveles de zonas, departamentos/distritos, y regiones. Se proponen una serie de foros temáticas nacionales, uno por cada eje central del PDSP (por ejemplo, dimensiones). Estos foros se desarrollarían en jornadas de un día con presentaciones de tres expertos en horas de la mañana y una mesa de diálogo en la tarde con participación de actores del MSPS, representantes de las EAPB, representantes de IPS, asociaciones de usuarios y academia. Estas mesas serán abiertas al público.

Taller experiencial con niñas, niños y adolescentes

La guía para la promoción y la garantía de la participación de niñas, niños y adolescente (NNA) del Instituto Colombia de Bienestar Familiar sugiere una serie de abordajes metodológicos para trabajar con NNA en procesos participativos en diferentes ámbitos y niveles, incluyendo la deliberación en asuntos de gestión pública. Siguiendo las recomendaciones de esta guía, se propone un taller experiencial que explore las siguientes preguntas:

- ¿Qué me hace sentir bien y saludable?
- ¿Qué no me hace sentir bien y saludable?
- ¿Cómo me gustaría que fuera mi entorno para sentirme bien y saludable?

Para ello se propone una alianza con el Ministerio de Educación para implementar el taller en Instituciones Educativas a un estimado de 30 NNA por institución en 2 instituciones educativas por cada una de las 8 regiones.

Análisis de contenido

Para el análisis de la información derivada de los Cafés del Mundo, así como el taller experiencial para NNA, se sugiere el método de análisis de contenido siguiendo los criterios descritos en la sección anterior.

Se proponen los siguientes pasos de análisis de contenido inductivo:

1) Esquema preliminar de códigos y categorías siguiendo las dimensiones a explorar:

Retos y desafíos

Capacidades y fortalezas

Visión de la salud pública a 2031

Objetivos propuestos para el PDSP

2) Codificación inicial de los datos

3) Revisión y ajustes del esquema de codificación y agrupación en categorías

4) Finalización de la codificación

5) Interpretación de los resultados y generación de categorías por cada uno de los Ejes centrales del PDSP. Por ejemplo, dimensiones.

6) Reporte de cada una de las categorías

A partir del análisis de contenido, se generará una matriz de respuestas a las preguntas orientadoras sobre retos y desafíos, capacidades y fortalezas y objetivos propuestos en la que respuestas idénticas o similares



se identificarán en una misma categoría organizadas según su frecuencia. Es decir, si una respuesta a la pregunta sobre retos y desafíos en el consenso de una zona es idéntica o similar a una respuesta en los consensos de otra zona su frecuencia será dos, si es idéntica o similar a las respuestas en los consensos (Abitbol, 2018). Esta matriz organizada según la frecuencia de las respuestas en la que las respuestas de mayor frecuencia estarán en los primeros lugares luego se analizará a la luz de los ejes centrales del PDSP 2022-2031 establecidos en el producto de revisión sistemática (ordenadores o dimensiones) a fin de identificar las respuestas que contribuyen al análisis de cada uno de los ejes.

Se sugiere complementar con un recuento Borda simple el análisis de priorización de objetivos (Abitbol, 2018)

Este análisis se realizaría en tres cortes:

- 1) Consolidación de consensos y disensos de cada zona
- 2) Análisis de los resultados de los consensos de las zonas de cada departamento para un informe por departamento
- 3) Análisis de los resultados de la participación de los departamentos de cada región para un informe por región

El análisis del taller experiencial NNA se hará mediante el método de análisis de contenido a partir de las cuatro preguntas orientadoras del taller.

El análisis de los foros temático se hará como reporte de conclusiones para las presentaciones magistrales de expertos y como análisis de contenido para las sesiones deliberativas de la tarde.

5.6.3 Fases metodológicas

Considerando los métodos propuestos, se sugieren las siguientes fases metodológicas:

Fase 1 alistamiento:

- Revisión final de objetivos de la etapa de definición técnica, dimensiones a indagar y preparación de documentos resumen del diagnóstico situacional de condiciones en salud y balance del PDSP 2012-2021 y resumen de resultados de la etapa diagnóstica.
- Definir estrategia de comunicación
- Consolidación de mapa de actores por zona y departamento

Fase 2 proceso de participación a nivel de zonas

- Convocatoria
- Envío de insumos a participantes
- Desarrollo de sesiones de Café del Mundo
- Publicación de consensos y disensos por zona
- Análisis transversal de consensos y disensos mediante análisis de contenido y semaforización
- Taller Experiencial NNA
- Análisis talleres con NNA
- Consolidación de informe

Fase 3 proceso de participación a nivel departamental y distrital

- Convocatoria
- Envío de insumos a participantes



- Desarrollo de sesiones de Café del Mundo
- Publicación de consensos y disensos
- Análisis transversal de consensos y disensos mediante análisis de contenido y semaforización
- Consolidación de informe

Fase 4 proceso de participación a nivel regional

- Convocatoria
- Envío de insumos a participantes
- Desarrollo de sesiones de Café del Mundo
- Publicación de consensos y disensos
- Análisis transversal de consensos y disensos mediante análisis de contenido y semaforización
- Consolidación de informe

Fase 5 Mesas temáticas

- Convocatoria a invitados a presentaciones magistrales
- Coordinación de mesas
- Convocatoria invitados sesiones deliberativas
- Análisis de conclusiones
- Consolidación de informe

Fase 6: Elaboración de informe final

5.6.4 Actores

1) Café del Mundo

1 sesión presencial por zona, 166 zonas, máx 40 participantes por sesión

1 sesión virtual por zona, 166 zonas, máx 40 participantes por sesión

1 sesión presencial en Bogotá D.C, máx 40 participantes por sesión

1 sesión virtual en Bogotá D.C, máx 40 participantes por sesión

1 sesión presencial por cada uno de los 32 departamentos máx 40 participantes por sesión

1 sesión virtual por cada una de las 8 regiones

Actores a convocar:

Tabla 16. Actores participación etapa definición técnica

| |
|------------------------------------|
| Direcciones Territoriales de Salud |
| Representantes IPS - EAPB |
| COPACO |
| CTSSS |
| Comité Territorial de Planeación |
| Personería |
| Veedurías |



| |
|---|
| Asociaciones de trabajadores |
| Asociaciones de usuarios |
| Comités de ética |
| Comités de vigilancia |
| Organizaciones sociales autónomas |
| Red comunitaria |
| Red de acciones en salud pública |
| Ciudadanía participante en el PIC |
| Colectivos de mujeres y de economía del cuidado |
| Consejo municipal de discapacidad (representantes diferentes tipos) |
| Adultos mayores |
| Consejos de juventud |
| Grupos étnicos (indígenas, NARP, Rrom) |
| Población LGBTIQ |
| Organizaciones de víctimas del conflicto armado |
| Ex-combatientes |
| Organizaciones campesinas |
| Representantes de migrantes |
| Representantes de regímenes de excepción |
| Ciudadanía general interesada en participar |

2) Taller experiencial NNA

Construyendo sobre la experiencia anterior del PDSP 2012-2021, este taller se desarrollará en por lo menos dos municipios de cada una de las regiones contempladas en el plan. Se convocará a grupos de NNA de la mayor diversidad posible en cuanto a:

- Curso de vida
- Género
- Territorio Urbano - Rural
- Etnia
- Población dispersa
- Condición de Discapacidad

3) Foros temáticos

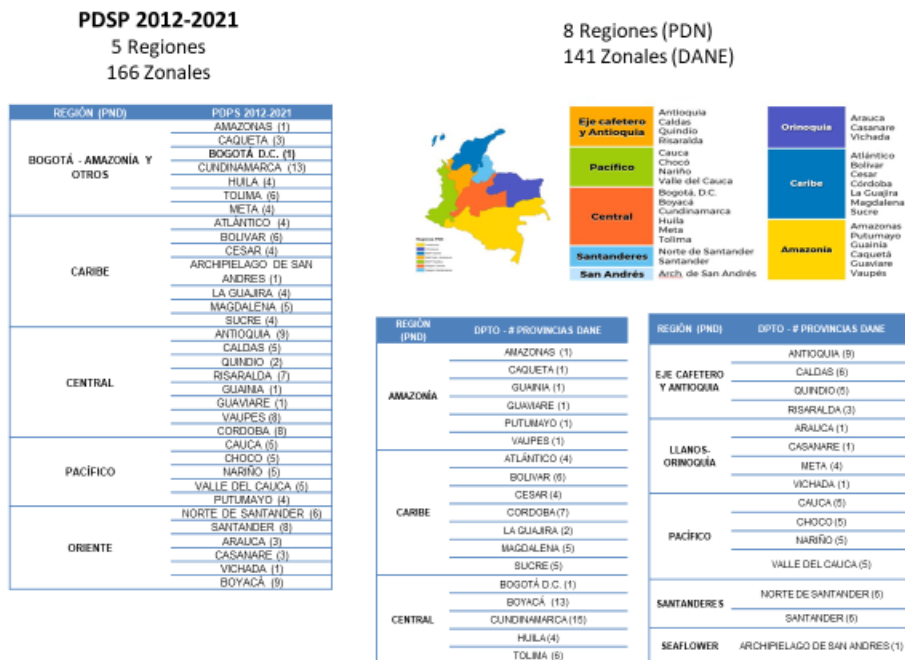


- 3 expertos en cada uno de los ejes centrales (por ejemplo, dimensiones) definidos para el PDSP 2022-2031. Uno de ellos del MSPS
- Comisión de sabios
- Referentes temáticos del MSPS
- Representantes de las EAPB
- Representantes de IPS
- Asociaciones de usuarios
- Docentes, estudiantes e investigadores en salud pública

6.6.5 Zonificación para el proceso participativo en el nivel local

El PDSP 2012-2021 se basó, con algunos ajustes, en la zonificación del DANE para el desarrollo de la participación en el nivel local. Esta zonificación establece provincias cuyos municipios pertenecen a un solo departamento a diferencia de otras propuestas de subregionalización nacional (DNP, ICBF, CONPES) que establecen algunas subregiones que incluyen municipios de dos o más departamentos. Dado que la presente propuesta sugiere la coordinación y comunicación del proceso participativo desde el nivel local o de zonas hacia el nivel departamental y regional, se sugiere mantener la zonificación adoptada por el PDSP vigente que, acorde a la revisión de la información disponible del plan, no obtuvo observaciones que sugieran nuevos lineamientos. Para el nivel de regiones, se sugiere seguir las regiones propuestas por del DNP a fin de armonizar el PDSP con procesos amplios de planeación del país y fortalecer los acuerdos regionales.

Ilustración 18. Regiones y zonas



Fuente: Elaboración propia



Tabla 17. Departamentos por región y número de zonas

| Región | Departamento | Zonas |
|---------------------|--|-------|
| Región Eje Cafetero | Antioquia | 9 |
| | Caldas | 5 |
| | Risaralda | 3 |
| | Quindío | 2 |
| Región pacífico | Valle del Cauca | 5 |
| | Cauca | 5 |
| | Nariño | 5 |
| | Chocó | 5 |
| Central | Bogotá | 20 |
| | Boyacá | 9 |
| | Cundinamarca | 13 |
| | Huila | 4 |
| | Meta | 4 |
| | Tolima | 6 |
| Santanderes | Santander | 8 |
| | Norte de Santander | 6 |
| Orinoquía | Arauca | 3 |
| | Casanare | 3 |
| | Vichada | 1 |
| San Andrés | Archipiélago de San Andrés y Providencia | 1 |
| Caribe | La Guajira | 4 |
| | Cesar | 4 |
| | Magdalena | 5 |
| | Atlántico | 5 |
| | Bolívar | 6 |
| | Sucre | 4 |
| | Córdoba | 8 |
| Amazonía | Guainía | 1 |
| | Putumayo | 4 |
| | Amazonas | 1 |
| | Caquetá | 3 |
| | Guaviare | 1 |
| | Vaupés | 1 |

Fuente: Elaboración propia a partir de Archivo PDSP 2012-2021

6.7 Participación social en las etapas de consulta y validación

6.7.1 Objetivo

- 1) Socializar la primera versión del PDSP 2022-2031
- 2) Diseñar e implementar una encuesta virtual que permita recoger opiniones y aportes finales sobre el PDSP 2022-2031

6.7.2 Métodos

Encuesta virtual

El manual metodológico de participación ciudadana (Minsalud, 2016) define la encuesta como “una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos. A través de las encuestas se pueden conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los



ciudadanos. Se realizan una serie de preguntas sobre uno o varios temas a una muestra de personas seleccionadas siguiendo una serie de reglas científicas que hacen que esa muestra sea, en su conjunto, representativa de la población general”

Para esta etapa del proceso de participación se propone una encuesta virtual que permita conocer las opiniones y propuestas de la población residente en Colombia y de Colombianas y Colombianos en el exterior sobre el PDSP 2022-2031. El fortalecimiento de las TICs ha posicionado las encuestas virtuales como un método factible y fiable en procesos de consulta e investigación. No obstante, como cualquier otro método tiene ventajas y desventajas que deben tenerse en cuenta (Rocco & Oliari, 2007):

Ventajas:

- Permiten recolectar gran cantidad de información en poco tiempo y a bajo costo
- Las respuestas pueden ser directamente importadas a archivos de Excel o SPSS disminuyendo los tiempos y costos de procesamiento así como los errores en el mismo
- El diseño de los cuestionarios online permite la utilización de material audiovisual que en podría implicar mayores tasas de respuesta
- Si bien el acceso desigual a internet puede comprometer la representatividad de la encuesta, es un medio de comunicación cada vez más difundido que permite acceder a poblaciones que no podrían entrevistarse de manera presencial
- El carácter anónimo de la encuesta web puede promover la espontaneidad de las respuestas

Desventajas

- Puede haber un sesgo muestral dado que el universo de estudio es más amplio que la población con acceso a internet
- Dada la ausencia de una persona que aplique el cuestionario, el diseño de este requiere de sumo cuidado
- El cuestionario debe ser más corto que uno aplicado presencialmente
- La diferencia en la tasa de respuesta entre una encuesta presencial y una virtual aún no es clara

Dado que esta encuesta estaría precedida por otros métodos de participación (encuesta Delphi, Café del mundo en los diferentes niveles territoriales, taller experiencial de NNA, y mesas temáticas nacionales) que buscarán garantizar la representación de los diferentes grupos poblacionales y que el tiempo para la etapa de consulta es limitado, se considera que la encuesta virtual es una opción recomendable para esta etapa.

Diseño

El diseño de la encuesta dependerá de los resultados de la etapa de definición técnica que determinarán los elementos centrales que deben ponerse a consideración de la ciudadanía.

Muestreo

Como es usual en las encuestas virtuales, se plantea un muestreo no-probabilístico por auto-selección también llamada muestra voluntaria o por conveniencia. Esta modalidad incluye a quienes deciden participar de la encuesta sin ser seleccionados por los investigadores como parte de una muestra probabilística aleatoria. A diferencia de los muestreos probabilístico, se desconoce la probabilidad de cada individuo de ser parte de la encuesta. A pesar de estas salvedades que pueden afectar la representatividad



de la muestra, el muestreo por auto-selección garantiza el principio de voluntariedad en la participación consignado en la política de participación social en salud.

Adicionalmente, se sugiere que esta encuesta esté respaldada por una amplia estrategia de comunicación mediante redes sociales y medios masivos de comunicación en alianza con programas académicos de salud pública y Direcciones Territoriales de Salud que dinamicen la encuesta en las diferentes regiones de país.

Como método de análisis de información se sugiere un análisis estadístico descriptivo.

Foros de participación y socialización

Se proponen 1 foro de socialización y participación con los referentes temáticos del MSPS y 8 foros regionales en el que se convoquen a todos los actores invitados e involucrados en el proceso de participación de la etapa de diagnóstico y definición técnica para socializar una versión inicial del PDSP y recibir aportes finales.

6.7.3 Actores

Actores involucrados en los procesos de participación de las etapas de diagnóstico y definición técnica

Actores interesados en participar en la etapa de consulta y validación

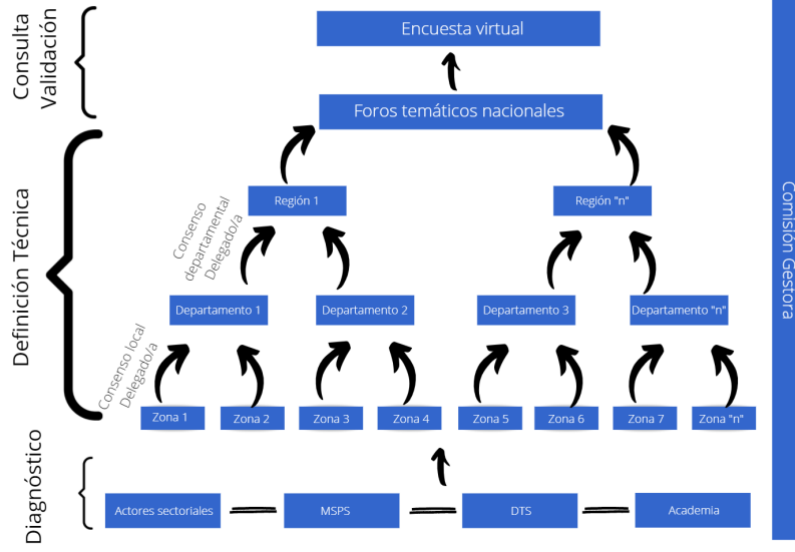
Población residente en Colombia y Colombianas y Colombianos en el exterior

6.7.4 Fases metodología

- 1) Diseño de los objetivos de la encuesta y el cuestionario a partir de los resultados de la etapa de definición técnica: selección de variables, diseño de preguntas, redacción y corrección
- 2) Prueba piloto del cuestionario
- 3) Retroalimentación y corrección del cuestionario
- 4) publicación del cuestionario en sitio web
- 5) Difusión de la encuesta mediante correos electrónicos, redes sociales y medios de comunicación
- 6) Cierre de la encuesta
- 7) Procesamiento de datos
- 8) Análisis estadístico
- 9) Reporte de conclusiones

6.8 Articulación entre etapas y niveles de participación

Ilustración 6. Articulación entre etapas y niveles de participación



Fuente: elaboración propia

6.10 Síntesis metodológica

Tabla 18. Cuadro sintético



| Etapas | Objetivo | Insumos base | Actores | Métodos | Productos |
|------------------------------|---|--|---|--|--|
| Diagnóstico | 1) Revisar colectivamente diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades 2) Revisar colectivamente el balance global del PDSP y las capacidades territoriales para el nuevo plan 3) Preparar insumos para la fase de definición técnica | - Diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades - Implementación, seguimiento y evaluación de los resultados del PDSP 2012 – 2021 - Mapa de actores de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres | Nivel nacional - Entidades Adscritas MSPS - Academia - ACEMI Nivel departamental - Direcciones territoriales de salud departamental y distrital | Encuesta Delphi Análisis de contenido Análisis estadístico 2,5 meses | - Documento de revisión de diagnóstico situacional de condiciones de salud - Documento de análisis sobre PDSP vigente y perspectivas para el PDSP 2022-2031 - Documento con insumos preparatorios para la fase de definición técnica - Mapa de actores por departamentos |
| Definición técnica | 1) Construir desde el nivel local hacia el nivel nacional consensos sobre visión, retos, fortalezas y objetivos propuestos para el PDSP 2022-2031 2) Generar espacios de discusión amplia y profunda sobre los ejes centrales del PDSP 2022-2031 3) Generar recomendaciones para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 | - Documento de revisión de diagnóstico situacional de condiciones de salud - Documento de análisis sobre PDSP - Mapas de actores Nota: - Documento de consenso de cada nivel se convertirá en insumo del siguiente nivel | Nivel local, departamental y regional Actores comunitarios, actores institucionales, NNA Nivel nacional Comisión intersectorial de salud pública Foros temáticos: MSPS, actores del sector salud, actores intersectoriales, academia | Café del Mundo Taller experiencial con niñas, niños y adolescentes Foros temáticos Análisis de contenido Conteo Borda 6 meses | Documentos de consensos y disensos público sobre visión de la salud pública Documento de análisis sobre retos y desafíos y capacidades y fortalezas en salud pública desde los territorios Análisis de objetivos propuestos para el PDSP 2022-2031 Reporte de análisis y conclusiones de foros temáticos Documento con insumos preparatorios para el diseño de la encuesta virtual |
| Consulta y Validación | 1) Diseñar e implementar una encuesta virtual que permita recoger opiniones y aportes sobre el PDSP 2022-2031 | Documentos de consensos y disensos público sobre visión de la salud pública Documento de análisis sobre retos y desafíos y capacidades y fortalezas en salud pública desde los territorios. Primera versión del PDSP 2022-2031 | Actores involucrados en los procesos de participación de las etapas de diagnóstico y definición técnica Actores interesados en participar en la etapa de consulta y validación Población residente en Colombia y Colombianas y Colombianos en el exterior | Encuesta virtual Foros de socialización y participación Análisis estadístico 4 meses | Documento de análisis de respuestas Consolidado de aportes finales |

Fuente: elaboración propia



7. Referencias

- Abitbol, P. (2018). *Applying Cognitive Institutionalism: Peacebuilding and Democratic Development as Social Learning Processes*. Universität Witten/Herdecke.
- Abrams, E. M., & Szeffler, S. J. (2020). COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(7), 659–661. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30234-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30234-4)
- Arivananthan, M. (2015). World Café. In *KE Toolbox*.
- Arnstein, S. (1969). Ladder of Citizen Participation. *AIP Journal*, 216–224.
- Beresford, P. (2019). Public Participation in Health and Social Care: Exploring the Co-production of Knowledge. *Frontiers in Sociology*, 3(January). <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00041>
- Bishop, B. J., Vicary, D. A., Browne, A. L., & Guard, N. (2009). Public policy, participation and the third position: The implication of engaging communities on their own terms. *American Journal of Community Psychology*, 43(1–2), 111–121. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9214-8>
- Bispo Juniro, J. P., & Brito Morais, M. (2020). Community participation in the fight against COVID-19 : between utilitarianism and social justice. *Cadernos de Saude Publica*, 36(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>
- Borrero-ramírez, Y. E., & Echeverry-Lopez, M. E. (2011). Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10(21), 62–82.
- Carmona-Moreno, L. D. (2017). Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Revista Ciencias de La Salud*, 15(3), 441–454. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127>
- Castillo, M. (2017). El papel de la participación ciudadana en las políticas públicas, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas. *Revista CS*, 23, 157–180. http://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/2281
- CEPAL. (2019). Planificación Multiescalar, regional y local. In *Planificación multiescalar, regional y local: Vol. I*.
- Cho, J. Y., & Lee, E. (2014). Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qualitative Report*, 19(32), 1–20. <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol19/iss32/2>
- Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. (2006). *Propuesta Política de Participación Social en Salud*.
- Conference of INGOs of Council of Europe. (2009). *Code of Good Practice for Civil Participation in the Decision-Making Process*.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care. *Social Science and Medicine*, 58(2), 321–330. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00164-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00164-3)
- Delgado-Gallego, M. E., & Vázquez-Navarrete, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Revista de Salud Publica*, 8(2), 128–12840. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000200001>



- Den Broeder, L., Devilee, J., Van Oers, H., Schuit, A. J., & Wagemakers, A. (2018). Citizen Science for public health. *Health Promotion International, 33*(3), 505–514. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw086>
- Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, & Departamento Administrativo de la Función Pública. (2017). *Guía para realizar la consulta pública en el proceso de producción normativa*.
- Department of the Prime Minister and Cabinet. Government of Australia. (2016). *Best Practice Consultation*.
- European Committee on Democracy and Governance. (2016). *Civil Participation in Decision-Making Processes*.
- Faye Gilson, J. (2015). *An Exploration into Inspiration in Heritage Interpretation through Virtual World Cafe*. Royal Roads University.
- Fergusson, L., Hiller, T., Ibáñez, A. M., & Moya, A. (2018). Cómo nos reconciamos? El papel de la violencia, la participación social y política, y el Estado en las actitudes frente a la reconciliación. *Documentos CEDE, 1–61*.
- Función Pública. (2018). *Orientaciones para promover la participación ciudadana en los procesos de diagnóstico y planeación de la gestión pública*.
- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS ONE, 10*(10), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>
- Hanks, C. A. (2006). Community Empowerment: A Partnership Approach to Public Health Program Implementation. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 7*(4), 297–306. <https://doi.org/10.1177/1527154406297427>
- Head, B. W. (2007). Community Engagement: Participation on Whose Terms? *Australian Journal of Political Science, 42*(3), 441–454. <https://doi.org/10.1080/10361140701513570>
- Hohman, E., Cote, M. P., & Brand, J. C. (2018). Research Pearls : Expert Consensus Based Evidence Using the Delphi Method. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery, 34*(12), 3278–3282. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.10.004>
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288.
- IAP2 International Federation. (2018). *IAP2 Spectrum of Public Participation*. https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf
- International Association for Impact Assessment. (2006). *Public Participation International Best Practice Principles*.
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre*. Ariel.
- Löhr, K., Weinhardt, M., & Sieber, S. (2020). The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *International Journal of Qualitative Methods, 19*, 1–15. <https://doi.org/10.1177/1609406920916976>
- López-Gómez, C., & Hernández-Bello, A. (2018). Pedagogía y paz: Reflexiones acerca de la participación



- ciudadana en el posconflicto colombiano. *Revista Filosofía UIS*, 16(2), 241–256.
<https://doi.org/10.18273/revfil.v16n2-2017011>
- Macedo, M. (2011). La participación ciudadana en la Constitución del 91. *Pensamiento Jurídico*, 30, 129–160.
- Macfarlane, A., Galvin, R., & Sullivan, M. O. (2017). Participatory methods for research prioritization in primary care : an analysis of the World Café approach in Ireland and the USA. *Family Practice*, 34(3), 278–284. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw104>
- Marchau, V., & van de Linde, E. (2016). The Delphi Method. In P. van der Duin (Ed.), *Foresight in Organizations: Methods and Tools* (pp. 59–79). Routledge.
- Matos, A. R., & Serapioni, M. (2017). The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cadernos de Saude Publica*, 33(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00066716>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Lineamientos técnicos y metodológicos para el proceso territorial de generación de insumos concertados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Sistematización de la estrategia de movilización social: Una construcción colectiva y nacional. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Manual metodológico de participación ciudadana*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Documento con lineamiento para transversalización de la política de participación social en salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Experiencias representativas en el territorio nacional sobre participación social en salud*.
- “Democracia-Participación, Acción Comunal”, Ley 1757 del 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y Protección del derecho a la Participación Democrática,” (2015) (testimony of Ministerio del Interior).
- Ministra de TIC hace balance de la conectividad durante la pandemia. (2020). *El Tiempo*.
- Minsalud. (2016). *Proceso de participación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: la experiencia de la dirección de promoción y prevención*.
- Minsalud. (2019). *Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas*.
- Mitton, C., Smith, N., Peacock, S., Evoy, B., & Abelson, J. (2009). Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy*, 91(3), 219–228.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.01.005>
- OCDE. (2020). *Good Practice Principles for Deliberative Processes for Public Decision Making*.
- OMS. (1998). Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century. *Rev Panam Salud Publica*, 3(1). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000100019&lng=pt&nrm=iso
- OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando*



sobre los determinantes sociales de la salud.

- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44391>
- Pagatpatan, C. P., & Ward, P. R. (2017). Understanding the factors that make public participation effective in health policy and planning: A realist synthesis. *Australian Journal of Primary Health*, 23(6), 516–530. <https://doi.org/10.1071/PY16129>
- PNUD. (2017). *Buenas Prácticas de Transparencia y participación Ciudadana en los poderes Legislativos de las Américas*.
- Puerta Silva, C., & Agudelo Calle, A. (2012). Modalidades de interacción en el Régimen Subsidiado de Salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. *Hacia La Promoción de La Salud*, 17(1), 13–28. [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(1\)_1.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(1)_1.pdf)
- Reguant-álvarez, M., & Torrado-fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 9(1), 87–102. <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>
- Rocco, L., & Oliari, N. (2007). La encuesta mediante internet como alternativa metodológica. VII *Jornadas de Sociología*, 1–11. <http://www.aacademica.org/000-106/392%0Ahttp://cdsa.aacademica.org/000-106/392.pdf>
- Sandoval, C., Sanhueza, A., & Williner, A. (2015). Las estrategias de participación ciudadana en los procesos de planificación multiescalar. *Manuales de La CEPAL*, 2, 74.
- Schieffer, A., Gyllenpalm, B., & Isaacs, D. (2004). The World Café : Part One. *World Business Academy*, 18(8), 9. <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/WorldCafe.pdf>
- Secretaría de Planeación de Bogotá. (2017). *Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito*.
- Somerville, J. A. (2007). *Critical factors affecting the meaningful assessment of student learning outcomes: A Delphi study of the opinions of community college personnel*. Oregon State University.
- United Nations. (2015). *Good practice Recommendations on Public Participation in Strategic Environmental Assessment*.
- Victorian Auditor-General's Office of Australian Government. (2015). *Public Participation in Government Decision-making: Better practice guide*.
- Villareal Martínez, M. T. (2009). Participación ciudadana y políticas públicas. *Eduardo Guerra, Décimo Certamen de Ensayo Político*.
- WAREG, E. Y. (2015). *Guide to Good Practice in Public Consultation*.
- Ziccardi, A. (1998). *Gobernabilidad y participación ciudadana en la ciudad capital*. Miguel Ángel Porrúa.
- Zuliani A, L., Bastidas A, M., & Ariza M, G. (2015). La participación: determinante social en la construcción de políticas públicas Participation: social determinant in the development of public policy. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(1), 75–84. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000100010
- Zurbriggen, C. (2011). Gobernanza: una mirada desde América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 38, 39–64.



8. Anexos

Anexo 1. Experiencias de participación social

| Entidad | Objetivo | Estructura metodológica | Métodos |
|---|---|---|--|
| Actualización MSP | POS El proyecto de participación ciudadana de la CRES, buscó brindar espacios a las organizaciones de usuarios de la salud (...), a la comunidad médica y la comunidad en general con una metodología que contempló la información y capacitación, el acompañamiento en el proceso y la consulta ciudadana para consolidar las decisiones de la CRES, creando confianza en los ciudadanos, bajo una comprensión del sistema de salud, sus beneficios y garantías, las relaciones entre los participantes, la racionalidad y limitación de los recursos financieros y las competencias de la CRES. | Componentes: 1) Información (Derecho de participación, convocatoria y cómo se participa). 2) Capacitación (Estandarización de conocimiento). 3) Acompañamiento en el proceso (Talleres para establecer criterios de inclusiones al Plan de Beneficios). 4) Consulta ciudadana. 5) Socialización y divulgación | Talleres de priorización de criterios con diferentes grupos de interés Propuesta de unificación del POS: 1 sesión para usuarios régimen subsidiado, 1 sesión para integrantes del SGSSS, 1 sesión con comunidad médica y profesionales de la salud |
| Política Nacional de Discapacidad MSPS | Asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores para el periodo 2013 – 2022. | 4 Momentos: 1) Evaluación institucional de la Política Nacional de Discapacidad, adelantada por el Departamento Nacional de Planeación –DNP- en 2011; 2) Fase de alistamiento; 3) una fase de recolección de insumos; 4) Fase de formulación del documento | Encuentros regionales y mesas sectoriales e intersectoriales: -5 encuentros regionales en los que se contó con la participación de los 32 departamentos y 4 distritos. (Metaplan. Identificación de problemáticas, alternativas de solución y ejes estratégicos) -6 mesas intersectoriales, en el nivel nacional, complementarias a los Encuentros Territoriales (Mesa diferencial, Mesa de cooperación internacional, mesa de gremios y sector productivo, mesa de redes y federaciones, mesa de academia, mesa de fuerza pública) Mesa de consolidación Nacional: participación de los delegados de los Encuentros Regionales y Mesas Sectoriales e Intersectoriales, así como el Consejo Nacional de Discapacidad y el Grupo de Enlace Sectorial: Ponderación de categorías |



| | | | |
|--|---|---|---|
| | | | identificadas previamente. Validación de categorización de problemas, (Análisis sistémico, matriz de Vester). Determinación de ejes estratégicos de política 36 talleres de validación: consenso en cuanto a la pertinencia de los elementos claves de la política construidos |
| Acuerdo por lo superior Ministerio de Educación | Propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz | Fase 1: Gran diálogo nacional. Talleres nacionales y mesa virtual nacional Fase 2: Análisis de propuestas y tendencias Fase 3: El CESU como abanderado del Diálogo Nacional- Diálogos regionales por la educación superior- Conversatorios departamentales- Mesas temáticas- Consulta a expertos internacionales- Consultas a otros actores relacionados con la educación superior Fase 4: Deliberación | i) Conversatorios con expertos a nivel nacional y estudios desarrollados, para determinar tendencias que incluyen en las brechas y decisiones necesarias a nivel país, en infraestructura y agua, orientada hacia el año 2030. ii) La incorporación de Planes previos del MOP, planes de otros sectores e instrumentos territoriales de desarrollo. iii) El desarrollo de talleres participativos, comenzando por un ciclo de talleres preparatorios regionales, que cerraron en un taller regional de validación, para identificar visión, brechas, desafíos e iniciativas estratégicas regionales al año 2030, que permitían a su vez, generar una base de visiones agregadas macrozonales, que se discutieron en talleres macrozonales. iv) Consulta ciudadana virtual, para considerar la opinión de aquellos que no han podido participar en los talleres; y una consulta ciudadana para revisar los resultados de la sistematización de los talleres regionales, y generar una propuesta final. v) Estudio OCDE “Revisión de Brechas y Estándares de Gobernanza De La Infraestructura Pública En Chile”, para ello fue trabajado de manera conjunta entre equipos de la OCDE y el MOP para lograr realizar un benchmarking no sólo de carácter nacional, sino que también macrozonal, logrando adaptar la diversidad del territorio nacional. |



| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>Plan Decenal Educación Ministerio de Educación</p> | <p>El objetivo del Plan Nacional de Educación es convertirse en una hoja de ruta con orientaciones generales, flexibles y dinámicas sobre el futuro de la educación, cuyo desarrollo y ejecución le corresponden no solo al Estado, sino también a las instituciones educativas y a muchos otros actores.</p> | <p>Etapas: 1) Diagnóstico participativo (Documentación y Mesas Preliminares, Definición Pública de temáticas, Construcción participativa) 2) Diseño del plan 3) Ejecución, monitoreo y evaluación</p> | <p>Encuesta: Votación masiva en línea Foros virtuales semanales Foros municipales, departamentales y regionales</p> |
| <p>Mujer Rural- Ministerio de Agricultura Equidad de la Mujer</p> | <p>Reconocer y valorar en los procesos de participación de las mujeres rurales y sus organizaciones los diferentes contextos, tiempos, espacios y condiciones en los cuales se desarrolla la cotidianidad y la vida de las mujeres rurales. Las agendas de las entidades del Gobierno deben ajustarse a las agendas de las mujeres rurales y sus organizaciones.</p> | <p>Fase I: alistamiento Fase II. Realizar dos (2) reuniones departamentales previas a la realización de los talleres regionales. Primera reunión: apropiación de los conocimientos sobre todos los instrumentos de política pública de mujer rural, ley de mujer rural y los acuerdos contemplados en el acuerdo de paz suscrito entre las farc y el gobierno nacional. Segunda reunión: generación de los acuerdos y preparar los insumos y propuestas que serán llevadas a los talleres regionales. Fase III: talleres regionales de para el diseño de la política pública integral de la mujer rural. Fase IV – formulación de la política pública integral de mujer rural Fase V: mecanismos de divulgación del documento final</p> | <p>Tallere regional 1: definir los ejes, temas y componentes para el diseño y ejecución de la política pública integral de mujer rural desde los mismos enfoques diferenciales. Actividad 1. Presentación, elaboración de acuerdos y ejercicio de confianza. Tejiendo los hijos de confianza. Actividad 2. Designar mujeres relatoras Actividad 3: Cada una de las mujeres participantes fue designada en un taller departamental con unos mandatos concretos de acuerdo a sus prioridades territoriales. Actividad 4: Acuerdos sobre los contenidos, ejes, temas y prioridades de la política pública de mujer rural Taller Regional 2: Retroalimentación</p> |
| <p>PDET Agencia de Renovación del Territorio</p> | <p>Garantizar la participación de los actores de los territorios para la construcción de una visión de futuro, la planeación de iniciativas y acciones concretas y su ejecución y seguimiento.</p> | <p>Etapas 1) Estrategia de relacionamiento territorial 2) Construcción del Pacto Comunitario para Transformación Regional 3) Construcción del Pacto Municipal para Transformación Regional 4) Plan de Acción para la Transformación Regional 5) Socialización del Plan de</p> | <p>Modelo de Análisis Prospectivo para la Proyección de los Escenarios Meta Modelo de Identificación de Potencialidades Territoriales Modelo Multicriterio para el Ordenamiento de Iniciativas Modelo de trayectorias de implementación de la hoja de ruta</p> |



| | | | |
|--|---|--|--|
| | | Acción para la Transformación Regional | |
| <p>Plan Nacional de Desarrollo - Departamento Nacional de Planeación</p> | <p>El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 'Pacto por Colombia, pacto por la equidad', tiene por objetivo ser la hoja de ruta para el cambio social, de crecimiento económico e impulso para el desarrollo del país.</p> | <p>Etapas: 1) Elaboración: 1.1. Construcción de la parte general o bases del Plan.1.2. Definición del articulado: consiste en la definición del articulado, el plan de inversiones y los programas a ejecutar que harán parte del proyecto de plan que será presentado a consideración del Congreso de la República.1.3. Consulta previa1.4. Concepto CONPES1.5. Concepto Consejo Nacional de Planeación2) Etapa de aprobación</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Direcciones técnicas: Identificación de problemáticas y temas estratégicos para la definición de políticas públicas, con miras a estructurar propuestas socialmente pertinentes, técnica, jurídica y fiscalmente viables, a través de planes de trabajo de las direcciones técnicas. • Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas del DNP: con base en la evaluación del PND que se encuentra vigente, lleva a cabo un ejercicio de definición de lineamientos y escalabilidad para el nuevo plan. I. Se designan grupos encargados de revisión documental II. Mesas de análisis estratégico por prioridades estratégicas • Estrategia regional: encuentros regionales, convocando actores relevantes en cada una de las regiones (gobierno local, sector privado, academia, sociedad civil). Debate electoral donde se identifican las temáticas que se perciben como prioritarias en la agenda nacional • Entidades del Gobierno nacional: trabajo técnico para elaboración de propuestas sectoriales para el PND. |
| <p>Chile 30/30 Dirección de Planeamiento, Ministerio de Obras Públicas de Chile</p> | <p>Generar una visión estratégica de mediano plazo, que oriente un desarrollo país capaz de reducir las desigualdades en materia de Infraestructura y gestión del Agua al año 2030</p> | <p>5 Etapas. 1) Analisis de la información existente 2)Validación de estándares e identificación de brechas 3) Construcción de una visión e identificación de iniciativas agrupadas por macrozonas 4) consolidación de las estrategias de legitimación del plan 5) Priorización de las iniciativas estratégicas, sistematización, elaboración de los productos y lanzamiento.</p> | <p>i) Conversatorios con expertos a nivel nacional y estudios desarrollados, para determinar tendencias que incluyen en las brechas y decisiones necesarias a nivel país, en infraestructura y agua, orientada hacia el año 2030. ii) La incorporación de Planes previos del MOP, planes de otros sectores e instrumentos territoriales de desarrollo. iii) El desarrollo de talleres participativos, comenzando por un ciclo de talleres preparatorios regionales, que cerraron en un taller regional de validación, para identificar visión, brechas, desafíos e iniciativas estratégicas regionales al año 2030,</p> |



| | | | |
|---|---|---|--|
| | | | que permitían a su vez, generar una base de visiones agregadas macrozonales, que se discutieron en talleres macrozonales. iv) Consulta ciudadana virtual, para considerar la opinión de aquellos que no han podido participar en los talleres; y una consulta ciudadana para revisar los resultados de la sistematización de los talleres regionales, y generar una propuesta final. v) Estudio OCDE “Revisión de Brechas y Estándares de Gobernanza De La Infraestructura Pública En Chile” |
| O'Higgins Chile Ministerio de Salud de Chile | Planificación Estratégica Participativa realizada en el Servicio de Salud O'Higgins | Etapas: 1) Negociación y planteamiento 2) Diagnóstico 3) Normativa propositiva 4) Táctica operacional | Mapas de empatía y sociograma, entrevistas y grupos focales, Cuadro de mando integral y flujograma, talleres creativos |