

**Revisión y análisis documental: Un aporte desde el método de Trabajo Social con grupos a los procesos de fortalecimiento de capacidades para la autogestión de la salud de los comités de salud en el escenario de la participación comunitaria en salud**

**Freddy Archila López**

**Trabajo de Grado para Optar por el título profesional en Trabajo Social**

**Pasantía de Investigación en grupo de investigación, Trabajo Social Equidad y Justicia Social**

**Directora**

**Isabel Cristina Bedoya Calvo**

**Magíster en Salud Pública**

**Universidad Industrial de Santander**

**Facultad de Ciencias Humanas**

**Escuela de Trabajo Social**

**Bucaramanga**

**2023**

## **Dedicatoria**

*Este trabajo va dedicado a mi mamá. (q.e.p.d.)*

### **Agradecimientos**

*Doy gracias a mi mamá, por su amor infinito, su sabiduría, sus buenas enseñanzas y por depositar su fe. Se que estará orgullosa de este logro.*

*Doy gracias a mi papá, por sus consejos y por enseñarme a no tirar la toalla.*

*Doy gracias a la mima, por su amor y compañía en tiempos de luz y oscuridad.*

*Doy gracias a la Universidad Industria de Santander por permitirme estudiar allí y por brindarme la mano en momentos de dificultad.*

*Doy gracias a los profesores de la escuela de Trabajo Social por ser compañeros y guías durante mi instancia como estudiante y por su ayuda cuando vino la crisis.*

*Doy gracias a Karoll Velandia por esas llamadas en las madrugadas en las que resolvía mis dudas sobre el proyecto, un gran abrazo, chicuela.*

*Doy gracias a la profe Isabel Cristina Bedoya Calvo por su fraternidad e infinita paciencia, por no rendirse conmigo y animarme a seguir adelante, y es que este trabajo no habría sido posible sin su apoyo. Muchísimas gracias, profe.*

*Freddy Archila López*

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b> .....	12
<b>1. Planteamiento del problema</b> .....	14
<b>2. Objetivos</b> .....	19
<b>2.1. Objetivo general</b> .....	19
<b>2.2. Objetivos específicos</b> .....	19
<b>3. Marco teórico-conceptual</b> .....	20
<b>3.1. Base teórica</b> .....	20
<b>3.1.1 Enfoque hermenéutico</b> .....	21
<b>3.2. Bases conceptuales</b> .....	22
<b>3.2.1 Salud como derecho</b> .....	22
<b>3.2.2. Atención Primaria de Salud – APS</b> .....	26
<b>3.2.3. Organización comunitaria (Comités de salud)</b> .....	29
<b>3.2.4. Participación comunitaria en salud</b> .....	31
<b>3.2.5. Método de Trabajo Social con grupos</b> .....	36
<b>4. Marco legal-normativo</b> .....	41
<b>5. Metodología</b> .....	48
<b>5.1. Base metodológica</b> .....	48
<b>5.2. Desarrollo metodológico</b> .....	53
<b>5.2.1 Fase heurística</b> .....	54
<b>5.2.2 Fase hermenéutica</b> .....	55
<b>6. Aspectos éticos</b> .....	57
<b>7. Hallazgos</b> .....	58
<b>7.1. Hallazgos según las características de los documentos</b> .....	58
<b>7.1.1 Temporalidad</b> .....	59
<b>7.1.2. Tipología</b> .....	60
<b>7.1.3. Perspectiva disciplinar</b> .....	61
<b>7.1.4. Metodología utilizada</b> .....	62
<b>7.1.5. Lugar de origen</b> .....	63
<b>7.2. Hallazgos según los contenidos de los documentos</b> .....	65
<b>7.2.1. Participación en salud</b> .....	66
<b>7.2.1.1. Participación social en salud.</b> .....	67
<b>7.2.1.2. Participación comunitaria en salud</b> .....	69

<b>7.2.1.3. Participación ciudadana en salud.</b> .....	71
<b>7.2.2 Comités de salud</b> .....	72
<b>7.2.2.1. Rol y funciones de los comités de salud.</b> .....	73
<b>7.2.2.2. Capacidades de los comités de salud.</b> .....	75
<b>7.2.3. Trabajo Social</b> .....	78
<b>7.2.3.1. Trabajo Social en salud.</b> .....	80
<b>7.2.3.2. Teorías en Trabajo Social.</b> .....	83
<b>7.2.3.3. Método de Trabajo Social con grupos.</b> .....	85
<b>7.2.3.4. Dinámica de grupos en Trabajo Social.</b> .....	90
<b>8. Discusión</b> .....	93
<b>9. Conclusiones</b> .....	101
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	103
<b>Apéndices</b> .....	113

**Lista de tablas**

<b>Tabla 1.</b> Soporte normativo de la participación en salud - Colombia .....	43
<b>Tabla 2.</b> Protocolo de búsqueda documental.....	49
<b>Tabla 3.</b> Protocolo de revisión documental .....	50
<b>Tabla 4.</b> Formato de ficha bibliográfica .....	51
<b>Tabla 5.</b> Listado de documentos seleccionados .....	52
<b>Tabla 6.</b> Distribución documental según categorías apriorísticas.....	52
<b>Tabla 7.</b> Matriz para el análisis de las categorías.....	53
<b>Tabla 8.</b> Cuadro de categorías y subcategorías codificadas .....	56

**Lista de figuras**

<b>Figura 1.</b> Distribución documental por años.....	60
<b>Figura 2.</b> Distribución documental por tipo de documento .....	61
<b>Figura 3.</b> Distribucion documental según perspectiva disciplinar.....	62
<b>Figura 4.</b> Distribución documental según metodología .....	63
<b>Figura 5.</b> Distribución documental según lugar de origen y categorías como variables.....	64
<b>Figura 6.</b> Esquema categorial.....	66

**Lista de apéndices**

<b>Apéndice 1.</b> Matriz para el análisis categorial .....	113
<b>Apéndice 2.</b> Listado de documentos seleccionados .....	178
<b>Apéndice 3.</b> Ficha bibliográfica 1 .....	184
<b>Apéndice 4.</b> Ficha bibliográfica 2 .....	190
<b>Apéndice 5.</b> Ficha bibliográfica 3 .....	196
<b>Apéndice 6.</b> Ficha bibliográfica 4 .....	200
<b>Apéndice 7.</b> Ficha bibliográfica 5 .....	203
<b>Apéndice 8.</b> Ficha bibliográfica 6 .....	207
<b>Apéndice 9.</b> Ficha bibliográfica 7 .....	212
<b>Apéndice 10.</b> Ficha bibliográfica 8 .....	217
<b>Apéndice 11.</b> Ficha bibliográfica 9 .....	222
<b>Apéndice 12.</b> Ficha bibliográfica 10 .....	227
<b>Apéndice 13.</b> Ficha bibliográfica 11 .....	234
<b>Apéndice 14.</b> Ficha bibliográfica 12 .....	239
<b>Apéndice 15.</b> Ficha bibliográfica 13 .....	245
<b>Apéndice 16.</b> Ficha bibliográfica 14 .....	251
<b>Apéndice 17.</b> Ficha bibliográfica 15 .....	256
<b>Apéndice 18.</b> Ficha bibliográfica 16 .....	261
<b>Apéndice 19.</b> Ficha bibliográfica 17 .....	265
<b>Apéndice 20.</b> Ficha bibliográfica 18 .....	270
<b>Apéndice 21.</b> Ficha bibliográfica 19 .....	275
<b>Apéndice 22.</b> Ficha bibliográfica 20 .....	279
<b>Apéndice 23.</b> Ficha bibliográfica 21 .....	282
<b>Apéndice 24.</b> Ficha bibliográfica 22 .....	286
<b>Apéndice 25.</b> Ficha bibliográfica 23 .....	290
<b>Apéndice 26.</b> Ficha bibliográfica 24 .....	299
<b>Apéndice 27.</b> Ficha bibliográfica 25 .....	314
<b>Apéndice 28.</b> Ficha bibliográfica 26 .....	326
<b>Apéndice 29.</b> Ficha bibliográfica 27 .....	335
<b>Apéndice 30.</b> Ficha bibliográfica 28 .....	342

## Glosario

**APS:** atención primaria de salud.

**DGTS:** dinámica de grupos en trabajo social.

**CCS:** capacidades de los comités de salud.

**CS:** comités de salud.

**MTSG:** método de trabajo social con grupos.

**MSPS:** ministerio de salud y protección social.

**PCIS:** participación ciudadana en salud.

**PCS:** participación comunitaria en salud.

**PNSR:** plan nacional de salud rural.

**PS:** participación en salud.

**PSS:** participación social en salud.

**RFCS:** rol y funciones de los comités de salud.

**SGSSS:** Sistema general de seguridad social en salud.

**TS:** trabajo social.

**TSS:** trabajo social en salud.

**TTS:** teorías en trabajo social.

## Resumen

**TÍTULO:** REVISIÓN Y ANÁLISIS DOCUMENTAL. UN APORTE DESDE EL MÉTODO DE TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS A LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES PARA LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD DE LOS COMITÉS DE SALUD EN EL ESCENARIO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD. <sup>1</sup>

**AUTOR:** FREDDY ARCHILA LÓPEZ. <sup>2</sup>

**PALBRAS CLAVE:** PARTICIPACIÓN EN SALUD; COMITÉS DE SALUD; SALUD RURAL; TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS, CAPACIDADES; EMPODERAMIENTO.

### Descripción:

El presente trabajo de grado se realizó en el grupo de investigación Trabajo Social, Equidad y Justicia Social de la Universidad de la Salle, en el marco del proyecto “*Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural*”, entre los años 2020 y 2021. Tuvo como objetivo contribuir desde el método de Trabajo Social con grupos al desarrollo de las capacidades de los comités de salud para la autogestión de la salud. Esta pasantía aporta a la construcción disciplinar del Trabajo Social en los procesos de participación comunitaria en salud. Para ello se realizó un estudio de revisión y análisis documental que permitiera evidenciar el potencial del método de Trabajo Social con grupos para el cambio y la transformación social de las comunidades que abogan por el derecho a la salud en sus territorios.

---

<sup>1</sup> Trabajo de Grado.

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Isabel Cristina Bedoya Calvo, Magíster en Salud Pública.

### Abstract

**TITLE:** DOCUMENTARY REVIEW AND ANALYSIS. A CONTRIBUTION FROM THE METHOD OF SOCIAL WORK WITH GROUPS TO THE PROCESSES OF STRENGTHENING THE CAPACITIES FOR SELF-MANAGEMENT OF HEALTH OF THE HEALTH COMMITTEES IN THE SCENARIO OF COMMUNITY PARTICIPATION IN HEALTH. <sup>1</sup>

**AUTHOR:** FREDDY ARCHILA LÓPEZ. <sup>2</sup>

**KEY WORDS:** HEALTH PARTICIPATION; HEALTH COMMITTEES; RURAL HEALTH; SOCIAL WORK WITH GROUPS, CAPACITIES; EMPOWERMENT.

#### **Description:**

This degree work was carried out in the research group Social Work, Equity and Social Justice of the Universidad de la Salle, within the framework of the project "*Collective construction of knowledge and individual and community practices that contribute to the promotion and integral management of rural health*", between the years 2020 and 2021. Its objective was to contribute from the method of Social Work with groups to the development of the capacities of health committees for the self-management of health. This internship contributes to the disciplinary construction of Social Work in the processes of community participation in health. For this purpose, a documentary review and analysis study were carried out to show the potential of the Social Work method with groups for the change and social transformation of the communities that advocate for the right to health in their territories.

---

<sup>1</sup> Degree Work.

<sup>2</sup> Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Isabel Cristina Bedoya Calvo, Master in Public Health.

## **Introducción**

Este ejercicio académico es el resultado de una pasantía de investigación llevada a cabo en el grupo de investigación Trabajo Social, Equidad y Justicia Social, en el marco del proyecto “Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural”. El presente trabajo se realizó mediante la metodología de investigación documental, la cual tuvo como técnica para su desarrollo la revisión y análisis documental, y el instrumento utilizado fue la ficha bibliográfica, aplicada a fuentes de información primaria y secundaria.

El documento está compuesto por siete capítulos. En el primero de ellos, se presenta la situación problemática en salud de los territorios rurales de La Macarena y San Vicente del Caguán en la que se desarrolla la pasantía de investigación. En el segundo, se dan a conocer los objetivos planteados para el desarrollo de la investigación.

En el tercer capítulo, se desarrolla el marco de referencia, el cual sustenta el proceso de investigación, este, está dividido en dos apartados. Para el apartado uno, se expone la base teórica desde la que se encuadra la investigación. Para el apartado dos, se desarrollan los conceptos que integran el cuerpo del documento y desde los cuales se hace el análisis documental.

El capítulo cuarto, da cuenta del marco legal-normativo sobre los comités de salud y la participación en salud para Colombia.

En el quinto capítulo, sobre la metodología de investigación, se presenta la base metodológica, la cual marca las pautas para el desarrollo de la investigación, también, se presenta el proceso metodológico, el cual da cuenta del proceso investigativo. En el capítulo siguiente se presentan los aspectos éticos, importantes para una correcta investigación documental.

Para el séptimo capítulo, correspondiente a los hallazgos de la investigación, se hace una división en su estructura, por un lado, se presentan las características de los documentos seleccionados, y por el otro, se describen los contenidos en cada uno de ellos, organizados por categorías de análisis.

Llegado al octavo capítulo, se plantea en el documento la discusión, la cual se basa en el análisis de las categorías identificadas en la revisión documental. Y finalmente, en el noveno capítulo, se exponen las conclusiones derivadas del proceso de revisión y análisis documental.

## 1. Planteamiento del problema

El estado de salud de la población general es un tema de carácter global incluido en las agendas Estatales, plasmado y promovido a través de los discursos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos –DUDH– (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC– (1976) y la Declaración de Alma-Ata (1978). En estos documentos se constituye la salud como un derecho humano y se le define como aquel nivel de vida óptimo que permite a las personas alcanzar y disfrutar de un estado de bienestar físico, mental y social, pero que para lograrlo implica la articulación y garantía de los demás derechos (Prosalus & Cruz Roja Española, 2014).

Con base en lo anterior, se evidencia que en los municipios de La Macarena-Meta y San Vicente del Caguán-Caquetá hay una clara vulneración del derecho a la salud, así como de los demás derechos.

Primero, por las afectaciones en salud derivadas de las infecciones respiratorias agudas, producto de la alta exposición al polvo por transitar carreteras sin pavimentar o por la prevalencia del dengue con 174 casos por cada 100.000 habitantes que, además, es la principal causa de morbimortalidad en el municipio de San Vicente del Caguán-Caquetá, con un 2,25% de letalidad en la población para el año 2017 (Plan de Desarrollo Municipal-San Vicente del Caguán, 2020).

Además, en estas zonas, los indicadores de pobreza multidimensional reflejan que los hogares con barreras de acceso a fuente de agua mejorada (potable) es del 31,7% y los hogares con privación en eliminación de excretas es del 31,4%, frente al 2,4% y 5,8% de los hogares en la

zona urbana, respectivamente (Profamilia, 2015). A estas condiciones de vida de la población se suman los procesos productivos y la depredación del medio ambiente, como la explotación de petróleo, la ganadería extensiva y el cultivo de hoja de coca y palma africana, que afectan la riqueza natural y los ciclos hídricos, dejando a la población sin agua para consumo (Plan de Desarrollo Municipal-Macarena 2020).

Segundo, las infraestructuras físicas en salud para la atención en los territorios son de primer nivel, con baja capacidad en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, además, están centradas en las cabeceras municipales, dejando fuera a la población rural dispersa que habita en los municipios. Y, de las 16 instalaciones en salud, sólo 5 de ellas se encuentran en funcionamiento; solo una está en buen estado físico y cuenta con 7 médicos, 2 odontólogos, 2 enfermeras, 1 bacteriólogo y 7 auxiliares de enfermería, a diferencia de las cuatro restantes, las cuales cada una solo cuenta con un auxiliar asistencial que brinda atención a la población (Vega et al., 2019).

Tercero, dadas las condiciones de precariedad de la cobertura en salud, se suman la baja calidad en la prestación del servicio debido a la contratación por OPS del personal médico-asistencial y la alta rotación que este presenta en los centros o puestos de salud y que, en algunos casos los profesionales se abstienen de realizar actividades extramurales por las amenazas recibidas por las FARC-EP o por el miedo que generan estas zonas de conflicto. Asimismo, se suman las barreras de acceso a los servicios de salud, como lo son las largas distancias que debe recorrer la población para acceder a los servicios médicos; los altos costos en transporte, hospedaje y tiempo; el exceso de trámites, el inadecuado trato y la no solución de sus problemas. Esto conduce a que la población prefiera automedicarse (Vega et al., 2019).

Cuarto, porque ambos municipios son de categoría 6, es decir, dependen de los recursos fiscales del Estado para su funcionamiento y eso incluye actividades o programas en el área de la salud. Así, de las 28.508 y 53.717 personas censadas para cada municipio, la población rural asciende al 83,4% en La Macarena y a 51,8% en San Vicente del Caguán, respectivamente y, de los registros por hogares válidos ante el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales -SISBÉN-, sólo hay 3.233 registros para el primer caso y 16.989 registros para el segundo caso (DNP, 2022), sin embargo, se desconoce cuántas de las personas que habitan en la ruralidad están registradas en el SISBEN, el cual es necesario para la afiliación al régimen subsidiado. No obstante, se sabe que “los ancianos reciben 60 mil pesos de subsidio del Estado cada 2 meses en la cabecera municipal de La Macarena, pero el costo del viaje para recogerlo consume gran parte del mismo” (Vega et al., 2019, p. 48).

Cabe hacer énfasis en que la situación de salud en las zonas rurales del país son un claro ejemplo de vulneración de derechos y, como muestra de ello, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- en el régimen contributivo es del 16,2% en lo rural, frente al 54,8% en la zona urbana; es decir, que para acceder a los servicios de salud, la población debe pagar por ellos, lo que significa que la afiliación a los sistemas de salud se da de manera desigual entre lo rural-urbano y depende de factores socio-económicos como el empleo formal, que dota de capacidad de pago y asegura a las personas para que estas hagan uso de los servicios médicos (Profamilia, 2015).

Quinto, el incumplimiento de las responsabilidades del Estado para la atención en salud en estos territorios es claro, empezando por la complejidad en el acceso a las zonas de conflicto y porque se han destinado recursos para la guerra y no para programas que atiendan las necesidades de la población; seguido, por la inadecuada administración pública por parte de los municipios y

departamentos en la implementación de servicios sociales y planes de desarrollo, también, por la lógica mercantil de SGSSS que ve poco rentable la inversión en las zonas rurales dispersas, con población pobre y marcada por el conflicto armado (Vega et al., 2019), no se ha hecho más que vulnerar los derechos de la población rural.

Sexto, la histórica presencia del conflicto armado en estos municipios ha dejado secuelas importantes en las condiciones de vida y de salud de la población, sin embargo, tras las firma de los acuerdos de paz se siguen presentando hechos de violencia a manos de los grupos residuales de las FARC-EP que agravan la situación de salud en los territorios, siendo estos grupos los principales causantes de la mortalidad en los municipios, con 117 homicidios por cada 100.000 habitantes (Plan de Desarrollo Municipal-San Vicente del Caguán, 2020). Y, dentro de las afectaciones del derecho a la salud de la población por parte de grupos armados ilegales, se encuentran, interrupción de la energía eléctrica, indispensable para ofrecer los servicios de salud como imágenes diagnósticas y operaciones en sala de cirugías (Instituto Nacional de Salud, 2017) y ofensivas contra pacientes, profesionales de la salud y misión médica (Urrego, 2015).

Dadas estas condiciones históricas de pobreza, guerra y abandono Estatal en las zonas rurales de la Macarena y San Vicente del Caguán, los pobladores se han organizado socialmente en torno a sus condiciones de existencia, necesidades e intereses, como una forma de solventar la ausencia Estatal (Nova, 2017) y para hacer frente a la compleja situación en salud. Por ello, han surgido organizaciones sociales de base en torno a la participación comunitaria en salud, el cuidado del medio ambiente y la defensa del territorio y de la salud en la ruralidad (González et al., 2019).

Aunque los esfuerzos de las organizaciones sociales de base han contribuido a salvaguardar el medio ambiente, sus costumbres y relaciones, aún “carecen de suficientes capacidades para conocer, gestionar, mantener, recuperar y transformar sus condiciones de vida y de trabajo; para

promocionar la salud, prevenir la enfermedad y comprender las causas estructurales de las limitaciones del sistema de salud oficial” (Vega et al., 2019, p. 83).

En síntesis, la presente investigación busca aportar teóricamente al proceso de fortalecimiento de las capacidades organizativas y de autogestión comunitaria de la salud, a partir de una investigación aplicada a fuentes de información primaria y secundaria que contribuya a responder la siguiente pregunta: ¿Qué y cómo la profesión de Trabajo Social, desde el método de grupos, puede contribuir al fortalecimiento de las capacidades organizativas y de autogestión de los comités de salud para la garantía del derecho a la salud en los territorios rurales de la Macarena y San Vicente del Caguán? Teniendo presente la posibilidad de acción profesional en la implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Por lo anterior, la presente investigación se realiza en el marco de la pasantía de investigación en el grupo de investigación Trabajo Social, Equidad y Justicia Social, adscrito a la escuela de Trabajo Social de la Universidad de la Salle, en el proyecto de Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general:**

Analizar los aportes teórico-conceptuales y metodológicos del Trabajo Social con grupos que contribuyan a los procesos de fortalecimiento de las capacidades de los comités de salud para la garantía del derecho a la salud en territorios rurales, a partir de una revisión y análisis de documentos desde 2014 a 2022.

### **2.2. Objetivos específicos:**

1. Caracterizar las capacidades relativas a los comités de salud para la autogestión de la salud en sus territorios.
2. Reconocer los aportes teórico-conceptuales que desde Trabajo Social contribuyen a los procesos de intervención grupal.
3. Reconocer los elementos que desde el método de grupo contribuyen al fortalecimiento de las capacidades para la autogestión de la salud.

### **3. Marco teórico-conceptual**

En esta sección del documento se exponen la teoría y conceptos en las que se orienta el trabajo investigativo concerniente a la revisión y análisis de la información, relacionada a su vez con la actuación profesional del Trabajo Social en el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones sociales de base para la participación y autogestión de la salud rural en sus territorios.

#### **3.1. Base teórica**

La presente investigación de corte cualitativo halla sus raíces en el paradigma interpretativo, desde el cual, se asume que la realidad social es variada y subjetiva, de modo que su actividad epistemológica está centrada en las interacciones sociales, preocupándose por la comprensión de las motivaciones, intereses, creencias, y propósitos de las personas en su medio social más inmediato. Asimismo, apunta a la descripción y comprensión del contexto en el cual están inmersos los seres humanos, interesándose en las particularidades del mundo social y así generar conocimiento que represente las dinámicas propias del contexto y realidad social investigada (Barrero et al., 2011).

Siguiendo a Pérez (1994), dentro de las características más importantes a resaltar del paradigma interpretativo, se hallan: a) la capacidad teórica del paradigma para captar la realidad como un todo articulado y unificado y esclarecedor de cómo operan todos los elementos en el

contexto seleccionado; b) la investigación cualitativa es subjetiva, es decir, está permeada por valores socio-culturales y su producción científica solo tiene sentido en ese mundo socio-cultural; c) se apoya en la pluralidad de métodos para profundizar cuidadosamente en las múltiples realidades sociales producidas por la práctica humana en la interacción social y así dar cuenta de ellas.

También, las investigaciones realizadas desde el paradigma interpretativo conciben a los investigadores como capaces de “realizar rigurosas observaciones, así como de ejercer un control sobre los efectos que los prejuicios pueden tener en los fenómenos observados y en la interpretación de los mismos” (Viscarret, 2014, p. 58). Dicho de otro modo, la comprensión que adquiere el investigador de un contexto social particular, a través del uso de diversos métodos de recolección de información, radica en la capacidad que aquel tenga para analizar y sintetizar la compleja realidad social en la que interactúan los seres humanos (Viscarret, 2014).

### ***3.1.1 Enfoque hermenéutico***

Ahora bien, dentro del paradigma interpretativo, para llevar a cabo la investigación y dar respuesta al problema o, mejor dicho, comprenderlo y producir conocimiento contextual a partir de las significaciones construidas por las personas, se opta por el enfoque hermenéutico, el cual, como base teórica y metodológica ofrece el acercamiento a la realidad a partir del análisis de los datos en los textos para luego interpretarlos, así como el contexto en el que son producidos, lo que lleva a considerar el momento histórico en el que éstos surgen (Cárcamo, 2005).

Así, como proceso teórico-investigativo, el enfoque paradigmático en cuestión invita a la realización o aplicación del círculo hermenéutico. Este, consta de un proceso intencionado de intelección a partir de una estructura interactuante, así: primero, el abordaje global y sistémico del

todo y las partes que componen la realidad social estudiada; segundo, la apertura cognoscitiva del investigador a los nuevos conocimientos que son acumulados en su experiencia cognoscente, es decir, los conocimientos interpretados; tercero, el acercamiento interpretativo y diacrónico que realiza el investigador con el texto construido e interpretado por otro sujeto y; cuarto, las consideraciones sobre todos los elementos que determinan el sujeto, que en este caso son los elementos que determinan el texto producido por el sujeto (Cárcamo, 2005).

### **3.2. Bases conceptuales**

En relación con el párrafo anterior y para acercarse ya de manera conceptual al problema planteado, se presentan a continuación los conceptos que orientarán el proceso investigativo y contribuirán a comprender la realidad social en la que habitan e interactúan los miembros de las organizaciones sociales de base.

#### **3.2.1 Salud como derecho**

En Álvarez (2005), el planteamiento de la salud como derecho fundamental se da a partir de las discusiones teórico-políticas planteadas por organizaciones sociales, académicos, profesionales de la salud, ONG y líderes comunitarios, en respuesta al modelo neoliberal y utilitarista de la salud imperante en Colombia desde la creación de la Ley 100 de 1993 que, en lugar de garantizar el acceso universal a los servicios de salud, sólo acentuó las desigualdades sociales en materia sanitaria.

Esto condujo a un llamamiento ético-moral por considerar a la salud como derecho fundamental, pues todas las personas como género humano están en condiciones de igualdad de oportunidades, merecedoras de respeto igualitario y libres de realizar sus propios proyectos de vida

y llevar a cabo sus objetivos propuestos, lo que implica gozar de buena salud, la cual se logra a partir de los servicios y oportunidades que brinda la sociedad (Álvarez, 2005).

En esa misma línea de construcción de la salud como derecho fundamental, la Corte Constitucional ha jugado un papel importante, pues ha construido normativamente a lo largo de los años a la salud como un derecho autónomo, tomando en cuenta las reivindicaciones de la sociedad civil (MIAS, 2012).

Sin embargo, son varios los puntos que ponen en tensión el considerar la salud como derecho fundamental. Primero, porque para Correa-Lugo (2005), los elementos que en esencia configuran la salud como derecho fundamental forman parte de un proceso complejo e inacabado, pues el derecho a la salud depende en gran medida de su conceptualización, el desarrollo tecnológico existente y la información que se disponga, por lo que:

No concretar este núcleo por su complejidad, es dejar indefinida la exigencia al Estado de un mínimo de servicios irrenunciables, pero definirlo de manera restrictiva o hacerlo desde el afán de la viabilidad financiera puede dar como resultado, paradójicamente, una renuncia a servicios, con lo que se vulneraría precisamente la garantía deseada (Correa-Lugo, 2005, p.74).

De acuerdo con esta afirmación y siguiendo a Julio (2017), en Colombia, el derecho a la salud pasa primero por definir qué es la salud, con lo cual se adopta la definición propuesta por la OMS (1948), en la que se expresa que la salud es aquel estado máximo de bienestar físico, mental y social que puede alcanzar una persona, independientemente de que esta tenga o no una enfermedad y, retomando a Correa-Lugo (2005), esta:

delimitación del núcleo contribuye a precisar con qué tipo de servicio, de técnica y de profesionales debe contar una sociedad, y hasta bajo qué principios y fines, para preservar

y/o recuperar aquello llamado salud. La exigibilidad jurídica de eso que hemos llamado no negociable depende de definir previamente la información necesaria y relevante y, luego, las prioridades, principios y fines de un sistema de salud (p.75).

En relación a ello, para la Ley 1751 de 2015, se concibe el derecho a la salud como “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (MSPS, 2015), siendo el Estado colombiano el garante de este derecho, a través del diseño, control y ejecución de políticas que aseguren la igualdad en el acceso a los servicios de salud (Julio, 2017).

No obstante, como segundo aspecto, Currea-Lugo (2005), considera que este énfasis en servicios de salud con los que se presenta o defiende el derecho a salud caen en el error de considerar que la atención en salud sea una cuestión de los entes prestadores de tales servicios, lo que conduce a excluir:

otros deberes estatales que guardan relación directa con las condiciones de salud tales como ... las normas medioambientales, políticas de prevención de la enfermedad, contaminación ambiental por parte de las fábricas, suministro de agua potable, calidad de los alimentos, exposición a tóxicos, condiciones laborales de riesgo para la salud, manejo de basuras, condiciones de higiene en el lugar de vivienda, control de vectores, y un largo etcétera (p.76).

Y que, además, deja a las EPS como “el piñón más fuerte del engranaje del sistema de salud colombiano; como intermediarias actúan pensando en la atención de los enfermos como un negocio que según ellos debe ser rentable económicamente, y no un derecho fundamental” (MIAS, 2012).

Estos desconocimientos sobre las otras facetas de la salud originan, como tercer elemento a destacar, las contiendas políticas entre las movilizaciones de la sociedad civil y el Estado por la defensa y garantía del derecho a la salud, quienes la reivindican como derecho fundamental y colectivo (Arias et al., 2022).

Estas movilizaciones reconocen el papel integrador de la salud, que en palabras de Gañan (2014), como aquel derecho que:

se encuentra relacionado en forma inescindible con otros factores determinantes para su materialización, tales como factores sociales, ambientales, servicios de salud y por supuesto los biológicos, al igual que con los determinantes estructurales de un Estado, esto es con sus políticas públicas de empleo formalizado, digno y decente, vivienda digna, educación integral, seguridad alimentaria, entre otros (p.135).

Y esto, porque la salud es una condición existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad: al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable (MIAS, 2012, p.57).

Por lo anterior, y relativo a la salud en la ruralidad, en la que habitan campesinos e indígenas, Hernández (2020) afirma que, “lo colectivo está constituido esencialmente por su relación con la tierra y el territorio que poseen, pues allí viven, trabajan y proveen la mayoría de sus necesidades; y establecen sus relaciones sociales, económicas, políticas, ecológicas y culturales” (p.9), las cuales “están indisolublemente ligadas a su bienestar y su salud” (p.2).

A saber, la concepción del derecho a la salud pasa por la imperante necesidad de posicionarse desde las apuestas en salud por las que abogan y aspiran las organizaciones sociales de base, como en el caso de la Macarena y San Vicente del Caguán, recalcando en el derecho a la

salud el contenido político que esta entraña, así como de su cualidad integradora, pues el concepto de salud varía según las cosmovisiones de quienes la exigen.

En síntesis, hablar del derecho a la salud en Colombia implica considerar y poner en la agenda pública todo aquello que la salud engloba, puesto que es mucho más que un servicio al que la población puede acceder. No obstante, para lograr esto, hay que tener claro qué es lo que se entenderá por salud en el país, para luego sí exigirla como derecho, y ello requiere un dialogo abierto y participativo entre el Estado y la sociedad civil.

### ***3.2.2. Atención Primaria de Salud – APS***

La Atención Primaria de Salud -APS-, es una propuesta para la salud que surge con la declaración de Alma-Ata (1978), que apunta a garantizar a toda la población el acceso y goce efectivo del derecho a la salud, con lo cual, se le define como:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (PAHO, 1978, p.1).

Para Rosas et al. (2013), lo que caracteriza la propuesta de APS, es que centra su atención en las personas y no en la enfermedad, a la vez que favorece la vinculación y participación de los individuos, familias y comunidades para el desarrollo de actividades de prevención y curación de enfermedades, especialmente aquellas prevalentes en la población. También, significa la articulación y continua comunicación entre los diferentes niveles de atención médico-asistenciales,

así como el permanente seguimiento del estado de salud de las personas, prestando atención a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Por el contrario, desde la discusión que plantea Lemus (2003), la APS puede ser concebida desde cuatro perspectivas diferentes, que son: APS como conjunto de actividades, como asistencia, como estrategia y como filosofía. Cada una de ellas depende de la intención de quién las promueva.

Así pues, la primera de ellas, entendida como conjunto de actividades, requiere que la población cuente con educación básica en salud para la prevención de las enfermedades, se ponga a disposición de ellos una red de saneamiento, también, garantizar el acceso a alimentos y una dieta adecuada, que reciban cuidados materno infantiles, tratamiento básico, vacunación y medicamentos.

La segunda, que asume la APS como asistencia, hace referencia al primer contacto entre las personas y el sistema de salud, en la que se establece una relación mutua e interactiva que apunta a potenciar en los individuos y familias de la comunidad el autocuidado y la autorresponsabilidad sobre su salud, a través de la promoción de la salud en los espacios de consulta y en los territorios propios de las comunidades.

La tercera perspectiva, la APS como estrategia, alude al diseño y organización de los servicios médico-asistenciales, los cuales deben ser accesibles a toda la población, proporcionando todos los cuidados y, además, ser costo-beneficiosos en su aplicación y resultados. También, involucra la participación intersectorial y la redistribución de los recursos sanitarios existentes en el sistema de salud.

En su cuarta perspectiva, la APS como filosofía, plantea la defensa y garantía del derecho a la salud de todas las personas, sin criterios de exclusión y fundada en la igualdad y la justicia social; caracterizada por elementos de accesibilidad, atención integral e integrada, de participación

comunitaria, trabajo activo, continuo e interdisciplinario, con objetivos y metas alcanzables y promotora de la investigación social aplicada.

Ahora bien, estas concepciones, especialmente la propuesta filosófica de la APS, deben estar respaldadas por un sistema de salud que las apalanque y una clara y sólida normativa que las respalde y promueva, puesto que de esta manera se facilita su organización y operacionalización, así como la garantía del derecho a la salud y el logro de la equidad y justicia social (OPS, 2007).

Pero, desde posiciones más recientes, en Barrios y Morales (2017), se describe la renovación que sufre la APS después de 25 años de implementación, denominada *atención primaria de salud renovada*, la cual apunta a superar sus limitadas aplicaciones utilizando enfoques críticos de salud que permitan develar las múltiples formas en que se determina la salud en espacios localizados. Por ello, en esa nueva propuesta, la APS incluye tres ejes para su implementación:

1. Comprender la salud mediada por apuestas ético-políticas y conceptos amplios, complejos e integrales, cuya materialización colectiva implica el compromiso de los actores sociales con las comunidades.
2. Abordar la salud como un objeto de estudio complejo y diverso que requiere de varias disciplinas y sectores para la concreción de proyectos saludables y sustentables.
3. Involucrarse con la salud y entenderla como un campo social, en el que convergen intereses, actores y acciones en disputa por capitales sociales de gran valor para la humanidad que son de uso público y colectivo y requieren el desarrollo de capacidades resolutivas sobre las inequidades en salud (p.24-25).

En síntesis, la propuesta de APS es la construcción de una apuesta política y social que busca materializar la garantía del derecho a la salud de las poblaciones a través de la disponibilidad

y accesibilidad de los servicios médico-asistenciales; la promoción de estilos de vida saludable; la puesta en marcha de proyectos comunitarios e interculturales y participativos en salud gestados desde los territorios, con articulación de los actores del sistema y con el acompañamiento técnico, científico y profesional necesario para su realización y; la implementación de políticas de Estado tendientes a mejorar la condiciones de vida y existencia de todas las personas en una sociedad determinada.

### ***3.2.3. Organización comunitaria (Comités de salud)***

En las sociedades occidentales, diversos sectores han buscado expresiones organizadas de la sociedad civil para mejorar las condiciones de la vida y la participación social; entre ellos los procesos organizativos, mediante los cuales las personas (Alvarado, 2021 p.11), articulan voluntades, capacidades, relaciones y propósitos para garantizar estrategias de mayor permanencia a sus problemas compartidos (Torres, 2009, p.69).

Y es en aquel escenario que aparece la organización comunitaria como un de las opciones a tomar. Por su parte, Lillo y Roselló (2004), afirman que esta expresión se utiliza para designar aquella fase de la organización social que constituye un esfuerzo consciente de parte de la comunidad para controlar sus problemas y lograr mejores servicios de especialistas, organizaciones e instituciones (p.26).

Pero también, hace alusión a un proceso de carácter histórico, en el que los habitantes de una comunidad en un territorio, movidos por un interés o necesidad sentida y compartida, se reúnen para crear mejores condiciones vida no resultas, las cuales apuntan a cambios a nivel social, cultural, económico, educativo, político y/o en salud; cambios que benefician no solo a un grupo en concreto sino a toda la comunidad de pertenencia (CTB, 1994-2022) (Cifuentes, 2002).

Asimismo,

Es un proceso que busca la unidad, integración y articulación de las comunidades, partiendo del poder local para incidir en los niveles municipal y departamental, constituyendo de esa manera un conjunto de medios que generen fuerza y capacidad de decisión, de influencia, de demanda (Cifuentes, 2002, p.8-9).

Además, como elemento distintivo, afirma Torres (2009), que las organizaciones necesitan movilizarse para mantenerse como movimiento, pero sobreviven a estas acciones, conformando una dimensión menos visible pero más sólida de los movimientos sociales (p.70-71).

Por otro lado, Marchioni (1937), señala que, como cada comunidad es diferente, pues estas están condicionadas por su ubicación territorial, los recursos que disponen, su población y demandas, los procesos que deben realizar siempre serán particulares. Adicionalmente, estos procesos de organización comunitaria, para lograr cambios positivos en determinado territorio, requiere constantemente de la vinculación y participación de otros actores sociales, a parte de la comunidad misma, estos son: los entes nacionales e internacionales y los recursos, sean técnicos, profesionales y de conocimientos.

Aquí, ya se menciona otra particularidad de las organizaciones o procesos organizativos de las comunidades, las cuales están en función de la cultura, es decir, la composición social e identitaria de cada miembro de la organización, sus patrones de relación y las posturas políticas y económicas que las caracterizan (Laylander, 1991).

Retomando a Marchioni (1937), los procesos de organización comunitaria en los que también participan otros actores sociales, hacen que sea necesario la existencia de una estructura organizativa y burocrática que permita desarrollar con mayor fluidez los objetivos de la comunidad, estableciendo tiempos, asignando responsabilidades y actividades.

En este sentido, el comité aparece como estructura organizativa que posibilita el ejercicio de organización y participación comunitaria y que, representa el problema o necesidad sentida de toda la comunidad, a través de los líderes comunitarios. Esta estructura organizativa trabaja de la mano con otros actores sociales que, mediante proyectos apuntan a cambios que den como resultado soluciones a sus problemas o necesidades (Marchioni, 1937) (INSFOP, 2008).

Con base en ello y, para entender el porqué de los comités de salud como organización social en los territorios rurales de la Macarena y San Vicente del Caguán, hay que partir de la necesidad de una estructura que motive a sus pobladores a organizarse en torno a la búsqueda de soluciones es salud, pues el comité es el medio que permite facilitar y fomentar los procesos de participación de las comunidades en materia de salud; a la vez, que se eleva como un fin en sí mismo, dado que se estructura a partir de su organización interna, estableciendo tiempos, actividades y metas en función de la solución de sus problemas comunitarios.

#### ***3.2.4. Participación comunitaria en salud***

Entrar a hablar de participación comunitaria es entrar en una discusión pluralista de su significado y consecuentemente, en una dificultad para universalizarla conceptualmente. Esto se debe al hecho de que la participación comunitaria guarda una íntima relación con las propuestas de desarrollo, dirigidas a las poblaciones rurales de los países del continente americano.

Así lo expresa Oakley (1990), al asegurar que determinada concepción del término trae consigo determinados contenidos de desarrollo rural; identificando tres propuestas. En la primera, la participación comunitaria aparece como aquella que permite sensibilizar a las poblaciones rurales para que sean más receptivas a los proyectos que vienen de fuera.

En la segunda propuesta, la participación comunitaria es vista como la intervención de las comunidades en la toma de decisiones, ejecución y evaluación de los programas de desarrollo. En esta línea, Celedón y Noé (2000), afirman que este tipo de participación comunitaria es interpretada como organización de la comunidad, y es promovida desde organismos multilaterales para que las comunidades se organicen entorno a comités y sirvan de apoyo a los proyectos o programas de desarrollo social.

Para la tercera propuesta, Oakley (1990), la describe como el esfuerzo de las organizaciones que antes no formaban parte del sistema, como los pobres y marginados, por controlar los recursos y las instituciones.

Por el contrario, Briceño y Ávila (2014), identifican cuatro concepciones de la participación comunitaria. Siendo una de ellas, la estrategia de los gobiernos para abaratar costos de producción o para optimizar los limitados recursos, poniendo a trabajar a las personas destinatarias de los proyectos gubernamentales; el argumento de fondo es “que estos servicios eran para beneficio de esas personas, y por lo tanto ellas debían contribuir a su realización” (p.196).

Similar a la propuesta de sensibilización que identifica Oakley (1990), “la participación es un medio de legitimar las intervenciones, pueden costar igual o más, ese no es el punto importante, sino que la gente acepte lo que el agente externo le está proponiendo” (Briceño y Ávila, 2014, p.197).

En tercer lugar, se habla de una participación comunitaria reivindicativa, en la que poblaciones organizadas se movilizan para exigir sus derechos y el cumplimiento de los deberes del Estado o de cualquier otro actor social con poder en el territorio (Briceño y Ávila, 2014).

Por último, Briceño y Ávila (2014), identifican que “la participación también puede ser interpretada como un proceso de integración de las personas a la sociedad a través de la democratización del poder, la toma de decisiones y la generación de riqueza” (p.197) en los países.

Volviendo a los planteamientos de Oakley (1990), el autor propone dos extremos opuestos de un contínuum para entender mejor las propuestas de participación comunitaria, y en la que se hace posible ubicar las diferentes concepciones de esta. Desde esta perspectiva la participación comunitaria sería un medio o un fin.

Como medio, la PC apunta a la utilización de los recursos económicos y sociales de las comunidades para alcanzar metas predeterminadas, en otras palabras, “se clasifica la participación como una técnica de gestión destinada a beneficiar tanto al prestador de los servicios como al consumidor” (Oakley, 1990, p.10). Es, por tanto, una forma indirecta de participación.

Como fin, la participación comunitaria va más allá, entendiéndose como un proceso en el que las comunidades van ganando confianza y solidaridad entre sus pobladores. Dicho de otro modo, la PC “como proceso es un elemento dinámico, no cuantificable y, en lo esencial, no previsible. Son los participantes quienes lo crean y configura. Es una forma activa de participación que responde a las necesidades y circunstancias cambiantes de cada lugar” (Oakley, 1990, p.11).

Este abanico de conceptos sobre participación comunitaria se ha extrapolado a los sistemas de salud, repercutiendo en las maneras como estos sistemas presentan sus programas de salud a las comunidades, matizando aún más la participación comunitaria.

Desde esta *nueva* orientación, Velásquez et al. (2000), aseveran que la participación comunitaria en salud en el espacio rural se da como una estrategia para soportar las debilidades de los sistemas sanitarios. Es decir, la participación comunitaria aparece como voluntariado al servicio de los sistemas sanitarios, siendo la máxima expresión de ello la conformación de comités

y promotores de salud rural; en la que el papel de estos es llevar el control epidemiológico o de inmunización planteado por el ministerio de salud (Arévalo, 2004).

Siguiendo esa misma lógica, se presenta la PCS como la colaboración de las parteras empíricas, “en el sentido de participar en las capacitaciones y producir informes para los servicios sobre las acciones que realizaban, a pesar de que las parteras empíricas son un recurso privado de salud por el que la población debe pagar” (Velásquez et al., 2000, p.34).

Por otra parte, con la institucionalización de la participación comunitaria, se crean espacios como los COPACOS al interior de las instituciones de salud, con el ánimo de adelantar procesos de PCS basada en la estrategia de APS y con orientación a la planificación y gestión de los servicios de salud; en el caso de las administradoras de riesgos en salud, la PCS es promovida con una tendencia operativa, en la que la población realiza actividades de afiliación y tramitación de quejas (Arévalo, 2004).

De manera análoga, la participación comunitaria en el sistema de salud se ha presentado como estrategia para reducir el gasto público, pero con las reformas en salud que privilegian el mercado, la PCS promueve que las comunidades se conviertan en socias del Estado y contribuyan con los costos para la satisfacción de sus necesidades, al mismo tiempo que las privilegia, en el sentido de formar parte activa en el control del gasto público y la eficacia de los proyectos (Arévalo, 2004).

En contraposición a estos planteamientos, Pineda (2014), asume la PCS como aquellas acciones en la promoción de la salud realizadas por los miembros de la comunidad que, organizados, gestan actividades para la satisfacción de las necesidades en salud de sus gentes; lo que va en consonancia con lo que expresa Bang (2011), al considerar que, tanto indígenas como campesinos son los principales actores sociales que hacen posible la participación comunitaria en

salud, sirviendo como intermediadores entre sus comunidades y los sistemas de salud, a fin de garantizar en la ruralidad el acceso y disfrute del derecho a la salud.

Por su parte, Blandón y Jaramillo (2018), afirman que la publicación de la carta de Ottawa (1986), atribuye a la participación comunitaria en salud un papel más político, pues esta estrategia ya no se considera como un instrumento al servicio de las instituciones en la gestión de la salud rural, si no como un ejercicio de poder por parte de los sujetos que participan.

En ese sentido, la participación comunitaria en salud “se concibe como una expresión de autonomía y de ejercicio democrático, lo que le confiere al individuo y a las comunidades un rol verdaderamente protagónico, siendo la adopción de este modelo el reto más importante a enfrentar” (Navas et al., 2010).

Con base a estos planteamientos y señalando las acciones emprendidas por los pobladores de la Macarena y San Vicente del Caguán a través de las organizaciones sociales, se reconoce que sus acciones encaminadas a la toma de conciencia por el cuidado del medio ambiente y defensa del territorio; la creación de normas de convivencia comunitaria; intermediaciones con grupos armados ilegales; la defensa de los derechos humanos, negociación y asociación con otros organismos nacionales e internacionales y la vinculación a proyectos Estatales para la creación de mejores condiciones de vida, entre otras (González et al., 2019) son expresiones de participación comunitaria en salud; lo que significa que, vista desde sus procesos, aquella “implica el logro de interacciones y vínculos en contextos de complejos entramados de poder” (Blandón y Jaramillo, 2018, p. 97).

En síntesis, Velásquez y Gonzáles (2003), sostienen que “la participación puede asumir un papel determinante en la orientación de las políticas públicas y en la transformación de las relaciones entre la ciudadanía y el gobierno local” (p.20), puesto que, como afirma Oakley (1990)

esta “entraña la existencia de crecientes presiones, desde abajo hacia arriba, para introducir cambios en el dispositivo institucional” (p.11).

Esto se logra, por lo menos, con la existencia de dos condicionantes. Por un lado, de la voluntad política para crear oportunidades en materia de participación en salud y, del otro, de la presencia de individuos y colectivos que hagan uso de esas oportunidades y lleven a cabo acciones tendientes a democratizar y cualificar el sector (Velásquez y Gonzáles, 2003).

### ***3.2.5. Método de Trabajo Social con grupos***

Antes de abordar conceptualmente el método de TSG, resulta pertinente adentrarse en su desarrollo histórico como método profesional. En este sentido, Alejandra Martínez y Lady Peralta presentan de manera muy detallada la evolución del método de grupo como método de TS, en su documento titulado *Emergencia y desarrollo del trabajo social de grupo: una aproximación histórica*, a partir del cual se expondrán de manera muy sucinta los aportes del estudio realizado por estas dos autoras.

Partiendo del enunciado anterior, el TSG es un método que ha evolucionado con el pasar del tiempo y sus primeros pasos se registran en la Europa del siglo XVIII. Allí, a través de la acción social de la iglesia y las organizaciones sociales se comenzaron a atender los problemas de pauperización, exclusión social y enfermedad que aquejaban a la población, con base en los principios de la caridad y la benevolencia (Martínez y Peralta, 2006).

Pero en el siglo XIX, en EE. UU, se da un proceso de institucionalización y posteriormente de profesionalización de la ayuda, a partir de diversas experiencias de trabajo con grupos. Esta creciente profesión con orientación a la práctica en lugar del análisis de los problemas que

originaban las necesidades de la imparable problemática social, tenía como objetivos la recreación y la educación religiosa (Martínez y Peralta, 2006).

Entrado el siglo XX, la orientación del trabajo con grupos pasa de un enfoque religioso a la consolidación de un sistema democrático con base en la responsabilidad y participación comunitaria, influida, además, por las propuestas educativas de Dewey y de sociólogos activistas. Posteriormente, con el aporte de profesionales de otras áreas y experiencias de trabajadores sociales, el trabajo con grupos adopta un enfoque más terapéutico (Martínez y Peralta, 2006).

Llegado los años treinta del siglo pasado, aparecen propuestas de diversos autores que consideran que existe una similitud entre el trabajo con grupos y el Trabajo Social, y esto conduce a que en el año de 1936 se adopte el trabajo con grupos como método profesional, dándose una mayor influencia de las ciencias sociales en el ahora nuevo método de Trabajo Social. Pero es en 1946 cuando, en la Conferencia Nacional de Trabajo social en New York, se reconoce oficialmente como un método de intervención de Trabajo Social (Martínez y Peralta, 2006).

A partir de ese momento, ya se puede hablar propiamente de método de trabajo social con grupos que, según Contreras (2003), se define en la actualidad como “un proceso que por medio de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social” (p.13).

En ese aspecto, Fernández y López (2016), señalan que el principal reto de este método radica en “cómo lograr potenciar nuestras habilidades sociales y nuestras capacidades, nuestra competencia social, para afrontar oportunidades y situaciones problemáticas en un mundo cambiante” (p.16). En otras palabras, es “un instrumento esencial en la motivación y educación social de los ciudadanos, para el cambio de mejores niveles de vida” (Contreras, 2003, p.13).

Siguiendo con Contreras (2003), hay dos maneras de concebir el TSG, una es como método y la otra, como proceso. Para la primera, “nos referimos al conjunto de normas que dirigen un proceso y al conjunto de conocimientos que explican su contenido científico” (p.14).

En cuanto a la segunda, referida a proceso, “el método de grupos se enfoca en el desarrollo de la personalidad del individuo por medio de su asociación voluntaria, y al crecimiento del grupo mediante un sistema socioeducativo que impulsa al hombre a compartir sus intereses con los demás” (Contreras, 2003, p.15). Conviene destacar que, este proceso incluye dos dimensiones, una educativa y otra sociológica. La educativa se relaciona con el desarrollo de la personalidad de los individuos y, la sociológica, con la conformación y desarrollo de la vida grupal (Contreras, 2003).

En consonancia con lo anterior, García (2007), nos ilustra cómo este método propio parte por entender las necesidades de los grupos, sus miembros, (capacidades y potencialidades), por conocer las estructuras de las que forman parte, sus recursos y expectativas y, con base en ello, elaborar diagnósticos de la situación a mejorar, para luego establecer con los sujetos los objetivos que orientarán el proceso de intervención grupal.

Sin embargo, luego de la reconceptualización se comienza a hablar de método y metodología en Trabajo Social; y, frente a ello, Gordillo (2007), pone en discusión las diferentes construcciones conceptuales elaboradas por profesionales de trabajo social para explicar estos dos términos. En resumen, el método o métodos refiere a caminos para llegar a determinados fines y, la metodología como aquella que estudia los métodos y engloba aspectos filosóficos.

Más allá de tales definiciones, la autora realiza una reflexión a entorno a esta discusión y propone como concepto *propuesta metodológica* para superar la polisemia existente en torno a los conceptos de método y metodología para Trabajo Social. Este nuevo concepto permite “trascender el carácter englobante de la metodología y el prescriptivo del método. Permite a la vez integrar las

dimensiones epistemológica, ideológica, ética, contextual y operativa, que dan cuenta de la complejidad del análisis metodológico en Trabajo Social” (p.132).

Por su parte, Fernández y López (2014), destacan el carácter científico del trabajo con grupos que se realiza desde la disciplina de Trabajo Social. Y afirman que, “cualquier acercamiento al Trabajo Social con grupos debe tener en cuenta, en este sentido, la particular situación que se deriva de la condición humana como sujeto y objeto de estudio” (p.49).

También, expresan que, desde sus comienzos, en el TSG “como disciplina científica, ha estado presente el interés por analizar las dimensiones psicológicas, sociológicas y comunicacionales que operan en la interacción grupal, y la dinámica de grupos ha ocupado un lugar muy relevante” (Fernández y López, 2014, p.89), por tanto, para llevar a cabo intervenciones grupales, el trabajador social requiere de un adecuado conocimiento de estas dimensiones.

Lo anterior, según Parra (2017), deriva en modelos de intervención con grupos, entendidos como presupuestos teóricos que contribuyen a explicar la interacción al interior de los grupos y, a orientar la práctica profesional de TS. Tales modelos se pueden clasificar en tres grupos, así: modelo terapéutico, modelo interaccional y modelo de objetivos sociales.

A este respecto, en Gnecco (2005), tal clasificación se debe a la orientación que se les atribuye a los objetivos para la intervención grupal, sea esta orientación hacia el interior del grupo, como es el caso de los dos primeros modelos, o al exterior de este, referido al modelo de objetivos sociales.

Como el objetivo de esta investigación apunta al trabajo con comités de salud, como estructuras organizativas para la defensa y garantía del derecho a la salud, el énfasis se hace en el modelo de objetivos sociales del método de TSG, el cual, en palabras de Gnecco (2005), apunta al

“desarrollo de políticas y toma de decisiones y no necesariamente hacia el crecimiento personal de sus miembros” (Gnecco, 2005, p.63).

En síntesis, el método de TSG hace parte del utillaje profesional, útil para la intervención social y la generación de conocimientos, pues ha estado atravesado por actualizaciones teórico-metodológicas y conceptuales que le han permitido, desde la experiencia de las y los trabajadores sociales, afianzar su potencial para la transformación y el cambio social.

#### 4. Marco legal-normativo

El origen de las directrices de la participación en salud para Colombia y el mundo entero se remontan a la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud -APS- (PAHO, 1978), celebrada en Alma-Ata, lugar desde el cual se marcaría un hito en la historia al contemplar la salud como un asunto de todos, pues posibilitaba que las poblaciones rurales y las más vulnerables tomaran parte en aspectos relacionados con la planeación de las políticas para el cuidado y mantenimiento de la salud.

Lo novedoso y estratégico de la propuesta, soportada en la participación social y comunitaria, permitiría que, con el compromiso de los Estados parte y los diferentes sectores sociales, económicos y políticos se lograra para el año 2000 la equidad en materia de salud (PAHO, 1978).

Sin embargo, el sentido atribuido a la APS se vio alterado por los desarrollos y acontecimientos socio-políticos de los años 70, y por las necesidades de algunas agencias internacionales por obtener resultados tangibles, lo que condujo a “las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema” (Tejada, 2003, p.4). Provocando que la APS fuese vista como atención médica de bajo costo y sin participación activa y efectiva de la población (Tejada, 2003). Y, en los casos en los que participaban las comunidades, éstas eran instrumentalizadas por las instituciones para legitimar sus intervenciones o cualificar sus servicios (Blandón y Jaramillo, 2018).

Con relación a ello, para Colombia, los desarrollos en materia de PCS no estuvieron exentos de las dinámicas internacionales, y los avances al interior del país han “sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial” (Tejada, 2003, p.1).

Parafraseando a Linares (2012), hasta inicios de la segunda década del s. XXI, los progresos para Colombia en este asunto han estado ligados a la prestación de servicios ofertados institucionalmente, y no a la generación de mecanismos que apunten verdaderamente a la transformación de los determinantes sociales de la salud con la participación de las comunidades, y que permita lograr en el país la meta que hace más de tres décadas se propuso.

Pero no todo el desarrollo en materia de PCS ha sido negativo, porque, por otro lado, la conferencia sobre APS también “ha inspirado nuevos intentos de construir de forma innovadora y participativa, la salud para todos y por todos” (Tejada et al., 2018, p. 676). Y con ello, en Colombia se han desarrollado avances significativos respecto a la promoción de la PCS, desde lo normativo hasta lo teórico, apoyándose en propuestas como la carta de Ottawa (1986) y la conferencia de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011), por citar algunos ejemplos (MSPS, 2015).

En ese sentido, ha significado para los colombianos un proceso paulatino de consolidación de la PCS en el territorio, avalado por la legislación nacional; pero también, ha estado atravesado por luchas ciudadanas por la defensa y garantía del derecho a la salud, que incluye entre otras cosas, el derecho a participar en los procesos de construcción de política pública en salud.

A continuación, se presentan los soportes legales que respaldan y promueven la PCS en Colombia y que, desde finales de la segunda década del s. XXI han significado avances importantes este asunto.

**Tabla 1.***Soporte normativo de la participación en salud - Colombia*

Año	Legislación	Descripción
1989	Decreto 1216	Por medio del cual se crean los comités de participación comunitaria vinculados a las instituciones prestadoras de servicios de salud y se definen sus funciones y estructura.
	Ley 10	A partir de la cual se define la prestación de los servicios de salud bajo unos principios básicos, entre los que se incluye la participación comunitaria como uno de ellos. Además, se designa a los miembros de las organizaciones de participación comunitaria como miembros de las juntas directivas en salud en el primer nivel de atención.
1990		Por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud en los niveles 1 y 2 de atención en salud.
	Decreto 1416	Se crean pues, las asociaciones de usuarios y las comisiones, grupos de trabajo y los comités especiales para las regiones donde no existan entidades de salud.  Se amplían las funciones de los comités de participación comunitaria.
	C.P. Art. 1	Colombia se organiza como un Estado social de derecho, descentralizado, republicano, pluralista, democrático y participativo.
1991	C.P. Art. 2	El Estado colombiano tiene entre sus fines el servir a la población, facilitar su participación en todas aquellas decisiones que les afecten, a garantizar sus derechos y a asegurar la integridad en el territorio.
	C.P. Art. 38	Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de distintas actividades que las personas realicen en sociedad.
	C.P. Art. 40	

---

	Los habitantes del territorio colombiano, entendidos como ciudadanos del mismo, tienen derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político, haciendo uso de las formas democráticas de participación.
C.P. Art. 48	La seguridad social es un derecho irrenunciable de la población y esta, será dirigida, coordinada y controlada por el Estado, además, con la participación de los particulares se ampliará su cobertura y servicios.
C.P. Art. 49	La atención en salud es un servicio que prestará el Estado a la población, el cual, se organizará de forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad.
C.P. Art. 79	Es derecho de la población gozar de un ambiente sano y mediante la ley se garantiza la participación de las comunidades en las decisiones que atenten contra ese derecho.
C.P. Art. 103	<p>El Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía 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>Y se definen los mecanismos de participación del pueblo en el ejercicio de su soberanía.</p>
C.P. Art. 270	Mediante la Ley se busca organizar las formas y sistemas de participación ciudadana sobre los asuntos administrativos de la gestión pública y sus resultados.
C.P. Art. 311	Les corresponde a las entidades político-administrativas municipales promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural en sus respectivos territorios.
C.P. Art. 318	Con el ánimo de asegurar la participación de la población en las zonas rurales, los consejos municipales se dividirán en

---

		<p>corregimientos que contará con una administradora local de elección popular, con funciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar en la elaboración de planes y programas de desarrollo municipal.</li> <li>▪ Vigilar y controlar la prestación de los servicios locales, entre otras.</li> </ul>
1993	Ley 100	<p>Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, regido por los principios de universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación.</p> <p>Se considera a los COPACOS como partes del SGSSS. A su vez, el sistema de salud en su conjunto estimulara la participación social de los usuarios en la organización y control de las instituciones prestadoras de salud.</p> <p>De igual manera, el gobierno nacional definirá las formas de vigilancia de la comunidad sobre las entidades que conforman el sistema.</p> <p>Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.</p>
1994	Ley 134	<p>Sobre cuáles son los mecanismos de participación a los que puede acudir el pueblo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciativa popular legislativa y normativa.</li> <li>▪ Referendo.</li> <li>▪ Consulta popular.</li> <li>▪ Revocatoria del mandato.</li> <li>▪ Plebiscito.</li> <li>▪ Cabildo abierto.</li> </ul>
	Decreto 1757	<p>Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación social</li> <li>▪ Participación comunitaria</li> <li>▪ Participación ciudadana</li> </ul>

---

- Participación institucional

En todos los municipios se conformarán los comités de participación comunitaria en salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado.

Los COPACOS podrán obtener personería jurídica si lo consideran pertinente para el desarrollo de sus funciones, sin detrimento de los mecanismos democráticos de participación y representatividad.

---

2003 Ley 850

Por medio de la cual se reglamenta la veeduría ciudadana, entendida como: el mecanismo democrático de representación que permite a los ciudadanos y organizaciones comunitarias ejercer vigilancia sobre la gestión de las instituciones públicas y privadas y demás estructuras encargadas, entre otras cosas, de la prestación de un servicio público.

---

2008 Sentencia T-760

Marcó el punto de partida para el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho autónomo y la necesidad de cambios estructurales para garantizarlo.

A su vez, es una evidencia de la participación ciudadana en lo referido al control e incidencia sobre la prestación de los servicios de salud.

---

2011 Ley 1438

Por medio de la cual se regula el SGSSS.

Sobre la construcción del PDSP con base en procesos de participación social y en el marco de la Atención Primaria de Salud -APS-; y la promoción de la capacitación de la ciudadanía y organizaciones comunitarias para la participación social eficaz.

Se plantea el objetivo de definir una política de participación social en el país por parte del MSPS, con el objetivo de, entre otros, fortalecer los procesos de incidencia de la ciudadanía en los ciclos de las políticas públicas de salud.

---

2015	Ley 1751	<p>Por medio del cual se garantiza el derecho fundamental a la salud, se regula y se establecen los mecanismos para su protección.</p> <p>Además, 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. Esto incluye participar en instancias deliberativas y de toma de decisiones, construcción de políticas públicas en salud y participación en programas de prevención y promoción de la salud, entre otras.</p>
	Ley 1757	<p>Por medio de la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática y de los mecanismos e instancias para hacerlo.</p> <p>Y sobre el control social de lo público, referido al derecho y deber de los ciudadanos a participar de manera individual o a través de sus organizaciones, redes sociales o instituciones, en la vigilancia de la gestión pública y sus resultados.</p>
2017	Resolución 2063	<p>Por la cual se adopta la política de participación social en salud.</p> <p>Se establecen unas estrategias orientadas al empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en el logro de la garantía del derecho a la salud, entre las que se destacan incentivos que propicien la participación social y comunitaria en salud; y, fortalecer las estrategias de información y comunicación para que se visibilicen los procesos de participación.</p>
2022	Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031)	<p>Es la expresión de la política pública de salud, construida a partir del diálogo participativo entre los diferentes actores sociales y el Estado, con el objetivo de alcanzar la equidad en materia de salud pública, bienestar social, calidad de vida y derecho a la salud.</p>

## **5. Metodología**

### **5.1. Base metodológica**

La presente investigación se fundamenta en el Paradigma Interpretativo, haciendo especial énfasis en la Hermenéutica como encuadre teórico-metodológico para el acercamiento e interpretación de los comités de salud rural, la participación en salud y el método de Trabajo Social con grupos, a través de lo que señala Cárcamo (2005), como el análisis de la producción simbólica existente en torno a una realidad social e histórica.

De modo que, para esta investigación, se recurre a los textos producidos en el lapso temporal de 2014-2022 para la comprensión del fenómeno social de participación comunitaria en salud y su relación con el rol del profesional de Trabajo Social al interior de los comités de salud, en el marco de una experiencia de intervención social en territorios rurales.

Como el objeto de estudio son los textos, es necesario agregar que la presente investigación es de tipo documental, por consiguiente, la técnica que se usará para llevar a cabo el proceso investigativo es la revisión documental (Correia, 2019). Dicha técnica consiste, según Hurtado (2000), en un “proceso mediante el cual el investigador recopila, revisa, analiza, selecciona y extrae información de diversas fuentes, acerca de un tema particular (su pregunta de investigación), con el propósito de llegar al conocimiento y comprensión más profundos del mismos” (p.90).

Con base en lo anterior, se tiene como ruta metodológica el proceso de Revisión y Análisis Documental (RAD) propuesto por Barbosa et al., (2013), quienes proponen dos fases para el desarrollo de la investigación, las cuales se presentan a continuación:

1. Fase Heurística: Consiste en la estructuración del plan de búsqueda y revisión de la información para el análisis de las categorías, el cual se condensa en los siguientes cuadros con sus respectivos elementos.

**Tabla 2.**

*Protocolo de búsqueda documental.*

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA DE FUENTES DE INFORMACIÓN		
	Idioma	Español
	Periodo de tiempo	2014 - 2022
Términos	Individuales	Organización, Participación, Autogestión, Comités y Salud.
	Combinados	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organización para la salud rural</li> <li>▪ Organización para la salud comunitaria</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación comunitaria en salud</li> <li>▪ Participación social en salud</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autogestión en salud rural</li> <li>▪ Autogestión en salud comunitaria</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comités de salud</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud rural</li> <li>▪ Salud comunitaria</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo social con grupos</li> <li>▪ Trabajo social en salud</li> </ul>
Recursos de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bases de datos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redalyc</li> <li>• Dialnet</li> <li>• SciElo</li> </ul> </li> <li>▪ Buscadores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Google</li> <li>• Google académico</li> </ul> </li> <li>▪ Repositorios institucionales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universidad Industrial de Santander</li> </ul> </li> </ul>	
Estrategias	De formación	Solicitud de asesoría para el manejo de bases de datos
	De búsqueda	Revisión de citas y referencias bibliográficas

*Nota.* Adaptada de *Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas* (p.93), por Barbosa et al., 2013.

**Tabla 3.**

*Protocolo de revisión documental.*

PROTOCOLO DE REVISIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN	
Normas de revisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisar las fuentes de información acorde al problema de investigación y objetivos propuestos.</li> <li>▪ Hacer lectura del resumen del documento como estrategia para la inclusión o exclusión del documento.</li> <li>▪ Realizar las respectivas lecturas y registro de comentarios acerca del documento en relación con el problema y objetivos de investigación.</li> </ul>
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentos no relacionados con el objetivo de la investigación.</li> <li>▪ Documentos no relacionados con la metodología de Trabajo Social con grupos, con la participación comunitaria o social en salud y con los comités de salud.</li> <li>▪ Aquellos documentos que, aunque contengan los términos de búsqueda, estos, no sean de interés para el desarrollo de la presente propuesta o su contenido no aporte significativamente a la investigación.</li> <li>▪ Por saturación de la información.</li> </ul>
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentos que contengan información sobre el proceso de intervención grupal desde la metodología del Trabajo Social con grupos.</li> <li>▪ Documentos sobre fortalecimiento de capacidades para la organización y autogestión de la salud (en la ruralidad).</li> <li>▪ Todo material de interés producto de la ejecución del proyecto en el que se circunscribe la presente propuesta de investigación.</li> </ul>
Estrategia de extracción de datos	Corresponde al diseño de revisión documental, a través de la ficha bibliográfica.

*Nota.* Adaptada de *Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas* (p.93-94), por Barbosa et al., 2013.

**Tabla 4.**

*Formato de ficha bibliográfica.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° ____		
Datos básicos del documento		
Titulo		
País		
Fecha		
Autor(es)		
Palabras clave		
Fuente		
Ubicación		
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	
	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido	Metodología	
	Análisis e interpretación	
Conclusiones		
Observaciones y comentarios		

*Nota.* Adaptada de *Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas* (p.95-96), por Barbosa et al., 2013.

**Tabla 5.***Listado de documentos seleccionados.*

LISTADO DE DOCUMENTOS							
Referencia de la ficha	Tipo de documento	Tipo de fuente	Año	País	Perspectiva disciplinar	Tipo de estudio	Palabras clave

*Nota.* Elaboración propia.

2. Fase Hermenéutica: Consiste en análisis e interpretación de la información recopilada y sistematizada para logro del objetivo planteado, que concluirá con la producción intelectual de los aportes teórico-conceptuales y metodológicos del Trabajo Social con grupos al fortalecimiento de las capacidades de los comités de salud. Para ello, se seguirán los siguientes pasos:
- a. Ordenamiento de la información:

**Tabla 6.***Distribución documental según categorías apriorísticas.*

CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO	CATEGORÍAS			DOCUMENTOS SELECCIONADOS
	Participación en salud	Comités de salud	Trabajo Social	
Proyectos de intervención	0	1	0	1
Informes de proyectos de intervención	0	1	0	1
Libros <i>online</i>	1	0	2	3
Artículos <i>online</i>	12	8	1	21
Otros	1	0	1	2
	TOTAL			28

*Nota.* Elaboración propia.

- b. Relacionamiento entre categorías:

**Tabla 7.**

*Matriz para el análisis de las categorías apriorísticas y emergentes.*

MATRIZ CATEGORIAL						
Categoría	Código	Descripción	Subcategoría	Código	Descripción	Referencia de la ficha

*Nota.* Elaboración propia.

- c. Construcción del documento.
- d. Publicación del documento o informe final.

Con base en este proceso y, siguiendo los planteamientos de Barrero et al., (2011), “la investigación de las ciencias sociales y su interpretación lo teórico y lo práctico deben estar al mismo nivel, ya que al dar la claridad de las acciones de los individuos crean posibilidades de un cambio práctico” (p.112). En este sentido, la presente investigación es también investigación aplicada, ya que, en palabras de Cívicos y Hernández (2007), se caracteriza porque “sus descubrimientos se aplican para crear, desarrollar o mejorar estrategias y acciones concretas de acción social” (p.37).

## **5.2. Desarrollo metodológico**

El proceso metodológico se llevó a cabo siguiendo las fases de la metodología de RAD previamente descritas, con el agregado de que, en ambas fases del proceso se añadió la misma tarea, la cual consistió en la elaboración de un libro de códigos que agilizará el proceso de referenciación y análisis documental, mediante un proceso de manipulación. Lo que en palabras de Eiroa (2009) sería “la codificación de variables, es decir, la imputación de un símbolo identificativo que nos permita mayor agilidad y eficacia” (p. 87) para la comprensión del objeto de investigación.

En resumen, se describen a continuación los aspectos relacionados al desarrollo de la metodología utilizada, correspondientes a cada una de sus fases.

### **5.2.1 Fase heurística**

En esta primera fase, para el correcto desarrollo metodológico, se solicitó previamente a la biblioteca de la UIS una capacitación sobre el proceso de búsqueda en su repositorio institucional, los motores de búsqueda y las bases de datos ya mencionadas. (**Ver tabla 2.**)

Posterior a ello, se precedió a consultar en cada uno de los recursos de información los textos a ser seleccionados, haciendo uso de los operadores booleanos en el proceso de consulta. Por citar algunos ejemplos, las búsquedas realizadas se hicieron de la siguiente manera: [“participación comunitaria en salud” AND “comités de salud” AND “trabajo social con grupos”] y [“trabajo social” AND “salud” AND “participación”].

Como resultado de ese proceso, se seleccionaron 26 documentos que cumplían con los criterios del protocolo de revisión documental. (**Ver tabla 3.**) Acto seguido, se aplicó el instrumento a cada uno de los documentos seleccionados y se registró la información en cada una de las rejillas correspondientes y se hicieron anotaciones conforme se avanzaba en el registro de las fichas. (**Ver tabla 4.**)

Ya para dar paso a la siguiente fase, se organizaron los documentos en una lista con los siguientes componentes. (**Ver tabla 5.**)

- **Referencia de la ficha:** hace alusión a la etiqueta diseñada para cada documento y que permite su distinción. Tal etiqueta fue elaborada a partir del conjunto de elementos que constituyen el proceso metodológico, así:
  - La técnica de revisión y análisis documental → RAD
  - El instrumento de ficha bibliográfica → FB

- Y el número de la ficha → 00. Quedando de la siguiente manera:  
RAD\_FB\_00.

- **Tipo de documento:** hace referencia a la estructura del texto, es decir, si se trata de un libro, un documento legal o un informe, etc.
- **Tipo de fuente:** está hace alusión a si el documento es producto directo de la experiencia del proyecto o proviene de otra experiencia.
- **Año:** corresponde a la fecha de publicación del documento.
- **País:** refiere a la ubicación desde donde se produjo el texto.
- **Perspectiva disciplinar:** alude a la disciplina desde la cual se abordó el estudio o investigación.
- **Tipo de estudio:** refiere a la metodología utilizada por los investigadores para llevar a cabo su objetivo.
- **Palabras clave:** son los términos que se relacionan con el contenido del documento.

### ***5.2.2 Fase hermenéutica***

Una vez completado el registro de cada documento en la tabla, perteneciente a la fase anterior (**Ver apéndice 2**), se procedió luego a organizar los documentos de acuerdo con las categorías principales, tal como se observa en el cuadro sobre categorías (**Ver tabla 6**).

Seguidamente, se pasó a una lectura de las fichas y se extrajeron de ellas las categorías emergentes o subcategorías, para luego, proceder con la codificación de estas, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

**Tabla 8.**

*Cuadro de categorías y subcategorías codificadas.*

Categorías	Código	Subcategorías	Códigos
Participación en salud	PS	Participación Social en Salud	PSS
		Participación Comunitaria en Salud	PCS
		Participación Ciudadana en Salud	PCIS
Comités de salud	CS	Rol y funciones de los comités de salud	RFCS
		Capacidades de los comités de salud	CCS
Trabajo Social	TS	Trabajo Social en Salud	TSS
		Teorías en Trabajo Social	TTS
		Método de Trabajo Social con grupos	MTSG
		Dinámica de grupos en Trabajo Social	DGTS

*Nota.* Elaboración propia.

Como último paso, se hizo una relectura de las fichas bibliográficas y con las subcategorías identificadas se dispuso de la matriz categorial para la ubicación de estas, además, se agregó el código de cada una de las categorías y subcategorías a las etiquetas de la ficha, de la siguiente manera: **RAD\_FB\_03\_PSS** (Ver **apéndice 1**); lo que permitió el respectivo análisis en su conjunto, conduciendo a la comprensión del objeto de investigación y respuesta a la pregunta problema que se planteó inicialmente.

## **6. Aspectos éticos**

La presente investigación contempla aspectos éticos desde dos posturas. La primera, según González (2002), “la investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la convencional. Así, los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general lo son también a la investigación cualitativa” (p.94). En este sentido, para que sea ética la producción investigativa, es necesario realizar un adecuado manejo y uso de la documentación revisada, es decir, dar crédito de los textos consultados mediante la correcta referenciación bibliográfica.

En cuanto a segunda postura, al ser una producción que se hace desde la formación en Trabajo Social, es necesario reconocer como sujetos dignos y de derechos a las organizaciones campesinas que participan de manera indirecta en esta investigación, de modo que, los conocimientos generados a partir de esta, serán puestos a su disposición, promoviendo así la justicia, la igualdad, el respeto y la solidaridad (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2019).

## **7. Hallazgos**

Los hallazgos obtenidos del proceso metodológico de revisión y análisis documental se expondrán en dos apartados significativamente distintos con el fin de presentar de manera organizada la información. Así, en el primero de ellos se ubicarán las características que componen el perfil de los documentos, tales como: la temporalidad, la tipología, la perspectiva disciplinar, la metodología utilizada y el lugar de origen junto con las categorías de análisis.

En el segundo, se presentarán descriptivamente sus contenidos, es decir, habrá una exposición de la información encontrada en los documentos de acuerdo con las categorías principales de análisis, que son: Participación en Salud, Comités de Salud y Trabajo Social (**Ver apéndice 1**).

### **7.1. Hallazgos según las características de los documentos**

El estudio documental se realizó con veintiséis documentos ubicados en los buscadores de Google y Google Académico; las bases de datos de SciELO, Dialnet y Redalyc; y, el repositorio institucional de la Universidad Industrial de Santander – UIS, de acuerdo con los criterios de selección mencionados en el capítulo de metodología.

Adicionalmente, se añadieron dos documentos más a la lista, los cuales están relacionados con la experiencia de trabajo de campo en la formación y fortalecimiento de los comités de salud en los territorios rurales de la Macarena y San Vicente del Caguán. Estos documentos son el

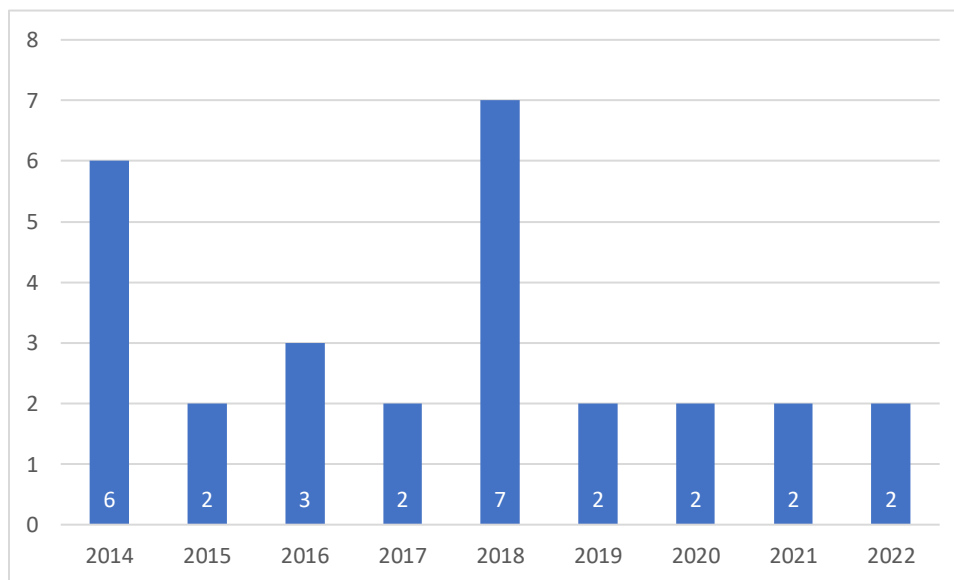
proyecto de intervención y el informe de resultados de la estrategia de comités de salud. De esta manera, se conformó una población de veintiocho documentos objeto de análisis.

A continuación, se exponen sus características más relevantes.

### ***7.1.1 Temporalidad***

El año que marca el inicio de la búsqueda documental fue definido por el documento presentado por el Consejo Nacional de Trabajo Social ante el Ministerio de Salud y Protección Social en 2014, en el que se definían el perfil y las competencias de los profesionales en el sector salud. Ahora bien, para seleccionar el límite temporal de la búsqueda, se optó por el año en el que se desarrolló la investigación, es decir, el año 2022.

Con base en lo anterior se encontró que, en los documentos seleccionados, la mayoría de ellos se ubican en los años 2014 y 2018, con seis y siete documentos respectivamente. Ahora bien, para los años posteriores a 2014, y comparativamente hablando, se observó una reducción documental del 62% aproximadamente, fenómeno similar ocurre con los años posteriores a 2018, que reflejan una reducción del 72% y, además, mantienen una constante en la producción documental.

**Figura 1.***Distribución documental por años.*

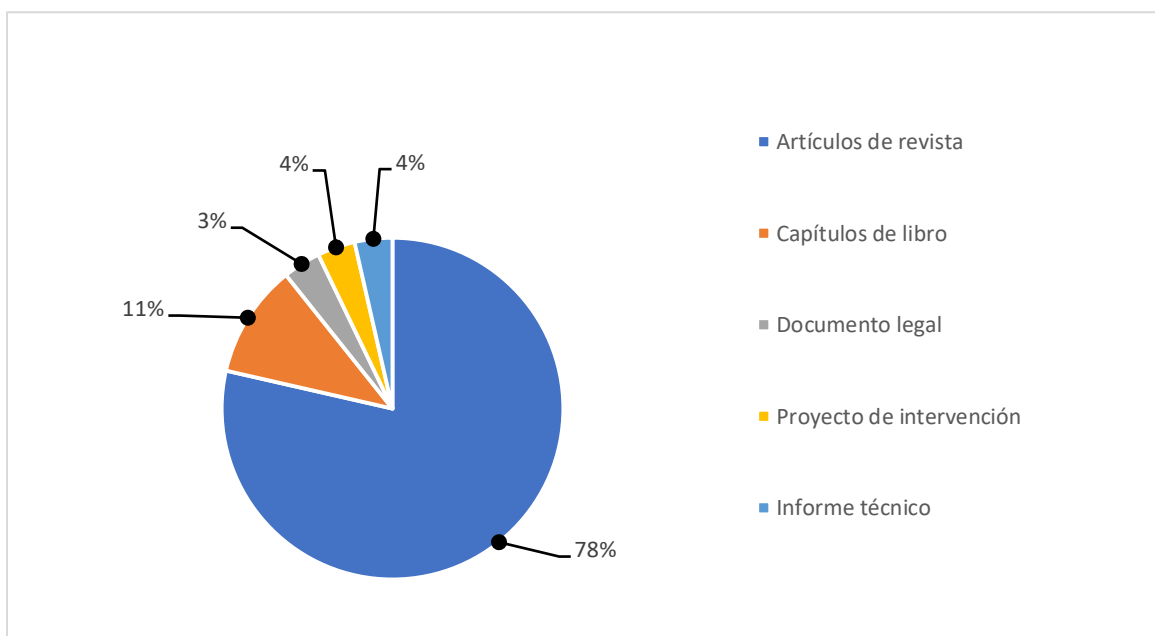
*Nota.* Elaboración propia.

**7.1.2. Tipología**

Respecto a los tipos de documentos, se puede observar que el 78% de ellos corresponde a artículos publicados en revistas digitales, siendo la característica predominante en la población documental; el 11% corresponde a capítulos de libros ubicados en la web; y, en menor proporción están el proyecto de intervención e informe técnico, con un valor del 4% cada uno. Finalmente, de tipo legal se registra un valor del 3%.

**Figura 2.**

*Distribución documental por tipo de documento.*



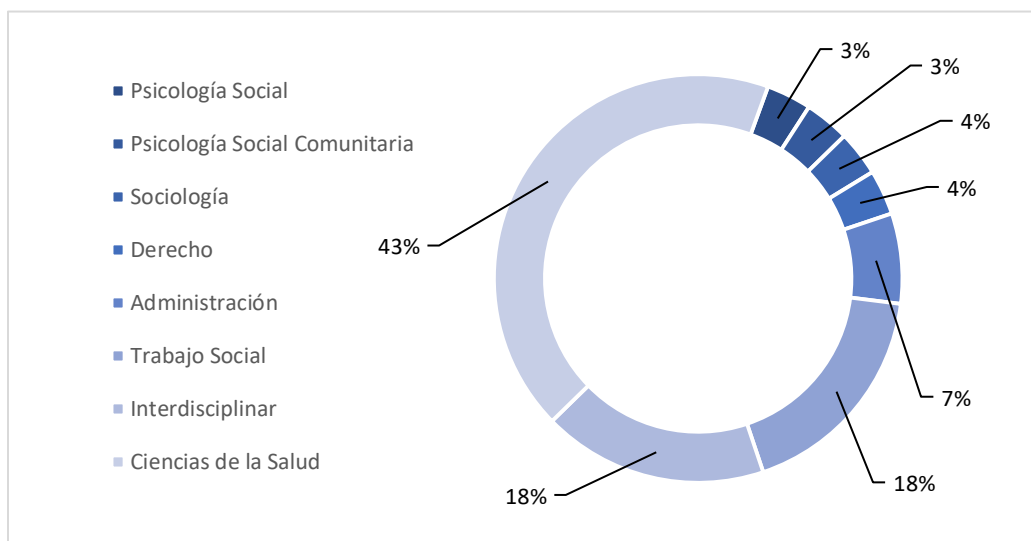
*Nota.* Elaboración propia.

### **7.1.3. Perspectiva disciplinar**

De acuerdo con el abordaje disciplinar de los contenidos en los documentos, se pudo observar que la mayor producción fue realizada por las ciencias de la salud, con un 43%; seguido de Trabajo social y perspectivas interdisciplinarias, con un valor del 18% cada una. El 7% corresponde a perspectivas administrativas y; desde una visión sociológica y del derecho se identificó que éstas estuvieron presentes en el 8% de los documentos, cada una con un valor del 4%. Por último, desde el enfoque de psicología social se produjo el 3% del material documental, mismo valor compartido por la psicología social comunitaria.

**Figura 3.**

*Distribución documental según perspectiva disciplinar.*



*Nota.* Elaboración propia.

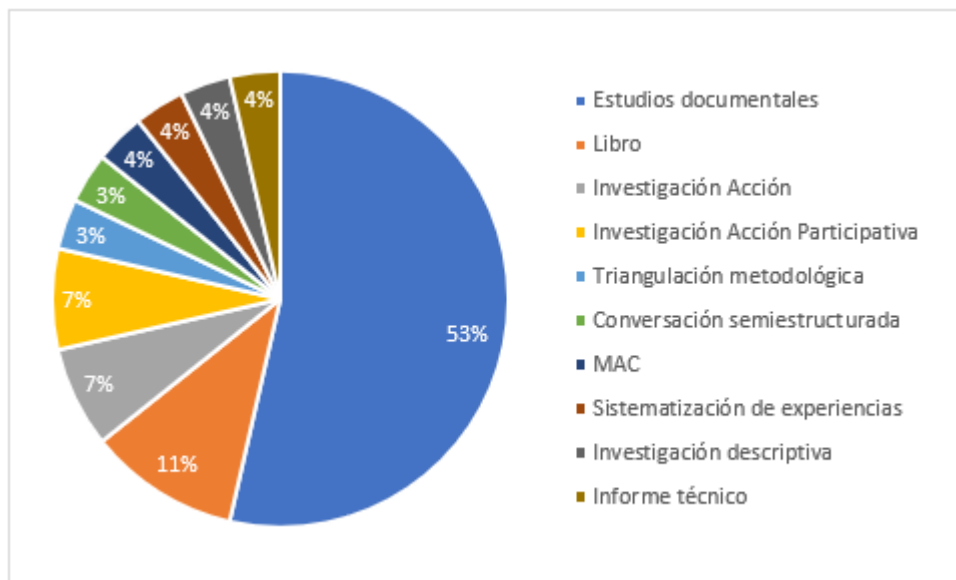
#### **7.1.4. Metodología utilizada**

Con relación a la metodología utilizada en cada documento, se pudo establecer una variedad de abordajes metodológicos, encontrando que, las metodologías de estudio documental fueron las de mayor aplicación, presentándose en el 53% de los textos.

En el caso de los capítulos de los libros no fue posible identificar una metodología, sin embargo, se agruparon en este apartado, pues se asume que para su construcción se siguió un proceso sistemático de reflexión o análisis, ocupando un valor del 11% en la distribución total, el mismo valor que se observa en la gráfica sobre los tipos de documentos.

**Figura 4.**

*Distribución documental según metodología.*



*Nota.* Elaboración propia.

En cuanto a las metodologías de tipo Investigación-Acción e Investigación-Acción-Participación, se observó que, para cada una, sólo el 7% de los documentos siguió este proceso; además, la triangulación metodológica se aplicó en el 3% de los casos, al igual que la conversación semiestructurada.

En cuanto al 16% restante, las metodologías que se identificaron en los documentos, corresponden a: Mapeo de Activos Comunitarios-MAC, sistematización de experiencias, investigación descriptiva e informe técnico, cada una con un valor del 4%. Por último, cada uno de estos abordajes metodológicos se enmarca en investigaciones de corte cualitativo, exceptuando el proyecto de intervención.

### **7.1.5. Lugar de origen**

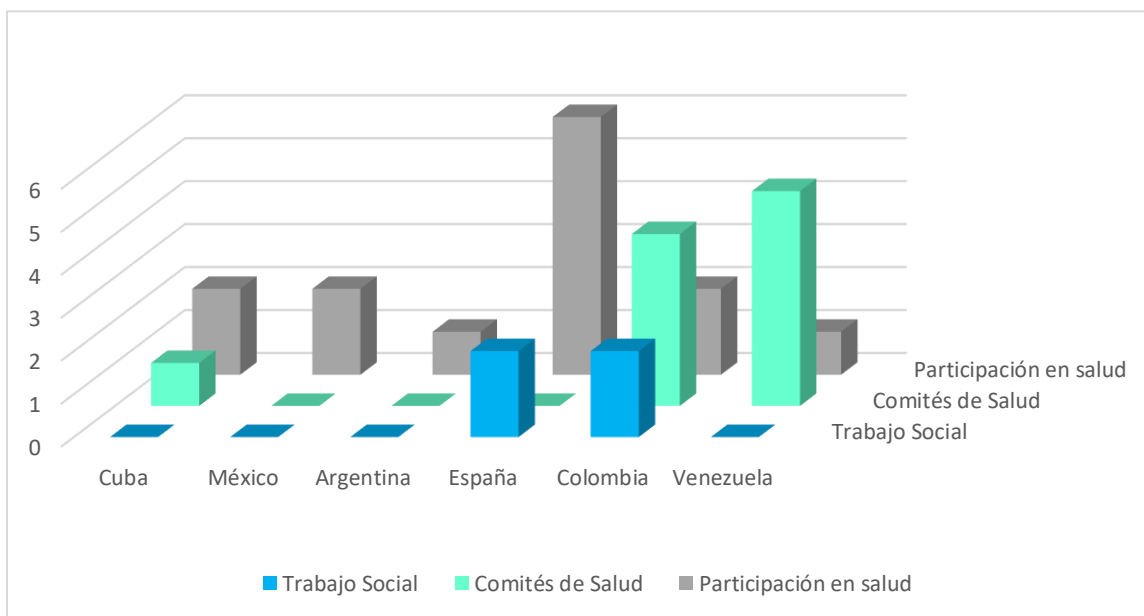
Respecto a la producción documental, según el lugar de origen y las categorías principales de análisis como variables, se pudo identificar lo siguiente. Primero, que la producción documental

se concentra en países Latinoamericanos, seguido por un país de Europa y dos de Nortea América, así: ocho documentos provenientes de Colombia, seis de Venezuela y uno de Argentina; ocho documentos españoles y; de Cuba y México, tres y dos textos respectivamente, para un total de 28 documentos. Además, Colombia y España concentraron la mayor cantidad de material bibliográfico.

Segundo, que la variable de participación en salud mostró que, cada uno de los países anteriores contribuyó a esta como categoría de análisis, en la que: Cuba aportó dos documentos, México dos, Argentina uno, España seis, Colombia dos y Venezuela uno.

### Figura 5.

*Distribución documental según lugar de origen y categorías como variables.*



*Nota.* Elaboración propia.

Tercero, la variable de comités de salud evidencia que la producción documental se dio en tres países, agrupados así: Venezuela, con cinco documentos; Colombia, con cuatros documentos; y, Cuba, con un documento. Finalmente, la variable de Trabajo Social muestra que sólo en los

países de España y Colombia se produjo material que aporta a esta como categoría de análisis, cada uno de ellos con dos documentos.

## **7.2. Hallazgos según los contenidos de los documentos**

Durante la fase hermenéutica del estudio fueron emergiendo categorías que ayudaron a ampliar y robustecer el enfoque otorgado a esta investigación, el cual apunta a comprender el papel que desempeña la profesión de Trabajo Social en el sector de la salud, específicamente en lo relacionado a procesos de transformación y cambio social soportados en el método de intervención con grupos, tomando como punto de referencia la experiencia de trabajo con comités de salud en la ruralidad.

Tales categorías emergentes, o subcategorías, presentan elementos comunes que serán expuestos de manera descriptiva y sin mucha relación en este apartado, siguiendo un esquema lineal, es decir, lo encontrado en cada documento irá ubicado en cada una de las categorías principales a las que corresponde.

Por lo anterior, las subcategorías participación comunitaria en salud, participación social en salud y participación ciudadana en salud se relacionarán con la categoría de análisis principal, denominada Participación en Salud, y así sucede con las demás, ubicando entonces las subcategorías de trabajo social en salud, teorías en trabajo social, método de trabajo social con grupos y dinámica de grupos en trabajo social con la categoría Trabajo Social; y finalmente, las subcategorías rol y funciones de los comités de salud y capacidades de los comités de salud con la categoría Comités de Salud.

A manera de estrategia y para generar mayor recordación de todas las categorías ya mencionadas, se recurre al siguiente esquema, el cual permite una lectura cómoda a través de su visualización.

**Figura 6.**

*Esquema categorial.*



*Nota.* Elaboración propia.

**7.2.1. Participación en salud**

Para esta categoría y sus subcategorías tuvo que darse una reorganización de las jerarquías propuestas inicialmente. Esto, porque para la investigación se plantearon la “participación social en salud” y la “participación comunitaria en salud” como términos de búsqueda semejantes,

relacionados con las acciones que emanan de los sujetos-Estado para atender problemas vinculados a la salud social y colectiva; pero del trabajo de lectura y análisis posterior emergieron las subcategorías “participación ciudadana en salud” y “participación en salud”, esta última referida a:

*“involucrar a las personas, los grupos y las comunidades para que tomen el control de su propia salud y hagan un mejor uso de los recursos disponibles [...] fundamental para la planificación, la organización y el control de los sistemas de salud [...] también como derecho y deber de implicarse en las cuestiones públicas como un potencial indicador de calidad democrática de una sociedad”* (RAD\_FB\_08\_PS).

Y, por cómo se verá más adelante, esta denotaba un carácter mucho más general de los procesos participativos relacionados con la salud, en comparación con las anteriores y, además, las englobaba, por lo que se definió a esta como categoría principal y a las otras como derivadas de esta.

Tal y como se evidenciará en las páginas siguientes, cada calificativo asignado a los procesos de participación, sea ciudadana, comunitaria o social determina un modo de abordar y comprender estos procesos que, desde el Estado y la población se accionan sobre la salud en general.

**7.2.1.1. Participación social en salud.** Se encontró en los documentos que esta es entendida como el derecho a participar en las decisiones sobre salud, atención y políticas en salud. Además, como la responsabilidad de las personas de asumir su situación en salud y buscar soluciones” (RAD\_FB\_22).

Fue así como se erigió y promovió desde la declaración de Alma-Ata en 1978, a través de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes pusieron énfasis en que la población debía ocuparse del cuidado de su salud. Esta propuesta tenía dos concepciones ideológicas implícitas (RAD\_FB\_03\_PSS). Una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) selectiva y otra integral.

La primera apuntaba a la reducción de las responsabilidades del Estado en esta materia, dejando a cargo de las personas el cuidado de su propia salud. La segunda, como una propuesta educativa tendiente a formar y capacitar a la población en y para la atención y cuidado de su salud (RAD\_FB\_03\_PSS).

Con base en lo anterior, la participación social en salud ofrece a la población dos propuestas o maneras de abordar la salud, respectivamente. Como se ha visto, una de corte conservador o neoliberal, en la que la PSS es un *“asunto técnico en la ejecución y la administración de servicios de salud, que promueve el voluntariado y la corresponsabilidad como formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones”* (RAD\_FB\_03\_PSS).

Y es desde esta propuesta que se introduce la PSS en el sector salud por parte de las ciencias de la salud, con unos enfoques particulares (RAD\_FB\_03\_PSS):

- *Como aporte de trabajo voluntario de la comunidad en programas específicos de APS.*
- *Como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios, incluyendo la capacitación de promotores comunitarios.*

La otra manera, con un tinte reformista, en la que la PSS aparece “*ligada a la propuesta del desarrollo humano sustentable, vincula la PSS a la descentralización, pero conserva a los actores institucionales gubernamentales en el centro de los proyectos comunitarios*” (RAD\_FB\_03\_PSS).

No obstante, existe otra propuesta que se desprende la PSS, en la que se resalta su carácter político, “*definida como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público*” (RAD\_FB\_03PSS).

Finalmente, en otro de los documentos se afirma que desde la PSS se hace un llamado a la población para “*desarrollar capacidades que transformen sus problemas de salud mediante acciones de mejora, a partir de alianzas colaborativas con otros actores sociales*” con distintos grados de poder y compromiso (RAD\_FB\_13\_PSS).

**7.2.1.2. Participación comunitaria en salud.** En cuanto a la participación de la comunidad en asuntos relacionados a la salud, se ubicó que, en los documentos, esta hace referencia a que los pobladores de un determinado espacio territorial, sobre todo de aquellos que habitan zonas rurales, realizan acciones encaminadas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, bajo la dirección de un profesional de esta área, contribuyendo de esta manera a su propio desarrollo (RAD\_FB\_01\_PCS).

Es preciso mencionar que, la propuesta de PCS, también promovida por la OMS, apuntaba a la atención de la falta de recursos y las diferencias culturales como limitantes en la prestación de los servicios de salud, por lo que se incluyeron dos estrategias para su realización. Estas estrategias

contemplaban la formación de “promotores de salud” y “comités de salud”, a partir de experiencias previas en América Latina de *“formación de líderes comunitarios y consejos de salud como parte de los mecanismos de desarrollo”* (RAD\_FB\_12\_PCS).

Por otro lado, la PCS incluye la evaluación de las comunidades sobre sus necesidades y sus estrategias de organización para satisfacer tales necesidades, lo que les permite aprender y ganar acceso y control sobre los recursos de atención en salud (RAD\_FB\_02\_PCS).

Es así como también las comunidades contribuyen *“a diseñar nuevos modelos de servicios que se ajustan y hacen frente a las perspectivas locales y prioritarias”* (RAD\_FB\_02\_PCS) y al *“desarrollo de políticas saludables acordes con sus necesidades”* (RAD\_FB\_04\_PCS).

En otras perspectivas, los documentos refieren que hablar de PCS es hablar de cómo fomentarla y cuáles son los factores que la favorecen. Por un lado, se apunta a desarrollar capacidades en las comunidades y a fortalecer los liderazgos presentes en ellas, también, a fomentar la reflexión y *“el intercambio de ideas y conocimientos entre quienes mantienen objetivos comunes”* (RAD\_FB\_07\_PCS), donde la organización de la comunidad es pieza clave.

Por el otro lado, sobre los factores que intervienen en la PCS, se debe contar con ciertas condiciones materiales e inmateriales para que esta suceda realmente entre los actores sociales que conforman el espacio en el que se desarrolla la PCS, que son: la población, las instituciones prestadoras de servicios y el Estado.

Para la población, se requiere que conozca los mecanismos de participación; esté asociada y cuente con líderes que la represente en los espacios de participación; además, que posea un capital social, entendido como los recursos y las relaciones que tiene a su disposición; y, que tenga iniciativas por participar y esté comprometida con ello (RAD\_FB\_02\_PCS).

En cuanto a los prestadores de servicios, estos deben proveer a las comunidades los espacios y los recursos para que estas participen en los aspectos relacionados a priorizar las necesidades en salud, a tomar decisiones y gestionar los recursos. Y, de parte del Estado, se deben procurar políticas tendientes a fomentar la participación en salud, contar con un respaldo normativo y mostrar voluntad política para la PCS (RAD\_FB\_02\_PCS).

**7.2.1.3. Participación ciudadana en salud.** A partir de la lectura de uno de los documentos seleccionados se encontró que, se considera a la participación ciudadana como indispensable para el logro de la salud en una comunidad, pues ambas están estrechamente relacionadas, es decir, son interdependientes, por lo que la existencia de una permite que se dé la otra.

Sin embargo, en otro documento, se alude a esta como una instancia promovida desde instituciones con estructuras rígidas y poco bidireccionales, lo que le atribuye un carácter particular.

En consecuencia, la ciudadanía interviene en el control y seguimiento de los servicios de salud prestados por la institucionalidad, poniendo especial atención en la calidad y oportunidad de estos, además de defender los derechos de los pacientes, todo a través de los mecanismos de participación existentes, como la rendición de cuentas (RAD\_FB\_02\_PCIS). Por lo tanto, se considera “*un ámbito de carácter individual en el cual se reclaman sus derechos desde una perspectiva de fiscalización*” (RAD\_FB\_13\_PCIS).

### ***7.2.2 Comités de salud***

La construcción de la presente categoría tuvo un desarrollo particularmente interesante, dado que en el proceso de búsqueda sobre comités de salud y participación comunitaria surgieron los términos “consejos de salud” y “consejos comunales”, por lo que se incluyeron éstos como términos de búsqueda y así, ampliar el espectro de revisión documental.

Como resultado de las lecturas se observó que dichos términos son semejantes a los comités de salud, puesto que son concebidos como estructuras más o menos organizadas, con determinadas funciones y reguladas por la ley. Sin embargo, para el caso de los consejos comunales se pudo evidenciar que este presenta un soporte normativo mucho más claro y desarrollado que el que se pudo apreciar sobre los comités de salud y los consejos de salud, según los documentos seleccionados.

Además, se hizo notorio el hecho de que los consejos comunales cuentan con una estructura mucho más cercana a la institucionalidad al poder gestionar recursos públicos y atender situaciones que van más allá de las necesidades en salud presentes en una comunidad. Por lo que, en estricto sentido, se diferencia tanto de los consejos de salud como de los comités de salud.

Sin embargo, hay un elemento común e integrador de estas tres estructuras, y es que ambas son consideradas como espacios en los que confluyen miembros de una comunidad para proponer alternativas tendientes a la solución de los problemas en salud sentidos, y que es fundamental la capacitación de las personas que asisten a ellos, en asuntos relacionados con la planeación y la gestión de recursos para llevar a cabo proyectos propios; en últimas, significa empoderar a la comunidad y estos espacios ofrecen esa posibilidad.

Con base en lo anterior y, para efectos de este trabajo, aún con las relativas diferencias encontradas se mantuvo el término comités de salud como categoría principal de análisis, a razón

de que esta investigación enfatiza en el método de trabajo social con grupos y en el fortalecimiento de las capacidades de las personas que se congregan-organizan entorno a estos espacios.

Ahora bien, sobre comités de salud propiamente dicho, se encontró que, para “*Colombia, se crearon en el año 1960 los Comités de Salud, que en las poblaciones estaban constituidos por representantes de cada manzana y luego, como una forma más avanzada de participación, surgieron los Consejos Locales de Salud y los Comités de Participación*” (RAD\_FB\_03\_CS).

También, se pudo apreciar que, desde la perspectiva del proyecto de intervención ejecutado en los territorios rurales de la Macarena y San Vicente del Caguán, se define al comité de salud como:

*“formas de organización y participación comunitaria que posibilitan la expresión de intereses, expectativas y demandas comunes. Se convierten en herramientas de la participación comunitaria que estructuran la acción colectiva a favor de la promoción y la gestión integral de la salud. Tiene como eje el diálogo y la concertación para la creación o aprovechamiento de escenarios comunitarios, institucionales y/o gubernamentales”* (RAD\_FB\_27\_CS).

Por último, a los comités de salud se les atribuye un rol específico, con funciones concretas y unas capacidades que le permiten alcanzar sus objetivos propuestos, los cuales serán descritos en las siguientes dos subcategorías.

**7.2.2.1. Rol y funciones de los comités de salud.** Sobre el rol que caracteriza a los comités de salud, se encontró que, son instancias locales que promueven el ejercicio de la ciudadanía y la construcción de un sentido de comunidad a través de la participación en su seno, desde donde se catapultan procesos colectivos tendientes a resolver problemas de salud, poniendo énfasis en los

determinantes sociales, a la vez que contribuyen al diseño de políticas en salud acorde a sus necesidades por medio de las relaciones que establecen con otros actores sociales.

Por consiguiente, el rol del comité de salud está en función de su capacidad para dinamizar procesos dentro de las comunidades, orientados a la promoción de la salud y el ejercicio político, este último entendido como el proyecto comunitario pensado para alcanzar el más alto grado de bienestar colectivo y a través del cual se busca materializar el derecho a la salud.

A continuación, se presentan 4 fragmentos que soportan los hallazgos sobre el rol de los comités de salud:

Primero,

*“son organizaciones que permiten que la población más necesitada mejore su calidad de vida, ayudándola en salud, seguridad, dotación de servicios, donde la gente sienta que participa en la solución de problemas comunes”* (RAD\_FB\_17\_RFCS).

Segundo,

*“permite a los/as ciudadanos/as participar activamente en los asuntos relacionados con la salud colectiva y el derecho a la vida de los/as miembros/as de su comunidad”* (RAD\_FB\_14\_RFCS).

Tercero, contribuye a

*“resolver problemáticas concretas y tratar de superar las inequidades sociales presentes en cada contexto local”* (RAD\_FB\_14\_CS).

Y cuarto, fomentan el

*“análisis de las dinámicas territoriales que afectan la salud, la organización y planificación de estrategias encaminadas a la construcción de un sistema en salud propio,*

*la gestión de recursos y espacios de concertación con instituciones públicas y privadas, principalmente del sector salud” (RAD\_FB\_28\_RFCS).*

Con base en el rol que desempeñan los comités de salud en las comunidades, estos para lograr sus cometidos deben de realizar ciertas tareas o acciones que le dan vigor a su rol de agente dinamizador dentro de los territorios. Conforme a ello, uno de los documentos refiere a las siguientes funciones de los comités de salud (RAD\_FB\_27\_RFCS):

- *Vigilancia comunitaria en salud, atención básica y primaria en salud, notificación y referencia de casos, acompañamiento en campañas y jornadas comunitarias.*
- *Comunicación entre grupos interesados en la salud de la comunidad.*
- *Establecimiento y mantenimiento de redes comunitarias.*
- *Identificación y movilización de recursos humanos y financieros.*

En síntesis, estas funciones propias de los comités de salud devienen de unas capacidades, las cuales se expondrán en la siguiente subcategoría.

**7.2.2.2. Capacidades de los comités de salud.** De acuerdo con los resultados producto del análisis documental, las capacidades de los comités de salud son variadas y aparecen ligadas las unas a las otras, tal como se describe a continuación.

La capacidad de organización de los comités de salud viene dada por la acción voluntaria e individual de cada miembro por juntarse y atender los problemas de salud en su comunidad. En otras palabras:

*“La organización surge como producto de la unión de los esfuerzos individuales en la perspectiva de enfrentar de manera conjunta la solución a los problemas detectados y/o promover intereses específicos” (RAD\_FB\_16\_CCS).*

Y es en el seno de esta incipiente organización que, en su interior, se gesta y desarrolla la capacidad de liderazgo.

Puesto que,

*“El liderazgo es otra particularidad de la dinámica grupal que influye en la participación”*

(RAD\_FB\_07\_CCS).

Y,

*“En los procesos de organización y participación comunitaria es preciso reconocer el papel fundamental que juega la existencia de líderes ... porque estimulan e incentivan a los miembros de sus comunidades a actuar, a decidir, a participar”* (RAD\_FB\_16\_CCS).

Por otro lado, en uno de los documentos se hace mención que para lograr soluciones a los problemas en salud sentidos y que dieron origen a la organización, es fundamental que los líderes posean conocimientos en gestión y planificación, vistos como otras de las capacidades de los comités de salud y que, además, se dé el paso de liderazgos personales a liderazgos comunitarios, entendido este último como las acciones promovidas por un conjunto de personas organizadas.

*“Por ello es necesario describir las capacidades de un gerente, las mismas que se deben extrapolar hasta el seno de las comunidades, estas son habilidades técnicas, humanas y habilidades conceptuales deben unirse dando paso una forma de participación más cercana a la gente y más efectiva para la interacción social transformadora”*  
(RAD\_FB\_18\_CCS).

Pero estos conocimientos gerenciales, según otro documento, pertenecen a la gestión pública vinculada a la institucionalidad y no a las comunidades, por lo que se hace indispensable la capacitación y el fortalecimiento de sus habilidades individuales y colectivas (RAD\_FB\_22\_CCS).

En ese sentido, las capacitaciones tienen el objetivo de, por un lado, formar a la población en lo referido al funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en las TIC's; y, por el otro, a instruir en los mecanismos para la exigibilidad del derecho a la salud (RAD\_FB\_21\_CCS).

En cuanto al fortalecimiento de habilidades, se habla de procesos de planificación comunitaria, que consisten en la elaboración de diagnósticos participativos de la situación de salud de la comunidad, seguido de la programación y ejecución de las actividades o propuestas de solución, la aplicación de sistemas de información y monitoreo y finalmente, la evaluación del proceso realizado (RAD\_FB\_22\_CCS).

Dicha capacidad de planeación es, para otro de los documentos, la herramienta que soporta y posibilita la capacidad de gestión desde los comités de salud. Y la gestión se asume como:

*“la organización y disposición de los recursos para obtener los resultados esperados, o puede generalizarse como una forma de alinear esfuerzos para alcanzar un objetivo”*  
(RAD\_FB\_15\_CCS).

Además,

*“Los procesos de gestión aun cuando sean en el ámbito comunitario no son procesos informales, son intervenciones basadas en la racionalidad de lo formal que implica el uso de determinadas técnicas y herramientas”* (RAD\_FB\_22\_CCS).

Lo anterior, sumado a la *“comunicación como estrategia para masificar información oportuna, concretar propuestas, sumar voluntades entre otros aspectos”* (RAD\_FB\_18\_CCS), conduce a desarrollar *“la capacidad de una comunidad para movilizar sus recursos colectivos y asegurar el máximo de ganancias a través de su red de relaciones y estructuras sociales”* (RAD\_FB\_02\_CCS), denominada, capital social, entendida también como los beneficios

producidos por la acción comunitaria, asimismo como la capacidad de las comunidades para generar esos beneficios (RAD\_FB\_16\_CCS).

Por consiguiente, el capital social *“se convierte en un factor importante para una comprensión de sus realidades y una oportunidad para la autogestión de sus problemas”* (RAD\_FB\_19\_CCS), dando paso a la capacidad de agencia colectiva, vista como la *“posibilidad compartida de hacer y producir efectos novedosos en un trasfondo de constricciones normativas”* (RAD\_FB\_19\_CCS).

Y ya para ir cerrando, el desarrollo y puesta en escena de estas capacidades por parte de los comités de salud se da en el marco de un proceso mucho más amplio, llamado empoderamiento, el cual se va configurando a partir de *“las acciones colectivas realizadas en pro del mejoramiento de las condiciones de vida y la generación de conexiones de la comunidad con otros actores”* (RAD\_FB\_19\_CCS) y en *“el incremento de la eficiencia política, la mejora de la calidad de vida de la comunidad y lograr la inclusión y justicia social”* (RAD\_FB\_09\_CCS).

En síntesis, los hallazgos revelan que el comité de salud para su consolidación pasa por el fortalecimiento de las capacidades (al interior del grupo) y la acción política (al exterior del grupo) (RAD\_FB\_28\_CCS).

### **7.2.3. Trabajo Social**

Para la presente categoría, los documentos arrojaron información valiosa que permitió comprender el papel que desempeña el Trabajo Social en los procesos de participación que se construyen en los espacios de la vida social, política y cotidiana, en pro de la garantía el derecho a la salud.

Es así como, con la información ubicada en el material seleccionado, se pudieron establecer cuatro subcategorías que componen el quehacer profesional y disciplinar dentro de un abanico de profesiones y disciplinas, a partir de un enfoque de intervención con grupos.

Pero, antes de continuar, es necesario presentar las definiciones que acompañan a los profesionales de Trabajo Social:

Según el contexto internacional, se define al Trabajo Social desde la FITS de la siguiente manera:

*“profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto a la diversidad son fundamentales. Respaldado por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales y las humanidades, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (RAD\_FB\_26\_TS).*

Según el contexto colombiano, las definiciones encontradas fueron las siguientes:

*“El Trabajo Social, profesión ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, promueve el cambio social; interviene en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsicosocial; fundamenta su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la libertad y el bien común. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender lo social de los conflictos, necesidades, carencias y problemas de los sectores con limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas, producto, entre otros, de pobreza, desigualdades, injusticia. En consecuencia, adentrarse en el quehacer actual del Trabajo Social requiere asumir una postura integradora y*

*flexible que reconozca la complejidad de la realidad social en los diferentes contextos”*

(RAD\_FB\_23\_TS).

*“el trabajo social, como disciplina, desea generar transformaciones sociales, potenciando las habilidades tanto de individuos y familias como de grupos y comunidades, fomentando e incrementado su bienestar social, identificando y movilizand sus recursos para hacer frente a su realidad, y motivando a su emancipación y conciencia crítica”*

(RAD\_FB\_26\_TS)

Como se pudo apreciar en estos fragmentos, la profesión-disciplina apunta a la consecución de mejores condiciones de vida y bienestar social para las poblaciones más vulnerables con las que trabaja, a través de procesos soportados en un bagaje teórico-metodológico, conducente al fortalecimiento de habilidades y capacidades para la acción colectiva, y todo ello dentro de un sistema socio-político cambiante y lleno de tensiones y contradicciones.

**7.2.3.1. Trabajo Social en salud.** Los profesionales que trabajan en el área de la salud, según lo identificado en el documento sobre el perfil y las competencias de las y los Trabajadores Sociales, lo hacen desde dos posiciones diferenciadas mas no excluyentes de la acción profesional en salud. Por un lado, se ubica su quehacer dentro de lo institucional, ligado al trabajo con otros profesionales de diferentes disciplinas para la atención de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud y; por el otro, a procesos de intervención extramural, que implica el trabajo en territorio con los individuos, grupos y comunidades.

En cuanto a su rol dentro de las instituciones, el papel de las y los profesionales es el de identificar en el entorno los factores de riesgo a los que están expuestos los sujetos, es decir, realizar un diagnóstico social y a partir de allí, diseñar procesos de intervención que mitiguen, reduzcan o eliminen los problemas que generan malestar; además, de trabajar

interdisciplinariamente con otros profesionales con el fin de atender integralmente la salud de las personas, por lo que, desde Trabajo Social se aporta a la comprensión y atención de los determinantes sociales que afectan a la salud, los cuales tienen que ver con la ausencia de servicios públicos, la exposición a la violencia y la falta de vivienda, entre otros factores.

Lo anterior se evidencia en los siguientes fragmentos ubicados en uno de los documentos.

*El área de la salud es un campo de desempeño profesional de tipo clínico que implica participar en la definición del diagnóstico clínico de la persona enferma y su entorno.*

(RAD\_FB\_23)

*“El trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso de salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud”*

(RAD\_FB\_23\_TSS).

Adicionalmente, en el documento presentado al ministerio de salud, se describe el perfil del profesional de Trabajo Social en el área de la salud como alguien que posee claros conocimientos teóricos, conceptuales y metodológicos para abordar las situaciones que se le presentan, además de poner en práctica los valores éticos de la profesión, defender y promover los derechos humanos y contar con capacidad de construir relaciones positivas, liderar, comunicar y proponer alternativas de solución.

De igual manera, se le describe como un profesional que conoce la estructura, el funcionamiento, los procesos y protocolos del sistema de salud colombiano y, también, la normativa que lo sustenta.

Y, en ese mismo documento, se describen cada una de las competencias que define a las y los trabajadores sociales y las acciones que los acompañan. Por citar algunos ejemplos, el TSS

contribuye a: el análisis de los problemas y la construcción de diagnósticos sociales; la priorización de necesidades de la población y la ejecución, control y evaluación de los planes de atención primaria de salud; y, la coordinación de acciones interinstitucionales e intersectoriales para la atención y cuidado de la salud, entre otras.

Por otro lado, desde lo comunitario, en el documento se presentan las acciones de tipo extramural que realizan los profesionales de Trabajo Social, pero más cercanas a lo institucional, pues éstas están más ligadas a proyectos de intervención comunitaria o a ejecución de políticas sociales.

A continuación, se menciona lo que el documento refiere a las intervenciones extramurales de los trabajadores sociales:

*“El posicionamiento del trabajador social en el sector salud es especial y tiene un amplio campo de acción en su desempeño profesional como agente dinamizador de procesos de cambio social”* (RAD\_FB\_23\_TSS).

En lo relativo a su intervención extramural, se menciona que sus funciones están orientadas a: dinamizar grupos, comunidades y organizaciones sociales para la puesta en marcha de las políticas de estado, proceso en el que se desarrollan y fortalecen habilidades, se empodera a la comunidad y se contribuye al cambio social; también, a la formulación de políticas en salud desde las comunidades, adaptándolas a sus necesidades y particularidades étnicas, de género y ciclo vital y; finalmente, a la construcción, consolidación y gestión de las redes sociales de apoyo comunitario para el fortalecimiento del tejido social.

Sin embargo, cualquiera que sea el tipo de intervención, extramural o intramural, en ambos casos los trabajadores sociales realizan procesos de educación que integran la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. De igual manera, desde las dos posiciones de intervención,

los profesionales realizan investigaciones que les permiten ahondar en los problemas sociales que intervienen, cualificando sus teorías y procedimientos.

**7.2.3.2. Teorías en Trabajo Social.** La teoría en TS ha estado ligada a los conocimientos desarrollados por la sociología, psicología, pedagogía, psiquiatría, antropología y un largo etcétera, pues estos le han permitido construir la base epistemológica de su saber teórico-práctico.

Aquella integración de teorías al corpus disciplinar del Trabajo Social, de acuerdo con el documento que mejor desarrolla esta idea, se ha hecho de manera rigurosa, crítica y analítica y, *“ha configurado la mayor parte del cuerpo teórico de la profesión, además, este conocimiento ha estado en constante evolución, cambio y reformulación en función de los resultados prácticos”* (RAD\_FB\_25\_TTS).

Vale recordar que, desde sus inicios el Trabajo Social se ha centrado en lo práctico de los problemas sociales, es decir, se ha enfocado en encontrar y desarrollar procesos de intervención adecuados a las necesidades de la sociedad. Por tanto,

*“la teoría proporciona un camino para definir y ordenar acontecimientos y hechos complejos que permiten al trabajador social comprender y describir mejor aspectos de la realidad que de otra forma serían dificultosos de ordenar o que incluso se escaparían a su atención”* (RAD\_FB\_25\_TTS).

Pero no todo el conocimiento científico presente en la profesión es producto de adecuaciones de los conocimientos de las ciencias sociales; desde Trabajo Social también se ha elaborado un saber científico propio que le ha servido para cualificar las teorías y los procesos que seguidamente aplica en sus intervenciones. Esto se ratifica en los siguientes párrafos extraídos de los documentos.

*“Los problemas con los que trabaja la profesión no son problemas que se puedan resolver sólo de forma técnica y racional, ya que a menudo los problemas son complejos, cambiantes e inciertos, para los que no existen “asideros” teóricos concretos, sino que en ocasiones sólo pueden ser contestados desde la práctica y desde la subjetividad personal del profesional” (RAD\_FB\_25\_TTS).*

*“El argumento es que, a través del análisis de la práctica y de la reflexión sobre las necesidades y relaciones de las personas, los trabajadores sociales son capaces de desarrollar sus propias teorías, las cuales les sirven de guía y de orientación para la intervención” (RAD\_FB\_25\_TTS).*

Es en este aspecto del ejercicio disciplinar que aparece la investigación como elemento clave para la producción teórica e intervención profesional, convirtiendo al Trabajo Social en una práctica teórica, es decir, es un intento por *“buscar hipótesis que expliquen y predigan que ciertos tipos de intervención darán como resultado determinados cambios en ciertas áreas (personalidad, comportamiento, entorno, red social y otras más)” (RAD\_FB\_25\_TTS).*

Así, la práctica teórica deviene en dos caminos:

- *“En objeto de investigación y reflexión, que a su vez retroalimentará la teoría desde la práctica”, a través de procesos investigativos rigurosos sobre los problemas sociales,*  
o
- *En “conocimiento de la experiencia, es decir, saber que algo funciona en determinadas situaciones, convirtiéndose en conocimiento común “si hago esto, la experiencia me dice que ocurrirá esto”. Pero, “para que este saber sea útil para otros, este tipo de conocimiento debe ser explicado, sistematizado y compartido” (RAD\_FB\_25\_TTS).*

Ahora bien, profundizando un poco más en el enfoque otorgado a esta investigación, se encontró que, un *referente teórico que aporta al sustento y consolidación del método de TSG son los modelos de intervención* que, según sus objetivos se puede orientarse en 3 sentidos (RAD\_FB\_26\_TTS):

- Orientación funcional: Apunta a la identificación y solución de procesos conflictivos en el grupo, relacionados con las personas, el grupo e instituciones, mejorando el funcionamiento en estos ámbitos (RAD\_FB\_26\_TTS).
- Orientación terapéutica: A través de la experiencia grupal se busca mitigar o canalizar el dolor en personas que atraviesan una situación de crisis (RAD\_FB\_26\_TTS).
- Orientación hacia colectivos y comunidades: Se enfoca en acciones educativas que facilitan el desarrollo del pensamiento crítico, el empoderamiento, el reconocimiento de acciones colectivas por la defensa de los Derechos Humanos (RAD\_FB\_26\_TTS).

Estos modelos teóricos de intervención en TS hacen parte de ese conocimiento acumulado, sistematizado, evaluado y reformulado al interior de la disciplina, tal como se ha descrito en los párrafos anteriores, y que se soportan en los conocimientos desarrollados por las ciencias en general y los saberes y experiencias de los trabajadores sociales.

Para terminar, según uno de los documentos, otro de los sustentos teóricos del método profesional son las tipologías de grupos *“las cuales permiten categorizar el grupo según sus características y naturaleza y, a partir de ello, desarrollar acompañamientos asertivos con conocimiento contextual del mismo”* (RAD\_FB\_26\_TTS).

**7.2.3.3. Método de Trabajo Social con grupos.** Para la subcategoría de MTSG, los documentos refieren que, se debe tener claridad de lo que se entiende por método, el cuál es *“un*

*camino para la intervención” y un “sistemático y ordenado modo de proceder” (RAD\_FB\_25\_MTSG).*

También, resulta *“necesario retomar el concepto de grupo como categoría fundamental, haciendo alusión a este como una organización o conjunto de dos o más personas que se relacionan e interactúan entre sí”*; dicha organización se ve motivada por las similitudes o situaciones que entre los sujetos se manifiestan o atraviesan; además, como grupo, con el pasar del tiempo y el uso del espacio compartido, se van definiendo su tamaño, su estructura, sus roles y su identidad grupal; por otro lado, este desarrollo se ve permeado por los conflictos en su interior y la realización de objetivos comunes (RAD\_FB\_26\_MTSG).

Teniendo claro esto, ya es posible hablar del método de intervención profesional con grupos, que se concibe como:

*“un método para ayudar tanto a grupos como individuos, y para conseguir que tanto individuos como grupos sean capaces de solucionar sus problemas, de grupo, de organización y de la comunidad” (RAD\_FB\_25\_MTSG).*

Y que, además,

*“Promueve las relaciones interpersonales, la ayuda y cooperación de sus miembros para reconocer su problemática, mejorar las relaciones y diferencias propias de su dinámica, incrementar la participación de sus integrantes y la búsqueda de soluciones colectivas” (RAD\_FB\_24\_MTSG).*

Pero para lograr con este cometido, los trabajadores sociales deben llevar a cabo una serie de pasos que configuran el método profesional, sin embargo, en la revisión documental se pudo evidenciar que, en uno de los documentos se habla descriptivamente del método, sus fases y cómo

aplicarlo; mientras que, en el otro, se refiere al método como un elemento que hace parte de un proceso de intervención más amplio, sin dar mucha profundidad al MTSG.

Por lo anterior, en el primer documento, las fases que vendrían a componer el MTSG, serían, de manera muy sintética (RAD\_FB\_24\_MTSG):

- Fase primera: Consiste en el diseño del grupo, su preparación y diagnóstico. Aquí el TS identifica el contexto en el que va a trabajar, el número de personas que conformarán el grupo, sus características y se define el lugar, las sesiones y los tiempos (RAD\_FB\_24\_MTSG).
- Fase segunda: Inicio, inclusión y orientación del grupo. Aquí, el TS da los primeros pasos de la intervención desde el método, dinamizando al grupo, generando procesos comunicativos y de normalización en su interior; también, se presta atención a los primeros conflictos o tensiones internas y se da paso a la construcción de los objetivos del grupo, teniendo como base el diagnóstico previo (RAD\_FB\_24\_MTSG).
- Fase tercera: Transición. Se continua con el proceso de dinamización grupal y se pone énfasis en los procesos de confianza y cohesión grupal, la resolución de los conflictos, la redefinición de las metas y la promoción de la autonomía personal (RAD\_FB\_24\_MTSG).
- Fase cuarta: Trabajo, correspondencia y logro de metas. Para esta fase, el TS hace uso de estrategias que permita a los miembros prepararse para enfrentar los problemas fuera de la experiencia del grupo, poniendo énfasis en el desarrollo de la competencia social, la identificación de los obstáculos internos y externos al grupo y el desempeño individual una vez se disuelva el grupo; también, se continua con la resolución de los conflictos, el reajuste de las normas, el logro de las metas y se procede con la evaluación

de las metas en relación con los procesos del grupo y de los miembros (RAD\_FB\_24\_MTSO).

- Fase quinta: Separación. Ya, por último, el profesional prepara a los miembros para continuar el curso de su vida sin el apoyo del grupo, abriendo el espacio para que cada uno exprese sus emociones y, si es el caso, se diseña un plan de acompañamiento para aquellos que presenten dificultades con su inclusión en la vida social; finalmente, se realiza una evaluación profunda del progreso de los miembros, el proceso y el desempeño profesional (RAD\_FB\_24\_MTSO).

En el segundo documento también se presentan unas fases para la aplicación del método, sin embargo, se hace a partir de una síntesis propia de revisión documental, con el agregado de que se concibe al MTSO como un componente del proceso de intervención grupal, tal como se presenta a continuación (RAD\_FB\_26\_MTSO).

- Fases del MTSO:
  - Estudio preliminar del contexto, grupo o diagnóstico.
  - Diseño o planificación de la propuesta.
  - Ejecución o intervención con el grupo (puede incluir fases intermedias).
  - Consolidación del grupo.
  - Finalización de los encuentros.
  - Evaluación del proceso.
  - Sistematización.
- Componentes de la intervención grupal:
  - Contexto.
  - Situación grupal.

- Problema u objeto.
- Sujetos.
- Lugar.
- Intencionalidades u objetivos.
- Ideologías, valores y experiencias previas del TS.
- Ideologías y culturas de los sujetos.
- Método de Trabajo Social con grupos.
- Conceptos, categorías, leyes y teorías explicativas de los grupos.
- Resultados de la intervención.

Continuando con lo constitutivo del método profesional, hay que agregar que, los momentos de los encuentros grupales, las técnicas grupales y los instrumentos aportan a la integralidad, rigurosidad, sistematicidad y científicidad de los procesos de intervención grupal.

En cuanto a ello, para el desarrollo de las sesiones grupales, las cuales varían según el objetivo y la temática abordada, se sigue un diseño que contempla tres momentos. 1) la apertura, en la que se instalan las bases del encuentro e incluye elementos como el tiempo, la motivación, los ritmos, etc.; 2) el desarrollo, en el que se despliegan las acciones para el cumplimiento de los objetivos; y, 3) el cierre, en el que se retroalimenta y evalúa el proceso realizado (RAD\_FB\_26\_MTSG).

Referido a las técnicas, éstas *“permiten realizar trabajos intencionados, con objetivos claros, convirtiéndose, por momentos, en reflejos de la realidad para posibilitar la reflexión constante de los participantes del encuentro grupal”* (RAD\_FB\_26\_MTSG). Algunas de ellas son, técnicas de presentación, de animación y de planeación, entre otras (RAD\_FB\_24\_MTSG).

Sobre los instrumentos, se encontró que, *“proporcionan al trabajador social elementos puntuales para recoger la información e identificar, interpretar y plasmar lo construido en el encuentro grupal, teniendo claro que estos son guías o esquemas que pueden ser ajustados en función de lo que requiera analizar y obtener el profesional para su trabajo”*. Tales como, diarios de campo o guías de entrevistas, entre otros (RAD\_FB\_26\_MTSO).

Con base en todo lo descrito hasta acá, es necesario señalar que, *“se recurre al Trabajo Social con grupos cuando se establece un diagnóstico sobre un conjunto de habilidades que son necesarias para afrontar posibilidades, retos o carencias que afectan a las personas a lo largo de su vida”* (RAD\_FB\_24\_MTSO), puesto que, *“el trabajo social de grupo reconoce la fuerza del grupo e intenta canalizarla hacia una acción constructiva”* (RAD\_FB\_25\_MTSO).

**7.2.3.4. Dinámica de grupos en Trabajo Social.** En líneas superiores se hizo mención de que, el trabajador social en la segunda fase de la intervención grupal inicia un proceso de dinamización al aplicar método profesional, sin embargo, no se presentó ningún detalle de lo que es o significa tal proceso, por lo que ahora, en los siguientes párrafos se expondrán los elementos que conforman la otra cara del MTSO y, en los que él o la trabajadora social interviene.

Para empezar, hay que hacer una salvedad, y es que la dinámica grupal ocurre con o sin la presencia del trabajador social. Esto es así, porque *“cuando los miembros de un grupo interaccionan, emerge producto de la interacción una serie de procesos, que denominamos “dinámica de grupos””* (RAD\_FB\_24\_DGTS).

Por consiguiente, cuando se afirma que los trabajadores sociales dinamizan grupos, a lo que se está haciendo referencia es a las orientaciones que los profesionales dan a la dinámica

producto de la interacción entre los miembros, canalizando la fuerza del grupo hacia el interior o exterior de este, de acuerdo con los objetivos propuestos.

En ese orden de ideas, en uno de los documentos se refiere a esta labor profesional de la siguiente manera:

- *Analizar atentamente las dinámicas grupales que emergen de la interacción de los miembros del grupo.*
- *Considerar su impacto sobre los miembros del grupo teniendo en cuenta sus características raciales o étnicas y socioeconómicas.*
- *Evaluar su impacto tanto en el funcionamiento actual del grupo como su evolución en las siguientes sesiones.*
- *Orientar el desarrollo de las dinámicas de grupo, con un doble objetivo: facilitar la participación y satisfacción de los integrantes y conducir al grupo hacia el logro de sus metas y objetivos.*

En cuanto a los elementos de la dinámica grupal, desde la perspectiva disciplinar, se habla de las siguientes.

1. Procesos de comunicación y patrones de interacción: La dinámica de grupos se origina en la interacción y esta, a su vez, está dada por la comunicación, la cual esta mediada por el lenguaje (verbal y no verbal, sinónimo de la codificación de sus percepciones, creencias e ideas, pensamientos y sentimientos) (RAD\_FB\_24\_DGTS).

2. Cohesión grupal: “*Cualquier grupo social existe en la medida que se mantienen los vínculos entre sus miembros*”. Esta vinculación se denomina “cohesión” (RAD\_FB\_24\_DGTS).

3. Integración e influencia: “*La dinámica de grupos se mueve siempre en torno a dos vectores: la adaptación e integración del grupo, aceptando las normas colectivas, y la influencia*

*entre las mayorías y las minorías, relativa precisamente al mantenimiento o cambio de las normas dentro del propio grupo” (RAD\_FB\_24\_DGTS).*

4. Poder y control: (Está ligado con los patrones de comunicación que se utilizan en la interacción) *“El poder es una dimensión universal de la vida social ... es, en su esencia, relacional” (RAD\_FB\_24\_DGTS).*

5. Cultura: *“Una dimensión básica de cada persona, y de cada grupo, es la cultura, entendida como el modo de analizar, comportarse y comunicarse propio de una sociedad” (RAD\_FB\_24\_DGTS).*

En resumen, de lo aquí expuesto, el conocimiento sobre los elementos de la dinámica de grupos permite a los profesionales de TS realizar intervenciones con rigor científico y más adecuadas a los contextos de los grupos. Esto es, entre otras cosas, lo característico de las intervenciones desde Trabajo Social.

## 8. Discusión

Por medio del proceso de revisión y análisis documental, se pudo evidenciar que, con la declaración de Alma-Ata, la participación en salud se volvió un objetivo de organismos internacionales para resolver las debilidades de los sistemas sanitarios, pasando de la atención biomédica en hospitales a la atención integral de la salud dentro de las comunidades.

Este auge por la participación en salud significó nuevos campos de acción para las ciencias sociales y de la salud, también, condujo a la diversificación del concepto de participación en salud y la manera de hacerlo operativo, a raíz de las propuestas de los diferentes actores sociales que introdujeron en ésta intereses particulares.

Tanto es, que en los hallazgos se evidenció que la PCS ha estado sujeta a varios significados y usos de acuerdo con las interpretaciones que se han hecho de esta, pero se ha dejado claro su enfoque, el cual apunta al diseño y ejecución de estrategias de prevención y promoción de la salud; muchas veces con las comunidades y muchas otras, para las comunidades, y siempre bajo la dirección de un profesional del sector de la salud.

En la actualidad, para la PCS se incluyen la evaluación de las necesidades en materia de salud y los determinantes sociales de esta, por parte de las comunidades, para el control de sus recursos y la construcción de modelos integrales en salud que contribuyan al diseño de políticas de salud acorde a sus necesidades.

También, se hizo evidente que la PCS es sólo una de las tres maneras que dispone la sociedad para participar en salud. A este respecto, existen la PCIS y la PSS. La primera, enfocada al ejercicio de la ciudadanía, el control fiscal, la vigilancia sobre la calidad y oportunidad de los servicios en salud, y la exigencia de los derechos y cumplimiento de los deberes por parte de las instituciones y el Estado.

La segunda, concebida como derecho, está relacionada con la toma de decisiones en la construcción de políticas públicas; con la estrategia de APS en sus diferentes vertientes, integral, selectiva y reivindicativa; y, con la conformación de alianzas colaborativas para la incidencia política; además, de englobar a la PCIS y a la PCS.

Aunque da la impresión que existe un orden jerárquico entre estas formas de participación en salud, lo cierto es que, desde la perspectiva de esta investigación, estas son situacionales y relacionales, es decir, se puede participar en procesos comunitarios de construcción diagnóstica en salud y al mismo tiempo, exigir a título personal, la mejora en la calidad de un servicio de salud prestado por la institucionalidad.

Entre tanto, para que se haya dado esta *coexistencia* entre las diferentes formas de participación en salud, en Colombia, se hizo y continúa haciendo todo un proceso de regulación normativa para su implementación efectiva, en pro de la defensa y garantía del derecho a la salud, acogiéndose a directrices internacionales, movilizaciones nacionales y reformas al sector.

Este ejercicio de positivización de la participación en salud ha originado dos fenómenos. Para uno de ellos, la institucionalización de la PCS respalda las iniciativas y procesos de las comunidades por mejorar sus condiciones de vida y de salud, ofreciéndoles la oportunidad de incidir colectivamente en los diferentes escenarios de participación en salud.

Pero, para el otro fenómeno, la PCS promovida desde la norma limita el ejercicio de la participación al restringirla a solo unos espacios, como el COPACO y; además, de imponer a las comunidades e instituciones cumplir con la Ley para el logro de objetivos sociales más amplios.

Esta imposición normativa empuja a las comunidades a organizarse para aprovechar al máximo las oportunidades de participación en salud, sin embargo, se les exige realizar diagnósticos y evaluaciones en salud, pues es también lo que se espera de ellas como conocedoras de sus necesidades. Esta situación genera dificultades en los miembros de las comunidades al no contar con los conocimientos técnicos para ello, propios de la administración pública.

Es sobre este panorama, que se desprende la necesidad de empoderar a las comunidades y desarrollar y fortalecer en ellas capacidades para la resolución de sus problemas en salud, y para hacer efectiva su participación en la sociedad.

Como muestra de ello, se formuló y ejecutó un proyecto interinstitucional desde 2020 a 2021, derivado de los acuerdos que paz de 2016, que le apuntó al fortalecimiento de capacidades para la autogestión de la salud rural, con participación comunitaria, y que, además, tuvo como objetivo mayor, servir como insumo para la construcción del PNSR, incluido en uno de los puntos del acuerdo de paz.

No obstante, durante el proceso metodológico no fue posible corroborar o conocer el impacto de la experiencia en la construcción del PNSR.

Por otra parte, la experiencia del proyecto y el estudio documental revelaron las capacidades necesarias para el logro de la autogestión de la salud por parte de los comités de salud, entendidos como estructuras organizativas dentro de las comunidades, y como escenarios para la PCS. También, se hizo notoria la interdependencia entre las capacidades relativas a los CS para la autogestión de la salud, siendo la capacidad de organización de la comunidad y los liderazgos

individuales la semilla para el desarrollo de las otras. Además, se evidenció que los liderazgos individuales son extrapolables a los CS, convirtiendo estos espacios en estructuras sociales que impulsan la movilización de los miembros de la comunidad en la que actúa el CS.

En cuanto a la capacidad de planeación y gestión, estas se desarrollan por el conocimiento técnico puesto al servicio de las comunidades y por la disposición de los recursos de las comunidades para el logro de los objetivos planeados, a su vez, esto fortalece los liderazgos colectivos y comunitarios y la integración de los miembros en los CS, robusteciendo la organización social.

Al mismo tiempo que se logran avances en materia de salud, producto de la planificación y la gestión, se desarrolla la capacidad de construir capital social, la cual integra la red de servicios, recursos y relaciones construidas por las organizaciones sociales, lo que contribuye a legitimar los liderazgos colectivos y comunitarios, y a mantener la salud de sus miembros sin la necesidad de agentes externos, pues se soportan en su capital social.

Respecto a la capacidad de agencia colectiva de los CS, esta es una de las últimas que se desarrolla, y permite lograr cambios significativos en las comunidades a raíz del capital social construido, y va de la mano con el proceso de empoderamiento, en el que cada que se van desarrollando las capacidades ya mencionadas, se va ganando presencia en el territorio y poder colectivo para lograr la incidencia política, y pasar de la PCS a la PSS.

Además de lo anterior, el RFCS va en función del papel que deben desempeñar los CS en los territorios a los que pertenece, actuando como dinamizadores de los procesos de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, el ejercicio de la ciudadanía y la injerencia política, cumpliendo con las propuestas de PCS y APS de la declaración de Alma-Ata. Además, este RFCS se ve afianzado por el desarrollo de las capacidades para la autogestión de la salud y por la claridad

de sus funciones, derivadas de las capacidades de acción social comunitaria y la normativa nacional.

Ahora bien, retomando la pregunta de investigación y los resultados del estudio, se pudo comprobar que los profesionales de TS son también profesionales de la salud, o, mejor dicho, profesionales que hacen parte de los equipos interdisciplinarios para la atención integral de la salud, tanto dentro como fuera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, dado los conocimientos teórico-metodológicos desarrollados por esta disciplina para el logro del bienestar social en la garantía de los derechos humanos, sociales, políticos y económicos.

De ahí que el MSPS en el año 2016 publicara un documento en el que dio cuenta de los perfiles y competencias de los profesionales que se desempeñan en el sector de la salud, definiendo las competencias transversales a todos ellos y presentando las competencias específicas para cada profesión, correspondiendo al TSS la competencia de trabajar en equipos interdisciplinarios para la identificación e intervención de los factores asociados a la salud, la investigación social y la educación en salud (MSPS, 2016).

Aunado a lo anterior, el estudio documental arrojó que, como profesionales de la salud, las y los trabajadores sociales poseen las competencias para fomentar y dinamizar procesos participativos dentro de las comunidades.

Frente a esto, es bien sabido por las y los trabajadores sociales que la participación comunitaria no es novedad para el TS, esta es y ha sido un elemento más y eje transversal de los procesos que se realizan desde el método de trabajo social con grupos y el método de trabajo social comunitario (Hervás, 2011), mucho antes de la conferencia de Alma-Ata, pues el fin último de la profesión-disciplina ha sido lograr mejores condiciones de vida y bienestar para las personas, aprovechando al máximo las potencialidades individuales-colectivas y las oportunidades sociales.

Sin embargo, llama la atención el énfasis que se hace en el documento del MSPS sobre la acción profesional, la cual apunta a hacia una mirada clínica de la atención en salud, dejando un poco de lado su labor comunitaria; pero se entiende que esto es así porque responde a las necesidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esto, *per se*, no es malo; sólo significa que se recurre a los conocimientos profesionales de las y los trabajadores sociales para brindar servicios integrales en salud, que se asumen como parte de los dispositivos del Estado para la garantía del derecho a la salud de la población.

Por tal razón, el estudio documental no evidenció procesos de PCS al interior de las instituciones, ya que este tipo de intervenciones profesionales encaminadas al desarrollo de habilidades para la transformación y el cambio social corresponden más a la ejecución de proyectos o políticas sociales.

Está claro que la intervención en las causas sociales de la desigualdad no corresponde al sistema sanitario, pero este si puede identificar esas desigualdades, así como los problemas de salud, establecer prioridades y motivar a la comunidad para que se movilice en la exigencia de soluciones mediante actuaciones gubernamentales. (Hervás, 2011, p.151).

En ese sentido, y producto de la revisión documental, las y los trabajadores sociales en el sector de la salud, vinculados a las instituciones, realizan actividades extramurales, pero igualmente, éstas están más orientadas hacia la formulación de estrategias para la prevención y promoción de la salud en los espacios comunitarios, y no tanto a la organización social para la injerencia política.

Dicho de otra manera, solo es posible hacer Trabajo Social en salud, o en cualquier otro de los ámbitos de intervención, si los profesionales que se desempeñan en ellos promueven la participación de las comunidades (Hervás, 2018).

Por ello, del presente estudio se destaca como valioso, el análisis sobre el método profesional de grupos para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades para la autogestión de la salud en las organizaciones sociales de base comunitaria; extrapolable a las acciones que desempeñan los trabajadores sociales en las instituciones del sector de la salud, más específicamente, en aquellas intervenciones denominadas extramurales.

Al respecto, en el análisis realizado, se pudo inferir que desde el MTSG los profesionales de TS están en la capacidad de dinamizar los procesos organizativos de las comunidades, o contribuir a su gestación, desarrollando habilidades en la población y orientando el potencial colectivo hacia la PSS.

En este tipo de intervenciones con orientación comunitaria, el MTSG contribuye, por un lado, a capacitar a los sujetos en técnicas para el diagnóstico, la planeación, ejecución y evaluación de los determinantes sociales de la salud, haciendo uso de herramientas como el mapeo de activos comunitarios; también, desde el MTSG se capacita a la población en el funcionamiento del SGSSS, en los mecanismos para la protección de los derechos y en los mecanismos para la participación en salud.

Pero, por otro lado, al mismo tiempo que se capacita a los grupos en escenarios comunitarios para la prevención y promoción de la salud, se desarrollan también procesos socioeducativos, siendo estos procesos lo característico del MTSG.

Tales procesos socioeducativos apuntan al desarrollo de habilidades sociales en dos direcciones. En la primera, a fortalecer las relaciones intra grupales, a través de la cohesión social de los sujetos participantes; también, a la identificación y solución de los conflictos producto de la interacción grupal; y, a la construcción de objetivos sociales comunes a los sujetos, soportados en las necesidades y particularidades socio-culturales de los miembros del grupo.

En la segunda vía de los procesos socioeducativos, el desarrollo de habilidades sociales se dirige hacia la identificación de los recursos grupales, a la movilización de los mismos y el establecimiento de redes sociales comunitarias para la acción social y política.

Por lo anterior, queda claro que las y los profesionales de TS en las intervenciones extramurales pueden, desde el MTSG, fomentar y desarrollar la PCS a través de procesos socioeducativos; como también, fortalecen las capacidades organizativas, de liderazgo, planificación, gestión, capital social de los grupos comunitarios con los que trabaja. En suma, las intervenciones desde TS fomentan la autonomía y empoderan a los individuos, grupos, colectivos y comunidades.

En síntesis, el estudio documental solo evidencia cómo desde el MTSG se fortalecen las capacidades relativas a los CS para la defensa y garantía del derecho a la salud, a través de PCS y la PSS, teniendo como base la experiencia del proyecto en los territorios rurales de La Macarena y San Vicente del Caguán. Sin embargo, aunque este tipo de experiencias son extrapolables a las acciones extramurales de los profesionales del TS vinculados a las instituciones, la investigación no da cuenta de cómo iniciar estos procesos desde estos espacios no comunitarios, por consiguiente, resulta necesario realizar investigaciones sobre la actuación de las y los trabajadores sociales en procesos de PCS, dentro y fuera de las instituciones del sector salud.

## 9. Conclusiones

Los conocimientos generados en esta investigación son producto del estudio documental y la participación del investigador en la experiencia del proyecto interinstitucional titulado: CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE SABERES Y PRÁCTICAS INDIVIDUALES Y COMUNITARIAS QUE CONTRIBUYEN A LA PROMOCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD RURAL, más concretamente en el desarrollo del objetivo específico número cinco: *fortalecer las capacidades organizativas y de asociatividad solidaria de las personas en reincorporación y comunidades de acogida para la participación y autogestión comunitaria de la salud en los territorios*; a través de su vinculación al grupo de investigación Trabajo Social, Equidad y Justicia Social de la Universidad de la Salle.

Con base en lo anterior, el ejercicio de revisión y análisis documental se enfocó en precisar el potencial que tiene el método de grupos de la profesión-disciplina de Trabajo Social para los procesos de participación comunitaria en salud, los cuales implican la organización social comunitaria y el desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la autogestión de la salud y la defensa y garantía del derecho a la salud.

En ese sentido, el proceso investigativo evidenció que, en este tipo de intervenciones aparece la figura de *comité de salud* como la estructura organizativa desde la cual se fomentan y dinamizan los procesos de participación comunitaria en salud, de la mano de la población

“beneficiaria”; y, que la participación en salud es dinámica, pudiéndose pasar de una a la otra en la práctica.

También, se generaron nuevos conocimientos sobre las capacidades relativas a los comités de salud para el cambio y la transformación social de sus condiciones de vida y de salud; y, nuevos conocimientos sobre cómo desde el método de Trabajo Social con grupos se desarrollan tales capacidades y se conduce a los grupos hacia la participación social y comunitaria en salud, respondiendo a la pregunta de investigación.

Sin embargo, durante el proceso investigativo, fueron surgiendo nuevas inquietudes sobre el rol de las y los trabajadores sociales en el sector de la salud y cómo realizar este tipo de intervenciones desde lo institucional, pero, por cómo fue planteada la pregunta y el objetivo, no se pudo responder a estas inquietudes, por lo que queda realizar a futuro investigaciones que aborden estas cuestiones.

### Referencias bibliográficas

- Alvarado-Núñez, NC. (2021). *La participación comunitaria de las organizaciones sociales en los comités de participación comunitaria en salud de la localidad de Puente Aranda, Bogotá*. (Tesis de pregrado). Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.
- Álvarez-Castaño, L.S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Publica*, 18(2), 129-135.  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n2/27145.pdf>
- Arévalo, DA. (2004). Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Revista de salud pública*, 6(2), 107-139.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/94612/78663>
- Arias Trejos, PA., Gómez, MDP. y Borrero Ramírez, Y. (2012). Contienda por la ley estatutaria de salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1-23.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.cles>
- Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Revista eä* 2(3), 1-23. <http://www.ea-journal.com/art2.3/Debates-controversias-sobre-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>
- Barbosa-Chacón, JW., Barbosa-Herrera, JC., Rodríguez-Villabona, M. (2013). Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto

- de la sistematización de experiencias educativas. *Investigación bibliotecológica*. Vol. 27. Núm. 61. <http://rev-ib.unam.mx/ib/index.php/ib/article/view/42815/51239>
- Barrero-Espinosa, C., Bohórquez-Agudelo, L., y Mejía-pachón, MP. (2011). La Hermenéutica en el desarrollo de la investigación educativa en el siglo XXI. Itinerario educativo. N°57. P 101-120. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6280160>
- Barrios-Acosta, M. y Morales-Borrero, C. (2017). Renovando la atención primaria de salud. Una experiencia educativa. D\_Renovando%20la%20APS\_Vr151117.pdf
- Blandón-Lotero, LC., Y Jaramillo-Mejía, MC., (2018). Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, (26), pág. 91-117. <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n26/2011-0324-recs-26-00091.pdf>
- Briceño-León, R. y Ávila-Fuenmayor, OB. (2014). De la participación comunitaria a la participación social. Un enfoque de ECOSALUD. *Espacio abierto cuaderno venezolano de sociología*, 23(2), 191-218. Dialnet-DeLaParticipacionComunitariaALaParticipacionSocial-4728556.pdf
- Cárcamo-Vásquez, H. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. Rev. Cinta de Moebio, núm.23, septiembre, 2005, p. 0. *Universidad de Chile. Santiago, Chile*.
- Celedón, C. y Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de salud Pública*, 8(1-2), 99-104. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/99-104/es>
- Cifuentes-Velásquez, M.E. (2002). *La Organización Comunitaria como Factor de Vulnerabilidad en la Ocurrencia de Desastres*. (tesis de pregrado). Universidad de San Carlos, Guatemala. [http://www.repositorio.usac.edu.gt/9260/1/15\\_1369.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/9260/1/15_1369.pdf)

- Cívicos-Juárez, A., Hernández-Hernández, M. (2007). Algunas reflexiones y aportaciones en torno a los enfoques teóricos y prácticos de la investigación en Trabajo Social. *Rev. Acciones e investigaciones sociales*, 23 (enero, 2007), p. 25-55. ISSN:1132-192X
- Community Tool Box. [CTB]. (1994-2022). Sección 8. Algunas lecciones aprendidas acerca de la organización y el cambio comunitario. <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelo-de-cambio-y-mejora-comunitaria/lecciones-aprendidas/principal>
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2019). Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia y Reglamento Interno del Comité de Ética. Bogotá, DC, 2019. <https://www.consejonacondetrabajosocial.org.co/wp-content/uploads/2019/10/Codigo-de-Etica-2019.pdf>
- Contreras de Wilhem, Y. (2003). Trabajo social de grupos. Editorial Pax México.
- Correia-Lima, R. (2019). El paradigma interpretativo en la investigación cualitativa: Análisis de los aportes de Mariane Krause (1995). *Rev. Crítica Livre*. ISSN 2595-1653, v. 2, n. 1, 2019.
- De Currea-Lugo, V. (2005). La salud como derecho humano. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2022). TerriData. Fichas y tableros. La Macarena, Meta. <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/50350>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2022). TerriData. Fichas y tableros. San Vicente del Caguán, Caquetá. <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/18753>
- Fernández-García, T y López-Peláez, A. (2006). Trabajo Social con grupos. *Madrid, España*. Alianza editorial.

- Gañán, J. (2014). Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica. *Estudios de derecho*, 71(157), 133-155. Dialnet-  
[DerechoALaSaludYMercadoCasosColombiaYLatinoamerica-6766656.pdf](#)
- García, D., Robles, C., Rojas, V., y Torelli, A. (2007). El trabajo con grupos. Aportes teóricos e instrumentales. Editorial Espacio.
- Gnecco de Ruíz, M.T. (2005). Trabajo Social con grupos. Fundamentos y tendencias. *Capítulo 3: Visión general de Trabajo Social con grupos*. Bogotá, Colombia. Editorial Kimpres.
- González-Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Rev. Iberoamericana de Educación*, mayo-agosto, número 029. Madrid, España, p. 85-103.  
<https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
- González-Cortés, J., Peñuela-Zorro, A.V., y Quintero-Peña, M.A. (2019). *¿Qué más le cuento de Corpoayarí?: narrativas de resistencia campesina en las Llanos del Yarí*. (tesis de pregrado). Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia.  
[https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social/342/?utm\\_source=ciencia.lasalle.edu.co%2Ftrabajo\\_social%2F342&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/342/?utm_source=ciencia.lasalle.edu.co%2Ftrabajo_social%2F342&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)
- Gordillo-Forero, NA. (2007). Metodología, método y propuestas metodológicas en Trabajo Social. *Revista tendencias y retos*, (12), 119-135.  
<https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-12-08.pdf>
- Hervás, A. (2011). La participación comunitaria en salud y el Trabajo Social Sanitario. *Documentos de Trabajo Social* (50), 146-186.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4117226>

- Hervás, A. (2018). La intervención social comunitaria desde el ámbito hospitalario: opinión de los Trabajadores Sociales Sanitarios y análisis de experiencias. *Documentos de Trabajo Social*, (61), 138-180. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200592>
- Hurtado de Barrera, J. (2000). Metodología de la investigación holística. *Editado por fundación Sypal*. ISBN 980-6306-06-6  
<https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/jacqueline-hurtado-de-barrera-metodologia-de-investigacion-holistica.pdf>
- Instituto de Formación Permanente [INSFOP]. (2008). Programa Especial para la Seguridad Alimentaria Nutricional Nacional (PESANN) Nicaragua. *Organización Comunitaria*.  
<https://www.fao.org/3/as496s/as496s.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). Consecuencias del conflicto armado en Colombia. *Informe técnico 9/2017. Resumen ejecutivo 2018*.  
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%209%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20Salud%20en%20Colombia.pdf>
- Julio-Pretelt, J.D. (2017). El derecho a la salud en Colombia: evolución y defensa frente a un Estado que dista de ser garante. *Avances en salud*, 1(2), 51-54.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087958/derecho-a-la-salud.pdf>
- Laylander. (1991). Organización comunitaria de los Yumanos occidentales. Una revisión etnográfica y prospecto arqueológico. *Estudios fronterizos (24-25)*, 31\_60.  
[https://ref.uabc.mx/ojs/index.php/ref/article/view/474/700?lan=es\\_ES](https://ref.uabc.mx/ojs/index.php/ref/article/view/474/700?lan=es_ES)
- Lemus, J.D. (abril de 2003). Atención Primaria de Salud. Marco conceptual y estrategias asociadas. Simposio llevado a cabo en el Seminario-Taller Internacional sobre Atención

Primaria de Salud, Buenos Aires, Argentina.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55562/9507100806\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55562/9507100806_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lillo, N. y Roselló, E. (2004). Manual para el Trabajo Social Comunitario.

<https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/Manual-para-el-trabajo-social-comunitario.pdf>

Marchioni, M. (1937). Organización y Desarrollo de la Comunidad.

[https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/4698/acomunitariaponencia13b.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4698/acomunitariaponencia13b.pdf)

Martínez, A. y Peralta, L. (2006). Emergencia y desarrollo del trabajo social de grupo. Una aproximación histórica. *Revista del departamento de Trabajo Social, Facultad de ciencias humanas, Universidad Nacional de Colombia*, 8(2006), 63-71. Dialnet-EmergenciaYDesarrolloDelTrabajoSocialDeGrupo-4116122.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. [MSPS]. (2015). Ley 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. [MSPS] (2016). Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Movimiento Intersectorial por la Salud [MIAS]. (2012). La salud como derecho humano fundamental. El colapso del modelo de salud en Colombia a 19 años de la ley 100 de

1993. *Kavilando*, 4(1), 56-61. Dialnet-LaSaludComoDerechoHumanoFundamental-4673759.pdf
- Navas-Perozo, R., Rojas de Morales, T., Álvarez, C.J., y Fox-Delgado, M. (2010). Participación comunitaria en los servicios de salud. *Revista de Ciencias Sociales* 16(2).  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-95182010000200013](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182010000200013)
- Nova, C. (2017). Llanos del Yarí: Territorio de resistencia. Educación comunitaria EN ZONAS DEL CONFLICTO ARMADO. (tesis de pregrado) Universidad Pedagógica Nacional, Colombia. <http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/2353/TE-20986.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oakley, P. (1990). Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39398/924356126X.pdf;jsessionid=7B7B85D797FE93B3398686CEA27F582B?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2014). Documentos básicos. *Constitución de la organización mundial de la salud (1948)*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.  
[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primary\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf)
- Paredes-Hernández, M. (2020). La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios. Una reflexión teórica. *Revista ciencias de la salud*, 18(especial), 1-21.  
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8994>

Parra-Ramajo, B. (2017). El trabajo social de grupo en la actualidad. La utilización de los vínculos para la promoción del cambio social.

<https://www.tesisenred.net/handle/10803/482214>

Pérez-Serrano, G. (1994). Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. *Editorial, La Muralla, S.A.*

[http://concreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin\\_cualitativa.pdf](http://concreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin_cualitativa.pdf)

Pineda-Granados, FY. (2014) La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Superintendencia Nacional de Salud. Núm. 6:*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>

Panamerican Health Organization. [PAHO]. (1978). Declaración de Alma-Ata.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Plan de Desarrollo Municipal. Macarena. (2020). La Macarena es mi compromiso.

[https://lamacarenameta.micolombiadigital.gov.co/sites/lamacarenameta/content/files/000324/16180\\_plan-de-desarrollo-macarena.pdf](https://lamacarenameta.micolombiadigital.gov.co/sites/lamacarenameta/content/files/000324/16180_plan-de-desarrollo-macarena.pdf)

Plan de Desarrollo Municipal. San Vicente del Caguán. (2020). Juntos marcamos la diferencia.

[https://sanvicedelcaguancueta.micolombiadigital.gov.co/sites/sanvicedelcaguancueta/content/files/000318/15880\\_plan-de-desarrollo-san-vicente-juntos-marcamos-la-diferencia1.pdf](https://sanvicedelcaguancueta.micolombiadigital.gov.co/sites/sanvicedelcaguancueta/content/files/000318/15880_plan-de-desarrollo-san-vicente-juntos-marcamos-la-diferencia1.pdf)

Profamilia.org.co. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I.

<https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

Prosalus & Cruz Roja Española. (2014). Comprendiendo el derecho a la salud.

<https://www.aecid.es/Centro->

[Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprende el derecho humano a la salud%20\(2\).pdf](#)

- Rodríguez-Triana DR., Benavides-Piracón JA. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: Análisis de los determinantes sociales de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(3): 359-371 <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>
- Rosas-Prieta, A.M., Narciso-Zarate, V., Cuba-Fuentes, M.S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>
- Torres-Carrillo, A. (2009). Acción colectiva y subjetividad. Un balance desde los estudios sociales. *Folios* (30) 51-74.  
<https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/RF/article/view/6135/5091>
- Urrego-Mendoza DZ. (2015). Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia. *Rev. Fac. Med.* 2015 Vol 63. N° 3: 377-88.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/45209/52309>
- Velásquez, F. y Gonzáles, C. (2003). ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? [https://rednacionalplypp.co/media/docs/academicos/Velasquez\\_-\\_Gonzalez\\_-\\_Que\\_ha\\_pasado\\_con\\_la\\_participacion\\_ciudadana\\_en\\_Colombia.pdf](https://rednacionalplypp.co/media/docs/academicos/Velasquez_-_Gonzalez_-_Que_ha_pasado_con_la_participacion_ciudadana_en_Colombia.pdf)
- Velásquez, ML., Siqueira, E., Da Silva, A. y Leite, IC. (2000). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta sanitaria*, 16(1), 30-38.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/gv/v16n1/original3.pdf>
- Vega-Romero RR., Rojas-Castillo CP y Bedoya-Calvo IC. (2019). Salud sin Fronteras: Plan Comunitario de Salud Rural.

Viscarret, J.J. (2014). Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. *Madrid, España.*

*Alianza editorial.*

## Apéndices

## Apéndice 1.

Matriz para el análisis categorial.

MATRIZ CATEGORIAL						
Categoría	Código	Descripción	Subcategorías (emergentes)	Código	Descripción	Soporte documental
<b>Participación en salud</b>	PS	La <b>participación en salud</b> surge en conjunto con la promoción de la salud y el autocuidado en 1970, como respuesta a las limitaciones de los servicios de salud, sobre todo en países en vías de desarrollo y, en 1978, se configura como un pilar de la APS, estrategia que responsabiliza a las personas en el cuidado de su salud, a través de la planificación e implementación de políticas y de la mano con el sector. Este enfoque centra el sistema en	<b>Participación Social en salud</b>	PSS	Entendida como el derecho a participar en las decisiones sobre salud, atención y políticas en salud. Además, como la responsabilidad de las personas de asumir su situación en salud y buscar soluciones. (RAD_FB_22)  “ <i>La participación social está ligada a procesos de transformación sociopolítica, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas y a implementación de programas.</i> ” En cuanto al sistema de salud, la PS hace referencia a procesos de	RAD_FB_02 RAD_FB_03 RAD_FB_08 RAD_FB_10 RAD_FB_13 RAD_FB_14

las personas, posibilitando el acceso a los grupos de mayor riesgo. (RAD\_FB\_02)

*La **participación en salud** ...se refiere a involucrar a las personas, los grupos y las comunidades para que tomen el control de su propia salud y hagan un mejor uso de los recursos disponibles... fundamental para la planificación, la organización y el control de los sistemas de salud ... también como derecho y deber de implicarse en las cuestiones públicas como un potencial indicador de calidad democrática de una sociedad.* (RAD\_FB\_08)

**Participación en salud** entendida como procesos de reflexividad colectiva en los cuales la población, en colaboración con las instituciones responsables, analiza, delibera y toma decisiones significativas en torno a asuntos relacionados con su salud, pudiendo implicarse también en las posteriores planificación e

salud-enfermedad-atención-cuidado y está cargada de presupuestos ideológicos y técnicos no explícitos. Además, su origen proviene de las ciencias sociales y fue incorporada por los profesionales de la salud de manera acrítica, distorsionando su contenido. (RAD\_FB\_03)

Adicionalmente, los enfoques de la PSS en el sector salud son (RAD\_FB\_03):

1. Como aporte de trabajo voluntario de la comunidad en programas específicos de APS
2. Como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios, incluyendo la capacitación de promotores comunitarios.
3. Como promoción de las acciones para fortalecer Sistemas Locales de Salud impulsados por organismos internacionales OMS Y OPS

*implementación de las decisiones alcanzadas.*  
(RAD\_FB\_10)

*El campo de la **participación social y comunitaria** en la solución de los problemas de salud trasciende a las misiones que compete a la salud pública y se desarrolla en este campo, pero, además, es inherente a otros sectores de la sociedad. Por otra parte, la participación beneficia que la ciudadanía se involucre en los asuntos públicos, cooperando de forma activa con el resto de las personas, lo que fortalece los lazos sociales y favorece la comprensión de las diferentes culturas existentes.*  
(RAD\_FB\_14)

*El proceso de **participación dentro del sector salud** en América Latina, es considerado fundamental para lograr elevar el nivel de vida y de salud de la población.*  
(RAD\_FB\_15)

*La participación se convierte en un instrumento que favorece*

*“Para la OPS (1988), la PSS puede entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y la observación de obligaciones derivadas del desempeño de la facultad decisoria.”* (RAD\_FB\_03)

*“La PSS se considera como un proceso democrático que se profundiza progresivamente, desde la ejecución de tareas simples hasta fases más complejas como la planificación, la programación, el control y la administración de programas de salud”*  
(RAD\_FB\_03)

El hito que marca la inclusión de la **PSS** fue la declaración de Alma-Ata en 1978, y el énfasis que se le dio sobre el autocuidado responde a 2 concepciones ideológicas  
(RAD\_FB\_03):

1. APS selectiva: “posición conservadora tendiente a

---

*la gobernabilidad o capacidad para lograr objetivos comunes y tomar las decisiones correctas. (RAD\_FB\_22)*

*reducir el papel del sector público y responsabilizar a las poblaciones sobre la atención y cuidado de su salud.”*

2. APS integral: “*Asigna al Estado la responsabilidad de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y de educar para la salud.*”

De acuerdo con el documento, Uzcátegui (2005), describe 3 propuestas de PSS (RAD\_FB\_03).

- Conservadora o neoliberal: “*concibe la PSS como un asunto técnico en la ejecución y la administración de servicios de salud, que promueve el voluntariado y la corresponsabilidad como formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. Asume la salud como atención médica reparatoria y*
-

---

*responsabilidad individual, lo que relega a las personas a una posición de cliente de los servicios con representación minoritaria o simbólica.”*

- Reformista: *“sostiene una definición de PSS ligada a la propuesta del desarrollo humano sustentable, vincula la PSS a la descentralización, pero conserva a los actores institucionales gubernamentales en el centro de los proyectos comunitarios. **La participación comunitaria** está destinada a tareas de prevención, de rehabilitación y de promoción de la salud, lo que reduce la PSS a espacios locales. Promueve la focalización del gasto público en los sectores más pobres y de alto riesgo, en un intento de combinar Estado y mercado con políticas compensatorias.”*
-

- 
- Alternativa-progresista: “es definida como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística
-

---

*e integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como “encuentro de saberes”.*

**Participación social:** *proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individual o colectivamente a **desarrollar capacidades** que transformen sus problemas de salud mediante acciones de mejora, a partir de alianzas colaborativas con otros actores sociales de su comunidad o institucionales, acorde a sus competencias y capacidad de gobernanza. (Gallo, Meneses y Minotta, 2014). (RAD\_FB\_13)*

*La participación social devela prioridades en la protección en salud que incluyen el saneamiento ambiental, purificación de las aguas, higiene de alimentos y seguridad de los medicamentos, etc. ... estas cuestiones se configuran como sujetos(objetos) de atención en **Salud Pública**, pues generan problemas de salud*

---

debido a riesgos medioambientales. (RAD\_FB\_13)

*La **participación comunitaria** se fortalece a través de la **organización de la comunidad**, con protagonismo de la población en la identificación de problemas y su resolución entre todos.*  
(RAD\_FB\_01)

***Participación comunitaria en salud***

PCS

Se define desde las instituciones como la OPS que la **participación comunitaria** como la responsabilidad de los miembros de la comunidad que, de manera individual o colectiva promueven la salud y previenen la enfermedad, contribuyendo así a su propio desarrollo económico y comunitario. (RAD\_FB\_01)

**Participación comunitaria en salud:** Son aquellas actividades de promoción de salud llevadas a cabo por la comunidad bajo la dirección de un profesional de la salud. Se entiende además como la evaluación de las comunidades sobre sus necesidades y sus estrategias de organización para satisfacer tales necesidades, lo que les permite aprender y ganar

- RAD\_FB\_01
- RAD\_FB\_02
- RAD\_FB\_04
- RAD\_FB\_05
- RAD\_FB\_06
- RAD\_FB\_07
- RAD\_FB\_08
- RAD\_FB\_10
- RAD\_FB\_12
- RAD\_FB\_13
- RAD\_FB\_14
- RAD\_FB\_15
- RAD\_FB\_19
- RAD\_FB\_22
- RAD\_FB\_27

---

acceso y control sobre los recursos de atención en salud.

(RAD\_FB\_02)

*“La participación comunitaria se ha relacionado positivamente con la orientación de la prevención, las creencias de salud y las actividades saludables, proporcionando un enlace directo con los comportamientos de salud positivos”* (RAD\_FB\_02)

*“el uso de la participación comunitaria puede conducir a diseñar nuevos modelos de servicios que se ajustan y hacen frente a las perspectivas locales y prioritarias, identificando las dificultades en el acceso para los servicios de salud”.*

(RAD\_FB\_02)

*“La participación comunitaria es vista como un medio que tiene el fin de movilizar recursos para apoyar a los servicios de salud y las intervenciones... permite a los miembros de la comunidad tomar decisiones estratégicas con respecto a los recursos disponibles en la comunidad... y mejora la gestión de los recursos y servicios*

---

---

*de los establecimientos de salud”.*  
(RAD\_FB\_02)

*“Hace referencia al proceso por el cual la comunidad asume responsabilidades sobre su salud y bienestar, contribuyendo al desarrollo de políticas saludables acordes con sus necesidades”.* Es, además, la implicación de los actores sociales. (RAD\_FB\_04)

**Participación comunitaria en salud:**

Definida por la declaración de Alma-Ata como la responsabilidad de la población para hacerse cargo de su salud y bienestar, mejorando sus capacidades de contribuir al desarrollo de la comunidad.  
(RAD\_FB\_05)

En otras palabras, y para este documento, se define la PCS como *“un proceso dinámico en el cual los tres protagonistas de la comunidad (población, recursos técnicos y administración) persiguen el mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de la población”.* (RAD\_FB\_05)

---

---

*“La **participación comunitaria** engloba una variedad de planteamientos para maximizar la implicación de las comunidades en las iniciativas locales para mejorar su salud y bienestar, y reducir las desigualdades en salud. Incluye el diagnóstico de necesidades, el desarrollo comunitario y la planificación, el diseño, la implementación y la evaluación de las acciones.”*  
(RAD\_FB\_06)

*La **participación comunitaria** ha sido identificada como un elemento imprescindible para la transformación de las circunstancias que determinan la salud de las poblaciones, ... se entiende ... como un proceso organizado, incluyente y autónomo, orientado a transformaciones colectivas e individuales, donde las personas con diversos grados de compromiso comparten valores y objetivos.* (RAD\_FB\_07)

*Basándonos en parte en la definición de O'Mara-Eves et al. entendemos por **participación comunitaria en salud** el proceso de «involucrar [...] a las*

---

---

*comunidades en la toma de decisiones, y/o en la planificación, diseño, coordinación o implementación de servicios, usando métodos de [ . . . ] colaboración y/o empoderamiento». (RAD\_FB\_08)*

Conceptualización de la Participación comunitaria (RAD\_FB\_12):

- **La Participación comunitaria** toma fuerza a partir de la declaración de Alma-Ata (1978) y ha servido para la elaboración de políticas y experiencias en torno a la salud, haciendo de la **PC** una estrategia para el logro del acceso universal a la salud y un componente esencial en la organización de la atención en salud.
  
  - La carta de Ottawa (1986), le confiere un carácter político a la **Participación Comunitaria** al relacionarla con el poder (relaciones de poder), yendo más allá de su carácter instrumental al
-

---

servicio de la gestión de la salud.

- Posteriormente, con la comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS (2008), apunta a reducir las condiciones de desigualdad de poder de la población, entendida como inequidad y que afecta negativamente en la salud de las personas, para ello, se propone la “entrega de poder” a las personas y a mantener un marco de participación social, conducente a “mejorar las condiciones de vida y de salud de la población”.  
→Relacionado con el desarrollo y consolidación de la democracia.

La **Participación Comunitaria** se pensó desde la OMS para AL, como una estrategia de promoción rural en la que se atendían la falta de recursos y las diferencias culturales (entendida esta última como una limitante para llevar o prestar los servicios de salud, por

---

---

tanto, había que “erradicarla”).

→ Se pensaron 2 estrategias:

- El promotor de salud
- El comité de salud

Basadas en experiencias previas de *formación de líderes comunitarios y consejos de salud como parte de los mecanismos de desarrollo.*  
(RAD\_FB\_12)

En cuanto la **participación comunitaria** en el sector salud, esta ha “promovido” desde 3 enfoques (RAD\_FB\_12):

- Como un aporte voluntario de la comunidad a programas específicos de la APS.
- Como convocatoria de la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y extensión de la cobertura de dichos servicios.
- Como promoción de las acciones para fortalecer los sistemas de salud impulsados por la OMS.

**Participación comunitaria en salud:** *involucra un interés colectivo con beneficios sociales*

---

---

*compartidos.* → Configura una dinámica que involucra a las personas en torno a la toma de decisiones relacionadas a la salud en sus territorios. (RAD\_FB\_13)

La **participación comunitaria** aparece como aquella en la que los miembros de la comunidad tienen el deber de **gestionar los servicios de salud.** (RAD\_FB\_15)

Se asume la **participación comunitaria** como la precursora del **empoderamiento.** Pues esta, *genera conexiones entre la comunidad* y otros actores dentro y fuera del territorio que contribuyen al bienestar social y a la salud de la comunidad. (RAD\_FB\_19)

***La participación comunitaria en salud** está orientada a incidir en la relación entre el Estado y la sociedad buscando satisfacer necesidades, **garantizar derechos y efectuar transformaciones sociales.** Dicha relación puede expresar una **conflictividad social** que requiere de estructuras que visibilicen las problemáticas que en materia de salud viven las comunidades con el propósito que*

---

---

*sean incorporadas en la agenda pública. Además, se manifiesta en las formas de **organización** y afrontamiento mediante la **ampliación de las capacidades para la defensa del derecho a la salud**, el trabajo colaborativo en la comunidad y la injerencia en la construcción de alternativas.*  
(RAD\_FB27)

Cómo se fomenta la **participación comunitaria en salud:**

- *al desarrollar la **capacidad comunitaria**, incrementar el grado de preparación para actuar y **fortalecer el liderazgo** a través de la **capacidad de organización**.*
- *Se construye a través de la reflexión y el compromiso, e implica redes de apoyo e intercambio de ideas y conocimientos entre quienes mantienen objetivos comunes.*  
(RAD\_FB\_07)

Se definieron los factores que favorecen la participación efectiva:

Dependen de la población.

---

- 
- Acceso a la información sobre participación: *“La información sobre los mecanismos de participación con la que cuenta una población es de gran importancia para llevar a cabo una participación efectiva.”*
  - Empoderamiento: *“La participación permite a los ciudadanos tomar el control y tener más poder sobre las decisiones que afectan sus vidas y sus comunidades”.*
  - Participación espontánea desde lo local: *“Cuando se produce la participación de la comunidad de forma espontánea para apoyar a los servicios de salud, el desarrollo es más útil.”*
  - Representatividad de la comunidad: *“Para que los líderes de la comunidad sean vistos como portavoces de autoridad a los ojos de la comunidad y del sistema de salud, la selección y representación debe tener legitimidad.”*
-

- 
- Compromiso: *“siempre que se muestre un patrón de comportamiento socialmente comprometido, existirá una mayor propensión a participar”.* *“El participante de la comunidad socialmente comprometido está orientado a la búsqueda de información para cumplir con su papel como ciudadano, y el individuo que está motivado por la salud tiene un papel activo en su comunidad”*
  - Motivación para buscar información sobre salud: *“Una condición previa para la formulación de políticas con participación es el acceso de las personas a la información sobre temas de salud pública”*
  - Capital social: *“hace referencia a la capacidad de una comunidad para movilizar sus recursos colectivos y asegurar el máximo de ganancias a través de su red de relaciones y estructuras sociales”.*
-

- 
- Capacidad de asociación:  
*“Se debe rescatar la importancia de la participación autónoma de abajo hacia arriba basada en el conocimiento y la conciencia crítica”.*  
Propuesta de pensadores como P. Freire y O. Fals Borda.

Depende de los proveedores de servicios de salud.

- Disponibilidad de recursos:  
*“Una gestión participativa, transparente y responsable debe garantizar la adopción de prioridades económicas basada en amplios consensos sociales en donde los más vulnerables sean tomados en cuenta a la hora de decidir sobre la asignación de recursos”* Es decir, ofrecer las posibilidades o recursos de todo tipo para la participación.
  - Construcción de relaciones y compenetración con la población: requiere de la construcción de relaciones
-

---

basadas en la confianza, tomar la perspectiva de las comunidades para la solución de sus necesidades y la capacitación/educación de la población.

Dependen de la población y los proveedores de servicios de salud.

- Liderazgo de los usuarios y proveedores de políticas:  
Se considera el liderazgo como un factor crítico en la promoción y logro de la participación comunitaria.
- Sostenibilidad: La participación y las políticas sobre participación requieren de una continuidad en el tiempo para lograr cambios en los sistemas de salud, de lo contrario se desalienta a la comunidad a participar. Requiere de un tiempo largo para demostrar resultados en salud.

Dependen del entorno.

Factores políticos y culturales:

*“Para avanzar en la implementación de una participación real se requiere la*

---

*voluntad política del Gobierno y que la sociedad asuma su papel de manera más relevante y busque los espacios creados, los potencie e incluso pueda proponer nuevas formas de participación”. Quienes implementan las políticas de participación cuentan con el reconocimiento y legitimidad de la comunidad, el conocimiento de la cultura, sus valores, sus valores, costumbres y comprenden los procesos sociales. (RAD\_FB\_02)*

***Participación  
ciudadana en  
salud***

PCIS

Hace referencia a que es la ciudadanía la que interviene en el control y seguimiento de los servicios de salud prestados por la institucionalidad, poniendo especial atención en la calidad y oportunidad de estos, además de defender los derechos de los pacientes, todo a través de los mecanismos de participación existentes, como la rendición de cuentas (RAD\_FB\_02).

RAD\_FB\_02  
RAD\_FB\_05  
RAD\_FB\_08  
RAD\_FB\_10  
RAD\_FB\_13  
RAD\_FB\_14  
RAD\_FB\_22

**Participación ciudadana en salud:** *hacen referencia a un ámbito de carácter individual en el cual se reclaman sus derechos desde una perspectiva de fiscalización. (RAD\_FB\_13)*

**Participación ciudadana:**

*es una evidencia de la funcionalidad de la democracia; la cual opera mejor con ciudadanos que intervienen activamente en la solución de los problemas de interés general, bajo condiciones aseguradas y garantizadas por el Estado, quien tiene responsabilidades indelegables respecto de la participación.*  
(RAD\_FB\_22)

*“La salud comunitaria va íntimamente ligada a la participación ciudadana, no puede haber una sin la otra.”*  
(RAD\_FB\_05)

La **participación ciudadana** se promueve (de arriba abajo) habitualmente desde órganos muy reglados y rígidos y nada bidireccionales. (RAD\_FB\_08)

*Por otra parte, los fines para los cuales se crean las herramientas de participación ciudadana, está vinculado al incremento de la capacidad para enfrentar los problemas locales.* (RAD\_FB\_22)

<p><b>Comités de salud</b></p>	<p>CS</p>	<p>“En Colombia, se crearon en el año 1960 los Comités de Salud, que en las poblaciones estaban constituidos por representantes de cada manzana y luego, como una forma más avanzada de participación, surgieron los Consejos Locales de Salud y los Comités de Participación.” (RAD_FB_03)</p> <p>Se entienden los <b>comités de salud</b> como formas de <b>organización</b> y participación comunitaria que posibilitan la expresión de intereses, expectativas y demandas comunes. Se convierten en herramientas de la <b>participación comunitaria</b> que estructuran la acción colectiva a favor de la promoción y la gestión integral de la salud. Tiene como eje el diálogo y la concertación para la creación o aprovechamiento de escenarios comunitarios, institucionales y/o gubernamentales. (RAD_FB_27)</p>	<p><b>Rol y funciones de los comités de salud</b></p>	<p>RFCS</p>	<p>...son organizaciones que permiten que la población más necesitada mejore su calidad de vida, ayudándola en salud, seguridad, dotación de servicios, donde la gente sienta que participa en la solución de problemas comunes. (RAD_FB_17)</p> <p>...se deciden las obras a ejecutar en sus comunidades, a través de las discusiones de presupuestos participativos con el ejecutivo nacional, regional y local. (RAD_FB_18)</p> <p>...permite a los/as ciudadanos/as participar activamente en los asuntos relacionados con la salud colectiva y el derecho a la vida de los/as miembros/as de su comunidad. (RAD_FB_14)</p> <p>El <b>análisis</b> de las dinámicas territoriales que afectan la salud, la organización y <b>planificación</b> de estrategias encaminadas a la construcción de un sistema en salud propio, la <b>gestión</b> de recursos y espacios de concertación con instituciones públicas y privadas, principalmente del sector salud; y</p>	<p>RAD_FB_03 RAD_FB_14 RAD_FB_15 RAD_FB_17 RAD_FB_18 RAD_FB_27 RAD_FB_28</p>
--------------------------------	-----------	--	---	-------------	--	--

Comités de salud: Como estrategia de **organización** y participación comunitaria para la defensa y garantía del derecho a la salud en los territorios, desde las cosmovisiones locales. (RAD\_FB\_27)

### **San Vicente del Caguán-Caquetá**

*...necesidad de una **organización** comunitaria en salud que jalonara la gestión y la agencia de la lucha por el derecho a la salud.* (RAD\_FB\_28)

El “comité de salud” se pensó desde otra alternativa jurídica que posibilitara y respaldara sus acciones por la defensa y garantía del derecho a la salud. Se decantó por la figura de la “asociación” y se dejó en trámite ante las autoridades competentes para su creación legal, además implicó la tarea de:

*contaría **con capacidades de pensamiento crítico y planificación estratégica** para llevar a cabo intervenciones en y por la salud del territorio, además, de contar con el reconocimiento comunitario y político como instancia autónoma que **convoca, promueve y lidera acciones hacia la salud** en el territorio.* (RAD\_FB\_28)

Funciones de los comités según la Cruz Roja (RAD\_FB\_27):

- *Vigilancia comunitaria en salud, atención básica y primaria en salud, notificación y referencia de casos, acompañamiento en campañas y jornadas comunitarias.*
- *Comunicación entre grupos interesados en la salud de la comunidad.*
- *Establecimiento y mantenimiento de redes comunitarias.*

- Definición de su naturaleza
- Definición de su estructura organizativa
- Selección de la junta (RAD\_FB\_28)

**Macarena-Meta**

La construcción del comité de salud se asumió como una forma organizativa per sé, articulada a las organizaciones sociales de base para una mayor acción política. (RAD\_FB\_28)

*los consejos comunales como formas avanzadas de la **organización social** y popular, a lo que tendría que sumarle los comités organizados en su seno para resolver problemáticas concretas y tratar de superar las inequidades sociales presentes en cada contexto local.* (RAD\_FB\_14)

*La inclusión de los **Consejos Comunales** en el modelo de la democracia participativa es parte fundamental de la misma, ya que surgieron de la*

- *Identificación y movilización de recursos humanos y financieros.*

*Establecimiento de vínculos con las familias, los servicios públicos y de organizaciones no gubernamentales, y otros organismos. (RAD\_FB\_27)*

**Capacidad de asociación:** “*Se debe rescatar la importancia de la participación autónoma de abajo hacia arriba basada en el conocimiento y la conciencia crítica*”. Propuesta de pensadores como P. Freire y O. Fals Borda. (RAD\_FB\_02)

- RAD\_FB\_02
- RAD\_FB\_03
- RAD\_FB\_06
- RAD\_FB\_07
- RAD\_FB\_09
- RAD\_FB\_13
- RAD\_FB\_14
- RAD\_FB\_15
- RAD\_FB\_16
- RAD\_FB\_17
- RAD\_FB\_18
- RAD\_FB\_19
- RAD\_FB\_21
- RAD\_FB\_22
- RAD\_FB\_27
- RAD\_FB\_28

**Capacidades de los comités de salud**

CCS

*La **organización** surge como producto de la unión de los esfuerzos individuales en la perspectiva de enfrentar de manera conjunta la solución a los problemas detectados y/o promover intereses específicos.* (RAD\_FB\_16)

**Comités de salud:** Se realizaron **capacitaciones** a los miembros de los comités de salud sobre el sistema general de seguridad social en salud y la

*necesidad de conciliar un espacio dentro de la **gestión pública**, en el que resulta relevante su articulación con la **organización social**, pues el estado tradicional, omnipresente y sobrecargado de responsabilidades, debe dar paso a una relación más equilibrada, menos dependiente, en el que la sociedad, a través de sus **mecanismos de participación** pueda efectivamente incidir en la **gestión pública** y sus resultados. (RAD\_FB\_15)*

*Se puede advertir que los **consejos comunales**, representan la **organización** que le permite al pueblo ejercer y **gestionar** sus derechos vinculados a la solución de problemáticas sociales atinentes a la puesta en marcha de **políticas públicas**, con el objetivo fundamental dar respuesta a las demandas y aspiraciones de la comunidad. (RAD\_FB\_15)*

exigibilidad del derecho a la salud y el acompañamiento inicial a promotores de salud. → Hizo parte de una metodología de planificación comunitaria *para identificar y analizar la situación de salud* que a su vez contribuía a generar capacidades en los sujetos participantes. (RAD\_FB\_21)

**Comités de salud** → Su consolidación pasa por el fortalecimiento de las capacidades (al interior del grupo) y la acción política (al exterior del grupo). (RAD\_FB\_28)

Capacidades desarrolladas:

El proceso de fortalecimiento de las capacidades para la autogestión de la salud rural se puede sintetizar en las siguientes:

- Desarrollo de pensamiento crítico sobre la realidad en los territorios.
- Análisis situacional de la salud
- Planificación de acciones estratégicas en salud → Construcción de una agenda propia en materia

de salud (autogestión de la salud). (RAD\_FB\_28)

*Por ello es necesario describir las **capacidades de un gerente**, las mismas que se deben extrapolar hasta el seno de las comunidades, estas son **habilidades técnicas, humanas y habilidades conceptuales** deben unirse dando paso una forma de participación más cercana a la gente y más efectiva para la interacción social transformadora, se trata del **liderente**. (RAD\_FB\_18)*

Los conocimientos sobre **gestión y planificación** comunitaria no están disponibles para las comunidades (no asumirse que saben), por lo que es necesaria la **capacitación y el fortalecimiento** de sus habilidades individuales y colectivas. → Se concibe la planificación como herramienta al servicio de la gestión. (RAD\_FB\_22)

Según el documento hay 3 enfoques metodológicos de

planificación para la gestión  
(RAD\_FB\_22):

- Normativo: Promovido institucionalmente y con las siguientes fases.
  - Diagnóstico
  - Programación
  - Ejecución
  - Evaluación
- Estratégico: *Planificación por proyectos contruidos hacia objetivos.*
- Autogestión comunitaria: Se presenta como alternativa para aplicar los métodos de planificación en las comunidades y cuenta con las siguientes fases.
  - *Acercamiento y reconocimiento de la situación.*
  - *Ejecución de talleres para aplicar la metodología*
  - *Explicación de la problemática*
  - *Elaboración normativa del plan*
  - *Viabilidad del plan*
  - *Ejecución*

De acuerdo con el texto, estas metodologías son *inconclusas si no se aplican los “sistemas de dirección”*.

- Información
- Monitoreo

La **gestión**, puede asumirse como la **organización** y disposición de los recursos para obtener los resultados esperados, o puede generalizarse como una forma de alinear esfuerzos para alcanzar un objetivo, a partir de un abanico de posibilidades. (RAD\_FB\_15)

La **gestión social** ha sido definida como la construcción de diversos espacios para la interacción social. Se trata de un proceso que se lleva a cabo en una comunidad determinada y que se basa en el aprendizaje colectivo, continuo y abierto para el diseño y la ejecución de proyectos que atiendan necesidades y problemas sociales (apuntando al cambio social donde se superen, la pobreza, la inequidad y los determinantes sociales de la salud, entre otros y a la generación de destrezas de quienes participan, es

para el investigador un escenario para el desarrollo del empoderamiento comunitario).

→ *La gestión social implica el diálogo entre diversos actores, como los gobernantes, las empresas, las organizaciones civiles y los ciudadanos.*

(RAD\_FB\_16)

*La **gestión comunitaria** es esencialmente participativa y que esta participación va más allá de un nivel consultivo, llegando hasta la máxima expresión de participación que implica la “toma de decisiones” relacionadas con la direccionalidad de su desarrollo comunitario. → los procesos de gestión aun cuando sean en el ámbito comunitario no son procesos informales, son intervenciones basadas en la racionalidad de lo formal que implica el uso de determinadas técnicas y herramientas. → Posee 2 atributos fundamentales (RAD\_FB\_22):*

- *Carácter participativo*
- *Procesos de gestión asociados a técnicas y herramientas de*

planificación  
(comunitaria).

*La **gerencia comunitaria**, se refiere a la coordinación colectiva en el manejo de los recursos **autogestionados**, a través de un pensamiento y proceso estratégico que formule la dirección que guiará la comunidad por medio de la **planificación, organización, dirección y control** y que busque el cumplimiento de la misión y objetivos a través de estrategias claras, definidas por la propia comunidad. (Pérez, 2012 p.69).*

→Se trata también de empoderar a las comunidades para los procesos gerenciales sean más eficientes y gestados desde las comunidades.  
(RAD\_FB\_16)

*“La **autogestión** constituye una forma de PSS más independiente de la voluntad institucional”.*  
Puede darse por procesos de tutela que apuntan hacia la autonomía de quien la interpone o “como consecuencia de las reivindicaciones de los propios conjuntos sociales postergados para obtener su

*autodeterminación”.*  
(RAD\_FB\_03)

**Liderazgo:** *En los procesos de organización y participación comunitaria es preciso reconocer el papel fundamental que juega la existencia de líderes ... porque estimulan e incentivan a los miembros de sus comunidades a actuar, a decidir, a participar.*  
(RAD\_FB\_16)

*“El liderazgo es otra particularidad de la dinámica grupal que influye en la participación”* (RAD\_FB\_07)

**Comunicación** *como estrategia para masificar información oportuna, concretar propuestas, sumar voluntades entre otros aspectos que deben funcionar asertivamente en los consejos comunales.* (RAD\_FB\_18)

Las **capacidades**, identificadas por el mapeo de activos comunitarios, *nunca están aisladas y siempre pertenecen a grupos locales.*  
→Dentro de estas capacidades se pueden destacar (RAD\_FB\_19):

- Cohesión social y capital social: entendidas como la cooperación en beneficio mutuo de la comunidad por su salud.
- Agencia colectiva: como la *posibilidad compartida de hacer y producir efectos novedosos en un trasfondo de constricciones normativas*.

El **capital social**, entendido como los beneficios producidos por la acción comunitaria, asimismo como la capacidad de las comunidades para generar esos beneficios. (RAD\_FB\_16)

**Capital social**: *“hace referencia a la capacidad de una comunidad para movilizar sus recursos colectivos y asegurar el máximo de ganancias a través de su red de relaciones y estructuras sociales”*. (RAD\_FB\_02)

*Se convierte en un factor importante para una comprensión de sus realidades y una oportunidad para la **autogestión** de sus problemas.* (RAD\_FB\_19)

El **empoderamiento** es un proceso a través del cual la gente gana mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud ... que tiene como objetivo promover la participación de las personas debido a una fuerte identificación con las características socio-ecológicas de su comunidad y facilitar así el trabajo comunitario, que tiene como fin el incremento de la eficiencia política, la mejora de la calidad de vida de la comunidad y lograr la inclusión y justicia social. (RAD\_FB\_09)

**El empoderamiento** comunitario está directamente relacionado con las acciones colectivas realizadas en pro del mejoramiento de las condiciones de vida y la generación de conexiones de la comunidad con otros actores. (RAD\_FB\_19)

Para lograr el **proceso de empoderamiento** del pueblo y dinamizar la participación mediante la **organización** se inicia un proceso jurídico soportado en la Constitución. (RAD\_FB\_18)

*Avanzar hacia **el empoderamiento** de las comunidades necesario para ganar en capital social y mejorar las condiciones de vida. Esto conlleva reconocer los movimientos sociales que de manera autónoma tratan de lograr el cambio social. (RAD\_FB\_06)*

*En los sistemas de salud (ese) **empoderamiento**, se refiere entonces, a los procesos de gestión social en salud, donde el conocimiento para la toma de decisiones permite arreglos institucionales y sociales para la coordinación, intersectorialidad, transectorialidad y transparencia, en la operatividad del mismo sistema en pro de la transformación social que conduzca a la mejora del nivel de vida de la población. (RAD\_FB\_13)*

*El **poder** como **habilidad gerencial** tiene una existencia real, cotidiana, siendo alguna de sus características la fuerza, el dominio, la influencia, el mando, etc. (RAD\_FB\_17)*

...la autora propone el **ejercicio del poder** como una habilidad a desarrollar en los procesos gerenciales de la acción comunitaria a través de los proyectos gestados por los consejos comunales. → Los consejos comunales son considerados grupos. De este modo (RAD\_FB\_17):

- La autora plantea que los grupos pueden desarrollar poder a partir del aumento de las nuevas relaciones con otros grupos, *porque comparten información y les brindan apoyo* (toma como referencia las fuentes de poder de Gondon (1997)).

Se relaciona el **poder comunal** derivado de los procesos de **autogestión y planificación comunitaria** como el ejercicio de la ciudadanía o **participación ciudadana**, entendida como el derecho de las personas a participar e intervenir en asuntos públicos y a establecer los mecanismos para su reconocimiento social asegurando la igualdad y autonomía ante la

				<p>sociedad y el Estado, en últimas, se encamina a la consecución de objetivos superiores como la superación de la pobreza y asegurar una mejor calidad de vida para todos (en todos los niveles, locales, comunitarios y sociales o nacionales). (RAD_FB_22)</p>	
<p><b>Trabajo Social</b></p>	<p>TS</p>	<p>...profesión-disciplina dentro de las Ciencias Sociales y Humanas enfocada a atender los problemas, las desigualdades sociales, la pobreza, los conflictos, las inequidades y las necesidades humanas a través de la promoción del cambio social. Que mediante procesos de desarrollo humano y social y políticas de bienestar interviene en diversos contextos, siguiendo criterios de justicia, libertad y bien común (equidad). (RAD_FB_23)</p> <p><i>El ámbito de trabajo de los trabajadores sociales viene definido principalmente por el contacto y por la interacción con los problemas sociales. Los problemas sociales son</i></p>	<p><b>Trabajo Social en salud</b></p>	<p>TSS</p> <p><i>El posicionamiento del trabajador social en el sector salud es especial y tiene un amplio campo de acción en su desempeño profesional como agente dinamizador de procesos de cambio social. (RAD_FB_23)</i></p> <p><i>El área de la salud es un campo de desempeño profesional de tipo clínico que implica participar en la definición del diagnóstico clínico de la persona enferma y su entorno. (RAD_FB_23)</i></p> <p><i>El trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso de salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud. (RAD_FB_23)</i></p>	<p>RAD_FB_23</p>

---

*aquellos campos o áreas comúnmente identificadas como problemáticas para los individuos o para la sociedad, como por ejemplo el alcoholismo, el racismo, la violencia doméstica, las enfermedades mentales o muchas otras. (RAD\_FB\_25)*

*profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto a la diversidad son fundamentales. Respaldo por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales y las humanidades, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Consejo General del Trabajo Social, 2019, párr. 3). (RAD\_FB\_26)*

*Los trabajadores sociales están en capacidad de identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud, desarrollando su labor al interior de instituciones de salud y en los diferentes espacios y escenarios sociales. (RAD\_FB\_23)*

**Reconocer, valorar e integrar de manera fundamentada los elementos del contexto que afectan las realidades sociales que viven las personas y las comunidades:** →ACCIONES: *Formula diagnósticos y caracterizaciones sociales, sustentados en lecturas crítica elaboradas con las personas, grupos y comunidades a partir de determinantes sociales, brechas en salud e inequidades del sistema que afectan sus realidades.*  
→ACCIONES: *Analiza de manera participativa y sistemática los contextos: social, político, económico, cultural y ambiental que inciden en la condición de salud de las personas, familias, grupos y comunidades.*  
→ACCIONES: *Prioriza necesidades de la población y*

---

*...el trabajo social, como disciplina, desea generar transformaciones sociales, potenciando las habilidades tanto de individuos y familias como de grupos y comunidades, fomentando e incrementado su bienestar social, identificando y movilizand sus recursos para hacer frente a su realidad, y motivando a su emancipación y conciencia crítica.*  
(RAD\_FB\_26)

*“El Trabajo Social, profesión ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, promueve el cambio social; interviene en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsicosocial; fundamenta su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la libertad y el bien común. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender lo social de*

*expone estrategias de intervención a nivel institucional, interinstitucional, sectorial o intersectorial para la toma de decisiones o formulación de políticas públicas.*

***Dinamizar, promover y orientar la participación de los ciudadanos y colectivos en la selección, formulación y diseño de alternativas de acción orientadas a la transformación social:***

***→ACCIONES:*** *Aplica diferentes enfoques de planeación con participación social en los diferentes contextos.*

***→ACCIONES:*** *Promueve la selección y formulación de alternativas de acción, como resultado de la reflexión que genera la apropiación de la realidad por parte de los ciudadanos. →ACCIONES: Construye colectivamente políticas, planes, programas y proyectos sociales que privilegien la justicia social, la protección y defensa de los derechos de las personas, el medio ambiente y las colectividades.*

*los conflictos, necesidades, carencias y problemas de los sectores con limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas, producto, entre otros, de pobreza, desigualdades, injusticia. En consecuencia, adentrarse en el quehacer actual del Trabajo Social requiere asumir una postura integradora y flexible que reconozca la complejidad de la realidad social en los diferentes contextos”*  
(RAD\_FB\_23)

Los campos de acción: la formación en Trabajo Social permite a los profesionales de esta disciplina desempeñarse en:

- Sectores:  
educación, salud, asistencia social, urbanismo, industria, justicia, vivienda, entre otros.

Abordando los siguientes elementos:

***Construir procesos de desarrollo humano, con perspectiva de derechos desde la gerencia social con las personas, familias, grupos, comunidades u organizaciones:*** →ACCIONES: Dinamiza la gestión de los grupos, las organizaciones y las comunidades en la puesta en marcha de las políticas públicas y sociales, generando procesos de cambio y empoderamiento de su situación de salud.

***Construir procesos de desarrollo humano, con perspectiva de derechos, conjuntamente con los actores del sistema:***  
→ACCIONES: *Identifica e integra los saberes de las diversas disciplinas para analizar, comprender e intervenir en la complejidad de las realidades sociales.* →ACCIONES: *Desarrolla métodos de intervención profesional con personas, familias, grupos u organizaciones, de manera analítica, creativa y pertinente según la complejidad de las problemáticas sociales.*  
→ACCIONES: *Construye y propone procesos de intervención*

- 
- Dimensiones:  
Individuos, grupos y comunidades.
  - Contextos:  
Económicos, políticos, sociales y culturales e históricos.
  - Aspectos: Familia, medio ambiente, bienestar laboral, seguridad social, crisis y catástrofes, convivencia y paz, derechos humanos, participación, desarrollo comunitario y organizacional y gerencia social.
- social tendientes a la superación de problemas sociales, derechos humanos e inequidades en salud.*  
→ACCIONES: *Genera dinámicas de trabajo educativo dirigidas a las personas, familias o comunidades, que les permitan conocer e interiorizar los derechos y deberes en salud.*
- Promover procesos participativos para gestionar alianzas que apoyen la solución de problemas sociales que afectan el sistema o las condiciones de salud:***  
→ACCIONES: *Gestiona la creación, activación y consolidación de redes sociales y de apoyo para el fortalecimiento del tejido social, el cuidado primario en salud y la identificación de líderes que permitan la sostenibilidad y el empoderamiento de acciones para el manejo de nuevas situaciones.*  
→ACCIONES: *Recupera con los sujetos y las colectividades, las experiencias de la práctica social, desde una mirada analítica y reflexiva sobre las lógicas internas y posibilidades de innovación.*  
→ACCIONES: *Genera conocimiento profesional y diálogo*
-

*de saberes sobre la práctica social a partir de la reflexión sobre la acción; sistematiza y divulga las experiencias de intervención.*

***Fundamentar, ética y políticamente, la acción profesional en los diversos contextos de desempeño con responsabilidad social, según los derechos humanos, los principios éticos, democráticos, de justicia social, de respeto por la multiculturalidad, el medio ambiente y las diversidades:***  
 →ACCIONES: *Basa su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la responsabilidad social y la ética.*  
 →ACCIONES: *Reconoce las diversas expresiones culturales de las personas y sus familias, los grupos y las comunidades, para la contextualización de la intervención.*

---

<b><i>Teorías en Trabajo Social</i></b>	TTS	<p><i>Se puede decir que la <b>teoría</b> proporciona un camino para definir y ordenar acontecimientos y hechos complejos que permiten al <b>trabajador social</b> comprender y describir mejor aspectos de la</i></p>	<p>RAD_FB_25 RAD_FB_26</p>
---	-----	--	--------------------------------

---

---

*realidad que de otra forma serían  
dificultosos de ordenar o que  
incluso se escaparían a su  
atención. (RAD\_FB\_25)*

*Los problemas con los que trabaja  
la profesión no son problemas que  
se puedan resolver sólo de forma  
técnica y racional, ya que a  
menudo los problemas son  
complejos, cambiantes e inciertos,  
para los que no existen “asideros”  
teóricos concretos, sino que en  
ocasiones sólo pueden ser  
contestados desde la práctica y  
desde la subjetividad personal del  
profesional. (RAD\_FB\_25)*

*Por otra parte, la epistemología de  
la práctica profesional ... se basa  
en la racionalidad técnica, la cual  
consiste en la aplicación del  
conocimiento basado en la  
investigación para la resolución de  
problemas. La práctica es  
entonces... el resultado de una  
investigación rigurosa que ha  
utilizado técnicas y elementos  
probables, medibles, evaluables y  
que se basa en un conocimiento  
teórico objetivo. (RAD\_FB\_25)*

---

---

*El argumento es que, a través del análisis de la práctica y de la reflexión sobre las necesidades y relaciones de las personas, los trabajadores sociales son capaces de desarrollar sus propias teorías, las cuales les sirven de guía y de orientación para la intervención. (RAD\_FB\_25)*

*Así cómo es posible inducir la teoría desde la práctica y la observación, igualmente es posible deducir desde la teoría qué hay que hacer y qué hay que observar. (RAD\_FB\_25)*

*El trabajador social puede y debe ser conocedor de diferentes teorías que explican el comportamiento humano. (RAD\_FB\_25)*

Lo anterior hace alusión al hecho de que en Trabajo Social muchas de las ideas y conocimientos sobre el comportamiento humano y social, desde las que se han construido teorías, se han tomado de otras ciencias y estas le han servido al Trabajo Social para construir su base epistemológica. (RAD\_FB\_25)

- Sociología
-

- 
- Psicología
  - Pedagogía
  - Psiquiatría

Esta pluralidad de conocimientos influye en la práctica del TS(RAD\_FB\_25):

- Observación: *le indica qué tiene que observar y cómo hacerlo.*
- Descripción: *le dota de un vocabulario conceptual y un marco teórico dentro del que las observaciones pueden ser ordenadas y clasificadas.*
- Explicación: *le sugiere como unir las diferentes observaciones realizadas; le ofrece posibles relaciones causales entre un acontecimiento y otro.*
- Predicción: *le indica qué puede ser lo siguiente que ocurra.*
- Intervención: *le sugiere caminos de actuación para conseguir el cambio.*

*La mayor fractura en la teoría del Trabajo Social la han generado la sociología y la psicología por sus explicaciones de los problemas a*

---

---

partir de posturas estructurales vs individuales. (RAD\_FB\_25)

*Este proceso ha configurado la mayor parte del cuerpo teórico de la profesión, además, este conocimiento ha estado en constante evolución, cambio y reformulación en función de los resultados prácticos.*  
(RAD\_FB\_25)

Es por ello que se afirma que el Trabajo Social es una práctica teórica, la cual es otra forma de teorizar en TS (construir teoría propia). →Esta práctica teórica *representa un intento genuino de combinar estudio e investigación para crear una base de conocimiento que sea más utilizable y accesible para la intervención profesional.* →Al tomar diversidad de orientaciones teóricas, se da origen a variadas formas de la práctica teórica, sin embargo, todas tienen el mismo objetivo de *buscar hipótesis que expliquen y predigan que ciertos tipos de intervención darán como resultado determinados cambios en ciertas áreas (personalidad,*

---

---

*comportamiento, entorno, red social y otras más). (RAD\_FB\_25)*

Así, la práctica teórica deviene en dos caminos:

- *En objeto de investigación y reflexión, que a su vez retroalimentará la teoría desde la práctica, o*
- *Conocimiento de la experiencia, es decir, saber que algo funciona en determinadas situaciones, convirtiéndose en conocimiento común “si hago esto, la experiencia me dice que ocurrirá esto”.*

*Para que este saber sea útil para otros, este tipo de conocimiento debe ser explicado, sistematizado y compartido. (RAD\_FB\_25)*

El Trabajo Social toma aportes teóricos para el análisis de la vida grupal de ciencias sociales como (RAD\_FB\_26):

- Antropología
- Sociología
- Psicología
- Pedagogía

Retomando teorías como:

- Dinámica de grupos
-

- 
- Sistémica
  - Grupos operativos
  - De la comunicación
  - De conflictos
  - De complejidad
  - El psicoanálisis
  - Interaccionismo
  - Funcionalismo
  - Educación popular
  - Pedagogía social y
  - Educación social

*Las teorías de las ciencias sociales mencionadas aportan constantemente al TSG conceptos y elementos para lograr analizar de forma más integral la vida grupal; cada profesional retoma las que considera más relevantes y que lo puedan apoyar en la explicación de los procesos grupales de la manera más amplia y posible.  
(RAD\_FB\_26)*

*Un referente teórico que aporta al sustento y consolidación del método de TSG son los modelos de intervención que, según sus objetivos se puede orientarse en 3 sentidos (RAD\_FB\_26):*

- Orientación funcional:  
→ Apunta a la identificación y solución de procesos
-

---

conflictivos en el grupo, relacionados con las personas, el grupo e instituciones, mejorando el funcionamiento en estos ámbitos.

- Orientación terapéutica:  
→ A través de la experiencia grupal se busca mitigar o canalizar el dolor en personas que atraviesan una situación de crisis.
- Orientación hacia colectivos y comunidades:  
→ Se enfoca en acciones educativas que facilitan el desarrollo del pensamiento crítico, el empoderamiento, el reconocimiento de acciones colectivas por la defensa de los Derechos Humanos.

Otro referente teórico son las **tipologías de grupos**, *las cuales permiten categorizar el grupo según sus características y naturaleza y, a partir de ello, desarrollar acompañamientos asertivos con conocimiento contextual del mismo.* → Se proponen entonces las siguientes tipologías (RAD\_FB\_26):

---

- G. etarios.
- G. primarios.
- G. secundarios.
- G. naturales.
- G. formados.
- G. formales.
- G. informales.
- G. cerrados.
- G. abiertos.
- G. homogéneos.
- G. heterogéneos.
- G. motivados.
- G. reformados.
- G. voluntarios, etc.

*Identificar las tipologías le otorga al trabajador social conocimientos respecto a estas, para así lograr la interpretación de las características del grupo con el cual está trabajando y acercarse de manera acorde a su naturaleza.*

***Método de Trabajo Social con grupos***

MTSG

*Para hacer referencia al TSG es necesario retomar el concepto de grupo como categoría fundamental, haciendo alusión a este como una organización o conjunto de dos o más personas que se relacionan e interactúan entre sí”; tal organización se ve motivada por las similitudes entre los sujetos o las situaciones que atraviesan; además, como grupo,*

RAD\_FB\_23  
RAD\_FB\_24  
RAD\_FB\_25  
RAD\_FB\_26

---

con el pasar del tiempo y el uso del espacio compartido, se van definiendo su tamaño, su estructura, sus roles y su identidad grupal; por otro lado, este desarrollo se ve permeado por los conflictos en su interior y la realización de objetivos comunes. (RAD\_FB\_26)

*Aparece como un camino para la intervención.*

*Sistemático y ordenado modo de proceder. (RAD\_FB\_25)*

*El trabajo social de grupo reconoce la fuerza del grupo e intenta canalizarla hacia una acción constructiva.*

(RAD\_FB\_25)

El método de TSG se ha visto influido en sus procesos, definiciones y objetivos a causa de los diferentes aportes de las ciencias sociales que han servido para comprender mejor el comportamiento de los grupos.

Aportes como (RAD\_FB\_25):

- Psicología social
  - Sociología
  - Psicoanálisis
-

---

- Criminología

*Proporciona un contexto en el cual los individuos se ayudan mutuamente; es un método para ayudar tanto a grupos como individuos, y para conseguir que tanto individuos como **grupos sean capaces** de solucionar sus problemas, de grupo, de **organización** y de la **comunidad**. (RAD\_FB\_25)*

*Promueve las relaciones interpersonales, la ayuda y cooperación de sus miembros para reconocer su problemática, mejorar las relaciones y diferencias propias de su dinámica, incrementar la participación de sus integrantes y la búsqueda de soluciones colectivas. (RAD\_FB\_24)*

*Se recurre al Trabajo Social con grupos cuando se establece un diagnóstico sobre un conjunto de habilidades que son necesarias para afrontar posibilidades, retos o carencias que afectan a las personas a lo largo de su vida. (RAD\_FB\_24)*

---

---

Las intervenciones del TSG presentan un esquema metodológico, organizado por fases, en las que los objetivos y la actividad profesional varían dependiendo de la fase de la vida del grupo en la que se encuentre, estas son (RAD\_FB\_24):

- Primera fase: Diseño del grupo, diagnóstico y preparación. → Consiste en la identificación del contexto en el cual se va a trabajar, el número de integrantes que conformaran el grupo y sus características, también, incluye la realización del diagnóstico para el trabajo que vendrá después y lo concerniente a la programación de las sesiones y el lugar.
  
  - Segunda fase: Fase inicial del grupo, inclusión y orientación. → Es el inicio del trabajo grupal como tal, en la que el TS da los primeros pasos en la dinamización del grupo, haciendo viables los canales
-

---

de comunicación y generando los procesos de normalización, gestión de conflictos y diseño de los objetivos a partir del diagnóstico previo.

- Tercera fase: Transición.  
→ Continúa con los procesos de dinamización mencionados anteriormente y, además, hace énfasis en los procesos de confianza y cohesión grupal y apunta a la redefinición de las metas, da paso a la retroalimentación, se promueve la autonomía personal, el clima de confianza e interacción personal-grupal y se alienta a manifestar las preocupaciones y habilidades personales.
  
  - Cuarta fase: Trabajo y correspondencia, logro de metas. → Aquí entran en juego los factores de progresividad, gradualidad y reversibilidad del grupo-miembros. Se hace énfasis en el logro de las metas y el
-

---

desarrollo de la competencia social. El TS actúa haciendo uso de estrategias que permitan al grupo prepararse para afrontar problemas tras la experiencia del grupo, a reajustar las normas y objetivos para el logro de las metas, a identificar los obstáculos dentro y fuera del grupo, ya que esto permitirá a los miembros un mejor desempeño una vez se disuelva el grupo y, finalmente, evaluar los procesos individuales y grupales en relación con las metas.

- Quinta fase: Fase final, separación de los integrantes. →Aquí ya se prepara a los miembros para continuar en su vida social sin el “apoyo del grupo”, se hace entonces una evaluación exhaustiva del proceso, el progreso de los miembros y el desempeño profesional, como también se promueve entre los miembros y el profesional
-

---

compartir sus emociones y sentimientos y si es el caso, se diseña un plan de apoyo y acompañamiento para las personas que presenten dificultades en la inclusión a su vida social.

En el documento se plantea la importancia de considerar y tener claridad de los componentes de la intervención en TSG, los cuales varían según autores y que la autora del documento propone sintetizar en un cuadro, mencionando los siguientes componentes (RAD\_FB\_26):

- Contexto
  - Situación grupal
  - Problema/Objeto
  - Sujetos
  - Lugar
  - Intencionalidades/Objetivos
  - Ideologías, valores y experiencias previas del TS
  - Ideologías, culturas de los sujetos
  - Método de TSG
  - Conceptos, categorías, leyes y teorías explicativas de los grupos
-

- 
- Resultados de la intervención

*Estos componentes permiten a las y los trabajadores sociales desarrollar intervenciones sistemáticas y claras, al identificar y plasmar la realidad social del grupo y el proceso implementado y construido con él ... lo cual permitiría conocer más a fondo el contexto y los saberes previos de las personas. (RAD\_FB\_26)*

La autora sintetiza todas las propuestas abordadas en la revisión documental y propone, agrupando lo revisado, las siguientes etapas al proceso (RAD\_FB\_26):

- Estudio preliminar del contexto, grupo o diagnóstico
  - Diseño o planificación de la propuesta o programa grupal
  - Ejecución o intervención con el grupo → Puede conllevar fases intermedias.
  - Consolidación del grupo
  - Finalización de los encuentros grupales
  - Evaluación del proceso
  - Sistematización
-

---

Los encuentros grupales o sesiones, las cuales varían según el objetivo y la temática, se desarrollan a partir de 3 momentos:

- Apertura → Se instalan las bases del encuentro e incluye elementos como el tiempo, la motivación, los ritmos, etc.
- Desarrollo → Es el núcleo central y en él se despliegan las acciones para su cumplimiento.
- Cierre → Evaluación y retroalimentación de lo realizado.

Para todo lo anterior, el TS cuenta con **técnicas** que le permiten llevar a buen término el proceso de intervención grupal, se destacan las siguientes: → Son instrumentos para el logro de los objetivos grupales. (RAD\_FB\_24)

- ☞ De presentación.
  - ☞ De conocimiento y confianza.
  - ☞ De crecimiento grupal.
  - ☞ De creatividad grupal.
  - ☞ De animación para el análisis de problemas.
-

---

☞ De planificación.

☞ De evaluación.

*Las técnicas grupales permiten realizar trabajos intencionados, con objetivos claros, convirtiéndose, por momentos, en reflejos de la realidad para posibilitar la reflexión constante de los participantes del encuentro grupal. (RAD\_FB\_26)*

*Cabe mencionar, que las **técnicas** elegidas por las y los profesionales para la operativización del trabajo grupal dependen de la población, el espacio, los recursos y la temática o realidad a trabajar.*

→ Por ejemplo, técnicas para (RAD\_FB\_26):

- Procedimiento
  - Interacción
  - Conducción directiva y no-directiva
  - Dinámica grupal
  - Observación
  - Dialógicas
  - De registro
  - De iniciación
  - Producción
  - Medición
  - Evaluación
-

- 
- Transición de la información
  - Investigación
  - Uso de juegos, manualidades, dramatizaciones, etc.

Adicionalmente están los **instrumentos**, los cuales facilitan la recolección de la información, información que se produce en los encuentros o sesiones de los grupos, por mencionar algunas que se evidencian en el documento, están:

- Diarios de campo
- Guías de entrevista
- Matrices de análisis (Propuesta de Gnecco, 2005) entre otros.

*Los **instrumentos** proporcionan al trabajador social elementos puntuales para recoger la información e identificar, interpretar y plasmar lo construido en el encuentro grupal, teniendo claro que estos son guías o esquemas que pueden ser ajustados en función de lo que requiera analizar y obtener el profesional para su trabajo.*  
(RAD\_FB\_26)

---

***Dinámica de  
grupos en  
Trabajo Social***

DGTS

*Cuando los miembros de un grupo interactúan, emerge producto de la interacción una serie de procesos, que denominamos “dinámica de grupos”. Al analizarla podemos diferenciar dos cuestiones. En primer lugar, cómo se genera, fijando nuestra atención en las relaciones entre sus miembros y describiendo cómo el conjunto de comportamientos, conocimientos y discursos que cada uno de ellos ha incorporado durante su proceso de socialización aporta a la vida del grupo la influencia de ambientes sociales más amplios. En segundo lugar, una vez establecida, es relevante analizar qué influencia ejerce la dinámica del grupo en cada uno de los participantes, y sobre el grupo como unidad.*  
(RAD\_FB\_24)

RAD\_FB\_24

Por ello, el Trabajador Social en el trabajo con grupos debe  
(RAD\_FB\_24):

- *Analizar atentamente las dinámicas grupales que emergen de la interacción de los miembros del grupo.*
- *Considerar su impacto sobre los miembros del*

---

*grupo teniendo en cuenta sus características raciales o étnicas y socioeconómicas.*

- *Evaluar su impacto tanto en el funcionamiento actual del grupo como su evolución en las siguientes sesiones.*
- *Orientar el desarrollo de las dinámicas de grupo, con un doble objetivo: facilitar la participación y satisfacción de los integrantes y conducir al grupo hacia el logro de sus metas y objetivos.*

Desde la perspectiva del Trabajo Social se trabaja con 5 características de la dinámica de grupos. (RAD\_FB\_24)

**1. Procesos de comunicación y patrones de interacción:**

La dinámica de grupos se origina en la interacción y esta, a su vez, está dada por la comunicación, la cual esta mediada por el lenguaje (verbal y no verbal, sinónimo de la codificación de sus percepciones,

---

---

creencias e ideas, pensamientos y sentimientos). (RAD\_FB\_24)

**2. Cohesión grupal:** *Cualquier grupo social existe en la medida que se mantienen los vínculos entre sus miembros.*

Esta vinculación se denomina “cohesión”.

Es “*el conjunto de fuerzas que mantienen al grupo unido, motivan a sus integrantes para que continúen en el grupo y ofrecen oposición a las fuerzas que tratan de separarlos*” Paráfrasis del autor (Lewin, 1943). (RAD\_FB\_24)

**3. Integración e influencia:** *La dinámica de grupos se mueve siempre en torno a dos vectores: la adaptación e integración del grupo, aceptando las normas colectivas, y la influencia entre las mayorías y las minorías, relativa precisamente al mantenimiento o cambio de las normas dentro del propio grupo.* (RAD\_FB\_24)

**Integración social:** *Hace referencia a cómo las personas se integran unas con otras, y cómo son aceptadas dentro del grupo.*  
→Entendida como el conjunto de

---

---

vínculos ambientales, comportamentales, afectivos y cognitivos que unen a los miembros del grupo entre sí. Paráfrasis propia (Moreland, 1987). (RAD\_FB\_24)

Influencia social: Se analiza desde la perspectiva de cómo influyen los pensamientos, sentimientos y las conductas de unas personas sobre otras, tanto directa como indirectamente.

Apunta también a cómo se modifican estos aspectos en los miembros del grupo, pues lo definitorio del TSG es el cambio y/o la transformación de las condiciones de vida (personales o sociales). Y configura un elemento básico de la dinámica grupal.

*→ Los procesos que dan lugar a la influencia social dentro de los grupos son producto de la interacción de factores tanto cognitivos como estratégicos. (RAD\_FB\_24)*

**4. Poder y control**: (Está ligado con los patrones de comunicación que se utilizan en la interacción) *El poder es una dimensión universal de la vida social.*

---

---

*...es, en su esencia, relacional.*  
(RAD\_FB\_24)

En esta dimensión, es importante analizar el origen del poder dentro del grupo o del grupo para así gestionar correctamente su dinámica, permitiendo la toma de conciencia sobre como las relaciones producen o reproducen las relaciones de poder.  
(RAD\_FB\_24)

*Los conceptos de poder y control se asocian con frecuencia con las figuras que ejercen el liderazgo en los ámbitos grupales, y el Trabajador Social es una de ellas.*  
(RAD\_FB\_24)

**5. Cultura:** *Una dimensión básica de cada persona, y de cada grupo, es la cultura, entendida como el modo de analizar, comportarse y comunicarse propio de una sociedad.* (RAD\_FB\_24)

Sociedad y cultura: *No puede darse sociedad sin cultura, ni grupo sin cultura: sin cultura no seríamos humanos en el sentido en el que empleamos la palabra normalmente.* (RAD\_FB\_24)

---

---

*Cultura y dinámica de grupo: La cultura grupal viene definida por los valores, las creencias, las costumbres, tradiciones y las maneras propias de hacer las cosas que son entendidas de manera implícita y compartida por el resto de los miembros del grupo (Paráfrasis, Olmsted, 1959). (RAD\_FB\_24)*

---

## **Apéndice 2.**

*Listado de documentos seleccionados*

LISTADO DE DOCUMENTOS							
Referencia de la ficha	Tipo de documento	Tipo de fuente	Año	País	Perspectiva disciplinar	Tipo de estudio	Palabras clave
RAD_FB_01	Artículo online	S	2019	CUBA	Medicina familiar	Revisión documental	Servicios de salud comunitaria Atención integral de la salud Participación de la comunidad Educación médica
RAD_FB_02	Artículo online	S	2014	MEXICO	Epidemiología	Revisión documental	Participación Salud Factores favorecedores Beneficios asociados
RAD_FB_03	Libro online	S	2016	ARGENTINA	Psicología social comunitaria	LIBRO (Revisión de experiencias populares)	Participación social en salud Organizaciones populares
RAD_FB_04	Artículo online	S	2017	ESPAÑA	Enfermería comunitaria	Estudio cualitativo & triangulación (examen del marco institucional, actas oficiales y entrevistas semiestructuradas)	Consejos de salud Participación comunitaria Promoción de la salud Políticas de la salud

RAD_FB_05	Artículo online	S	2018	ESPAÑA	Salud pública Medicina familiar y comunitaria Enfermería familiar y comunitaria	Conversación semiestructurada	Salud comunitaria Salud pública Participación comunitaria
RAD_FB_06	Artículo online	S	2018	ESPAÑA	Salud pública Enfermería Sociología	Informe SESPAS (Artículo de reflexión)	Promoción de la salud Participación de la comunidad Participación social Red social Colaboración intersectorial Planificación participativa
RAD_FB_07	Artículo online	S	2018	MEXICO	Medicina Salud pública	Investigación-acción de corte cualitativo & sistematización de experiencias como herramienta	Participación social Salud de poblaciones indígenas Educación en salud Planificación participativa Promoción de la salud
RAD_FB_08	Artículo online	S	2018	ESPAÑA	Enfermería Salud pública	Informe SESPAS (Artículo de reflexión)	Participación comunitaria Práctica basada en la evidencia Guías Promoción de la salud
RAD_FB_09	Artículo online	S	2017	CUBA	Ciencias médicas	Revisión documental	Intersectorialidad Participación comunitaria Salud Pública

RAD_FB_10	Artículo online	S	2022	ESPAÑA	Sociología	Nota metodológica	Investigación participativa Métodos Planificación en salud Comunidad Participación social
RAD_FB_11	Artículo online	S	2018	ESPAÑA	Medicina familiar	Informe SESPAS (Revisión documental)	Salud poblacional Salud comunitaria Determinantes de la salud Promoción de la salud Atención primaria de salud
RAD_FB_12	Artículo online	S	2018	COLOMBIA	Estudios políticos Medicina comunitaria Salud pública	Revisión documental	Participación Comunidad Actores sociales Salud
RAD_FB_13	Artículo online	S	2021	COLOMBIA	Salud pública	Métodos mixtos con elementos de IAP	Participación social Modelo de gestión Atención integral en salud Ruralidad Interculturalidad
RAD_FB_14	Artículo online	S	2014	VENEZUELA	Salud pública Medicina	IAP	Gestión Salud pública Participación comunitaria en salud
RAD_FB_15	Artículo online	S	2021	VENEZUELA	Administración	Investigación descriptiva documental	Participación Consejos comunales Gestión Servicios de salud

RAD_FB_16	Artículo online	S	2016	VENEZUELA (PULICADA EN REV PERU)	Derecho Gestión social	Artículo de reflexión	Consejo comunal Participación Gestión social Gerencia social y comunitaria
RAD_FB_17	Artículo online	S	2014	VENEZUELA	Administración	Revisión documental	Poder Procesos participativos Consejos comunales
RAD_FB_18	Artículo online	S	2016	VENEZUELA	Psicología social	Artículo de reflexión	Comunidad Líder Gerente Liderente Resiliencia Asertividad Comunicación
RAD_FB_19	Artículo online	S	2020	COLOMBIA	Ciencias de la salud	Mapa de activos desde un enfoque cualitativo y de participación	Sentido de coherencia Áreas de pobreza Desarrollo comunitario Promoción de la salud Ciudades
RAD_FB_20	Artículo online	S	2014	CUBA	Interdisciplinar	Síntesis documental de experiencias locales	Modificación de comportamientos en salud Participación social Construcción de capacidades
RAD_FB_21	Artículo online (producto de proyecto de intervención )	P	2019	COLOMBIA	Ciencias de la salud	Sistematización de experiencias	Terapia rural Comunidad Zona rural Desarrollo comunitario Participación comunitaria

RAD_FB_22	Artículo online	S	2015	VENEZUELA	Trabajo social	Investigación descriptiva	Gestión comunitaria Consejos comunales Capacitación Participación Participación comunitaria
RAD_FB_23	Documento legal o normativo	S	2014	COLOMBIA	Trabajo social	Revisión documental	Trabajo Social Salud Perfil profesional*
RAD_FB_24	Libro online	S	2015	ESPAÑA	Trabajo social	LIBRO	Trabajo social con grupos
RAD_FB_25	Libro online	S	2014	ESPAÑA	Trabajo social	LIBRO	Teoría Modelos Métodos Trabajo social
RAD_FB_26	Artículo online	S	2018	COLOMBIA	Trabajo social	Cualitativo – Histórico hermenéutica Apoyado en revisión documental	Trabajo social con grupos Dimensiones de intervención
RAD_FB_27	Proyecto de intervención	P	2020	COLOMBIA	Interdisciplinar	Investigación-Acción	Salud rural Buen vivir Participación comunitaria Capacidades Gestión
RAD_FB_28	Informe de proyecto del proyecto de intervención	P	2021	COLOMBIA	Interdisciplinar	Informe Técnico	Comités de salud Salud Rural Participación en salud Modelo de salud rural

**Apéndice 3.***Ficha bibliográfica 1.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 01		
Datos básicos del documento		
Título	La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud.	
País	CUBA	
Fecha	2019	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lilien Reiner Hernández</li> <li>▪ Belkis Ana Cruz Caballero</li> <li>▪ Calixto Orozco Muñoz</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de salud comunitaria</li> <li>▪ Atención integral de la salud</li> <li>▪ Participación de la comunidad</li> <li>▪ Educación médica</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2077-28742019000100218">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2077-28742019000100218</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	MEDICINA FAMILIAR
	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	Se define desde las instituciones como la OPS que la <b>participación comunitaria</b> como la <u>responsabilidad</u> de los miembros de la comunidad que, de manera individual o colectiva promueven la salud y previenen la enfermedad, contribuyendo

así a su propio desarrollo económico y comunitario. Otros, como la OMS reclaman llevar la salud lo más cercano posible a las personas, a través de la APS. (El objetivo es organizar la sanidad en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente)

El término de **comunidad** se aplica al conjunto de actores sociales de un espacio geográfico en donde comparten la misma organización, valores e intereses en un momento determinado y es también donde se manifiestan las conductas saludables y de riesgo. La diferencia entre lo urbano-rural conduce a *“que solo es legítimo hablar de comunidad cuando se trata de colectivos rurales, los cuales representan el amor, la familia, la concordia, y lo constructivo; mientras que la ciudad significa el cálculo, el artificio y el contrato”*. Es también el escenario de la vida o espacio social de un grupo mayor o menor de individuos, en donde la comunidad, para ser comunidad debe tener:

1. Objetivos comunes.
2. Consistencia en la estructura desde el nivel central hasta el nivel local.
3. Poder de decisión emanado del propio colectivo.

*“En este contexto se producen un conjunto de relaciones interpersonales, dadas por la existencia de un sistema de interacciones económicas y sociopolíticas.”* Los individuos participan en la organización de sus vida social y política. Para que la comunidad actúe, debe estar preparada y desarrollar en sus miembros un sentimiento de responsabilidad, facilitando en reconocimiento de sus posibilidades de afrontamiento. *“Cuando los miembros de la comunidad pueden decidir y actuar para la solución de los problemas, consolidan y fortalecen la identidad, llegando a alcanzar tal nivel, que pueden desarrollar sus potencialidades y utilizar más racionalmente sus propios recursos minimizando los que necesitan del exterior.”* La salud es una necesidad social de la comunidad, así como lo es la educación y el deporte, entre otros.

Es en el espacio comunitario donde se da la participación, la cual tiene un papel activo y constante en el proceso social, pasando por la identificación, definición, formulación, ejecución y control de las políticas públicas.

		<p><i>“Un municipio comienza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus habitantes adquieren el compromiso de iniciar el proceso para mejorar las condiciones de vida y establecer una relación armoniosa con el medio ambiente, para movilizar los recursos dentro de la comunidad y fuera de ella.”</i> A este respecto, se le considera estrategia de (para lograr) comunidades saludables, también llamadas municipios por la salud. Que, además, se materializan en diferentes espacios en los que se gestan planes de acción, monitoreo y evaluación, tomando como punto de partida la identificación de la situación.</p>
Contenido	Metodología	
	Análisis e interpretación	
Conclusiones		<p><i>“La participación comunitaria se fortalece a través de la organización de la comunidad, con protagonismo de la población en la identificación de problemas y su resolución entre todos. En Cuba la labor comunitaria impulsada por el médico y enfermera de familia tiene una importancia social, porque involucra a los miembros de su área donde se aplican proyectos que, desde una perspectiva científica, inciden en el mejoramiento de la salud física, psíquica y social de todos.”</i> Se atribuyen funciones socioeducativas a los profesionales de las áreas de la salud, desconociendo las aportaciones significativas de los profesionales de las ciencias sociales y humanas, especialmente del Trabajo Social, como aquella profesión que apunta a desarrollo personal y colectivo de los individuos de una sociedad y a la garantía de los derechos humanos.</p>
Observaciones y comentarios		<p>En el resumen se mencionan las tareas que fortalecen la labor comunitaria, la cual implica procesos de participación en las comunidades a partir de la organización de las mismas.</p>
		<p>Se agrega que la participación desde la perspectiva del desarrollo de la comunidad es reciente (1940) y se centraba las acciones comunitarias para luchar contra la pobreza. Se dieron avances en este aspecto, pero no se logró la participación generalizada de toda la población en materia de salud.</p>
		<p>Con la declaración de Alma-Ata, la participación social y comunitaria se constituyeron como estrategias para alcanzar la salud para todo para el año 2000; y, la participación comunitaria fue la clave para llevar los servicios de salud a la población.</p>

*“La participación está vinculada con las estrategias de desarrollo, debido a que es un medio de lograr un reparto equitativo de los beneficios y es el elemento indispensable para la transformación y modernización autosostenida de la sociedad.”* Relacionado con la democracia política y fundamento del desarrollo de la sociedad. Pero entendida como proceso social, hace referencia a grupos, comunidades, otras formas de organización u organizaciones, instituciones y sectores ubicados en una zona geográfica; *“para lograr una buena participación, es necesario descentralizar la toma de decisiones sobre la utilización de recursos y su transferencia al entorno social”* Para lograrla se sugieren 5 condiciones:

1. Existencia de una auto esfera política y social adecuada.
2. Presencia de recursos técnicos y materiales.
3. Estrategia y voluntad política.
4. Derecho a la información.
5. Incremento de las relaciones horizontales y reducción de las verticales.

Es la población la que debe entender que hace falta participar para resolver sus problemas. Es también un proceso creativo y de rupturas con el sistema el cual le puede manifestar resistencia.

Recomendaciones para el logro de la participación comunitaria:

- Identificar los objetivos del trabajo comunitario.
- Dotar de instrumentos simples a las personas que trabajan en el contexto comunitario.
- Identificar de manera sistemática los problemas, las percepciones sobre él y definir tanto su prioridad como su factibilidad.
- Enmarcar el diagnóstico en un contexto tanto cualitativo como cuantitativo.
- Incluir en el diagnóstico la identificación de los potenciales para la solución de los problemas.
- Hacer el seguimiento sistemático.
- Diagnosticar con la comunidad, no a la comunidad.
- Utilizar un lenguaje popular en todas las acciones.

Factores que favorecen la participación comunitaria:

- Conocer las características de la comunidad, sus necesidades y expectativas.
- Contactar con la comunidad e instituciones del gobierno para sensibilizarlos y motivarlos.

- Identificar las estructuras que lideran el proceso o formar un equipo local e incorporar personas de la comunidad.
- Capacitar a todos los involucrados en el equipo, investigadores y dirigentes.
- Designar promotores comunitarios y capacitarlos en la confección del autodiagnóstico.
- Elaborar un plan de acción para determinar los objetivos, planificar acciones, determinar las tareas y sus responsables y evaluar el cumplimiento de los objetivos mediante indicadores.
- Conformar grupos de autoayuda con personas con intereses comunes, organizar los líderes formales y no formales en función del trabajo comunitario, y apoyarse en las organizaciones de masas, los consejos de vecinos y de padres.

Grupos de apoyo para la participación comunitaria:

- Grupos de autoayuda: conformado por personas con intereses comunes, tales como adultos mayores, jóvenes y familias, quienes constituyen una red de apoyo.
- Grupos poblacionales: líderes formales y no formales organizados en torno al trabajo comunitario.
- Grupos de monitores: mediante una red organizada de personas previamente capacitadas que se convierten en promotores.
- Consejos de vecinos, de madres, de padres.
- Organizaciones de masas.

Formas de participación comunitaria: mayor es la participación cuanto mayor es el involucramiento de la comunidad.

- Colaboración: cuando la comunidad coopera con las iniciativas planificadas por alguna institución u organización. Ej: en el caso del sector salud, las brigadistas sanitarias refuerzan el trabajo del equipo médico de un consultorio citando a las pacientes a vacunación a las pruebas citológicas, etc.
- Cogestión: cuando la comunidad participa en la toma de decisiones, pero la hegemonía es médica.
- Autogestión: cuando los integrantes de una comunidad realizan acciones encaminadas a la solución de sus propios problemas de manera espontánea, sin ser dirigidos por ningún órgano estatal. Ej: la realización del autofocal.

- 
- Negociación: cuando los miembros de la comunidad están incluidos en el análisis de los problemas, en la toma de decisiones para solucionarlos, en la planificación de las acciones e incluso en su ejecución (deliberación y concertación).

Influencia de la educación popular para resolver problemas de salud mediante la participación popular, que no es más que la búsqueda de la transformación social.

En el documento, tomando los aportes de Freire, se plantea como diferente la participación comunitaria con la participación popular (entendido en su carácter de proceso democrático autogestionador), manifestándose la segunda cuando la persona pasa a ser sujeto reflexivo de la realidad o situación que le afecta y le lleva a querer cambiarla a partir de esa necesidad o conflicto (problema) identificado. La participación siempre es por algo y para algo.

Uso de herramientas (técnicas) en la caracterización de las comunidades, a partir de la estrategia de APS → La observación – La entrevista – El análisis de la situación de salud.

---

**Apéndice 4.***Ficha bibliográfica 2.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 02		
Datos básicos del documento		
Titulo	Participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva.	
País	MEXICO	
Fecha	2014	
Autor(es)	Francy Yanira Pineda Granados	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación</li> <li>▪ Salud</li> <li>▪ Factores favorecedores</li> <li>▪ Beneficios asociados</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	EPIDEMIOLOGÍA
	Objetivos y/o Justificación	Identificar a partir de una revisión de la literatura internacional los factores que favorecen y limitan la participación en salud, así como los beneficios asociados.
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p>Como resultados se definió la participación en salud a partir de 3 conceptos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Participación social en salud</u>: entendida como el derecho a participar en las decisiones sobre salud, atención y políticas en salud. Entendida, además, como la responsabilidad de las personas de asumir su situación en salud y buscar soluciones.</li> <li>▪ <u>Participación ciudadana en salud</u>: hace referencia a que es la ciudadanía la que interviene en el control y seguimiento de los servicios de salud prestados por la institucionalidad, poniendo especial atención en la calidad y oportunidad de estos, además de la defensa de los derechos de los pacientes,</li> </ul>

		<p>todo a través de los mecanismos de participación existentes, como la rendición de cuentas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Participación comunitaria en salud</u>: son aquellas actividades de promoción de salud llevadas a cabo por la comunidad bajo la dirección de un profesional de la salud. Se entiende además como la evaluación de las comunidades sobre sus necesidades y sus estrategias de organización para satisfacer tales necesidades, lo que les permite aprender y ganar acceso y control sobre los recursos de atención en salud. Cabe agregar que la <b>comunidad</b> se entiende actualmente como relacional y no como ubicación geográfica, lo que permite mayores posibilidades de participación y creación de un mayor sentido de comunidad.</li> </ul>
<p>Contenido</p>	<p>Metodología</p>	<p>Se consultaron en bases de datos los documentos, arrojando un resultado de 1991 documentos, de los cuales se seleccionaron 59 de los 882 que cumplían con los criterios. (Los demás documentos se excluyeron porque no cumplían los criterios, hacían referencia a otro tema o se repetían). Se realizó una lectura crítica de cada documento y se analizaron con base en los factores que favorecen y limitan la participación en salud.</p>
	<p>Análisis e interpretación</p>	<p>Se definieron los factores que favorecen la participación efectiva:</p> <p>Dependen de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Acceso a la información sobre participación</u>: <i>“La información sobre los mecanismos de participación con la que cuente una población es de gran importancia para llevar a cabo una participación efectiva.”</i></li> <li>▪ <u>Empoderamiento</u>: <i>“La participación permite a los ciudadanos tomar el control y tener más poder sobre las decisiones que afectan sus vidas y sus comunidades”.</i></li> <li>▪ <u>Participación espontánea desde lo local</u>: <i>“Cuando se produce la participación de la comunidad de forma espontánea para apoyar a los servicios de salud, el desarrollo es más útil.”</i></li> <li>▪ <u>Representatividad de la comunidad</u>: <i>“Para que los líderes de la comunidad sean vistos como portavoces de autoridad a los ojos de la comunidad y del sistema de salud, la selección y representación debe tener legitimidad.”</i></li> </ul>

- Compromiso: *“siempre que se muestre un patrón de comportamiento socialmente comprometido, existirá una mayor propensión a participar”*. *“El participante de la comunidad socialmente comprometido está orientado a la búsqueda de información para cumplir con su papel como ciudadano, y el individuo que está motivado por la salud tiene un papel activo en su comunidad”*
- Motivación para buscar información sobre salud: *“Una condición previa para la formulación de políticas con participación es el acceso de las personas a la información sobre temas de salud pública”*
- Capital social: *“hace referencia a la capacidad de una comunidad para movilizar sus recursos colectivos y asegurar el máximo de ganancias a través de su red de relaciones y estructuras sociales”*.
- Capacidad de asociación: *“Se debe rescatar la importancia de la participación autónoma de abajo hacia arriba basada en el conocimiento y la conciencia crítica”*. Propuesta de pensadores como P. Freire y O. Fals Borda.

Depende de los proveedores de servicios de salud.

- Disponibilidad de recursos: *“Una gestión participativa, transparente y responsable debe garantizar la adopción de prioridades económicas basada en amplios consensos sociales en donde los más vulnerables sean tomados en cuenta a la hora de decidir sobre la asignación de recursos”* Es decir, ofrecer las posibilidades o recursos de todo tipo para la participación.
- Construcción de relaciones y compenetración con la población: requiere de la construcción de relaciones basadas en la confianza, tomar la perspectiva de las comunidades para la solución de sus necesidades y la capacitación/educación de la población.

Dependen de la población y los proveedores de servicios de salud.

- Liderazgo de los usuarios y proveedores de políticas: Se considera el liderazgo como un factor crítico en la promoción y logro de la participación comunitaria.

- Sostenibilidad: La participación y las políticas sobre participación requieren de una continuidad en el tiempo para lograr cambios en los sistemas de salud, de lo contrario se desalienta a la comunidad a participar. Requiere de un tiempo largo para demostrar resultados en salud.

Dependen del entorno.

- Factores políticos y culturales: *“Para avanzar en la implementación de una participación real se requiere la voluntad política del Gobierno y que la sociedad asuma su papel de manera más relevante y busque los espacios creados, los potencie e incluso pueda proponer nuevas formas de participación”*. Quienes implementan las políticas de participación cuentan con el reconocimiento y legitimidad de la comunidad, el conocimiento de la cultura, sus valores, sus valores, costumbres y comprenden los procesos sociales.

De igual manera se destacan los beneficios asociados a la participación en salud.

- Resultados en salud: *“la mayoría de las personas que participaron activamente, experimentaron beneficios positivos en términos de salud física, emocional, bienestar y autoestima... y empoderamiento”*
- Mejora en la promoción de la salud y comportamientos saludables: *“La participación comunitaria se ha relacionado positivamente con la orientación de la prevención, las creencias de salud y las actividades saludables, proporcionando un enlace directo con los comportamientos de salud positivos”*
- Control en la planificación en salud y mejora en la toma de decisiones: La participación incrementa el control de la planificación, permitiendo una mejor toma de decisiones y originando mejores resultados y distribuciones de los recursos en salud. También fomenta el desarrollo de habilidades, se prioriza las necesidades (con base en recursos disponibles) y provee soluciones. *“La participación en planeación implica una carga extraordinaria de personal especializado para apoyar y guiar”*
- Mejora en la calidad de los servicios de salud: *“En los países con bajos ingresos la participación significativa es una estrategia para mejorar la*

		<p><i>atención primaria en salud en pro de ofrecer servicios de salud de alta calidad, y se considera un elemento clave para el fortalecimiento de un sistema de salud eficaz”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Mejora en la accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia de los servicios de salud:</u> <i>“el uso de la participación comunitaria puede conducir a diseñar nuevos modelos de servicios que se ajustan y hacen frente a las perspectivas locales y prioritarias, identificando las dificultades en el acceso para los servicios de salud”.</i></li> <li>▪ <u>Reducción en el gasto en salud:</u> <i>“La participación ciudadana es fundamental, con el fin de reducir los costos actuales y futuros a través de un cambio de comportamiento e intervenciones tempranas... el establecimiento de prioridades de servicio, el diseño de las políticas de contención de costos y la imposición de tarifas a los usuarios”.</i></li> <li>▪ <u>Mejora en la gestión de los recursos o movilización de los recursos:</u> <i>“La participación comunitaria es vista como un medio que tiene el fin de movilizar recursos para apoyar a los servicios de salud y las intervenciones... permite a los miembros de la comunidad tomar decisiones estratégicas con respecto a los recursos disponibles en la comunidad... y mejora la gestión de los recursos y servicios de los establecimientos de salud”.</i></li> <li>▪ <u>Mejora de las relaciones entre proveedores de salud y comunidad:</u> <i>“La participación comunitaria fortalece los lazos de la comunidad, ... conduce a un mayor sentido de colaboración, disminuyendo el aislamiento mediante el fomento de la mejora de las relaciones entre los proveedores de salud y la comunidad”.</i></li> </ul>
Conclusiones		<p>Existe varias definiciones entorno a la participación en salud, cada una con su acepción propia, al igual que existen diferentes factores que las hacen posible y generan resultados positivos para la sociedad en general.</p> <p><i>Se rescata la importancia de la participación autónoma, de abajo hacia arriba, y promovida desde lo local, generando la participación de la comunidad de forma espontánea y representativa. Estos son elementos importantes para determinar la aceptación e impacto de los programas o servicios de salud.</i></p>

Observaciones y  
comentarios

La **participación en salud** surge en conjunto con la promoción de la salud y el autocuidado en 1970, como respuesta a las limitaciones de los servicios de salud, sobre todo en países en vías de desarrollo y, en 1978, se configura como un pilar de la APS, estrategia que responsabiliza a las personas en el cuidado de su salud, a través de la planificación e implementación de políticas y de la mano con el sector. Este enfoque centra el sistema en las personas, posibilitando el acceso a los grupos de mayor riesgo. Posterior a ello, en la carta de Ottawa, 1986, se establece que la promoción de la salud incluye la participación efectiva de la comunidad en todo el proceso de diagnóstico y planificación de las acciones para alcanzar un mejor estado de salud. En 2004, el comité de las naciones unidas sobre los derechos económicos y sociales (CDESC), destacó el papel de la participación para lograr la igualdad de oportunidades y creación de una relación entre los ciudadanos y su gobierno. Para la OMS, la participación significa para las personas la posibilidad de expresar sus puntos de vista y preferencias frente a las políticas de salud, permitiéndoles ser parte activa del proceso de toma de decisiones. Por otra parte, los gobiernos en sus reformas a la salud toman el concepto de participación desde un enfoque centrado en las personas y no en el de comunidad, por lo que se considera a las personas destinatarios de servicios de salud que responden a sus necesidades, es decir, un consumidor más, desestimando sus posibilidades de autonomía y participación activa en las políticas de salud. En Colombia, 1994, se formula la política de participación social, con el ánimo de favorecer la incidencia de la población en la gestión, planificación y evaluación (en salud). Sin embargo, a nivel general, existen vacíos en la comprensión del propósito, procesos y resultados de la participación y la opinión de las instituciones es desfavorable en cuanto a la participación en los servicios de salud.

Es responsabilidad de quien diseña las políticas de participación introducir mecanismos que la favorezcan. Requiere de una estrategia educativa e informativa hacia la comunidad.

☞ El Trabajador Social desde el método de grupos se convierte en un impulsor de la participación comunitaria en salud al favorecer las condiciones para su desarrollo. Es decir, empodera a la comunidad para que esta participe activamente en la vida social y política y logre cambios positivos en torno a la salud individual y colectiva. Contribuye a la toma de conciencia de la realidad lo que permite facilitar los procesos de planeación en salud.

**Apéndice 5.***Ficha bibliográfica 3.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 03		
Datos básicos del documento		
Titulo	La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares.	
País	ARGENTINA	
Fecha	2016	
Autor(es)	María Belén Sopransi	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación social en salud</li> <li>▪ Organizaciones populares</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/">https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA
	Objetivos y/o Justificación	El presente artículo tiene como propósito rastrear críticamente los orígenes de la participación social en salud a través de la revisión de diversas experiencias populares y <b>autogestivas</b> .
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><i>“La <b>participación social</b> está ligada a procesos de transformación sociopolítica, a formas de organización social, a diseño de políticas públicas y a implementación de programas.”</i></p> <p>En cuanto al sistema de salud, la PS hace referencia a procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y está cargada de presupuestos ideológicos y técnicos no explícitos. Además, su origen proviene de las ciencias sociales y fue incorporada por los profesionales de la salud de manera acrítica, distorsionando su contenido.</p> <p>Adicionalmente, los enfoques de la PSS en el sector salud son:</p> <p>4. Como aporte de trabajo voluntario de la comunidad en programas específicos de APS</p>

		<p>5. Como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios, incluyendo la capacitación de promotores comunitarios</p> <p>6. Como promoción de las acciones para fortalecer Sistemas Locales de Salud impulsados por organismos internacionales OMS Y OPS</p> <p><i>“Para la OPS (1988), la PSS puede entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y la observación de obligaciones derivadas del desempeño de la facultad decisoria.”</i></p> <p><i>“La PSS se considera como un proceso democrático que se profundiza progresivamente, desde la ejecución de tareas simples hasta fases más complejas como la planificación, la programación, el control y la administración de programas de salud”</i></p> <p><i>“La autogestión constituye una forma de PSS más independiente de la voluntad institucional”. Puede darse por procesos de tutela que apuntan hacia la autonomía de quien la interpone o “como consecuencia de las reivindicaciones de los propios conjuntos sociales postergados para obtener su autodeterminación”.</i></p>
<p>Contenido</p>	<p>Metodología</p>	
	<p>Análisis e interpretación</p>	<p>El hito que marca la inclusión de la <b>PSS</b> fue la declaración de Alma-Ata en 1978, y el énfasis que se le dio sobre el autocuidado responde a 2 concepciones ideológicas:</p> <p>3. <u>APS selectiva</u>: <i>“posición conservadora tendiente a reducir el papel del sector público y responsabilizar a las poblaciones sobre la atención y cuidado de su salud.”</i></p> <p>4. <u>APS integral</u>: <i>“Asigna al Estado la responsabilidad de proteger a los ciudadanos contra los productores de enfermedad y muerte, y de educar para la salud.”</i></p> <p>De acuerdo con el documento, Uzcátegui (2005), describe 3 propuestas de PSS.</p>

- Conservadora o neoliberal: “*concebe la PSS como un asunto técnico en la ejecución y la administración de servicios de salud, que promueve el voluntariado y la corresponsabilidad como formas encubiertas de privatización y obtención de mano de obra gratuita, sin poder vinculante de la comunidad en las decisiones. Asume la salud como atención médica reparatoria y responsabilidad individual, lo que relega a las personas a una posición de cliente de los servicios con representación minoritaria o simbólica.*”
- Reformista: “*sostiene una definición de PSS ligada a la propuesta del desarrollo humano sustentable, vincula la PSS a la descentralización, pero conserva a los actores institucionales gubernamentales en el centro de los proyectos comunitarios. La participación comunitaria está destinada a tareas de prevención, de rehabilitación y de promoción de la salud, lo que reduce la PSS a espacios locales. Promueve la focalización del gasto público en los sectores más pobres y de alto riesgo, en un intento de combinar Estado y mercado con políticas compensatorias.*”
- Alternativa-progresista: “*es definida como un proceso de construcción de ciudadanía que rechaza la consideración de las personas como clientes y reivindica su condición de sujetos de derechos, asumiendo una concepción de salud como derecho social, derecho humano y responsabilidad del Estado, es decir, un bien público. Esta propuesta destaca el carácter político de la participación popular dirigida a lograr la democratización-redistribución del poder; promueve la provisión pública de los bienes públicos regida por los principios de universalidad y gratuidad; plantea una relación con el Estado que no comprometa la autonomía de los movimientos sociales; considera los aspectos sociales, históricos, políticos y culturales del proceso salud-enfermedad; sostiene una visión holística e integral de la salud con énfasis en el bienestar, la promoción de la salud y la vida; y reivindica el saber popular en conjunción con el saber científico como “encuentro de saberes”.*”

	<p><i>“La educación popular es un componente esencial del proceso de PSS, una empresa colectiva donde todos aprenden de todos a través de mecanismos culturales de transferencia técnica adecuados a la comunidad”</i> Se hace el llamado (recuperación) y a tomar una postura de las ciencias sociales, considerando sus desarrollos como aportes para la construcción de mejores condiciones de dignas de vida. Rescatando el saber curativo comunitario, promoviendo la conciencia sanitaria y facilitando la organización colectiva.</p> <p>En América Latina, la PSS centrada en el diseño de políticas públicas, se han realizado mayoritariamente por entes internacionales, lo que convierte a la PSS en un instrumento tecnocrático y de orientación vertical que no ofrece respuestas o garantías a las poblaciones quienes van dirigidas.</p>
Conclusiones	<p><i>Resulta indispensable reflexionar acerca de ... las experiencias colectivas en salud que se despliegan desde las clases subalternas promoviendo la defensa del derecho a la salud y que, en algunos casos, actúan como mediadores colectivos para transformar las condiciones de salud de las comunidades.</i> En otras palabras, es apuntar al fortalecimiento de las capacidades de control y negociación de los colectivos que ven vulnerados sus derechos.</p> <p>Adicionalmente, se concluye que es poca la bibliografía sobre movimientos sociales que den cuenta de manera descriptiva y analítica los procesos de salud enfermedad sobre los cuales se organizan los grupos y colectivos.</p>
Observaciones y comentarios	<p><i>“En Colombia, se crearon en el año 1960 los Comités de Salud, que en las poblaciones estaban constituidos por representantes de cada manzana y luego, como una forma más avanzada de participación, surgieron los Consejos Locales de Salud y los Comités de Participación.”</i> Según el documento, es uno de las pocas experiencias (casos) registradas sobre autogestión en salud.</p>

**Apéndice 6.***Ficha bibliográfica 4.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 04		
Datos básicos del documento		
Titulo	Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja.	
País	ESPAÑA	
Fecha	2017	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pablo Alberto Sainz Ruiz</li> <li>▪ Jorge Míguez Arias</li> <li>▪ José Ramón Martínez Riera</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consejos de salud</li> <li>▪ Participación comunitaria</li> <li>▪ Promoción de la salud</li> <li>▪ Políticas de la salud</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.scielosp.org/pdf/gs/2019.v33n2/134-140/es">https://www.scielosp.org/pdf/gs/2019.v33n2/134-140/es</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	ENFERMERIA COMUNITARIA
	Objetivos y/o Justificación	Describir el funcionamiento y la normativa de los consejos de salud de La Rioja como órganos de participación ciudadana en la gestión de la salud.
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><b>Participación comunitaria:</b>  <i>Hace referencia al proceso por el cual la comunidad asume responsabilidades sobre su salud y bienestar, contribuyendo al desarrollo de políticas saludables acordes con sus necesidades.</i> Es, además, la implicación de los actores sociales.</p> <p><b>Contexto:</b>  <i>Conjunto de circunstancias, factores socioculturales y condiciones políticas o normativas que circunscriben e influyen en la interpretación y el desarrollo de la PCS.</i></p>

		<p><b>Desempeño:</b>  <i>Se consideran el funcionamiento de los CS, las reuniones y el papel desarrollado por sus diferentes.</i></p>
Contenido	Metodología	<p>Consejos de salud de La Rioja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 consejos rurales</li> <li>- 8 consejos urbanos</li> </ul> <p>Se ha realizado un estudio cualitativo que emplea una triangulación del examen del marco institucional nacional y regional de los consejos de salud, con la revisión de 58 actas oficiales de las sesiones y la realización de 11 entrevistas semiestructuradas a personas vinculadas.</p>
	Análisis e interpretación	<p><b>Sobre participación:</b>          Se presentaron ambigüedades en los significados de salud y PCS en los CS (dentro de ellos y entre ellos), lo que dificulta el proceder en estos espacios de participación, además de poseer una visión biomédica y tecnológica. Por otra parte, la finalidad que se le da a los CS es de publicitarios de intereses ajenos y se descuida la promoción de la salud.</p> <p>Sin embargo, los participantes de la investigación plantearon propuestas para mejorar el desempeño en los CS, tales como: (en otras palabras, esto brinda orientaciones para lograr que las intervenciones sean más fructíferas y el TSG es un método que aporta a dicho logro).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potenciar la representación ciudadana</li> <li>▪ Clarificar competencias</li> <li>▪ Incluir funciones decisorias</li> <li>▪ Retroalimentar las iniciativas</li> <li>▪ Mayor frecuencia de las reuniones</li> <li>▪ Calidad de las reuniones</li> <li>▪ Reconocimiento e incentivación de la PCS en la cartera de servicios del personal sanitario.</li> </ul>

	<p><b>Sobre el contexto:</b> El marco normativo es un determinante en la configuración del derecho a la participación comunitaria en salud en los CS. (esto puede jugar en contra o favor, según se dicte en la normativa). Por otra parte, requiere del reconocimiento institucional para hacerla efectiva o favorecerla.</p> <p>Otro aspecto relevante, gira entorno a las circunstancias sociales que afectan la PCS, esto es, <i>“la necesidad de esta para humanizar las políticas de salud y afrontar de forma eficaz e integral la situación sociosanitaria y el problema de la cronicidad”</i></p> <p><b>Sobre el desempeño:</b> La continuidad es un aspecto clave en el desarrollo de la PCS, pues al no darse, aparecen la baja implicación de sus miembros (identidad y pertenencia), lo que conduce a su indiferencia y olvido de la PCS. → Se hace un llamado a la importancia del presidente de los CS, quienes desarrollan las sesiones. (Acá aparece el TS como líder y orientador de los procesos internos del grupo, socialización, educación y capacitación).</p>
Conclusiones	<p>Se sugiere <i>“potenciar la conciencia social y política de la PCS como herramienta eficiente para acercarlas demandas sociales a la gestión pública, y asumir los CS como «engranajes institucionales» de la propia Administración”</i> → Carácter vinculante de los CS</p> <p>Se requiere <i>“de un plan estratégico que sitúe los CS en un sistema global e integrador de los distintos instrumentos de PCS, con decidida implicación de los gestores públicos... y una adecuada formación de todos los actores implicados unificando conceptos y mejorando la dinámica de grupos.”</i> → Acá aparece el profesional de TS con el método de grupos, bien como una estrategia o como una necesidad para lograr una sociedad más democrática a través de la PCS.</p> <p><i>“A pesar de estas deficiencias, los consejos pueden constituir un instrumento eficaz para la gestión sanitaria si existe voluntad política y una adecuada conciencia ciudadana”</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>Resultados de la investigación: <i>“En el estudio se observa la presencia dominante de una visión biomédica-tecnológica, una baja formación en dinámicas de participación comunitaria y un funcionamiento desestructurado de los consejos, dominados por la Administración pública sanitaria y</i></p>

	<p><i>centrados en una función de transmisión de información que genera la pérdida de implicación proactiva de la ciudadanía”.</i></p> <p><i>“La <b>promoción de la salud</b>, cuestión clave en la atención primaria, se relaciona habitualmente con la PCS”</i></p> <p>El órgano formal de la PCS son los CS, los cuales son creados por Ley y regulados (limitados o desarrollados) por la normativa.</p>
--	--

## Apéndice 7.

### Ficha bibliográfica 5.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 05	
Datos básicos del documento	
Título	Claves para el éxito de la participación comunitaria: diálogos sobre participación en el ámbito local.
País	ESPAÑA
Fecha	2018
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oscar Suárez Álvarez</li> <li>▪ Alba Martínez Álvarez</li> <li>▪ Belén García Busto</li> <li>▪ Sergio Palacio Martín</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud comunitaria</li> <li>▪ Salud pública</li> <li>▪ Participación comunitaria</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA

Ubicación	<a href="https://www.gacetasanitaria.org/es-claves-el-exito-participacion-comunitaria-articulo-S0213911118301432">https://www.gacetasanitaria.org/es-claves-el-exito-participacion-comunitaria-articulo-S0213911118301432</a>	
<b>Información relevante del documento</b>		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	<p>Diálogo interdisciplinario entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud pública</li> <li>▪ Medicina familiar y comunitaria</li> <li>▪ Enfermería familiar y comunitaria</li> <li>▪ Investigador especializado en IAP.</li> </ul>
	Objetivos y/o Justificación	<i>“El objetivo principal del presente trabajo es identificar las principales claves del éxito en el desarrollo de experiencias de participación comunitaria en salud, así como las dificultades y las herramientas con las que contamos, que podrían facilitar que estas iniciativas lleguen a ser exitosas.”</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><b>Participación comunitaria en salud:</b> Definida por la declaración de Alma-Ata como la responsabilidad de la población para hacerse cargo de su salud y bienestar, mejorando sus capacidades de contribuir al desarrollo de la comunidad.</p> <p>En otras palabras, y para este documento, se define la PCS como <i>“un proceso dinámico en el cual los tres protagonistas de la comunidad (población, recursos técnicos y administración) persiguen el mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de la población”</i>.</p>
Contenido	Metodología	Análisis cualitativo de las experiencias comunitarias sobre PCS, desarrolladas en espacios intersectoriales de trabajo, como lo son los CS y las mesas intersectoriales municipales. El interés es reproducir o facilitar experiencias exitosas de PCS.
	Análisis e interpretación	<p><i>“Para facilitar la implementación de experiencias exitosas es necesario articular diferentes herramientas normativas, técnicas y metodológicas, así como orientar nuestras intervenciones a promover la inclusión de la participación en todas las fases del ciclo de intervención, incluyendo una perspectiva de salud en todas las políticas y actuando sobre determinantes desde un enfoque de equidad.”</i></p> <p>Dificultades y problemas identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de liderazgo institucional y escasos programas de salud comunitaria.</li> </ul>

- Acciones realizadas desde fuera de un sistema sanitario (experiencias de trabajo).
- Ausencia de cultura participativa y paternalismo institucional.
- *“Existe una excesiva burocratización y «sanitarización» de los consejos de salud, y en ocasiones estos espacios han carecido de una adecuada representatividad de la ciudadanía.”*
- Falta de calidad en la información que permita priorizar las actuaciones en lo local, las necesidades y los recursos con los que cuenta la comunidad.
- *“después de la realización del diagnóstico de salud hemos tenido poca capacidad de movilización, y por lo tanto muy poca posibilidad de generar acción”*

Herramientas de trabajo: (claves para el éxito).

- *“En el primer nivel, el macro, podríamos incluir el desarrollo de las diferentes políticas en cuestiones de salud y bienestar, y diversos instrumentos estratégicos. En el segundo de los niveles, el meso, estarían las instituciones y las entidades que trabajan implementando esas políticas y estrategias en los territorios. El último de los niveles, el micro, haría referencia a la gestión del día a día y la participación en los espacios de trabajo organizados en cada municipio”.*
- Incluir a los menores de edad de las comunidades en la construcción de propuestas de acción, como, por ejemplo, que sean ellos los que traduzcan el diagnóstico en salud en algo más claro y propongan acciones para su solución.
- Uso técnicas creativas para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los profesionales de la salud y también para aumentar la participación de la gestic: *“El año pasado organizamos un photo-voice en el instituto con el objetivo de visibilizar los activos de salud con los que contamos en el municipio. Todos los niños y las niñas del instituto han participado enviando fotos con un pequeño texto. Hemos conseguido mucha participación y visibilidad, y ha servido para visibilizar muchos de nuestros valores y activos.”*
- Generar intercambios de riqueza y no solo de necesidades, es decir, se lanzó una red de trueque de talentos que contribuyó a intercambiar conocimiento y conseguir recursos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de herramientas más innovadoras como crear aplicaciones o aplicar el <i>mapping party</i>.</li> <li>▪ Facilitar el trabajo de abajo hacia arriba para impulsar acciones desde lo local que genere cambios a otros niveles.</li> </ul>
Conclusiones	<p><i>“El logro de experiencias exitosas requiere fomentar la puesta en marcha de una cultura participativa orientada hacia la promoción de la salud, desde la que la ciudadanía y las instituciones puedan trabajar conjuntamente para mejorar la salud, tanto individual como colectiva.”</i></p>
Observaciones y comentarios	<p><i>“La salud comunitaria va íntimamente ligada a la participación ciudadana, no puede haber una sin la otra.”</i></p> <p>Según leído en otros documentos y comentarios escuchados entre profesionales del TS, los profesionales del área de la salud hablan de promover la participación, pero no tienen “ni idea” de cómo hacerlo y aun así han trabajado y desarrollado propuestas para lograrlo, pues, por así decirlo, es una encomienda global declarada en Alma-Ata. → Son responsables tanto los profesionales como los organismos internacionales y el Estado.</p> <p>Esto me pone a pensar en el desconocimiento y poco valor que se le ha dado al TS, pues esta disciplina científica posee un bagaje teórico-metodológico para abordar los problemas sociales y promover soluciones a partir de la participación comunitaria. → También somos nosotros mismo los responsables de ese casi nulo reconocimiento de la profesión.</p> <p>También se dejan fuera a los pedagogos, educadores comunitarios y populares...etc.</p> <p>El trabajo puede ser con distintos grupos etarios, étnicos o sexo-género, entre otros.</p>

**Apéndice 8.***Ficha bibliográfica 6.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 06		
Datos básicos del documento		
Titulo	Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria.	
País	ESPAÑA	
Fecha	2018	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ María Pilar López Sánchez</li> <li>▪ Tomas Alberich</li> <li>▪ Dory Aviñó</li> <li>▪ Francisco Francés García</li> <li>▪ Ainhoa Ruíz Azarola</li> <li>▪ Tomás Villasante</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoción de la salud</li> <li>▪ Participación de la comunidad</li> <li>▪ Participación social</li> <li>▪ Red social</li> <li>▪ Colaboración intersectorial</li> <li>▪ Planificación participativa</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301614">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301614</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	Interdisciplinariedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud pública</li> <li>▪ Enfermería</li> <li>▪ Sociología</li> </ul>
	Objetivos y/o Justificación	El objetivo de este artículo es presentar aportaciones valiosas en relación con los procesos de participación y el uso adecuado de herramientas para que ciudadanía y profesionales analicen, comprendan, debatan y decidan colectivamente con el fin de mejorarlas condiciones de vida y los entornos.

Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><i>“La <b>participación comunitaria</b> engloba una variedad de planteamientos para maximizar la implicación de las comunidades en las iniciativas locales para mejorar su salud y bienestar, y reducir las desigualdades en salud. Incluye el diagnóstico de necesidades, el desarrollo comunitario y la planificación, el diseño, la implementación y la evaluación de las acciones.”</i></p>
Contenido	Metodología	
	Análisis e interpretación	<p><i>En los últimos años, la participación ciudadana protagoniza profundos cambios vinculados a la generalización de dispositivos y plataformas digitales para la participación, la aparición de nuevas experiencias de innovación democrática local en la gestión pública, la crisis de identidad de sectores asociativos tradicionales, la emergencia de nuevos movimientos sociales o la creación de nuevos marcos simbólicos para la movilización ciudadana. → Ejemplo: las movilizaciones en torno a la defensa y garantía del derecho a la salud, a través de la protesta social, ante los intereses privatizadores de la salud.</i></p> <p>Principios y condiciones para la participación efectiva de la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>El despliegue comunitario de cualquier proceso de participación está basado en la capacidad de trabajar conjuntamente, que se debe adquirir y desarrollar, y en la existencia de un grupo promotor capacitado que favorezca la participación y genere confianza y relaciones horizontales entre quienes participan → Área del TSG.</i></li> <li>▪ <i>Importante resaltar que se requiere de tiempo y constancia para que las personas que participan se familiaricen con las metodologías participativas y se consoliden en los planes de acción o también vinculación o apropiación de los espacios de toma de decisión, esto podría verse como: empoderamiento y toma de conciencia colectiva para la acción. → Es un proceso de formación en y para la participación, por lo tanto “se requieren actitudes que faciliten y permitan la reflexión, el diálogo y la acción colectiva”.</i></li> <li>▪ <i>“Solo con la transformación de las relaciones de poder entre la ciudadanía, el personal técnico, las instituciones y los gobiernos se logrará el impacto en el capital social, las condiciones materiales y sociales en las que viven las</i></li> </ul>

*personas y, por tanto, la repercusión en mejores resultados de salud y reducción de desigualdades sociales en salud.”*

Herramientas de participación:

- *“El desarrollo metodológico en los procesos participativos debe planificarse convenientemente y adaptarse a las necesidades de la propia comunidad, en tiempo y forma”* → Son instrumentos para reflexionar u analizar colectivamente las cuestiones de la comunidad. → Se usan diferentes herramientas según la fase del proceso: diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.
- El uso de las TIC complementa los procesos participativos y también modifica su “naturaleza” → *“La participación presencial exige una organización territorial y una gestión del tiempo que en el ámbito digital se desvanecen”*

Aspectos para tener en cuenta para un proceso comunitario concreto:

- *“Los elementos fundamentales son hacer emerger las diferentes posiciones de la comunidad en relación a un tema, así como las necesidades profundas existentes, realizar de manera colaborativa devoluciones creativas y constituir grupos motores y de seguimiento.”*

Las experiencias han permitido comprobar que:

- El compromiso de los actores involucrados en los procesos es mayor cuando posibilitan espacios basados en la confianza y el respeto, a través del **empoderamiento** de las personas. → El profesional de TSG desempeña el rol socioeducativo para lograrlo.
- Los espacios interculturales y de convivencia para la reflexión y revaloración de la experiencia para la construcción de propuestas de salud, son el producto de acciones comunitarias organizadas y participativas.
- La pedagogía política de algunas de las herramientas participativas han conducido a conocer y cambiar los prejuicios sobre la viabilidad técnica o jurídica de las iniciativas ciudadanas.

Conclusiones	<p><i>Para generar encuentro entre la ciudadanía, profesionales e instituciones, y producir acciones conjuntas, las políticas públicas han de garantizar que la ciudadanía participe en todas y cada una de las etapas de la acción comunitaria.</i></p> <p><i>Avanzar hacia <b>el empoderamiento</b> de las comunidades necesario para ganar en capital social y mejorar las condiciones de vida. Esto conlleva reconocer los movimientos sociales que de manera autónoma tratan de lograr el cambio social.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>Marcos de referencia que legitimaron la Participación en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La carta de Ottawa reconoció como herramienta para construir salud a la participación.</li> <li>▪ La declaración de Alma-Ata, incluye en la definición de la estrategia de APS la plena participación de la comunidad.</li> <li>▪ Auge de experiencias e iniciativas en torno a la participación comunitaria en salud &amp; desarrollo de propuestas o definiciones sobre la PCS → Relacionado con lo contenido en la ficha 3 sobre experiencias populares (locales) de PSS. (1970 – 1980 apróx.)</li> </ul> <p><i>“Son numerosas las publicaciones que señalan la necesidad de impulsar la participación en salud, su escasa práctica o difusión en revistas de salud pública y atención sanitaria indexadas, y la necesidad de un mayor conocimiento y uso de las metodologías participativas desarrolladas en las ciencias sociales, pero escasamente aplicadas en el ámbito de la salud pública”</i></p> <p>Son características de los procesos participativos el:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crear un lenguaje común</li> <li>▪ Clarificar el papel de los protagonistas en el proceso</li> <li>▪ Construir el diagnóstico comunitario</li> <li>▪ Elegir tema y objetivos</li> <li>▪ Planificar una acción integral – conjunta (permita la apropiación por parte de la comunidad)</li> <li>▪ Realizar devoluciones creativas a la comunidad (productos)</li> <li>▪ Evaluar los resultados → Otra opción, es crear conocimiento a partir de la sistematización de las experiencias (contribuciones desde Trabajo Social) → Tener presente que NO solo el TS realiza este método de investigación-producción de conocimiento.</li> </ul> <p>A nivel de quien facilita u orienta los procesos, se requiere de una reflexión inicial sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La propia posición frente a la participación y los procesos participativos</li> <li>▪ El lugar, el tiempo, los recursos y la población que participará</li> </ul>

- Los objetivos del proceso
- Los beneficiarios de los procesos o los interesados de que se dé el proceso
- Los roles, los objetivos, la metodología, las barreras y los resultados, entre otras cuestiones

Los trabajos de intervención participativa requieren que se trabaje también con las instituciones (reflexionen críticamente sobre los resultados de las actuaciones) y no solo con la población “beneficiaria” de algún proyecto o política.

*“Para la mayoría de la población, los procesos de participación no son un «ejercicio democrático»; son un medio, un espacio al que dedicarán tiempo si ven una utilidad práctica concreta en el esfuerzo de participar. No obstante, para la Administración, el desarrollo democrático es una obligación, y por lo tanto, un fin en sí mismo.”* → Es la institución quien debe generar los espacios y mecanismos para la participación, incentivar y ofrecer resultados, así como hacer de esos espacios un lugar de aprendizaje. → En relación con esto, el TS aparece como un profesional contratado para cumplir con los objetivos de la institución en materia de promoción de la participación y consecuentemente de promoción de la salud.

La planificación y la participación son complementarias. Y los espacios participativos pueden ser bien cara a cara o a través de medios digitales, lo que masifica las posibilidades de participación.

Uso de los grupos y las redes como medio para llevar la APS a las comunidades y creación de escuelas de formación.

¿Le corresponde también al TS diseñar herramientas de participación?

**Apéndice 9.***Ficha bibliográfica 7.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 07		
Datos básicos del documento		
Título	Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales.	
País	MEXICO	
Fecha	2018	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lizbeth López-Bolaños</li> <li>▪ Marisol Campos-Rivera</li> <li>▪ María Ángeles Villanueva-Borbolla</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación social</li> <li>▪ Salud de poblaciones indígenas</li> <li>▪ Educación en salud</li> <li>▪ Planificación participativa</li> <li>▪ Promoción de la salud</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.scielo.org/pdf/spm/2018.v60n2/192-201">https://www.scielo.org/pdf/spm/2018.v60n2/192-201</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	MEDICINA Y SALUD PUBLICA
	Objetivos y/o Justificación	Reflexionar sobre el compromiso en el proceso de participación en salud empleando la herramienta de sistematización participativa de experiencias sociales
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<i>La <b>participación comunitaria</b> ha sido identificada como un elemento imprescindible para la transformación de las circunstancias que determinan la salud de las poblaciones, ... se entiende ... como un proceso organizado, incluyente y autónomo, orientado a transformaciones colectivas e individuales, donde las personas con diversos grados de compromiso comparten valores y objetivos.</i>

	Metodología	<p>Investigación-intervención de corte cualitativo, desde la concepción metodológica dialéctica. Las mujeres pertenecientes a un grupo de trabajo comunitario en Xoxocotla, Morelos, México, sistematizaron su experiencia utilizando como eje el compromiso. Región caracterizada por movimientos de resistencia popular.</p> <p>Con base en técnicas derivadas de la teoría fundamentada, se realizó un microanálisis para identificar y robustecer las categorías del contenido correspondiente al proceso de sistematización.</p> <p><i>El presente ejercicio de sistematización abona a un mayor conocimiento sobre las particularidades y determinantes del compromiso que intervienen en el proceso de participación de las mujeres en acciones encaminadas a promover la salud</i></p>
Contenido	Análisis e interpretación	<p>Cómo se fomenta la participación comunitaria en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>al desarrollar la <b>capacidad comunitaria</b>, incrementar el grado de preparación para actuar y <b>fortalecer el liderazgo</b> a través de la <b>capacidad de organización</b>. →¿Cuáles son los elementos que se incluyen en la capacidad comunitaria? →El TSG trabaja el liderazgo en los grupos, aquí se presenta una de las posibilidades de acción del profesional.</i></li> <li>▪ <i>se construye a través de la <u>reflexión</u> y el <u>compromiso</u>, e implica <u>redes de apoyo e intercambio de ideas y conocimientos entre quienes mantienen objetivos comunes</u>. →En cuanto a los objetivos, es rol del TSG fomentar la creación de estos dentro del grupo, considerando también los objetivos institucionales para los cuales fue contratado.</i></li> </ul> <p>El documento menciona que se creó un grupo de trabajo comunitario para impulsar la participación dentro del diseño de un modelo de salud. →Aparece nuevamente la EP como fundamento de la acción y productora de conocimientos teóricos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>“El GTC definió su propio concepto de salud y realizó el diseño y la planeación de su modelo de atención”.</i></li> <li>▪ <i>“Este plan tiene por objetivo la apropiación de la salud como un derecho, mediante la participación de la comunidad”.</i></li> </ul>

- *“El GTC concibe **la participación** y el **compromiso** como un binomio mutuamente influyente”.*
- *“Este binomio se percibe como un valor necesario en el liderazgo, un componente del sentido de comunidad y una de las bases del trabajo en equipo”. →El trabajo en equipo refiere a roles y responsabilidades y hace referencia también al grupo como un todo y no como un gregario de persona o ¿depende la perspectiva/postura de quien trabaja con el grupo?*

La sistematización de experiencias sociales es una herramienta y un proceso por el cual se reflexiona en torno a experiencia concreta, que en el caso del documento es la de conformar un GTC para la construcción de un huerto demostrativo, esto permite generar conocimiento teórico y práctico. Se destaca de este trabajo que:

- Las participantes identificaron 3 momentos en el proyecto o GTC. →Esto podrían ser las etapas del ciclo vital de un grupo (TSG)
  - Expectativas
  - Circunstancias internas (voluntad y emociones) y externas limitantes
  - Dinámica grupal y desenlace emocional de las participantes
- *“las participantes reconocieron que el compromiso y la participación no se definen exclusivamente por la voluntad personal, sino que ambos procesos están determinados por las circunstancias del entorno y la dinámica grupal”*  
→Hablar de esto es hablar de determinantes sociales de la salud y a dinámica grupal, que para el proyecto será vista desde el método de TSG.
- *“Para ellas la asistencia es la manifestación de la participación activa, junto con la aportación de ideas y la realización de actividades.”*  
→Complementar con la participación realizada desde los espacios digitales (participar de ambos escenarios es mantener una continua comunicación con el grupo y los procesos que se lleven a cabo, también es una posibilidad para afianzar los vínculos) →Las preguntas son:
  - ¿El trabajador social actúa o interviene también en estos espacios digitales o solo en los encuentros presenciales? →¿La pandemia influyó de alguna manera en el abordaje de los grupos desde TS?

- Si los vínculos son necesarios para la dinámica grupal, entonces, ¿Cómo los trabaja el profesional de TSG?

Se presentaron 2 niveles de participación, mayor nivel y menor nivel. Al ser un grupo pequeño, se encontró mayor desgaste en las personas que participaban activamente. → En este sentido importa el número de los integrantes de un grupo, ya que, al ser más amplio y rotativo, es decir, que cada miembro explicita las formas en las que va a participar, hará de la dinámica del grupo mucho más democrática al considerar las opciones de quienes participan y la mayor colaboración de los integrantes del grupo dada el volumen de este, evitando caer en el autoritarismo.

*“Para las integrantes del GTC, la **confianza en ellas mismas** y en las demás personas determina su participación activa”* → El TSG apunta al crecimiento personal de los miembros del grupo.

*“El **liderazgo** es otra particularidad de la dinámica grupal que influye en la participación”*

Resultados:

*Las participantes identificaron los determinantes estructurales del compromiso en su proceso de participación y elementos relacionados con la dinámica grupal que lo influyen; asimismo, redefinieron la forma de entender y ejercer el compromiso y la participación, y extrajeron aprendizajes para mejorar su práctica futura.*

*Identificaron que la sensibilidad para comprometerse se adquiere al mantener contacto con otros miembros de la comunidad y darse cuenta de sus necesidades y situaciones*

*las participantes de la sistematización reconocieron que el liderazgo debe ser asumido y ejercido por todas(os); cada una(o) debe fungir como líder según sus características, procurando que la dirección de las acciones surja del consenso, perspectiva que prevaleció a lo largo de la reflexión*

	<p><i>Con este conocimiento es posible la transformación individual y colectiva, y renovar el interés de las personas para involucrarse en acciones encaminadas a la salud.</i></p> <p><i>En segundo lugar, la sistematización creó un espacio de comunicación y confianza, abonando al potencial de formar redes de apoyo entre las participantes, desde la empatía, el diálogo y las habilidades de organización</i></p>
Conclusiones	<p><i>El compromiso y la participación están determinados por factores estructurales como la condición socioeconómica y el rol de género, los cuales deben visibilizarse y comprenderse para generar propuestas que fortalezcan el involucramiento y la organización de grupos.</i></p> <p><i>Propiciar canales de comunicación es una acción que se encamina al fortalecimiento de una cultura democrática.</i></p> <p><i>Cabe señalar la importancia de fortalecer los procesos participativos de los grupos de base para contribuir a la generación y la permanencia de espacios democratizadores y catalizadores de transformación social.</i></p> <p><i>El mejoramiento de las condiciones de vida en las que se expresa la salud depende de la transformación en el ejercicio y la distribución tanto del poder como de los recursos. Para este propósito se necesita de organizaciones comunitarias que impulsen ese proceso.<sup>7</sup> En esta lógica, la participación funciona como la espina dorsal de las iniciativas de salud pública y promoción de la salud.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p><i>“Zuliani y colaboradores exponen, como condiciones para la participación, el ambiente sociopolítico favorable y la constitución de identidades colectivas”</i></p> <p><i>“George y colaboradores<sup>3</sup> advierten sobre el apoyo monetario como factor de continuidad en la participación a largo plazo” →Pues no se puede poner en riesgo la situación laboral-económica de quien participa al ocupar estos espacios y “descuidar” otros por andar participando. →También hace referencia al apoyo económico de los procesos participativos, pues estos para ser efectivos y lograr cambios, deben ser prolongados.</i></p>

	<p>Esto, a mi parecer, es TSG:  <i>“La comunicación tiene un papel decisivo en la vida de un grupo, ya que representa la vía de solución de los conflictos. Si éstos no son resueltos a través de la comunicación de inconformidades, la tensión puede disminuir la habilidad del grupo para lograr sus objetivos”</i> →¿Cómo aborda el TSG los conflictos?</p> <p>El <b>sentido de comunidad</b> como <b>una</b> de las <b>capacidades</b> comunitarias. →Contribuye a responder la pregunta de cuáles son las capacidades comunitarias. ¿Lo son también el <b>compromiso</b> y la capacidad de <b>cambio</b>?</p> <p>Preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿También se mide la participación en Colombia?</li> <li>▪ ¿Qué instrumentos se utilizan?</li> <li>▪ ¿Cuáles son los criterios para su medición?</li> <li>▪ ¿Cómo la miden en el contexto de los sistemas de salud?</li> <li>▪ ¿Qué resultados arrojan?</li> </ul>
--	---

## Apéndice 10.

### Ficha bibliográfica 8.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 08	
Datos básicos del documento	
Titulo	Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas.
País	ESPAÑA
Fecha	2018
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viola Casseti</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Joan J. Paredes-Carbonell</li> <li>▪ Victoria López Ruiz</li> <li>▪ Ana M. García</li> <li>▪ Paula Salamanca Bautista</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación comunitaria</li> <li>▪ Práctica basada en la evidencia</li> <li>▪ Guías</li> <li>▪ Promoción de la salud</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301638">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301638</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	ENFERMERÍA Y SALUD PUBLICA
	Objetivos y/o Justificación	El objetivo de este artículo es reflexionar sobre la evidencia existente en España sobre participación comunitaria en salud partiendo de los resultados del Proyecto AdaptA GPS (Adapta y Aplica Guías de Promoción de la Salud), cuyo primer objetivo ha sido la adaptación de la Guía NICE NG44 sobre participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar, y para reducir las desigualdades.
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><i>La <b>participación en salud</b> ...se refiere a involucrar a las personas, los grupos y las comunidades para que tomen el control de su propia salud y hagan un mejor uso de los recursos disponibles. →Puesta en la agenda (pública) por la declaración de Alma-Ata: en la que se consideró (un derecho y un deber de la población) fundamental para la planificación, la organización y el control de los sistemas de salud ... también como derecho y deber de implicarse en las cuestiones públicas como un potencial indicador de calidad democrática de una sociedad.</i></p> <p>Luego con la carta de Ottawa, la <b>participación comunitaria</b> se convirtió en uno de los ejes de la promoción de la salud.</p> <p>Oakley, citado en el documento, afirma que la participación es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un medio: <i>lograr resultados preestablecidos en mejorar la salud y el bienestar.</i></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un fin: <i>entendido como el desarrollo de cohesión social y de capacidades para que las personas puedan involucrarse y actuar sobre su entorno.</i> →Intervención.</li> </ul> <p>Se propone finalmente el concepto de participación comunitaria en salud como: <i>Basándonos en parte en la definición de O'Mara-Eves et al. entendemos por <b>participación comunitaria en salud</b> el proceso de «involucrar [. . .] a las comunidades en la toma de decisiones, y/o en la planificación, diseño, coordinación o implementación de servicios, usando métodos de [. . .] colaboración y/o empoderamiento»</i> →Aquí se ve la participación también como <u>proceso</u>.</p> <p>Por otra parte, la PCS se promueve desde las leyes y motiva a la creación de estructuras para su implementación, <i>sin embargo, los <b>consejos de salud</b>, la estructura principal a través de la cual la ... ley pretendía articular esa participación en la práctica, quedan muy alejados del conjunto de la ciudadanía y de sus intereses y prioridades inmediatas ...como las consultas públicas o tramitación de una normativa</i> →La <b>participación ciudadana</b> se promueve (de arriba abajo) habitualmente desde órganos muy reglados y rígidos y nada bidireccionales.</p>
<p>Contenido</p>	<p>Metodología</p>	<p>El informe nace de un proyecto de organizaciones que trabajan en torno a la salud, este apunta a demostrar la efectividad de la PCS. En el se describe el proceso de adaptación de la guía NICE publicada en 2016, que consistió en traducir su contenido y complementarla con información sobre evidencia de la participación comunitaria en España (búsqueda sistemática) sobre programas o intervenciones comunitarias de participación en salud y se realizaron entrevistas a participantes del proyecto para averiguar la aplicabilidad de la guía NICE en sus contextos.</p>
	<p>Análisis e interpretación</p>	<p>¿Qué es lo que funciona en participación comunitaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>énfasis en la importancia del trabajo en redes entre los diferentes actores sociales de las comunidades.</i></li> <li>▪ <i>la importancia de dedicar tiempo y recursos a los proyectos participativos.</i></li> <li>▪ <i>facilitar que las personas puedan involucrarse en las decisiones y ejecuciones de los programas enfocados a mejorar la salud.</i></li> <li>▪ <i>abordar los determinantes sociales que les puedan estar afectando.</i></li> </ul>

De los hallazgos del proyecto se destacan que:

- *la participación comunitaria se centra en las fases de diseño y ejecución, en menos casos incluyen participación en el diagnóstico y muy raramente en la evaluación. →Esto limita el éxito de una intervención a unos indicadores de salud generalmente preestablecidos por los organismos externos promotores de la intervención.*
- *La mayoría de las publicaciones consultadas para la investigación en el proyecto muestran que se describe el proceso de la participación comunitaria, pero sin evaluar su efectividad. →Los diseños de estudios para evaluar la participación resultan complicados en cuanto que no existe consenso sobre cuáles serían los criterios para evaluar la efectividad de la participación y su beneficio para la población o la comunidad. →Generalmente se centran en evaluar cambios individuales como conductas o estilos de vida. →Por lo que NO se genera evidencia y es difícil demostrar que estas intervenciones producen cambios y que merece la pena invertir en ellas.*
- *Por otro lado, es necesario crear espacios y tiempos para que estos se generen, ofreciendo también formación en metodologías de participación comunitaria tanto a la ciudadanía ... como a los/las profesionales, y empezar a generar mayor evidencia, compartir aprendizajes e impulsar intervenciones de calidad.*
- *Tener esta base de evidencia (la guía NICE) puede permitir también analizar qué procesos de participación comunitaria han sido exitosos y en qué contextos, para facilitar la transferencia y la aplicabilidad de buenas prácticas en otras comunidades.*
- *Adicionalmente expresa que: Los diseños tradicionales que emulan el planteamiento del ensayo clínico no siempre permiten capturar esos resultados de la participación comunitaria, por lo que es necesario ampliar el concepto de evidencia en salud pública hacia la inclusión de evidencia procedente de procesos sociales y comunitarios. →Ante esto, se hace el llamado de valorar los aportes que las ciencias sociales y las metodologías cualitativas pueden hacer a la construcción de una base científica de la PCS,*

	<p>incluyendo las desigualdades sociales y los determinantes sociales de la salud.</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Las conclusiones del documento giran en torno a la investigación y formación de la PCS y la producción de los resultados favorables de su aplicación.</p>
<p>Observaciones y comentarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La <b>participación comunitaria</b> se está convirtiendo en <b>fundamental</b> para desarrollar e impulsar <b>acciones de promoción de la salud</b> de ámbito local.</li> <li>▪ <u>Pregunta de los autores</u>: Nos preguntamos si la limitada evidencia identificada se debe a las dificultades para evaluar esas intervenciones o al limitado interés y la escasez de recursos destinados a ellas.</li> <li>▪ <u>Recomendaciones</u>: Se proponen dos recomendaciones: promover más y mejores investigaciones, fomentando la formación, la investigación y la evaluación vinculada al desarrollo de intervenciones de participación comunitaria en salud, e impulsar más y mejores intervenciones utilizando herramientas basadas en la evidencia con un mayor esfuerzo en apoyar y mantener en el tiempo estos procesos.</li> <li>▪ <u>Conclusiones de los autores</u>: Generar mayor evidencia vinculada a la práctica en participación comunitaria en salud en España nos permitirá compartir procesos exitosos de participación comunitaria y fomentar la transferencia de buenas prácticas en diferentes contextos.</li> <li>▪ <i>Tener mayor control en el ámbito comunitario, tanto en términos de acceso a la información como de capacidades de decisión y acción, genera mayor confianza entre los miembros de la comunidad y aumenta sus capacidades para influir en los determinantes sociales y en las desigualdades en salud que les afectan.</i></li> </ul> <p>→El anterior párrafo habla sobre desarrollo de capacidades para (bien podrían ser lo “tipos” de capacidades):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Para decidir</li> <li>☞ Para actuar</li> <li>☞ Para influir</li> </ul> <p>Comparten los autores que: <i>Un reciente análisis de la participación de la población en las actividades de atención primaria identificó que la población participa mayormente en las fases de diseño e implementación, mientras que su participación en la fase de evaluación es más limitada.</i></p> <p><b>IMPORTANTE:</b> <i>aún no existen en nuestro entorno guías para promover la participación comunitaria en salud basadas en la evidencia, por lo que se exploró su existencia en otros países.</i></p>

	<p>Los diseños de estudios para evaluar la participación resultan complicados en cuanto que no existe consenso sobre cuáles serían los criterios para evaluar la efectividad de la participación y su beneficio para la población o la comunidad.</p> <p>Puede que se estén realizando excelentes proyectos de participación comunitaria en salud, pero si no se escriben, publican y difunden no se genera evidencia sobre su efectividad y no es posible transferir ni identificar puntos críticos de mejora.</p> <p>¿Consultar la Ley que da origen a los comités de salud?</p>
--	--

## Apéndice 11.

### Ficha bibliográfica 9.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 09	
Datos básicos del documento	
Título	Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la salud pública en Cuba.
País	CUBA
Fecha	2017
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ramón Sergio George Quintero</li> <li>▪ Rafael Laborí Ruiz</li> <li>▪ Marianela Noa Legrá</li> <li>▪ Noris Nicot Martínez</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intersectorialidad</li> <li>▪ Participación comunitaria</li> <li>▪ Salud Pública</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6027593">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6027593</a>

Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	CIENCIAS MÉDICAS
	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><i>La <b>Salud Pública</b> es esencialmente el abordaje de los problemas de salud (condiciones en que viven las personas) desde una perspectiva <u>colectiva poblacional</u>. Constituye un campo del conocimiento y de la práctica social transformadora cuyo objeto de conocimiento y de trabajo es la situación de salud de las poblaciones. → Se aborda la salud como un punto de encuentro entre la política social, lo biológico, lo social y lo individual-colectivo. → Contribuye por tanto a alcanzar la realización personal y sirve como indicador de desarrollo de una sociedad que ha alcanzado el bienestar. → Así, entendida la salud como fenómeno integral, se requiere del concurso de una clara definición de políticas públicas, la formulación de estrategias, planes, programas y proyectos intersectoriales para abordar los problemas, es decir, de intervenciones en la salud.</i></p> <p><i>Se le llama situación de salud a un conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados desde perspectiva de un actor social.</i></p> <p><i>La <b>intersectorialidad</b> se define como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida. → Se desarrolla como filosofía y tecnología en el contexto cubano. → Es necesario dar el paso de lo filosófico, es decir, la intersectorialidad como principio de la salud pública a convertirse en <i>motor de cambios y mejoras en los procesos de producir salud, al lograr incorporar elementos de efectividad, eficiencia y sostenibilidad imprescindible para el éxito actual y futuro del sistema de salud y de la sociedad.</i></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Se enmarca dentro de los principios básicos conceptuales de una tecnología apropiada, porque forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional.</i></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Como tecnología, la intersectorialidad se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos y medios para interactuar con el entorno social y físico, para así mejorar las condiciones de vida. →Según documento, la intersectorialidad genera conocimientos, destrezas técnicas, capacidades, instrumentos y herramientas que generan mayor producción de salud en la población.</i></li> </ul> <p><i>El <b>empoderamiento</b> es un proceso a través del cual la gente gana mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud ... que <u>tiene como objetivo promover la participación</u> de las personas debido a una fuerte identificación con las características socio-ecológicas de su comunidad y facilitar así el trabajo comunitario, que <u>tiene como fin el incremento de la eficiencia política, la mejora de la calidad de vida de la comunidad y lograr la inclusión y justicia social.</u></i></p>
Contenido	Metodología  Análisis e interpretación	<p><i>La salud es un problema social, y por tanto, las acciones tienen que ser sociales, ... Por tanto, resulta importante la participación de otros sectores y de la comunidad en la implementación de actividades de salud. →Es necesario tener en consideración factores productores de salud como: la seguridad social, el deporte, el trabajo, la educación y las libertades individuales, pues quien produce salud no son solamente los servicios de salud. →Habla de producción de la salud, esto se podría relacionar con prácticas, estilos de vida, determinantes sociales, etc. ... en últimas es un producto humano. →La salud no es un bien que se da, sino que se produce desde dentro, como <i>una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben.</i></i></p> <p><i>Se trabaja en el perfeccionamiento de la intersectorialidad como tecnología imprescindible para preservar y generar la salud en la población, alcanzar metas superiores en salud pública y mejorar la calidad de su práctica. →Hace referencia al trabajo en red (academia, el Estado, organizaciones de la sociedad civil, etc.)</i></p>

	<p>La <b>APS</b> y sus componentes es vista como modelo esencial para el sistema de salud, <b>reafirman la participación comunitaria</b> y <u>la intersectorialidad como estrategia participativa</u>, capaz de abordar los complejos problemas del sector y el fortalecimiento del papel rector de las estructuras y niveles del sistema. → Mirada más institucional.</p> <p><b>La salud de las comunidades</b> no se mueve en sentido positivo o negativo de modo autónomo, sino que se vinculan estrechamente al contexto político, económico y social, a la voluntad política, al factor educación, al desarrollo del arte y la literatura, a la fuerza de la participación social, a la interdisciplinariedad, al trabajo en equipo y sobre todo a la intersectorialidad.</p>
Conclusiones	<p>Cuba posee un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud, el que tiene como principio la intersectorialidad y la participación comunitaria, lo que forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible. Con el papel rector del sector salud la comunidad conjuntamente con las organizaciones políticas y de masas, gubernamentales, y sociales, actúan en la identificación y solución de los problemas e implementación de actividades de salud.</p>
Observaciones y comentarios	<p>El sistema de salud le confiere a otros sectores el poder y libertad de acción suficiente para detectar y enfrentar conjuntamente con la sociedad los problemas vinculados con la salud. → Importante mención sobre el SGSSS, las reformas de salud y el objetivo de los acuerdos de paz. → El desafío radica en las implicaciones políticas, de gobierno, financieras, de recursos humanos y materiales.</p> <p>Sobre la necesidad de trabajar con los profesionales de las ciencias sociales: <i>El carácter integral de los problemas de salud y su multicausalidad, hacen imprescindible desbordar el enfoque biomédico para pasar hacia un enfoque social, donde participen además especialistas de otras ciencias como la sociología, la antropología, la historia, la demografía, la economía o la geografía, de manera de acercarse al contexto en que la salud se produce y de la cual depende.</i> → Para encaminar los problemas de salud hacia resoluciones, se necesita la confluencia de saberes para la construcción del conocimiento, entre las ciencias de la salud, sociales, políticas, biológicas, económicas, históricas, y de la administración pública. → <u>¿Es esto también un diálogo de saberes?</u> ... y de la interrelación y concertación de acciones sostenibles entre las instituciones de salud, la de los demás sectores de la sociedad y de la población para la generación de políticas de salud, verdaderamente efectivas, eficientes, y equitativas. → <u>¿Esta mirada universal no le quita poder y protagonismo a lo local?</u>, es decir, por qué llevar a todos por igual si los procesos comunitarios son locales, considero poco necesario el “homogenizar” los resultados en materia de PCS.</p>

*La participación comunitaria e intersectorialidad en el modelo de atención integral a la salud se desarrolla conjuntamente con las organizaciones políticas y de masas, gubernamentales, y sociales. →Posee una mirada más horizontal: habla de la PCS como un trabajo conjunto de los diferentes actores de un territorio. →La PCS requiere de un nivel elevado de comprensión de los problemas sanitarios que atañen a la comunidad y que ésta tome parte en el proceso de la toma de decisiones que se requiere para su solución.*

- Reforzar prácticas sociales (también culturales) saludables se plantea como un objetivo de las estrategias de intervención y promoción de la salud propuesta por organismos internacionales y acatada por los profesionales para su logro, es entonces, donde aparece el TSG como el aporte de la profesión para la consecución del bienestar. →Recordar que esa es solo una forma de medir y evaluar de manera individual la efectividad de las intervenciones en salud.
- *La configuración de la trama socio histórica de la salud y en especial de los sistemas de salud, ha derivado en la definición ampliamente aceptada de que los sistemas de salud son esencialmente sistemas sociales.*
- Para el éxito y aceptación de la Salud Pública, se debe emprender la cooperación con otros actores sociales, como profesionales, instituciones y grupos comunitarios (acá se habla de grupos comunitarios como individuos y no como colectivo o estructura organizativa emergente de la comunidad) →También incluir los comités de salud como estructura organizativa de la propia comunidad y como pequeña estructura del Estado para atender cuestiones de salud y salud pública.

**Apéndice 12.***Ficha bibliográfica 10.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 10		
Datos básicos del documento		
Título	Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud.	
País	ESPAÑA	
Fecha	2022	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Francisco Francés García</li> <li>▪ Daniel La Parra Casado</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Investigación participativa</li> <li>▪ Métodos</li> <li>▪ Planificación en salud</li> <li>▪ Comunidad</li> <li>▪ Participación social</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.gacetasanitaria.org/es-herramienta-multidimensional-medicion-calidad-participacion-articulo-S0213911121000819">https://www.gacetasanitaria.org/es-herramienta-multidimensional-medicion-calidad-participacion-articulo-S0213911121000819</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	SOCIOLOGÍA
	Objetivos y/o Justificación	<i>desarrollar una propuesta operativa para diseñar, medir o describir el alcance en términos participativos de los procesos de <u>planificación en salud</u>.</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<b>Participación en salud</b> entendida como procesos de reflexividad colectiva en los cuales la población, en colaboración con las instituciones responsables, analiza, delibera y toma decisiones significativas en torno a asuntos relacionados con su salud, pudiendo implicarse también en las posteriores planificación e implementación de las decisiones alcanzadas.
Contenido	Metodología	

	Análisis e interpretación	<p>La propuesta de la construcción de la herramienta de medición de la participación en salud se propone como guía de referencia para la medición cualitativa y/o cuantitativa de la participación en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Como medición cualitativa:</u> <i>las dimensiones configuran un guion sobre el que articularla planificación o evaluación del proceso, abierto a la interpretación de los actores involucrados, y proponiendo un ejercicio de reflexividad sobre los diferentes ítems que aparecen ligados a cada dimensión.</i></li> <li>▪ <u>Como medición cuantitativa:</u> <i>la herramienta adquiere la forma de un índice sumativo de calidad participativa. La valoración de cada ítem se propone dicotomizada: sumaría 1 punto si el criterio se considera cumplido, y 0 en caso contrario.</i></li> </ul> <p>Esta herramienta consiste en 6 dimensiones con 5 indicadores o descriptores a considerar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>Inclusividad:</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 <u>Identificación de los actores:</u> <i>Antes de iniciar el programa se ha identificado a todos los actores potencialmente implicados o afectados por el tema a tratar.</i></li> <li>1.2 <u>Apertura a la autoselección:</u> <i>La participación en el programa no se realiza por invitación, sino que están habilitadas para participar las personas y las entidades que se pueden sentir afectadas.</i></li> <li>1.3 <u>Inclusión efectiva:</u> <i>Se han diseñado estrategias específicas para implicar a la población tradicionalmente excluida de los procesos de toma de decisiones en relación con los programas de salud.</i></li> <li>1.4 <u>Representación:</u> <i>Existe concordancia entre la estructura de participantes y la estructura real de la población, tanto en términos sociodemográficos como de representación de necesidades o intereses.</i></li> <li>1.5 <u>Igualdad de acción:</u> <i>Todos los actores participantes tienen la misma capacidad de acción y decisión dentro de los programas.</i></li> </ol> </li> </ol>
--	---------------------------	---

---

**2. Flujo de información:**

- 2.1 Disponibilidad de información: *Las personas participantes disponen de información técnica sobre la materia de salud a tratar.*
- 2.2 Comprensión del proceso: *Las personas participantes conocen los objetivos, la metodología, las fases y el alcance real de los resultados esperados del proceso.*
- 2.3 Gestión de la información: *La información sustancial ha sido suficiente y ha fluido tanto verticalmente (niveles de responsabilidad) como horizontalmente (dentro de un mismo nivel) entre los actores implicados.*
- 2.4 Estrategias comunicativas: *Las estrategias de comunicación se han adaptado a la población afectada.*
- 2.5 Divulgación del proceso: *El proceso ha sistematizado la documentación y la información generadas para producir transferibilidad y divulgación.*

**3. Calidad deliberativa:**

- 3.1 Tiempo para el debate: *Ha existido suficiente tiempo en el proceso para el debate y para alcanzar consensos en torno a las decisiones a adoptar o las acciones a emprender.*
  - 3.2 Pluralismo de voces: *Los espacios de interacción dentro de los programas han permitido expresar y valorar equilibradamente todos los posicionamientos, sin que nadie monopolice la expresión de intereses.*
  - 3.3 Transformación de intereses: *La participación dentro del programa ha permitido la modificación de intereses particulares de los actores en favor de la identificación de metas comunes.*
  - 3.4 Resolución de conflictos: *Los conflictos surgidos a lo largo del diseño y la implementación del programa de salud se han resuelto mediante mecanismos consensuados entre los actores implicados.*
  - 3.5 Apoyo técnico y de expertos: *Ha existido apoyo técnico para resolver consultas y aclarar dudas de las personas participantes.*
-

---

**4. Toma de decisiones:**

- 4.1 Criterios de decisión: *Los criterios tenidos en cuenta para valorar y priorizar las distintas acciones del programa de salud son conocidos con antelación a la toma de decisiones.*
- 4.2 Alcance decisorio: *Las personas participantes definen las alternativas a considerar en la toma de decisiones.*
- 4.3 Implicación previa a la decisión: *Las personas participantes toman parte en todas las fases del diseño y de la ejecución del programa.*
- 4.4 Transparencia de la decisión: *Los acuerdos en las decisiones se alcanzan de manera pública y transparente, y no son el resultado de negociaciones privadas entre los actores implicados.*
- 4.5 Viabilidad de las decisiones: *Se explicita la viabilidad técnica, legal o económica de las posibles alternativas a decidir.*

**5. Compromiso institucional:**

- 5.1 Voluntad política: *Existe un compromiso formal para fomentar la participación en el programa en el tiempo, al margen de posibles cambios del gobierno responsable.*
- 5.2 Programación de acciones: *Existe un cronograma explícito para la implementación de los diferentes acuerdos participativos alcanzados en el proceso, con una asignación de recursos adecuada.*
- 5.3 Coordinación institucional: *Existe suficiente coordinación interinstitucional e intrainstitucional en las áreas institucionales involucradas.*
- 5.4 Naturaleza vinculante: *Las decisiones tomadas por las personas participantes son vinculantes y asumidas por las instituciones promotoras para su implementación.*
- 5.5 Recursos y personal: *Se asignan recursos económicos y humanos suficientes para posibilitar la participación.*

**6. Empoderamiento comunitario:**

- 6.1 Conexiones comunitarias: *El programa de salud contribuye a generar alianzas o una estructura de relaciones más rica entre los*
-

		<p><i>actores sociales afectados por los objetivos y los contenidos del programa.</i></p> <p>6.2 <u>Autorregulación</u>: <i>Los actores sociales afectados participan en el diseño de la metodología.</i></p> <p>6.3 <u>Control sobre la agenda</u>: <i>La agenda (secuencias y temas tratados en el programa de salud) es decidida por la comunidad.</i></p> <p>6.4 <u>Cogestión en la ejecución</u>: <i>Las organizaciones cívicas participan en la implementación o la cogestión de acciones, servicios o actividades.</i></p> <p>6.5 <u>Monitoreo y fiscalización</u>: <i>La comunidad está habilitada para fiscalizar o monitorear el cumplimiento de los compromisos del programa.</i></p> <p><b>NOTA:</b> <i>La determinación del cumplimiento o no de cada ítem puede ser abordada a partir de diferentes opciones, y conviene que se adapten a la naturaleza y las características del proceso; además, es muy recomendable que los actores involucrados conozcan con antelación quién y con qué reglas se decidirá.</i></p>
Conclusiones		<p><i>La propuesta apuntada para la medición de la calidad de la participación en salud ofrece un afrontamiento operativo innovador.</i></p> <p><i>Permite aunar, por un lado, el registro de los logros institucionales en el impulso y el soporte de la experiencia participativa, y por otro, el grado de implicación comunitaria que se deriva de su puesta en marcha.</i></p> <p><i>Se trata de un instrumento diseñado principalmente para procesos impulsados desde los diferentes niveles o áreas institucionales, que puedan estar dirigidos tanto a la sociedad civil organizada como a segmentos de población no organizados formalmente.</i></p> <p><i>En concordancia con esta naturaleza, puede suponer un elemento de referencia en la fase de diseño o de planificación, y no solo en la evaluación de programas o estrategias orientadas a la equidad en salud, en especial en el ámbito de la salud pública o comunitaria, pero no exclusivamente.</i></p> <p><i>Así, la propuesta, en primer lugar, constituye una herramienta para establecer los principios orientadores que tendrá el proceso antes de su puesta en marcha, lo que ayudará a fijar las</i></p>

	<p><i>expectativas de los actores implicados y los posibles alcances pragmáticos. Y en segundo lugar, puede ser utilizada como mecanismo de evaluación al finalizar los procesos, posibilitando la valoración del impacto real que han tenido tanto en términos de implementación y resultados como de generación de capital social comunitario en relación con la materia de salud tratada.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>¿Por qué hablar de medición o evaluación de la participación en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Nuevas formas de gobernanza para la equidad en salud abogan por la inclusión de la comunidad en el diseño de estrategias, programas y actividades en salud. Por ello, una preocupación creciente en el campo de la participación en salud es la medición de la calidad participativa de los nuevos diseños de prácticas institucionales ... articuladas a partir de un mayor protagonismo comunitario, tanto instrumental como expresivo, en estrategias, programas y acciones de salud. → Dadas las frecuentes recomendaciones en torno a (diseño de estrategias de equidad en salud)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Principios de gobernanza participativa: como la inclusión de la comunidad en la planificación, implementación y evaluación de acciones en salud. → <u>No se incluye lo diagnóstico, aspecto importante de la participación comunitaria en salud a través de los comités de salud.</u></li> </ul> </li> </ul> <p>La herramienta que se propone tiene una mirada institucionalizada, es decir, se ejecuta de arriba hacia abajo, sin embargo, se puede adaptar para que sea de abajo hacia arriba, considerando que en los grupos donde se aplique, estén compuestos por actores sociales distintos a los miembros o representantes de la comunidad. → También, se puede tomar como una herramienta “propia” de la comunidad para evaluar sus propios procesos.</p> <p>A partir de la experiencia en el proyecto con cruz roja: considerar que los líderes comunitarios o actores clave para el proceso participaron de las reuniones con los demás miembros de los equipos del proyecto. → Desde esta mirada, apuntar a la construcción de conocimiento que aporte al trabajo en el desarrollo de las capacidades de los comités de salud como forma organizativa, participativa e incidencia en la salud comunitaria.</p>

**Apéndice 13.***Ficha bibliográfica 11.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 11		
Datos básicos del documento		
Titulo	¿De qué hablamos cuando hablamos de “salud comunitaria”?	
País	ESPAÑA	
Fecha	2018	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carlos Sobrino Armas</li> <li>▪ Mariano Hernán García</li> <li>▪ Rafael Cofiño</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud poblacional</li> <li>▪ Salud comunitaria</li> <li>▪ Determinantes de la salud</li> <li>▪ Promoción de la salud</li> <li>▪ Atención primaria de salud</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301547">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118301547</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	MEDICINA FAMILIAR
	Objetivos y/o Justificación	<p><i>Así pues, este trabajo tiene como objetivos:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>avanzar conceptualizaciones que faciliten un glosario común para quienes trabajamos en acción comunitaria desde diversos sectores y disciplinas;</i></li> <li>2. <i>identificar las principales influencias teóricas utilizadas en nuestro contexto al hablar de salud comunitaria;</i></li> <li>3. <i>sistematizar las diferentes acciones para mejorar la salud de la comunidad desde el trabajo en atención primaria y salud pública;</i></li> <li>4. <i>y señalar elementos clave que deberían contemplar las acciones para mejorarla salud de la comunidad.</i></li> </ol>

Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido	Metodología	<p><i>Este artículo es el resultado de un trabajo de interpretación crítica, de acuerdo con un método cualitativo de enfoque constructivista. Sus fuentes de información incluyen la revisión bibliográfica, el estudio de campo y la revisión crítica de las propias experiencias en relación con la teoría y la práctica de la salud comunitaria según nuestros resultados.</i></p> <p><i>Somos conscientes de que este trabajo está fuertemente influenciado por nuestras perspectivas personales de partida, que a su vez han sido construidas desde nuestras experiencias en relación con el trabajo en salud comunitaria en un sentido amplio y plural. Partimos de una reflexión en profundidad.</i></p> <p><i>Se tomaron como referencia los principales modelos de trabajo en salud comunitaria desde atención primaria y salud pública en España, así como las diferentes experiencias formativas y de trabajo desarrolladas en este campo en los últimos 15 años.</i></p> <p><i>Nuestras conclusiones fueron contrastadas en un trabajo de campo mediante entrevistas semi estructuradas a personas de reconocida relación con el campo de la salud comunitaria, con el objetivo de recoger sus perspectivas y principales marcos conceptuales, así como identificar los principales temas relacionados con esta cuestión.</i></p> <p><i>Los resultados de las entrevistas fueron triangulados de nuevo entre los autores de este artículo y ampliados con información procedente de algunos informes ampliamente reconocidos en el campo de la salud comunitaria.</i></p>
	Análisis e interpretación	<p>El documento aborda el término “salud comunitaria” y procura definir, o más bien, precisar a qué se refiere cuando se usa el termino en las intervenciones comunitarias, así.</p>

- *El término «salud comunitaria» lleva varias décadas presente, tanto en el medio sanitario asistencial como en otros ámbitos vinculados de un modo u otro al campo de la salud pública y el desarrollo social comunitaria.*
- *Así pues, la salud comunitaria encuentra su espacio privilegiado en el ámbito local: el barrio, el pueblo o el municipio. →No se asume a nivel individual ni a nivel poblacional, como si lo hace la epidemiología clásica.*
- *se aportan herramientas y saberes híbridos (antropología, enfermería, medicina, trabajo social, psicología...) que enriquecen mucho los respectivos marcos teóricos de cada entorno específico, convirtiendo el espacio del trabajo comunitario en un amplio campo de conocimiento, mestizo e interdisciplinario. →También considera los aportes teóricos y experiencias vinculadas a los movimientos sociales: feminismo, ecologismo social, urbanismo crítico y la defensa de los derechos de colectivos vulnerados.*
- *Cuando decimos que «hacemos» salud comunitaria, lo que realmente estamos queriendo decir es que «trabajamos en un proyecto para mejorar el estado de salud de una comunidad o un colectivo».*
- *Proponen cambiar el término “salud comunitaria” por “**acción comunitaria**” y no por “**intervención comunitaria**”, pues el término «intervención» puede tener connotaciones más cercanas a dirigir, fiscalizar, controlar o disponer, mientras que «acción» es un término con interpretaciones más abiertas, que se acerca a formas de práctica comunitaria menos directivas y sectoriales.*
  - Se hace mención de términos como: acción comunitaria en/para la salud o acciones para mejorar la salud de la población (dentro del ámbito sanitario)
  - Se utilizan los términos acciones comunitarias o acciones para mejorar el bienestar de la población (fuera del ámbito sanitario) para evitar connotaciones fuertemente marcadas por el sector sanitario.

Otra consideración es que:

- *Dentro de la APS y la Salud Pública, no hay claridad en los límites sobre lo que significa la promoción de la salud, la educación para la salud y la acción comunitaria para la salud. →Aunque se presenta en todas aquellas un interés por el poder de las personas y de las comunidades para hacerse cargo de sus propios procesos de salud y enfermedad a partir del reconocimiento de sus*

*condiciones de vida y de los determinantes sociales de estas. →También, mantienen similitud en la dimensión individual, la corrección de factores de riesgo modificables y la recomendación de estilos de vida y conductas saludables.*

- APS y Salud Pública y sus acciones para mejorar la salud en la comunidad: se proponen 3 posibles niveles de actuación que podrían desarrollarse desde los equipos (en los que podría también participar o ser miembro un profesional de TS) de APS y SP y que sería coherentes con las diferentes acciones comunitarias desarrolladas en otros sectores.
  1. Asistencia individual y familiar con orientación comunitaria: Práctica asistencial, sensible y con enfoque en los determinantes sociales sobre los problemas individuales y familiares en salud, es decir, el abordaje es psicosocial. →Se cuentan con herramientas para este trabajo como: genograma, entre otros.
  2. Trabajo grupal con orientación comunitaria: Es trabajo son grupos, llevando a cabo acciones educativas y reflexivas sobre las causas de las causas de los problemas en salud y se procura fortalecer los recursos personales a través de la acción grupal. →NO PLANTEA HERRAMIENTAS PARA ESTE NIVEL
  3. Acción comunitaria en salud o participación en procesos comunitarios: *Se trata del nivel de acción comunitaria en salud por medio del desarrollo de procesos comunitarios. En el territorio local existen numerosos agentes que tienen influencia para mejorar el bienestar de una comunidad trabajando desde diferentes sectores. →Se habla entonces de intersectorialidad e interdisciplinariedad y entendiendo que los procesos comunitarios son diversos, es decir, parten desde sus particularidad o determinantes del contexto. →Facilitadores de la acción comunitaria en/para la salud: la creación de grupos motores de coordinación entre los diferentes sectores, la generación de análisis de situación comunes, la generación de*

*procesos de participación comunitaria, la influencia en políticas y la generación de entornos saludables*

Una de las acciones comunitarias es el fortalecimiento de la comunidad: *Fomentan y construyen capacidades de acción frente a los determinantes sociales de salud de una comunidad. Consisten en procesos en los que las personas identifican problemáticas a nivel local, imaginan propuestas de mejora y llevan a cabo acciones sociales sostenibles al respecto.*

Elementos fundamentales que deben llevarse a cabo en toda acción comunitaria:

- La participación: No debe darse por sentada, pues es muy limitada, según sea el caso, pues es variable y depende de las condiciones que posibilita a los sujetos el participar.
- La equidad: las personas más vulnerables deben estar/participar en el proceso.
- La evaluación: es imprescindible y no pueden ser la mismas, es decir, no utilizar evaluaciones individuales para procesos comunitarios. → Valorar el proceso y no solo los resultados. → Fundamental para la devolución de la comunidad. → La evaluación de las acciones es la única manera para valorar el impacto en la salud.

Finalmente, se proponen guías evaluativas de las acciones comunitarias y los roles de la APS y SP en cada uno de los niveles de acción, en la que son comunes a todos los niveles la apuesta política por servicios de calidad, estrategia y orientación comunitaria de la APS y SP y la abogacía en salud sobre los determinantes sociales.

El recuperar la importancia que tienen las acciones comunitarias en salud radica en:

#### Conclusiones

- *permiten una aproximación fértil a los problemas que plantean los complejos escenarios epidemiológicos y sociales en nuestras sociedades contemporáneas.*
- *surgen asimismo como respuesta ante la situación de crisis estructural que afrontan nuestros sistemas de protección social desde hace ya por lo menos una década.*

	<p><i>En relación con la terminología utilizada al hablar de salud comunitaria, consideramos que sería más apropiado hablar de acciones para mejorar la salud de la comunidad, acciones comunitarias para la salud o acciones comunitarias en salud.</i></p> <p><i>Por otra parte, se pretende ser de ayuda al discutir cuál debe ser el papel de la atención primaria y la salud pública dentro de la acción comunitaria realizada desde los territorios ... En este sentido, creemos que nuestra propuesta de niveles de trabajo puede servir para ordenar y diferenciar actividades muy diferentes, que en ocasiones caen de manera genérica.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>El trabajo de la práctica totalidad de los equipos de atención primaria de nuestro medio responde fundamentalmente a una tarea asistencial directa, correspondiendo sobre todo al nivel 1 y en ocasiones también al nivel 2.</i></li> <li>▪ <i>Si bien es cierto que consideramos que es el nivel 3 desde donde tiene sentido estricto hablar de acción comunitaria, también consideramos que se trata de un nivel eminentemente interdisciplinario e intersectorial. Por esta razón, no consideramos que tenga que ser tarea específica de los equipos de atención primaria (ni de salud pública del territorio, donde estos existan) el ocuparse de su liderazgo ni de su dinamización.</i></li> </ul>
Observaciones y comentarios	<p><i>El campo de la acción comunitaria es complejo y heterogéneo y desborda el sector estrictamente sanitario → Esta acción comunitaria se realiza en un entorno local, en el territorio del barrio, del pueblo o del municipio; se trata de una acción situada en contextos concretos. → Consideramos, por tanto, que se trata de un espacio intermedio, privilegiado para poder abordar el impacto concreto de los determinantes sociales y su resultado en desigualdades sobre los territorios y sus comunidades.</i></p> <p>Expone en un cuadro definiciones y temas clave específicos de la <b>acción comunitaria y AC en salud</b>, en donde la primera consiste en dinamización de las relaciones sociales y la segunda en una expresión de la salud en todos los niveles de la población, determinada por la interacción de la cultura, los servicios de salud y la política, etc. Así mismo, presente coincidencia en relación a que ambas al trabajo en territorios locales (metodologías para la organización y la participación, también empoderamiento) y (perspectiva de equidad y procesos de análisis, acción y evaluación con la participación de los agentes de la comunidad).</p> <p><i>Por tanto, mencionaremos tan solo que tanto al hablar de bienestar como de salud de una comunidad nos estamos refiriendo a aspectos en los que la incidencia del sector sanitario es limitada y en los que</i></p>

*el nivel estructural, social y político es mucho más determinante.* → Considerar el contexto político y social de los acuerdos de paz para la formulación y ejecución del proyecto con cruz roja.

## Apéndice 14.

### Ficha bibliográfica 12.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 12		
Datos básicos del documento		
Título	Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales.	
País	COLOMBIA	
Fecha	2018	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laura Catalina Blandón Lotero</li> <li>▪ Marta Cecilia Jaramillo Mejía</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación</li> <li>▪ Comunidad</li> <li>▪ Actores sociales</li> <li>▪ Salud</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2011-03242018000300091">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2011-03242018000300091</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	Estudios Políticos Salud Pública y Medicina Comunitaria
	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	

Contenido	Metodología	<p>El documento consistió en una revisión analítica de los principales debates y controversias existentes en torno al origen y desarrollo de la PC y PS y que han permitido un acercamiento a la comprensión de la problemática de la significación de este fenómeno en su proceso social → Ubicación histórica del concepto.</p> <p><i>La segunda parte exploró la conformación del subcampo dentro de las ciencias sociales que intentan abordar la PC desde la perspectiva de redes, a partir del paradigma de la complejidad.</i></p> <p><i>La tercera y última parte consistió en considerar el concepto de violencia estructural de Farmer (1996), la propuesta del desarrollo como libertad de Sen (2000) y las nociones del paradigma de la diferencia de Vergara (2014), con el fin de señalar la necesidad de atender, definir y desarrollar la participación social y comunitaria en salud a partir de las desigualdades sociales.</i></p> <p>Con el ánimo de proponer una aproximación analítica de la PCS que problematice su uso y tenga en consideración a los actores, las dinámicas sociales del contexto y las relaciones de poder y, resaltar o presentarla como un fenómeno social, dinámico y NO lineal, definido por sus actores (Organismos Internacionales principalmente).</p> <p><i>Se usaron las bases de datos Ebscohost, Redalyc, JSTOR, PERSEE, Dialnet, SciELO, y los buscadores Google y Google Scholar. Los criterios de inclusión fueron: libros, artículos originales, trabajos de grado, informes, proyectos de investigación y literatura gris que abordara el tema dentro del período 1978-2010.</i></p>
	Análisis e interpretación	<p>Conceptualización de la Participación comunitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La <b>Participación comunitaria</b> toma fuerza a partir de la declaración de Alma-Ata (1978) y ha servido para la elaboración de políticas y experiencias en torno a la salud, haciendo de la <b>PC</b> una <u>estrategia</u> para el logro del acceso universal a la salud y un <u>componente</u> esencial en la organización de la atención en salud.</li> </ul>

- La carta de Ottawa (1986), le confiere un carácter político a la **Participación Comunitaria** al relacionarla con el poder (relaciones de poder), yendo más allá de su carácter instrumental al servicio de la gestión de la salud.
- Posteriormente, con la comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS (2008), apunta a reducir las condiciones de desigualdad de poder de la población, entendida como inequidad y que afecta negativamente en la salud de las personas, para ello, se propone la “entrega de poder” a las personas y a mantener un marco de participación social, conducente a “mejorar las condiciones de vida y de salud de la población”. →Relacionado con el desarrollo y consolidación de la democracia.

La **Participación Comunitaria** se pensó desde la OMS para AL, como una estrategia de promoción rural en la que se atendían la falta de recursos y las diferencias culturales (entendida esta última como una limitante para llevar o prestar los servicios de salud, por tanto, había que “erradicarla”). →Se pensaron 2 estrategias:

- El promotor de salud
- El comité de salud

Basadas en experiencias previas de *formación de líderes comunitarios* y *consejos de salud como parte de los mecanismos de desarrollo*.

En cuanto la **participación comunitaria** en el sector salud, esta ha “promovido” desde 3 enfoques:

- Como un aporte voluntario de la comunidad a programas específicos de la APS.
- Como convocatoria de la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y extensión de la cobertura de dichos servicios.
- Como promoción de las acciones para fortalecer los sistemas de salud impulsados por la OMS.

Con la cumbre del nuevo milenio (2000), se inaugura un nuevo contexto para la PCS a partir de las alianzas entre los diferentes organismos internacionales de salud

e informes macro que relacionan la salud con la economía, desarrollando nuevos discursos y visiones sobre la **participación en salud** orientadas principalmente a una forma de vida democrática y al diseño de formas alternativas de para las políticas de salud, con tendencias hacia la:

- Crítica del poder: *espíritu contestatario y crítico del poder como respuesta a las autoridades médicas.*
- Organización democrática: *una forma de aumentar los niveles de organización de la población.*
- Mecanismo de transformación: que apunta a la realizar cambios sustanciales (estructurales) del sector de la salud.

Pero desde una visión más actualizada, se señala que el *enfoque tecnocrático ha orientado las estrategias de participación a la idea de costo-efectividad, cuyos objetivos son segmentos específicos de población (política focalizada).*  
 → *Como reacción al fracaso de los mecanismos de participación ofertados por el Estado y los organismos internacionales, han surgido iniciativas de reacción local a las precarias condiciones de vida ... como una estrategia de supervivencia, movilizaciones sociales o manifestaciones en entera oposición a las inequidades sociales.* → Se hace un llamado a comprender las experiencias con el fin de fortalecer las capacidades de control y negociación de los colectivos para superar los obstáculos en lo concerniente a la apropiación de recursos materiales y simbólicos de la salud. → Luchas que existen, pero de manera discontinua y en la literatura no hay registros que describan o analicen las acciones de los grupos en torno al proceso de salud-enfermedad-atención.

Por otra parte, *algunas de las disciplinas de las ciencias sociales ... han intentado conceptualizar la participación en salud desde una perspectiva crítica, incorporando conceptos como poder, actores y una nueva noción de comunidad, basados en el paradigma de la complejidad.*

#### **Teoría de redes:**

En el análisis documental se exponen los aportes y desarrollos de la teoría de redes en su aplicación a la PCS.

- *La noción de redes asume la población como heterogeneidades organizadas.*
- La psicología social comunitaria asume las redes como relaciones e interacciones o vínculos que se dan a partir de las mediaciones establecidas y organizadas en torno a un “bien común”, así desde esta mirada no necesariamente se estaría involucrada toda la comunidad.
- El Banco Mundial promueve, a través de proyectos y programas, el fortalecimiento de las redes territoriales, en la que la intención es promover y garantizar la capacidad de autorregulación de la sociedad civil, sin intervenir en sus formas de organización, criterios de representación e interlocución, promovidas desde el Estado. → La lógica oculta es afianzar y legitimar el modelo neoliberal. → Aquí, el poder es asumido como una capacidad para llevar a cabo tareas y responsabilidades, dado que los servicios de salud (políticas) son organizadas de arriba hacia abajo.

La **perspectiva de redes** permite evidenciar, introducir e interpretar la dimensión activa del sujeto y las relaciones de poder que se tejen en torno a la participación en salud. → Relaciones de poder, o más bien, el poder “de las comunidades o actores locales” es invisibilizado por la visión tecnocrática-burocrática de la participación en salud.

Desde esta compleja perspectiva de redes, las autoras conciben la compleja y dinámica PCS a partir de 3 ejes o indicadores de salud (esto podría incluirse también como elementos para la evaluación de las acciones comunitarias):

- *Generación de espacios de encuentros comunitario e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas.*
- *Una clara y concreta circulación de la información.*
- *La posibilidad de los participantes de incidir en la toma de decisiones conjunta.*

La propuesta de entender la PCS desde los actores y no desde la comunidad, deja ver que: *dentro de todo grupo humano existen procesos, tensiones, contradicciones y pugnas por el poder, en diferentes modos de su relación.* → En efecto, la participación comunitaria entraría a operar en la distribución de poder en un conjunto social específico. → De modo que, se centra la mirada *en considerar el*

	<p><i>problema de la existencia de una inequidad en las posibilidades de participación efectiva de la población. →(Esto se relaciona con los factores que favorecen y limitan la PCS de los grupos sociales).</i></p>
Conclusiones	<p><i>La propuesta se centró en identificar la diversidad de contextos, actores, relaciones e intereses, y reconocerlos dentro del marco de la participación en salud, de manera que el sentido y el significado que cada actor particular le imprima a su proceso pueda considerarse por igual dentro de la trama de poder que envuelve las relaciones sociales.</i></p> <p><i>Esta propuesta cobraría especial sentido si se contrastaran, empíricamente, las experiencias de participación de una comunidad rural con algunos desarrollos urbanos y de una comunidad urbana en condiciones de inequidad, de manera que puedan ilustrarse las rupturas, los encuentros y los ruidos que se producen al seguir pensando modelos rígidos de participación que toman como único referente las ideas de urbanidad-ruralidad.</i></p> <p><i>Si bien las desigualdades sociales están marcadas significativamente por su contexto geográfico, en términos del acceso a los servicios de salud y la calidad de vida que tienen los habitantes de la ruralidad, el mundo moderno nos presenta una sociedad fragmentada y compleja que es importante abordar a partir de la consideración de las singularidades de sus partes, considerándolas, reconociéndolas, permitiendo que se organicen, pero no jerarquizándolas y, mucho menos, despojándolas de sentido. He allí el gran desafío de la propuesta de conceptualización de la participación comunitaria en salud aquí expuesta.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p><b>Ideas del documento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La participación y sobre todo la participación comunitaria en salud a tenido cambios a lo largo del tiempo en cuanto al significado que se le atribuye, o más bien, en cuanto a los objetivos que persigue, además, ha estado ligada a procesos de transformación sociopolítica, formas de organización social, diseño de política públicas y a la implementación de múltiples programas en los que aparecen múltiples actores sociales, escenarios e intereses políticos. →Por ende, ha estado cargado de supuestos ideológicos y técnicos, no abordados desde la producción literaria de la <b>Salud Pública</b> (la SP ha abordado <u>la participación social y comunitaria ampliamente, centrándose en el proceso de salud-enfermedad-atención</u>).</li> <li>▪ La Participación en salud, según lo expuesto en el documento, ubica sus orígenes en las Ciencias Sociales y luego es incorporada de manera acrítica y descontextualizada por las ciencias sociales, <i>distorsionando e instrumentalizando su significado.</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciativas de participación comunitaria en salud provenientes del campo de la salud mental, estudiadas empíricamente desde la psicología comunitaria crítica y el paradigma de la complejidad, en articulación con los supuestos de la teoría de redes.</li> <li>▪ <u>Mucha de la literatura que revisa el tema de la participación comunitaria no toma en cuenta que NO todos los miembros de una comunidad están posicionados de forma similar ante la oportunidad de participación.</u> → Esto es hablar un poco de desigualdades o mas bien, de interseccionalidad, como el género, étnica, clase social, etc. <i>Son a su vez afectados por el contexto social, económico, político y cultural que determina la desigual distribución del poder, del prestigio y de los recursos → y que se expresan en inequidades en salud; siendo esto un asunto de justicia social (Pineda, 2012) → Impactan negativamente en la capacidad de los individuos para tomar decisiones sobre su vida. → Estas capacidades como ya se ha dicho, están influidas por las oportunidades económicas, políticas y sociales.</i></li> <li>▪ Los enfoques propuestos para el desarrollo del documento sirven <i>de bases conceptuales para abordar una propuesta analítica que intente entender la participación comunitaria a través de la heterogeneidad de sus actores, sus contextos y sus intereses, y que pretenda alejarse de la dicotómica división conceptual adoptada por el discurso hegemónico de participación en contextos urbanos y aquel impulsado por la declaración de Alma-Ata para realidades rurales o marginales.</i></li> </ul>
--	--

## Apéndice 15.

### Ficha bibliográfica 13.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 13	
Datos básicos del documento	
Título	Participación social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales.
País	COLOMBIA
Fecha	2021

Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Janeth Cecilia Gil Forero</li> <li>▪ Naydú Acosta Ramírez</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación social</li> <li>▪ Modelo de gestión</li> <li>▪ Atención integral en salud</li> <li>▪ Ruralidad</li> <li>▪ Interculturalidad</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145540">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145540</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	SALUD PÚBLICA
	Objetivos y/o Justificación	<i>El objetivo es describir la participación social comunitaria como estrategia para la construcción de un modelo de gestión integral en salud con poblaciones de rurales del Pacífico Colombiano.</i>
Fundamentación teórica		<i>La <b>participación en general</b>, se conoce como el proceso de involucramiento de los diferentes actores sociales, donde sus acciones en diferentes ámbitos de la promoción y atención en salud, propenden por la creación de espacios que favorecen el bienestar y la calidad de vida, destacando el empoderamiento colectivo.</i>
	Conceptos y/o enfoques	<b>Participación social:</b> <i>proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individual o colectivamente a <b>desarrollar capacidades</b> que transformen sus problemas de salud mediante acciones de mejora, a partir de alianzas colaborativas con otros actores sociales de su comunidad o institucionales, acorde a sus competencias y capacidad de gobernanza. (Gallo, Meneses y Minotta, 2014) → Si son pocas o bajas sus capacidades, es también bajo su “nivel” de participación y acción comunitaria → La participación social devela prioridades en la protección en salud que incluyen el saneamiento ambiental, purificación de las aguas, higiene de alimentos y seguridad de los medicamentos, etc. ... estas cuestiones se configuran como sujetos(objetos) de atención en <b>Salud Pública</b>, pues generan problemas de salud debido a riesgos medioambientales.</i>

**Participación ciudadana en salud:** *hacen referencia a un ámbito de carácter individual en el cual se reclaman sus derechos desde una perspectiva de fiscalización.*

**Participación comunitaria en salud:** *involucra un interés colectivo con beneficios sociales compartidos. →Configura una dinámica que involucra a las personas en torno a la toma de decisiones relacionadas a la salud en sus territorios.*

*En los sistemas de salud (ese) empoderamiento, se refiere entonces, a los procesos de gestión social en salud, donde el conocimiento para la toma de decisiones permite arreglos institucionales y sociales para la coordinación, intersectorialidad, transectorialidad y transparencia, en la operatividad del mismo sistema en pro de la transformación social que conduzca a la mejora del nivel de vida de la población. →En el documento se muestra como el desarrollo interno del grupo, toma de conciencia, búsqueda de soluciones y ayuda a sus semejantes, así como el control de sus vidas en cuanto a aspectos de la salud (estilos de vida saludable o prácticas propias de la salud)*

Para las comunidades (rurales), las organizaciones comunitarias son el mayor y principal recurso para la gestión integral y desarrollo local, pues se configuran como actores (y espacios) que promueven la participación social. →Me hace pensar sobre la interlocución entre entes locales del Estado y organizaciones comunitarias, planteando sus necesidades a estos.

El trabajo realizado en esta investigación afirma que, para la construcción de un modelo de gestión integral de la salud (el modelo apunta a la construcción de bienestar de la población, desde un enfoque de derecho a la salud y trabajo intersectorial), se debe partir de:

- Las condiciones de vida las comunidades (consideración de los determinantes sociales)
- Orientar las intervenciones en salud desde un abordaje individual y colectivo
- Reconocimiento de los saberes o practicas propias en salud
- Procesos de gestión (autogestión) basado en participación comunitaria

		<p>Se destaca como logro en este trabajo la conceptualización de la salud (significado propio de los participantes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para la población indígena, la salud se aleja la visión biomédica y presta atención al vivir mucho, sentirse bien y tener donde vivir.</li> <li>▪ Para la población afro, la salud se posiciona como derecho, sentirse útil y poder hacer las cosas.</li> </ul>
Contenido	Metodología	<p><i>Se realizó un estudio con métodos mixtos, y un abordaje con elementos de la metodología Acción Investigación Participación. Se incluyeron técnicas de observación, ocho entrevistas a profundidad a líderes comunitarios, nueve grupos focales y un cuestionario semiestructurado de características poblacionales y de riesgos comunitarios a 547 familias (indígenas y afros) zona rural Buenaventura (Pacífico colombiano).</i></p> <p><i>Se diseñó como estrategia, para el abordaje inicial de la población y posteriormente, dinamizar la acción social de participación, un diplomado que permitiese un espacio de intercambio de saberes; para la conceptualización de un modelo propio, como lo refiere la política de atención integral en salud PAIS y el Modelo de Acción territorial, desde el enfoque intercultural y diferencial.</i></p> <p><i>El número de participantes en la comunidad afro fueron 82 personas y en la comunidad indígena 30</i></p>
	Análisis e interpretación	<p><i>Para construir un modelo de salud basado en la comunidad se requiere reconocer y fortalecer las <b>capacidades individuales y colectivas</b> mediante <u>mecanismos de participación social comunitaria</u>.</i></p> <p><i>La metodología utilizada generó espacios de diálogo y confianza, que promovieron el interés de los diversos actores sociales, ampliando la base del conocimiento sobre la historia local, las prácticas en salud, historias de vida, y ancestralidad.</i></p> <p><i>→Se destaca el diplomado como estrategia de dinamización de la participación en la que se emplearon técnicas didácticas de enseñanza-aprendizaje, como:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Talleres</li> <li>▪ Charlas magistrales</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pictografía</li> <li>▪ Cartografía (social)</li> <li>▪ Juego de roles, etc.</li> </ul> <p><i>Las 112 personas que corresponden al total de participantes de las diferentes etnias, independientemente de su grado de educación y posición social, contribuyeron en forma activa al proceso de investigación, apropiándose de conocimientos en temáticas de salud desde las realidades de los territorios, pero ante todo revalorizando sus saberes propios ancestrales en un ejercicio de “aprender a aprender”.</i></p> <p><i>En cada comunidad se intercambiaron y socializaron sus problemáticas y experiencias, en procesos de diálogo de saberes con los investigadores que logran generar acciones colaborativas para transformar la realidad social de las personas involucradas. → Se retoma nuevamente el interés de la tesis sobre <u>¿cuáles serían los aportes desde el TSG a estos procesos, o sencillamente los TS hacen esto mismo (recordar que el interés es hacia fuera del grupo y no hacia dentro)?</u> → Así, se logra promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas, así como ayudar a los miembros de las comunidades a incrementar el grado de control que ellos tienen sobre aspectos relevantes en sus vidas, fortaleciendo su empoderamiento y permitiendo el desarrollo endógeno → Este trabajo está orientado, en parte, hacia el interior del grupo y hay una ligera <u>relación</u> con lo que se plantea desde la <u>Gestión de la Salud en la Salud Pública</u>.</i></p> <p><i>Este ejercicio de educación en salud desembocó en el <u>desarrollo de proyectos sociales con autonomía, consecución de recursos estatales para mejorar infraestructura, que favorece el bienestar de la comunidad, → un ejemplo de participación y cogestión fue la construcción comunitaria de un puente, que contribuyó a mitigar el riesgo colectivo.</u> → Evidencia las respuestas en la atención en salud que las mismas comunidades le dan a sus necesidades a través de la participación comunitaria o acciones comunitarias.</i></p>
Conclusiones	<i>La participación social es una estrategia crucial en el desarrollo y gestión de modelos de salud integral para enfrentar las necesidades de zonas de alta dispersión rural.</i>

	<p>La construcción de un modelo de gestión integral es compleja, pues por un lado están las limitantes estructurales (entiéndase determinantes), el respeto por las cosmovisiones comunitarias y por la falta de confianza de las instituciones (entendidas como actores sociales o intersectoriales).</p> <p><i>Se destaca con este estudio la participación social y comunitaria como estrategia de desarrollo endógeno del territorio, lo que propicia una gestión colectiva integral dirigida a una transformación social acorde a los recursos y ajustada a las necesidades específicas locales.</i></p> <p><i>La comunidad es quien legitima, valida y permite el desarrollo de las estrategias desde el empoderamiento de la misma y a través de la participación activa del colectivo, apropiándose de su cuidado y tomando la salud como un derecho para el logro del bienestar.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>Para el caso colombiano, se establece en su normativa la salud como derecho humano fundamental.</p> <p>Se presenta una situación en una región concreta que comparte similitudes con las comunidades sujeto del proyecto con Cruz Roja → <i>Las zonas rurales del pacífico colombiano, son altamente vulnerables, por sus problemas sociales, de conflicto armado, pobreza y alta dispersión de sus comunidades generando inequidades en los indicadores de salud que requieren respuestas diferenciales para su contexto geopolítico.</i> → Aunque podría verse también como una expresión común en estos territorios sobre la problemática de la salud en el país y por que no, en el mundo entero.</p> <p><i>el acceso a la atención de salud es uno de los principios básicos para el progreso de una comunidad, paralelo a la disponibilidad y distribución de los recursos sociales, económicos; entre los que se encuentra la educación, el abastecimiento de agua potable, la energía eléctrica, viviendas, manejo de aguas residuales entre otras.</i> → Determinantes sociales de la salud → Como ejemplo se expresa (relacionado con toda la problemática presentada en el problema de la tesis y también contenida en el PCSR):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>A partir de la técnica de observación y recorridos del territorio por los investigadores, se identifican zonas muy contaminadas por excretas y basuras, en ríos y quebradas. El Hospital local, tiene poco control en el manejo de los residuos hospitalarios, que son ubicados en terrenos que se inundan fácilmente y cuando hay crecientes, son arrastrados esos desechos al afluente principal, que en este caso es el río Naya, el cual desemboca en el mar Pacífico, y este problema es agravado por la alta pluviosidad de la región.</i></li> </ul>

Estas iniciativas, proyectos o trabajos requieren de la participación de actores clave para su desarrollo: *Los líderes sociales en las comunidades son actores interesados en el desarrollo y progreso de su territorio, requieren participar de forma activa y continua desde la fase de identificación de necesidades en salud y caracterización de las condiciones sanitarias de su entorno, para generar iniciativas que favorezcan el cuidado ambiental, el autocuidado, con autodeterminación.*

*Construir un modelo de gestión integral, es dar respuesta a las necesidades de una comunidad o de un territorio desde sus problemáticas y recursos propios* → Frente al enfoque biomédico y hospitalocéntrico que apunta a la prestación de servicios sanitarios.

## Apéndice 16.

### Ficha bibliográfica 14.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 14	
Datos básicos del documento	
Titulo	Gestión en salud pública: una manera de participación comunitaria
País	VENEZUELA
Fecha	2014
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Karina Villalobos</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión</li> <li>▪ Salud pública</li> <li>▪ Participación comunitaria en salud</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6430947">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6430947</a>
Información relevante del documento	

Descripción general	Perspectiva disciplinar	SALUD PUBLICA Y MEDICINA
	Objetivos y/o Justificación	<i>El objetivo es analizar la importancia del PFGGSP como política socioeducativa que impulsa a la participación comunitaria en salud para el desarrollo de la salud colectiva en los sectores populares y la transformación de la conciencia social.</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<i>En la <b>gestión de la salud pública</b> es importante expresar y comprender la salud en sus múltiples dimensiones, determinantes y expresiones y se orienten a las prácticas sociales de salud que se refieren al desarrollo y fortalecimiento colectivos de una cultura de la vida y de la salud, de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva, a la gestión de la atención de las necesidades y demandas de salud y a la participación activa en el desarrollo de ciudadanía y capacidad de participación y control social ejercido por la población.</i>
Contenido	Metodología	<i>Para esta investigación la metodología utilizada fue investigación acción participante. →NO explicita la población con la que se trabajó, ni tampoco como fue que se desarrolló la metodología, lo que pone de manifiesto que, si fue un trabajo grupal, no menciona nada al respecto sobre el proceso, las relaciones y características del mismo.</i>
	Análisis e interpretación	<p>Como consideración conceptual para el desarrollo de la investigación se concibe la salud como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>En esta investigación apreciamos <b>la salud</b> en su totalidad como una serie de componentes de distinto orden (social, cultural, espiritual, psicológico, fisiológico, político, económico, ambiental, entre otros) que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias tanto internas como externas que determinan factores de riesgos y/o de oportunidades para los/as sujetos/as, haciendo especial énfasis en que éstos/as deben ser partícipes de sus procesos de salud/enfermedad y asumir su rol protagónico de manera activa y no pasiva en procura del bienestar. →Un aspecto muy importante en la construcción de este concepto es el derecho a la salud, ya que por ser un bien esencial tiene estatutos de derechos humanos y de responsabilidad compartida →“Al igual que Venezuela”, Colombia positiviza la salud, convirtiéndola en un derecho humano exigible ante el Estado, de modo que, como se expresa en el documento, que la asunción de lo público como</i></li> </ul>

*espacio de la gestión en salud se desarrolla como espacio de acción comunitaria tendiente a transformar las condiciones de vida y salud de la población, a través del desarrollo de proyectos capaces de afrontar la realidad en materia de salud pública. →La salud se construye a lo largo de toda la vida, y sólo se alcanza a través del cuidado de nuestro cuerpo, las emociones y los sentimientos. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades*

Más allá de la conceptualización que se hace y de la descripción del programa de formación para la gestión de salud, se expone el elemento base de la participación comunitaria en la gestión de la salud, la cual es la organización (popular) y son:

- *los consejos comunales como formas avanzadas de la organización social y popular, a lo que tendría que sumarle los comités organizados en su seno para resolver problemáticas concretas y tratar de superar las inequidades sociales presentes en cada contexto local.*

*Lo anterior permite a los/as ciudadanos/as participar activamente en los asuntos relacionados con la salud colectiva y el derecho a la vida de los/as miembros/as de su comunidad.*

*Es por ello que el sistema de salud debe avocarse a los cambios generados desde la dinámica y el entramado social fortalecido desde los consejos comunales.*

- *El trabajo realizado afirma que: la participación de y en los comités fue imprescindible para la ubicación de médicos generales en comunidades excluidas y en las casas de familias que se constituyeron en consultorios populares. →Constituye además una experiencia de trabajo comunitario y propulsor de la APS para la atención de las demandas en salud en el territorio.*

*Por lo anterior, la conformación de los comités de salud abre un espacio para la participación conjunta entre las organizaciones de base y las instituciones, creando así la articulación real de las redes de atención en salud y las redes comunitarias. →Pudiéndose consolidar la participación comunitaria en los territorios a través de este “mecanismo”.*

	<p>Cabe mencionar que: <i>El campo de la <b>participación social y comunitaria</b> en la solución de los problemas de salud trasciende a las misiones que compete a la salud pública y se desarrolla en este campo, pero, además, es inherente a otros sectores de la sociedad.</i></p> <p><i>Por otra parte, la participación beneficia que la ciudadanía se involucre en los asuntos públicos, cooperando de forma activa con el resto de las personas, lo que fortalece los lazos sociales y favorece la comprensión de las diferentes culturas existentes.</i></p>
Conclusiones	<p><i>Los resultados más relevantes evidenciados es cómo el PFGGSP da respuesta a las políticas de Estado en materia de salud y educación tomando como eje central a los/as ciudadanos/as, sus condiciones de vida, su interacción con la comunidad y elementos socioculturales contextualizados como determinantes de su situación de salud, por tanto, se hace necesario su implementación en todo el territorio nacional.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>Pone de manifiesto que el concepto de <b>salud</b> a pasado por redefiniciones conceptuales, pero que, la visión reduccionista de la salud se debe a los intereses hegemónicos del sistema capitalista en donde las personas son objetos de lucro o práctica médica. → Por lo que las personas deben ser dependientes de la concepción asistencialista para ser atendidos. → Por ello la denominación de “pacientes”. → Ante esto, como respuesta que recupera la dignidad de las personas, se desarrolla la visión de humanización de la salud, que amplía la concepción de salud y se orienta más hacia la <u>prevención</u>, el <u>empoderamiento</u> y la participación activa de la población para transformar las relaciones de dominación en el marco de la salud. → <i>Cabe destacar que se deben profundizar en las acciones dirigidas a la emancipación individual, colectiva y Estatal.</i></p> <p>El Estado es emisor (y ejecutor) de políticas sociales (públicas) que contribuyen a mejorar el acceso de la población de los servicios de salud y a viabilizar los espacios de participación comunitaria en salud.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b>  El documento centra su desarrollo <i>en las acciones emprendidas concretamente por el Estado venezolano para incrementar la participación y generar cambios endógenos y sostenibles en el tiempo en cuanto a la salud se refiere es la creación de Programas de Formación de Grado que solidifiquen las gestiones que se desean hacer para incrementar los niveles de participación conscientes de las personas, que viene siendo el resultado de la creación de un programa de</i></p>

formación en gestión de la salud pública. *→ que busca la equidad, igualdad y justicia social en el área de la salud pública. → con el fin de formar profesionistas con conocimientos, habilidades y actitudes para estudiar las necesidades de salud y los factores que las predisponen en los grupos sociales para contribuir en la búsqueda de estrategias sociales y lograr la satisfacción de estas necesidades mediante programas de promoción, prevención y gestión social, adoptando una actitud sensible, crítica, propositiva y con un alto sentido humanista*

Se propone entonces un programa académico de formación en el que los estudiantes trabajan con la comunidad en el diagnóstico de su situación de salud, para luego crear estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *→ atendiendo a los paradigmas emergentes de la investigación social y asumiendo el trabajo en equipo con una visión multidisciplinaria donde convergen no sólo los saberes científicos sino los populares; a pesar de ser un Programa de Formación de reciente data ha mostrado resultados favorables para la transformación de la conciencia social.*

- *Los programas de formación y capacitación de promotores/as sociales comunitarios/as en salud forman parte de los programas académicos de nivel universitario y básico del campo de la salud. → Se equipara a la capacitación de los comités y promotores de salud en el proyecto de Cruz Roja.*
- *el PFGGSP, promueve la utilización de la IAP como una de las maneras de hacer investigación en los proyectos comunitarios en salud.*

## Apéndice 17.

## Ficha bibliográfica 15.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 15		
Datos básicos del documento		
Título	Participación de los consejos comunales en la gestión de los servicios de salud del municipio de San Francisco, estado Zulia	
País	VENEZUELA	
Fecha	2021	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jean Ortega Moreno</li> <li>▪ Blanca González Pertuz</li> <li>▪ Jhonathan Romay Vega</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participación</li> <li>▪ Consejos comunales</li> <li>▪ Gestión</li> <li>▪ Servicios de salud</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="http://ojs.urbe.edu/index.php/cicag/article/view/3618/4930">http://ojs.urbe.edu/index.php/cicag/article/view/3618/4930</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	ADMINISTRACIÓN
	Objetivos y/o Justificación	<i>El presente artículo tuvo como objetivo analizar los mecanismos de participación de los consejos comunales en la gestión de los servicios de salud del municipio San Francisco.</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<i>La <b>participación ciudadana</b> establece el vínculo entre las estructuras socio–estatal, basada en una diversidad de dispositivos institucionales que orientan un todo un proceso que engloba aspectos de la comunicación para poder estrechar la relación entre los sistemas social y estatal. →es por ende una herramienta que permite que la gente recupere el verdadero sentido de la democracia, poder del pueblo y para el pueblo. →Esta a su vez contempla aspectos políticos, ideológicos, jurídicos, sociales y económicos (y se desarrolla en esos mismos espacios)</i>

→(Núñez, 2007) *el medio privilegiado de socialización de las decisiones y acciones colectivas a través de la intervención de los actores en esferas públicas, por lo que, al hacerlo generan espacios de decisión política, así como mecanismos de redistribución, control y administración de recursos sociales.* →Por otro lado, Cunill (1991) *la define como todas aquellas experiencias que conllevan a la intervención de los individuos en las actividades públicas para hacer valer los intereses sociales.*

Esas diferentes acepciones de la participación o espacios donde se desarrollan le atribuyen un contenido concreto, para el caso del documento, la **participación comunitaria** aparece como aquella en la que los miembros de la comunidad tienen el deber de gestionar los servicios de salud, para así cumplir con las leyes del estado. →Son a mi percepción unos funcionarios más del Estado. →En Venezuela, esta concepción de la participación en sus diferentes concepciones y promovida por la carta magna es lo que origina el nacimiento de los **consejos comunales**.

De lo anterior se desprende *La inclusión de los **Consejos Comunales** en el modelo de la democracia participativa es parte fundamental de la misma, ya que surgieron de la necesidad de conciliar un espacio dentro de **la gestión pública**, en el que resulta relevante su articulación con la **organización social**, pues el estado tradicional, omnipresente y sobresaturado de responsabilidades, debe dar paso a una relación más equilibrada, menos dependiente, en el que la sociedad, a través de sus **mecanismos de participación** pueda efectivamente incidir en la **gestión pública** y sus resultados.* →A partir de las lecturas anteriores, esto es una propuesta realizada por organismos internacionales como la OMS y el BM. →se puede advertir que los consejos comunales, representan la organización que le permite al pueblo ejercer y gestionar sus derechos vinculados a la solución de problemáticas sociales atinentes a la puesta en marcha de políticas públicas, con el objetivo fundamental dar respuesta a las demandas y aspiraciones de la comunidad. →El consejo comunal es visto como un espacio donde participan individuos y no como una estructura grupal.

*El proceso de participación dentro del sector salud en América Latina, es considerado fundamental para lograr elevar el nivel de vida y de salud de la población.*

Los mecanismos de participación de los consejos comunales en la gestión de la salud, de acuerdo con la normativa de Venezuela, son:

- Asamblea de ciudadanos: medio de participación de carácter deliberativo y las decisiones tomadas en su interior son de carácter vinculante.
- Referéndum: es consulta popular, se expresa en opiniones o deliberación.
- Presupuesto participativo: se refiere a la práctica (derecho y deber) de los miembros de la comunidad a deliberar y decidir sobre el presupuesto de inversión anual en el municipio (entiéndase territorio), esto es: la formulación, la ejecución, control y evaluación de la asignación de recursos.
- Rendición de cuentas: *Es un proceso de gestión ... en que la comunidad participa en los asuntos financieros asignados para la resolución de necesidades.*
- Control social: dispositivo de gestión por medio del cual individuos y colectivos vigilan y controlan la gestión del municipio.

La **salud**, por su parte *se puede concebir como el resultado de complejas interacciones que producen bienestar a la persona y a la colectividad. Estas interacciones ocurren entre la persona y su mundo de vida; entre ese mundo de vida y su hábitat; entre lo psicológico y lo social; entre lo físico y lo social; entre lo material y lo inmaterial, entre el cuerpo y la mente. Asimismo, comprende el conjunto de condiciones biológicas, materiales, sociales y culturales que incluyen las condiciones de vida de las comunidades, como la alimentación, el acceso a servicios de salud, el saneamiento y la alimentación.*

En cuanto a la **gestión**, *puede asumirse como la organización y disposición de los recursos para obtener los resultados esperados, o puede generalizarse como una forma de alinear esfuerzos para alcanzar un objetivo, a partir de un abanico de posibilidades. → De manera más precisa, es el proceso mediante cual se planifica,*

		<i>organiza, ejecuta y controla la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización para el logro de las metas y objetivos.</i>
Contenido	Metodología	<p><i>El tipo de investigación fue descriptiva y documental, con diseño transeccional, no experimental y de campo. La población estuvo conformada por 21 consejos comunales de la parroquia Domitila Flores, teniendo como sujetos de interés a los voceros que conforman los comités de salud, contando con 105 actores clave en la investigación.</i></p> <p><i>La población a estudiar se seleccionó considerando que los miembros de la comunidad residen en la zona o área de influencia, las cuales poseen características e intereses comunes; asimismo, se escogió a los miembros que integran los comités de salud de los consejos comunales de la institución. →La población seleccionada participa en la ejecución de programas y proyectos de salud que se desarrollan en el Ambulatorio urbano III, el Silencio.</i></p>
	Análisis e interpretación	<p><i>En relación con el objetivo de la investigación, el cual estuvo orientado a analizar los mecanismos de participación de los consejos comunales en la gestión de los servicios de salud de la parroquia Domitila Flores del Municipio San Francisco.</i></p> <p><i>El documento presenta un cuadro en el que toma como indicadores los mecanismos de participación y a partir de estos mide la participación de los 105 actores clave, realizando una tabla estadística descriptiva.</i></p> <p><i>Con base en los resultados presentados, se interpreta que en la gestión de los servicios de salud de la parroquia Domitila Flores del municipio San Francisco se identificó un mediano nivel de participación de los ciudadanos en lo que respecta a los mecanismos. Entre esos mecanismos de participación destaco el control social, el referéndum y la rendición de cuentas como posibles fortalezas; mientras que el presupuesto participativo y la asamblea de ciudadanos y ciudadanas son proclives a ser considerados como debilidades.</i></p>
Conclusiones		<i>los mecanismos de participación son necesarios para incidir en el contenido y orientación de las políticas públicas; esto implica el sentimiento de los ciudadanos de involucrarse en el juego político. Por lo tanto, es necesario que los mismos formen parte activa en la solución de los</i>

	<i>problemas de interés general de la comunidad, con ello se convertirían las debilidades en fortalezas.</i>
Observaciones y comentarios	<p>El documento resalta la importancia de hacer uso de los mecanismos de participación que promueve el Estado en su carta magna, así como dar a conocerlos. Esto, con base en el proyecto con cruz roja, se puede interpretar como un proceso de capacitación (empoderamiento) de los participantes del proyecto, con la finalidad que ellos y la comunidad hagan uso de estos mecanismos y logren participar de los procesos de gestión que se desarrollan en el municipio. →Sin embargo, el documento se limita solo a presentar si la población seleccionada hace uso de los mecanismos de participación, dejando fuera aspectos como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Por qué algunas veces sí y otras veces NO participa la comunidad en la formulación, ejecución y control del presupuesto asignado a los programas de salud?</li> </ul> <p>Por otra parte, se considera valioso para la tesis las contribuciones teórico-conceptuales para entender y promover la gestión de la salud mediante la participación de la comunidad a través de los consejos comunales, que como estructura para atender las necesidades comunes cuenta con el comité de salud.</p> <p>Surge la pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo, cuándo y dónde se hace uso de estos mecanismos en el caso colombiano y de los comités de salud en los territorios sujetos del proyecto?</li> </ul>

**Apéndice 18.***Ficha bibliográfica 16.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 16		
Datos básicos del documento		
Titulo	Los consejos comunales y la gerencia social comunitaria	
País	VENEZUELA	
Fecha	2016	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ María Fátima Pinho de Oliveira</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consejo comunal</li> <li>▪ Participación</li> <li>▪ Gestión social</li> <li>▪ Gerencia social y comunitaria</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646131002.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646131002.pdf</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	DERECHO
	Objetivos y/o Justificación	<i>El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer los aspectos teóricos sobre cómo actúa la gerencia social comunitaria en favor de los Consejos Comunales.</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<i>La <b>gestión social</b> ha sido definida como la construcción de diversos espacios para la interacción social. Se trata de un proceso que se lleva a cabo en una comunidad determinada y que se basa en el aprendizaje colectivo, continuo y abierto para el diseño y la ejecución de proyectos que atiendan necesidades y problemas sociales (apuntando al cambio social donde se superen, la pobreza, la inequidad y los determinantes sociales de la salud, entre otros y a la generación de destrezas de quienes participan, es para el investigador un escenario para el desarrollo del empoderamiento comunitario). →La gestión social implica el diálogo entre diversos actores, como los gobernantes, las empresas, las organizaciones civiles y los ciudadanos. →Y los abordajes o aplicación de la gestión social se dan de la</i>

mano de: Derecho, Trabajo Social, Educación, Sociología, Antropología e inclusive la Psicología Social.

La autora señala los elementos de la gestión social

- Conformación y formación de grupos de base: Devolver la confianza de los sectores vulnerados a través de la formación de estos como gestores sociales en sus territorios. → Entiéndase también, promotor de salud.
- Reconocimiento como personas integrales: Se refiere al reconocimiento de los miembros del grupo como personas dignas, con sus historias y saberes, por lo que acá la gestión social apunta a *ayudarles a construir herramientas para manejar conscientemente su saber y estar en mejores condiciones para afrontar los desafíos*.
- Diagnóstico: *se trata de detectar necesidades, expectativas, problemas, fortalezas, debilidades y oportunidades de los integrantes de una determinada comunidad* → Se trata de crear conciencia en el grupo sobre la realidad que viven (en materia de salud).
- Participación comunitaria: Parte de la idea de comunidad y su tarea de ser dueñas y responsables de su destino (salud) poniendo de manifiesto en las agendas de los actores sociales locales, nacionales e internacionales las necesidades sentidas por ellos, lo que implica ser parte en los **procesos de organización, planeación, ejecución y evaluación de los proyectos sociales o políticas sociales**.
- Planeación estratégica: Es un proceso de concertación entre los actores comunitarios que consiste en tomar decisiones en una línea temporal (corto, mediano y largo plazo), considerando todos los elementos que interactúan en la comunidad, como potencialidades, recursos, barreras, alianzas, etc. y la delimitación de los objetivos para su concreción.
- Trabajo en equipo: Es necesario para el éxito de las acciones comunitarias los roles y funciones que definen los equipos de trabajo, más cuando se trata de un trabajo colaborativo, pues la suma de recursos garantiza el logro de los objetivos. Igualmente significa beneficios en materia de mayor organización y conocimientos “adquiridos y compartidos”.

- **Liderazgo:** *En los procesos de organización y participación comunitaria es preciso reconocer el papel fundamental que juega la existencia de líderes ... porque estimulan e incentivan a los miembros de sus comunidades a actuar, a decidir, a participar.* → Influencia, otro de los elementos en los que se centra el TSG. → *Los grupos perciben las habilidades que deben reunir los líderes de acuerdo con las necesidades, los objetivos y los resultados esperados. De ahí, que los líderes dentro de un grupo pueden variar según el cambio de las circunstancias.*

*La **gerencia comunitaria**, se refiere a la coordinación colectiva en el manejo de los recursos **autogestionados**, a través de un pensamiento y proceso estratégico que formule la dirección que guiará la comunidad por medio de la **planificación, organización, dirección y control** y que busque el cumplimiento de la misión y objetivos a través de estrategias claras, definidas por la propia comunidad. (Pérez, 2012 p.69). → Se trata también de empoderar a las comunidades para los procesos gerenciales sean más eficientes y gestados desde las comunidades.*

*La **Gerencia Social** es una estrategia que se base en los criterios de la equidad, la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad, que permite orientar la **toma de decisiones**, las acciones a seguir y el **seguimiento y evaluación de los resultados alcanzados**. → la gerencia social no debe ser solamente una preocupación por la distribución equitativa del ingreso, sino también por la distribución equitativa del conocimiento.*

*La **gerencia social comunitaria** nace como una necesidad de administrar los recursos que pertenecen a la sociedad. Este nuevo modelo de administrar, se está utilizando principalmente en los consejos comunales, ya que ellos son los encargados de asignar y dar buen uso a los recursos que les otorga el Estado. → Se relaciona a su vez con el capital social, entendido como los beneficios producidos por la acción comunitaria, asimismo como la capacidad de las comunidades de generar esos beneficios, así, la **GSC** apunta a la generación de capital social.*

		Finalmente, los <b>consejos comunales</b> son auspiciados y regulados por la normativa en el Estado venezolano como un mecanismo de pasar de la democracia representativa a la democracia participativa y protagónica, sin embargo, su vínculo es con el Estado, pero sus intervenciones son en los municipios (espacios locales y/o comunitarios). → Además de ser una estructura, para la participación de la comunidad, es también un medio para fomentar el ejercicio de la ciudadanía y el relacionamiento con otros actores sociales aparte del Estado y los gobiernos locales. → Este relacionamiento implica conflicto, negociación y canales de comunicación o diálogo.
Contenido	Metodología	
	Análisis e interpretación	
Conclusiones		<i>Los Consejos Comunales han sido conformados por los respectivos vecinos de la comunidad, cuyos integrantes son seleccionados en el seno comunitario, quedando a discrecionalidad del elector la apreciación la capacidad administrativa y gerencial del elegido, con el agravante de que los integrantes deben tomar decisiones que no solo dependerán de cuestiones racionales sino también en la percepción en que influyen los factores subjetivos, culturales, donde está inserto el libre ejercicio de un poder. → No centrar el peso de la dirección o la gestión en un solo miembro, lo “ideal” sería democratizar el liderazgo entre los miembros.</i>
		<i>En presencia del capital social los individuos pueden lograr objetivos, individuales y colectivos, que serían más difíciles de materializar si dicho capital no existiera en dosis considerables. Pero es en la combinación con otros tipos de capital que el capital social adquiere su mayor potencialidad, en cambio aislado no se percibe como un elemento importante.</i>
		<i>Un grupo de individuos con fuerte <b>cohesión grupal</b> y <b>sentido de pertenencia</b> tienen por ende un acervo de capital social importante. Es el tipo de capital social producto de lazos familiares, amistosos o de alguna otra característica que los identifica como similares o pares. Pero este tipo de capital social resulta poco potenciador si el grupo en cuestión está aislado o no tiene contactos con los centros de toma de decisión económica y social. Por lo tanto, <u>cobra importancia la capacidad de establecer puentes entre grupos, más allá de los individuos, y eslabonar a los grupos locales con otros ubicados fuera de la comunidad de referencia.</u> → Lo subrayado hace alusión de los elementos en los que interviene el TS desde el método de Grupos. Y el trabajo en REDES.</i>

Observaciones y comentarios	<p><i>La organización surge como producto de la unión de los esfuerzos individuales en la perspectiva de enfrentar de manera conjunta la solución a los problemas detectados y/o promover intereses específicos.</i> → Se plantea la idea de necesidad común sentida por todos como el elemento constitutivo de las organizaciones sociales de base, ejemplo son las que actúan en los territorios sujetos del proyecto con Cruz Roja.</p> <p>Un elemento constitutivo del Estado-democrático es el derecho inalienable de la participación.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Los consejos comunales en Venezuela y España son el equivalente a las Juntas de Acción Comunal en Colombia.</p>
-----------------------------	--

## Apéndice 19.

### Ficha bibliográfica 17.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 17	
Datos básicos del documento	
Título	El poder gerencial de los consejos comunales.
País	VENEZUELA
Fecha	2014
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ María Lourdes Sánchez</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poder</li> <li>▪ Procesos participativos</li> <li>▪ Consejos comunales</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA
Ubicación	<a href="https://www.redalyc.org/pdf/709/70930407004.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/709/70930407004.pdf</a>
Información relevante del documento	

Descripción general	Perspectiva disciplinar	ADMINISTRACIÓN
	Objetivos y/o Justificación	<p>General: <i>se persigue como objetivo general en este artículo, comprender el poder gerencial en los procesos participativos y las acciones desplegadas por los Consejos Comunales</i></p> <p>Específico: <i>La presente investigación tuvo como propósito interpretar el término poder de la gerencia en las acciones desplegadas por los Consejos Comunales del Municipio Naguanagua y Valencia del Estado Carabobo en el primer semestre del año 2012; en comparación con otros Consejos Comunales que hacen vida en otras regiones del país, donde las políticas y acciones definidas por la organización alcanzan sus objetivos.</i></p>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><i>Los <b>consejos comunales</b> son organizaciones que permiten que la población más necesitada mejore su calidad de vida, ayudándola en salud, seguridad, dotación de servicios, donde la gente sienta que participa en la solución de problemas comunes. →Esta estructura mantiene “siempre” una relación con la sociedad y dicha relación está atravesada por la cultura, las políticas, los valores, lo cotidiano, los sentimientos y las expectativas de los individuos. →se destaca la participación de los Consejos Comunales en la <b>planificación y el control de la economía</b> por medio de proyectos sociales, es por ello, que estas <b>organizaciones sociales</b> pasan a asumir funciones y responsabilidades, convirtiéndose en un núcleo estratégico donde lo primordial es formular, ejecutar y controlar las políticas públicas para satisfacer las necesidades prioritarias de su comunidad.</i></p> <p>En los consejos comunales los miembros se seleccionan de dentro de la comunidad y de entre ellos se elige a la persona que los demás considera que cuenta con capacidad administrativa y gerencial, para que tome decisiones sobre los problemas sociales que afectan a la comunidad. →sin embargo, los <i>integrantes deben tomar (apoyar) decisiones, que no solo dependerán de cuestiones racionales, sino también de la percepción en el que influyen los factores subjetivos, culturales, donde está inserto el libre ejercicio de un poder.</i></p>

Contenido	Metodología	<p>Estudio documental.</p> <p><i>Con el fin de conocer los requerimientos de las organizaciones sociales y problemáticas existentes en los Consejos Comunales, la experiencia llevada a cabo por la investigadora en el primer semestre del año 2012, a través del análisis documental y (8) entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes claves de los Consejos Comunales y Comunidad que agrupan diferentes zonas del Estado Carabobo.</i></p> <p><i>En tal sentido, haremos un recorrido del conocimiento del poder desde su concepción filosófica y política, hasta la sociológica y administrativa, para lograr una aproximación a la naturaleza del poder en el gerente social. → La metodología consistió en interpretar teorías existentes sobre el poder con apoyo en fuentes bibliográficas y electrónicas, aunado a entrevistas a los Consejos Comunales del estado Carabobo y visitas a sus páginas Web, en el caso del Consejo Comunal Los Roques y Consejo Comunales de Chacao.</i></p>
	Análisis e interpretación	<p>Al compararse con otros consejos comunales, la autora da cuenta que estos tiene formas particulares para tomar decisiones.</p> <p>En la investigación, la autora expone las problemáticas que aparecen en los consejos comunales, <i>la falta de integración a un sistema de tecnología de la información, falta de formación gerencial dirigidas a lo técnico como a lo social, falta de consenso y poder en la toma de decisiones y en la gestión de los recursos materiales, financieros y humano, donde lo complejo se hace más complejo por estar el ámbito político vinculado con estas organizaciones.</i></p> <p>Durante el recorrido de lo conceptual del <b>PODER</b>, a través de diferentes posturas, la autora va expresando, con base en las concepciones que ha tenido a lo largo del tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>en cuanto a lo político, el poder ha sido entendido como la <b>capacidad de la que se dispone o de la que se carece</b>; como una institución que para ser legítima supone el consentimiento de aquellos sobre los cuales se ejerce</i></li> </ul>

*una autoridad* → Toma como base las ideas de Aristóteles, Platón y Maquiavelo.

- *en la perspectiva sociológica del poder nos presenta un aspecto fundamental: la legitimidad. Esta se refiere al grado en el que el poder se reconoce como válido y justificado por la gente en una relación.*  
→ Tomando a Marx, Hobbes y Weber.
- *es un instrumento difuso y persuasivo de **control social**, que solapadamente forma parte del propio tejido social, que es casi invisible, que se presenta frecuentemente disfrazado, pero que es siempre eficaz en la determinación de los comportamientos de los individuos y de los grupos, en cuya base están las normas, discursos, creencias, valores, conocimiento, participación y tecnología, etc., que generan constantemente una autorregulación de las actuaciones de los ciudadanos* → Tomando las ideas de Foucault.

*se hace énfasis en el hecho de que no existe poder sin interacción social, de modo que toda descripción de éste será la descripción de una relación.*

A partir de estas consideraciones teóricas, la autora propone el ejercicio del poder como una habilidad a desarrollar en los procesos gerenciales de la acción comunitaria a través de los proyectos gestados por los consejos comunales. → Los consejos comunales son considerados grupos. De este modo:

- La autora plantea que los grupos pueden desarrollar poder a partir del aumento de las nuevas relaciones con otros grupos, *porque comparten información y les brindan apoyo* (toma como referencia las fuentes de poder de Gondon (1997)).
- Para la autora, *es importante tener presente, que los Consejos Comunales de acuerdo a su concepción legal funcionan como redes sociales donde el*

		<p><i>poder que otorgan sus integrantes juega un papel importante para transmitir conocimientos a generaciones sucesivas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>surge la necesidad de formar un <b>gerente</b> en el contexto de los <b>Consejos Comunales</b>, que interactúe con la comunidad y con el entorno que rodea la misma y además, cobre valor las personas como individuos propietarios de sentimientos, emociones, racionalidad, espiritualidad y del talento que se convierte en el recurso más importante para las <b>organizaciones</b>, donde aumente su compromiso con la sociedad y el sentido de colaboración, orientando sus energías creativas hacia la definición de un proyecto de futuro sólido y consistente que permita el seguimiento y revisión continuada de las acciones emprendidas ante cualquier cambio.</i></li> </ul> <p><b>El poder como habilidad gerencial</b> tiene una existencia real, cotidiana, siendo alguna de sus características la fuerza, el dominio, la influencia, el mando, etc.</p>
Conclusiones		<p><i>Se llega a una reflexión que existen Consejos Comunales en diferentes regiones venezolanas, que manifiestan su capacidad y dominio sobre el desarrollo de sus actividades permitiéndole un rol protagónico en la planificación, evaluación y control en la gestión pública, demostrando ser una organización saludable con un objetivo en común que se traduce en bienestar social; enlazando la filosofía, la tecnología y la sociedad.</i></p> <p><i>El poder debe ser generado por el conocimiento del ser que integra el Consejo Comunal, no solo porque es una necesidad organizacional, sino que también juega un papel relevante, en el plan estratégico del Estado Venezolano, donde se destaca la participación de los Consejos Comunales en la planificación y el control de la economía por medio de proyectos sociales, y ejercer directamente la gestión de las políticas públicas, fiscalizar, controlar y supervisar el manejo de los recursos asignados y generar proyectos orientados que den respuesta a las necesidades y aspiraciones de las comunidades para obtener mejor calidad de vida.</i></p>
Observaciones y comentarios		<p><i>Por tal motivo se considera como aporte fundamental de esta investigación, analizar el ejercicio del poder de los integrantes de estas organizaciones como personas racionales, emocionales y sociales, ya que existen Consejos Comunales en diferentes regiones del país, que responden a normas y patrones de conductas preestablecidas, que se integran a un sistema de tecnología (INTERNET), que reconocen que para sobrevivir en la sociedad actual deben estar constituidas primordialmente</i></p>

*por el talento de la gente, como es el caso de los Consejos Comunales.* →Existen también otros consejos comunales a parte de los existentes en los municipios de la Macarena y Caquetá que tienen su propia cultura, entendida como los valores que persiguen y que son potenciales aliados para la construcción de sistema de salud integral e intercultural.

## Apéndice 20.

### Ficha bibliográfica 18.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 18	
Datos básicos del documento	
Título	Transformación social de las comunidades desde la visión de liderentes
País	VENEZUELA
Fecha	2016
Autor(es)	Elica Emperatriz Navas Díaz
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunidad</li> <li>▪ Líder</li> <li>▪ Gerente</li> <li>▪ Liderente</li> <li>▪ Resiliencia</li> <li>▪ Asertividad</li> <li>▪ Comunicación</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7088715">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7088715</a>
Información relevante del documento	
Descripción general	Perspectiva disciplinar PSICOLOGIA SOCIAL

	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido	Metodología	
	Análisis e interpretación	<p>El documento plantea como necesidad la formación de <b>liderentes</b>, los cuales son considerados como <u>líderes</u> y <u>gerentes</u> de las comunidades o consejos comunales, para lo cual fundamenta la necesidad de formar gobiernos locales con conocimientos técnicos, competencias y que cuenten con los recursos necesarios para lograr una sociedad (Venezuela) más democrática, superando <i>problemas de administración de recursos financieros para ejecutar obras físicas por no contar con la información básica, que les permitiera la eficacia del mismo, como manejo de libros contables, elaboración de presupuestos, planificación estratégica, control de procesos, entre otros aspectos administrativos y gerenciales, que involucran de igual manera, elementos comunicacionales, de interrelación personal y motivación para la participación ciudadana.</i></p> <p>A demás, presenta un breve recorrido sobre los cambios sociopolíticos en el país y la necesidad de respaldar esos cambios a través de la normatividad, como aquella que da origen a la conformación de los consejos comunales.</p> <p>Por otra parte, inicia su desarrollo a partir de los planteamientos de la teoría de Donald Klein (2008) sobre la valoración de la comunidad como sistema social, definiendo 4 procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Comunicación</u>: entendida como los canales formales e informales para comunicar, así como el acceso, los espacios y los medios para hacerlo. →Transmitir ideas, valores y conocimientos. →<i>comunicación como estrategia para masificar información oportuna, concretar propuestas, sumar voluntades entre otros aspectos que deben funcionar asertivamente en los consejos comunales.</i> →Comunicación asertiva, la cual propicia el entendimiento entre actores sociales.</li> <li>▪ <u>Toma de decisiones</u>: Se propone desde el punto de vista individual, es decir, el “liderente” que sabe y actúa en pro de su comunidad.</li> </ul>

→ *identificado como líder con empatía y resiliencia, que logra interesar a la comunidad y motivarla a ser partícipe de su transformación social, además que con sus ideas fomenta la toma de decisiones acertadas.*

- **Enlace del sistema:** Hace referencia a todas aquellas relaciones de interdependencia que existen entre los grupos y las organizaciones de una comunidad (actores sociales).
- **Límites del sistema:** Entendida como aquellas fronteras que separan un sistema de otro (grupos u organizaciones), que bien pueden ser por ubicación geográfica o político-sociológica.

Otro desarrollo al respecto, es sobre el líder (es aquel que es capaz de influir en los demás y toma en consideración las necesidades colectivas y soporta su acción en la **gerencia social**, siendo la **planificación estratégica** un elemento fundamental de esta **gerencia social**), que, al hablar de este es hablar de **liderazgo comunitario** y este, a su vez, conlleva a hablar de **liderazgo transformacional**. Adicionalmente, liderar en cualquier espacio implica contar con las siguientes características:

- Honestidad
- Transparencia
- Carisma
- Capacidad de organización
- Minuciosidad
- Justicia
- Lealtad
- Fiabilidad
- Respeto
- Escucha
- Comunicar
- Etc.

(Necesidad de extrapolarlo a los comités de salud como estructura o grupo que lidera).

	<p><i>Hoy en día desde los <b>consejos comunales</b>, se deciden las obras a ejecutar en sus comunidades, a través de las discusiones de presupuestos participativos con el ejecutivo nacional, regional y local.</i></p> <p><i>Por ello es necesario describir las <b>capacidades de un gerente</b>, las mismas que se deben extrapolar hasta el seno de las comunidades, estas son habilidades técnicas, humanas y habilidades conceptuales deben unirse dando paso una forma de participación más cercana a la gente y más efectiva para la interacción social transformadora, se trata del liderente. → Acá no se trataría de liderente sino de comité de salud (rural).</i></p> <p>Hace mención de la resiliencia como capacidad: la cual consiste en convertir las adversidades en oportunidades para la transformación social.</p> <p>Para ir cerrando su desarrollo del tema, expone la gerencia social como indispensable en el accionar del liderente (comité de salud), consistiendo en (la planificación estratégica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sintetizar principios básicos de formulación de políticas sociales, como:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- La participación ciudadana (de los grupos sociales involucrados en políticas).</li> <li>- Generación de consenso a través de la negociación.</li> <li>- Generación democrática de políticas de estado a largo plazo.</li> </ul> </li> </ul> <p>Finalmente, antes de concluir, expresa que la visión de transformación social del liderente se basa en el paradigma sociocrítico.</p>
Conclusiones	<p><i>Se debe establecer una comunicación asertiva y eficaz, capaz de captar adeptos a la idea que el equipo es más importante que el líder individual, erradicando en las organizaciones comunitarias, como los consejos comunales, la verticalidad de la estructura protagónica, planteada en las vocerías.</i></p> <p><i>El estado ideal es la estructura horizontal, que en los últimos años se ha llevado con resultados satisfactorios a las organizaciones y sectores empresariales. Dicha visión horizontal, despierta los liderazgos natos, que se deben identificar y se convierten en los principales actores de la transformación. → De esta forma la comunidad contará con liderentes preparados para identificar</i></p>

	<p><i>necesidades, establecer responsabilidades y tomar decisiones acertadas para la satisfacción de las misma</i></p> <p><i>los Consejos comunales son concebidos por el marco jurídico venezolano como instancias de participación protagónica del pueblo, y son un claro ejemplo de la democracia participativa. Estas premisas que se describen para que sean efectivas, deben contar con una estructura horizontal que involucre el liderazgo colectivo y la motivación de un liderente. →Un líder que domine herramientas gerenciales relacionadas con la planificación, proyectos, seguimiento y función contralora, además de aspectos administrativos importantes para la ejecución financiera. →Pero lo más importante son las habilidades para relacionarse con las personas, la confianza, el respeto a la autodeterminación, al derecho ciudadano, el emprendimiento y la sinergia para propiciar voluntariamente los cambios.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p><i>Idea que considero fundamental del documento: para liderar a una comunidad, no basta con ser elocuente y audaz; es necesario tomar en cuenta otras habilidades y muchas de ellas son propias de los gerentes tanto de sectores públicos como privados.</i></p> <p><i>Apuntes sobre la necesidad de un “liderente” dentro los consejos comunales (comités de salud): Un vocero es concebido erróneamente como aquella persona de la comunidad, que por haber sido electa por la mayoría de los habitantes de la misma, está en la obligación de gestionar en solitario la solución de los problemas que les afectan. →por ello para dar un salto agigantado hacia la verdadera democracia protagónica, se debe transformar los liderazgos. →Para lograr el proceso de empoderamiento del pueblo y dinamizar la participación mediante la organización se inicia un proceso jurídico soportado en la Constitución →Se asocia con las oportunidades generadas por el acuerdo de paz, el cual posibilita la creación de normativas en pro de la participación social en salud, sumada los antecedentes o avances en Colombia sobre este aspecto.</i></p> <p><i>Se hace mención del <b>poder</b> desde una perspectiva de <u>clases sociales</u>: <i>El Poder Popular es, por tanto un mecanismo mediante el cual se van transfiriendo de manera inmediata o paulatina las funciones de planificación, presupuestos y toma de decisiones, empoderando a la sociedad y transformando la democracia representativa burguesa en democracia participativa y popular.</i></i></p>

	Aunque se presenta como una conclusión, la destaco como un aspecto a tener presente, pues el documento habla sobre individuos que toman el papel de líder, pero el objetivo de la tesis es hablar de liderazgos o de comité de salud como estructura organizativa y comunitaria que lidera procesos, por ello: <i>las personas asertivas deben ocupar estos espacios de participación, ellas tienen el éxito garantizado al saber escuchar las críticas, evaluarlas si son pertinentes y luego negociar los cambios de comportamiento deseables.</i>
--	--

## Apéndice 21.

### Ficha bibliográfica 19.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 19	
Datos básicos del documento	
Titulo	Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín (Colombia)
País	COLOMBIA
Fecha	2020
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Juan Camilo Molina Betancur</li> <li>▪ Andrés A. Agudelo Suárez</li> <li>▪ Eliana Martínez Herrera</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentido de coherencia</li> <li>▪ Áreas de pobreza</li> <li>▪ Desarrollo comunitario</li> <li>▪ Promoción de la salud</li> <li>▪ Ciudades</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA
Ubicación	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301151">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301151</a>
Información relevante del documento	

Descripción general	Perspectiva disciplinar	CIENCIAS DE LA SALUD
	Objetivos y/o Justificación	<i>Describir cómo la comunidad del Barrio El Faro identifica sus activos comunitarios, los utiliza para hacer frente a los desafíos de la vida mediante la capacidad de agencia colectiva y genera procesos de desarrollo comunitario, aplicando la teoría salutogénica que considera a las personas como sujetos activos, con capacidad para conservar y generar salud y bienestar, mediante el uso de sus propios recursos, denominados «activos para la salud».</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><b>Teoría salutogénica:</b> Es un modelo de promoción de la salud desde la cual se considera a las personas como <i>sujetos activos capaces de controlar y mejorar su salud física, mental, social y espiritual</i>. → En contraposición a modelos de salud patogénica que apuntan al riesgo y la prevención de las enfermedades, modelo que resta empoderamiento a las comunidades, puesto que solo se basa en la atención.</p> <p><b>Activos para la salud:</b> <i>Son aquellos recursos humanos, sociales, físico o medioambientales que potencian la capacidad para mantener, conservar, y generar salud, siendo útiles para enfrentar factores estresantes.</i></p> <p><b>El empoderamiento</b> comunitario está directamente relacionado con las acciones colectivas realizadas en pro del mejoramiento de las condiciones de vida y la generación de conexiones de la comunidad con otros actores.</p>
Contenido	Metodología	<p>Se desarrolló desde el enfoque cualitativa con una metodología de mapeo de activos comunitarios, con las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Contacto inicial con la comunidad:</i> Se realizó con los líderes comunitarios para la “planeación” de la jornada.</li> <li>▪ <i>Delimitación del mapeo:</i> Creación del grupo motor.</li> <li>▪ <i>Difusión e invitación a la jornada de mapeo:</i> Estrategias para la divulgación de la jornada y selección de los miembros para el desarrollo de la actividad acorde a su rol y procesos y proyectos comunitarios.</li> <li>▪ <i>Jornada de mapeo (esto es trabajo grupal → ¿Realmente hubo dinamización? Teniendo en cuenta que fue una sola sesión y es más que seguro que no se haya desarrollado la cohesión ni la integración grupal):</i> Desarrollo de la</li> </ul>

		<p>sesión en dos momentos, trabajo individual y trabajo grupal y socialización de las propuestas para una construcción común.</p> <p><i>El análisis de la información implicó un proceso sistemático e interactivo de transformación de los datos recolectados durante el mapeo y los fundamentos teóricos que soportaron esta investigación, con los cuales se identificaron gradualmente las categorías, las relaciones y las explicaciones.</i></p> <p>→Complementado con las notas de campo del investigador principal.</p>
	Análisis e interpretación	<p>A través de la técnica de <b>mapeo de activos comunitarios</b>, se enfatiza en el desarrollo de las capacidades, habilidades y recursos que poseen las comunidades y que además permite la generación de conocimiento de las comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las <b>capacidades</b>, identificadas por el mapeo de activos comunitarios, <i>nunca están aisladas y siempre pertenecen a grupos locales.</i> →Dentro de estas capacidades se pueden destacar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cohesión social y capital social</u>: entendidas como la cooperación en beneficio mutuo de la comunidad por su salud.</li> <li>• <u>Agencia colectiva</u>: como la <i>posibilidad compartida de hacer y producir efectos novedosos en un trasfondo de constricciones normativas.</i></li> </ul> </li> <li>▪ <i>se convierte en un factor importante para una comprensión de sus realidades y una oportunidad para la autogestión de sus problemas.</i></li> <li>▪ Es una herramienta que sirve a las personas de un territorio desarrollar procesos de construcción de comunidad, sin embargo, requiere que sea apropiada por los sujetos para el fortalecimiento de sus prácticas comunitarias.</li> </ul> <p>Se asume la <b>participación comunitaria</b> como la precursora del <b>empoderamiento</b>. Pues esta, <i>genera conexiones entre la comunidad</i> y otros actores dentro y fuera del territorio que contribuyen al bienestar social y a la salud de la comunidad.</p> <p>→Además, la <b>PC</b> contribuye a la construcción de valores colectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solidaridad</li> <li>▪ Amistad</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyo</li> <li>▪ Confianza</li> <li>▪ Respeto</li> <li>▪ Convivencia</li> </ul> <p>También, la <b>PC</b> <i>posibilita la existencia de bienes comunes</i> como el sentido de pertenencia al territorio y al espacio habitable como espacio de vida.</p> <p>Finalmente, <i>los procesos de construcción y desarrollo comunitario que comienzan con la reflexión sobre sus propios activos suelen generar prácticas que solucionan las necesidades y los problemas de una forma más eficiente.</i></p>
Conclusiones	<p><i>El mapeo de activos ha servido para identificar activos intangibles para la comunidad, y a su vez este reconocimiento ha sido útil para fortalecer la capacidad de agencia para el desarrollo de la comunidad. →Este es un territorio transformado por procesos de reflexión comunitaria que permite comprender situaciones de exclusión y pobreza, buscando crear un lugar más habitable y desarrollando una capacidad comunitaria para resolver sus propios problemas a través de la solidaridad y el apoyo comunitarios.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>En el barrio el faro, asentamiento informal de la zona nororiental de Medellín, cuenta con una mesa de trabajo que ha jalonado procesos de resistencia a las intervenciones Estatales, a fin de garantizar la vida en el territorio. →Esto es lo que viene a ser un antecedente y un proyecto propio de esta comunidad para la gestión de su vida y salud. →Vale tener presente que en este barrio el 84% de las familias son desplazadas por el conflicto interno en el país (son campesinos y traen consigo sus valores, creencias y costumbres).</p> <p><b>Resultados:</b> <i>En este proceso se identificaron 12 activos comunitarios individuales, 12 colectivos, 13 institucionales y 10 en el entorno. El principal activo comunitario entre los 47 descritos fue la participación comunitaria desde la capacidad de agencia, principalmente desde sus líderes, quienes participando en organizaciones propias incentivan el desarrollo, la construcción de identidad y el bienestar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>es necesario que los moradores sean sujetos activos de su propia transformación, concienciándose de sus derechos y de su capacidad de exigirlos, consolidarlos y desarrollarlos en una praxis personal y social responsable.</i></li> </ul>

**Apéndice 22.***Ficha bibliográfica 20.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 20	
Datos básicos del documento	
Titulo	Modificación de comportamientos en salud mediante construcción de capacidades y la participación social.
País	CUBA
Fecha	2014
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Digna Edelsys Hernández Meléndrez</li> <li>▪ Irene Delgado Pérez</li> <li>▪ Clara Pérez Cárdenas</li> <li>▪ Antulio Hoyos Rivera</li> <li>▪ Daniel Gutiérrez Reina</li> <li>▪ María Gamba Janota</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificación de comportamientos en salud</li> <li>▪ Participación social</li> <li>▪ Construcción de capacidades</li> </ul>
Fuente	SECUNDARIA
Ubicación	<a href="http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu10214.pdf">http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu10214.pdf</a>
Información relevante del documento	
Descripción general	Perspectiva disciplinar INTERDISCIPLINAR

	Objetivos y/o Justificación	<p><i>El objetivo del presente trabajo es exponer una síntesis de los trabajos desarrollados en distintas latitudes por especialistas de las ciencias de la salud de la Escuela Nacional de Salud Pública, quienes realizaron una labor comunitaria mediante la construcción de capacidades y la participación social con el objetivo de modificar comportamientos para afrontar diversos problemas de salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Cuba</u>: modificación de los estilos de afrontamiento a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, sus familiares y médicos.</li> <li>▪ <u>Venezuela</u>: Cambio en los comportamientos para la prevención de infecciones respiratorias agudas. →Cambios en el comportamiento para la prevención del dengue.</li> <li>▪ <u>Argentina</u>: Cambio en los comportamientos para el afrontamiento del consumo de drogas.</li> <li>▪ <u>Angola</u>: modificación de los estilos de afrontamiento de las personas con VIH y percepciones de los prestadores de servicios.</li> </ul>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido	Metodología	<p><i>El trabajo se realizó entre el 2004 y el 2012 en comunidades urbanas ubicadas en Cuba, Angola y Argentina, respectivamente, y en dos poblaciones rurales de Venezuela, se desarrolló mediante estrategias capacitantes, las cuales fueron concebidas en cuatro etapas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Diagnóstico</u>: Consiste en el análisis de la situación de salud y la evaluación de las posibilidades de para desarrollar acciones. →Se hace uso de <b>técnicas</b> como la DOFA</li> <li>▪ <u>Diseño y validación de la estrategia capacitante</u>: Construcción de la estrategia y validación de la misma en otros contextos.</li> <li>▪ <u>Implementación de la estrategia</u>: Se hizo uso del consentimiento informado y se aplicaron las directrices de la OMS para la investigación en seres humanos. Estos procesos de implementación requirieron de la participación de actores sociales, profesionales y estudiantes en su desarrollo. →Se acompañó con talleres <i>como una experiencia de trabajo activo</i>.</li> <li>▪ <u>Evaluación de los resultados</u>: Se realizó una evaluación del antes y el después de la intervención.</li> </ul>

		<p><i>El procesamiento de la información se realizó mediante pruebas no paramétricas como Stuart Maxwell, Mc Nemar, prueba de Rangos con Signos de Wilcoxon, entre otras.</i></p>
	Análisis e interpretación	<p>En los procesos de fortalecimiento o desarrollo de capacidades <i>el objetivo de la capacitación para el desarrollo autogestionado es la modificación de comportamientos</i>, en este caso relacionados con la salud, entonces lo más importante en un taller es recoger la experiencia de los diferentes participantes y fomentar la reflexión, el intercambio de puntos de vista y la búsqueda de acuerdos que puedan concretarse en planes de trabajo.</p> <p>Por otra parte, el rol de quien lidera o ejecuta estos procesos es <i>el de facilitar la participación individual, promover la comunicación horizontal y asegurar que los procesos grupales se encaminen a hacer posible el logro de los objetivos propuestos</i>. → Esto implica e implicó para el profesional que lideraba los procesos en los trabajos realizados, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procurar la integración de los participantes.</li> <li>▪ Exponer los conflictos latentes y enriquecer el taller a partir de ellos, <i>orientando la energía del grupo de manera positiva</i>.</li> <li>▪ Preparar el taller y asegurar las condiciones para llevarse a cabo, al igual que explicar los objetivos y poner reglas para la participación y el respeto.</li> <li>▪ Monitorear el trabajo de los subgrupos y estar atento a las señales de comunicación verbal y no-verbal.</li> </ul>
Conclusiones		<p><i>A modo de conclusiones, las cinco estrategias capacitantes expuestas demuestran su utilidad al lograr la construcción de capacidades mediante la movilización de las comunidades implicadas en torno a la solución de los problemas de salud.</i></p> <p><i>Se generaron en las personas residentes la modificación de comportamientos relacionados con la salud, que a su vez desarrollan destrezas y habilidades que contribuyen a satisfacer necesidades individuales y colectivas.</i></p>
Observaciones y comentarios		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El diagnóstico <i>debe considerarse como el mejor punto de partida para la reflexión y para crear la posibilidad de cambios</i>.</li> <li>▪ <i>Todo taller debe generar identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia a un grupo y un mayor compromiso colectivo.</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La evaluación es un proceso que debe darse desde el inicio de cada actividad, permitiendo una reflexión continua que sirva para realizar ajustes acordes a las necesidades.</li> </ul>
--	---

### Apéndice 23.

#### *Ficha bibliográfica 21.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 21		
Datos básicos del documento		
Titulo	Terapia ocupacional en la ruralidad: Una experiencia en La Macarena, Meta.	
País	COLOMBIA	
Fecha	2019	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Claudia Patricia Rojas Castillo</li> <li>▪ Paula Alejandra Sánchez López</li> <li>▪ Lady Dayana Ramos Ramos</li> <li>▪ Danny Giseth Herrera Páez</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia rural</li> <li>▪ Comunidad</li> <li>▪ Zona rural</li> <li>▪ Desarrollo comunitario</li> <li>▪ Participación comunitaria</li> </ul>	
Fuente	PRIMARIA	
Ubicación	<a href="https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/866/667">https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/866/667</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	CIENCIAS DE LA SALUD: TERAPIA OCUPACIONAL
	Objetivos y/o Justificación	Se interpreta el objetivo del proyecto del que se desprende el artículo de la siguiente manera, acorde a lo leído en el documento:

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecimiento de las <i>capacidades para promover la acción colectiva y participar e incidir en la toma de decisiones relacionadas con la solución de los problemas de salud en sus territorios.</i></li> </ul>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><b>Enfoque territorial:</b> Postura desde la que se asumen el territorio como un espacio de influencia por actores sociales que determinan la estructura y el funcionamiento social de dicho espacio, configurándose, además, como un espacio marcado por los conflictos e interés de quienes ocupan dicho espacio, configurándose como un espacio histórico, social y cultural.</p>
Contenido	Metodología	<p>Organizaciones sociales campesinas de base y excombatientes de las FARC-EP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ASOPEPROC</li> <li>▪ ASCAL-G</li> <li>▪ CORPOAYARÍ</li> <li>▪ ETRC</li> </ul> <p>Se optó por la sistematización de la experiencia como apuesta metodológica para la comprensión y divulgación científica de la práctica académica en espacios rurales-comunitarios. →Esto implicaba un proceso de revisión y análisis documental de los elementos escritos y audiovisuales generados en el proyecto.</p>
	Análisis e interpretación	<p>El acuerdo de paz entre el Estado colombiano y las FARC-EP, en su numeral 1.3.2 <i>estipula la creación del Plan Nacional de Salud Rural con participación de las comunidades y la propuesta de un modelo de salud pública para zonas rurales dispersas.</i> →Se constituyó como una oportunidad para el diálogo entre el conocimiento de la academia y los saberes históricos de las comunidades, ambas posturas relacionadas con la salud y el bienestar social.</p> <p>El documento presenta la experiencia y reflexiones de su práctica académica en la vinculación al proyecto sobre el fortalecimiento de las capacidades comunitarias para la gestión de la salud.</p> <p><b>Comités de salud:</b></p>

Se realizaron capacitaciones a los miembros de los comités de salud sobre el sistema general de seguridad social en salud y la exigibilidad del derecho a la salud y el acompañamiento inicial a promotores de salud. → Hizo parte de una metodología de planificación comunitaria *para identificar y analizar la situación de salud* que a su vez contribuía a generar capacidades en los sujetos participantes. → Capacitaciones al manejo de equipos de computo a miembros de ASMUCACD → Construcción del plan de trabajo de ASMUCACD. Contribuyó a desarrollar la confianza en las lideresas de la organización para *contribuir al cuidado y las transformaciones de las condiciones de vida en el territorio*.

La experiencia de trabajo que estuvo marcada por la vivencia en los territorios permitió a las practicantes dar cuenta de *la pertinencia de comprender los elementos estructurales y subjetivos ligados a la salud y el bienestar, como lo es el uso de la tierra en la urdimbre de las relaciones sociales que la sostienen, la producen, la usufructúan, identificando prácticas que protegen la salud individual o familiar y conviven de manera contradictoria con otras que pueden afectar la sostenibilidad de la vida colectiva en el largo plazo*.

Durante el desarrollo del proyecto las practicantes debieron de realizar atenciones individualizadas derivadas de los procesos de formación y capacitación, aportando desde su saber particular (Terapia ocupacional) a la satisfacción de necesidades y resolución de sus problemas.

Adicionalmente, el trabajo realizado por las practicantes les permitió asumir una postura política en 2 sentidos: *Por un lado, al mirarnos a nosotras mismas como sujetos políticos; por otro, al acompañar experiencias con un sentido político, es decir, que amplíen, busquen y fortalezcan posibilidades de acción asumidas como vocaciones de poder: poder mirar, poder hacer, poder sentir, poder imaginar de otras maneras*. → Aparece entonces el poder y las relaciones de poder como capacidad y categoría de análisis que se derivan de los trabajos con familias, grupos y comunidades presentes en las intervenciones desde el TS. → Aunado al proyecto ético-político del TS especialmente el TSG para la transformación de las condiciones inequitativas y desiguales de existencia (específicamente la salud).

	<p>También, la experiencia sirvió para que las practicantes reflexionaran en torno a su quehacer profesional, cuestionando modelos de adaptación en Terapia Ocupacional y enfoque comunitarios entendido como la atención de las personas en sus residencias. →Esto se relaciona con los modelos de intervención en TS. Cada modelo apunta a algo en concreto y mantiene una lógica particular.</p>
Conclusiones	<p><i>Esta experiencia nos enseñó que la práctica de la Terapia Ocupacional anclada en lo comunitario puede apostarle a que la individualidad, la indiferencia, la desconexión de otros seres vivos, que hacen parte de la matriz colonial moderna, se pueden deconstruir en lo cotidiano, dando paso a la cooperación, a la solidaridad y a la acción colectiva.</i></p>
Observaciones y comentarios	<p>La organización con la que trabajaron los practicantes de terapia ocupacional, denominada ASOPEPROC, reúne a 21 juntas de acción comunal de veredas ubicadas entre San Vicente del Caguán y La Macarena. →Su constitución se da para dar respuestas a condiciones precarias de salud y a conflictos socio-ambientales en el territorio.</p> <p>Las intervenciones con enfoque comunitario, aunque mantienen una característica común en sus procesos sea desde las ciencias sociales o de la salud, lo hacen desde sus nichos particulares de conocimiento, es decir, desde su especificidad.</p> <p>La práctica del trabajo con grupos alimenta y fomenta la reflexión en las disciplinas desde las que se trabaja, conlleva también a establecer diálogos con otras disciplinas para construir relaciones y sociedades más justas y equitativas. →Construcción de identidad profesional: <i>No actuamos de una sola manera, no desplegamos solo un tipo de comportamientos para diferenciarnos de otros profesionales. Nuestras propuestas se desarrollaron en función de las emergencias y las necesidades que nos fueron mostrando las comunidades, lo que valida nuestra existencia como profesión.</i></p>

**Apéndice 24.***Ficha bibliográfica 22.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 22		
Datos básicos del documento		
Título	La gestión comunitaria en la subregión Guajira del estado Zulia - Venezuela	
País	VENEZUELA	
Fecha	2015	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mairely Nuvaez de De Armas</li> <li>▪ Eglee Vargas Acosta</li> <li>▪ Neila Nuvaez Palmar</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestión comunitaria</li> <li>▪ Consejos comunales</li> <li>▪ Capacitación</li> <li>▪ Participación</li> <li>▪ Participación comunitaria</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154929">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154929</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	TRABAJO SOCIAL
	Objetivos y/o Justificación	<i>Analizar la gestión comunitaria de los Consejos Comunales de la subregión Guajira del Estado Zulia</i>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<p><b>Gestión comunitaria:</b>  <i>La gestión comunitaria es esencialmente participativa y que esta participación va más allá de un nivel consultivo, llegando hasta la máxima expresión de participación que implica la “toma de decisiones” relacionadas con la direccionalidad de su desarrollo comunitario. → los procesos de gestión aun cuando sean en el ámbito comunitario no son procesos informales, son intervenciones basadas en la racionalidad de lo formal que implica el uso de determinadas técnicas y herramientas. → Posee 2 atributos fundamentales:</i></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carácter participativo</li> <li>▪ Procesos de gestión asociados a técnicas y herramientas de planificación (comunitaria).</li> </ul> <p><b>Participación ciudadana:</b>  <i>es una evidencia de la funcionalidad de la democracia; la cual opera mejor con ciudadanos que intervienen activamente en la solución de los problemas de interés general, bajo condiciones aseguradas y garantizadas por el Estado, quien tiene responsabilidades indelegables respecto de la participación.</i></p>
<p style="text-align: center;">Contenido</p>	<p style="text-align: center;">Metodología</p>	<p><i>Es una investigación descriptiva, la población estuvo constituida por 414 Consejos Comunales, se aplicó un muestreo estratificado que aportó una muestra de 91 Consejos Comunales.</i></p>
	<p style="text-align: center;">Análisis e interpretación</p>	<p>Los conocimientos sobre <b>gestión y planificación</b> comunitaria no están disponibles para las comunidades (no asumirse que saben), por lo que es necesaria la <b>capacitación y el fortalecimiento</b> de sus habilidades individuales y colectivas.          →Se concibe la planificación como herramienta al servicio de la gestión.</p> <p>Según el documento hay 3 enfoques metodológicos de planificación para la gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Normativo</u>: Promovido institucionalmente y con las siguientes fases.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Programación</li> <li>• Ejecución</li> <li>• Evaluación</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Estratégico</u>: <i>Planificación por proyectos contruidos hacia objetivos.</i></li> <li>▪ <u>Autogestión comunitaria</u>: Se presenta como alternativa para aplicar los métodos de planificación en las comunidades y cuenta con las siguientes fases.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Acercamiento y reconocimiento de la situación.</i></li> <li>• <i>Ejecución de talleres para aplicar la metodología</i></li> <li>• <i>Explicación de la problemática</i></li> <li>• <i>Elaboración normativa del plan</i></li> <li>• <i>Viabilidad del plan</i></li> </ul> </li> </ul>

- *Ejecución*

De acuerdo con el texto, estas metodologías son *inconclusas si no se aplican los “sistemas de dirección”*.

- Información
- Monitoreo

Además, se requiere del control comunitario en estos procesos de gestión y planificación que se realizan con recursos públicos.

- Presupuestos participativos
- Contraloría comunitaria

*Si bien es cierto, la afirmación según la cual no existen recetas prediseñadas en el campo comunitario y que la validez de estos métodos sólo es posible en la aplicación concreta de cada uno de ellos, lo que se pretende demostrar es que existen opciones de abordaje que pueden tomarse como referencia, sin desconocer el camino recorrido desde la ciencia y la técnica, pero utilizando una de las fuentes más importante del conocimiento representado en las vivencias cotidianas de los involucrados → Para que la planificación tenga sentido, los objetivos comunitarios deben trascender y convertirse en objetivos socio-políticos conducentes a la transformación social.*

Adicionalmente, se relaciona el **poder comunal** derivado de los procesos de **autogestión** y **planificación comunitaria** como el ejercicio de la ciudadanía o **participación ciudadana**, entendida como el derecho de las personas a participar e intervenir en asuntos públicos y a establecer los mecanismos para su reconocimiento social asegurando la igualdad y autonomía ante la sociedad y el Estado, en últimas, se encamina a la consecución de objetivos superiores como la superación de la pobreza y asegurar una mejor calidad de vida para todos (en todos los niveles, locales, comunitarios y sociales o nacionales). *→ Es así como la participación se convierte en un instrumento que favorece la gobernabilidad o capacidad para lograr objetivos comunes y tomar las decisiones correctas, a través del concepto de corresponsabilidad. → Y, para poder hacerlo se requiere de ciertas condiciones que van desde lo social a lo normativo y jurídico.*

<p>Conclusiones</p>	<p>De las conclusiones presentadas en el documento, solo dos (2) se relacionan con la temática de la investigación: <u>el aporte del TSG a los procesos de fortalecimiento de las capacidades para la gestión de la salud.</u></p> <p><i>El objeto de la participación tomado de los aspectos considerados por los líderes comunitarios como de mayor relevancia, identificados por medio de las asambleas está asociado a problemas de índole colectivo de carácter reivindicativo con incidencia en su entorno. →Es decir, la participación contribuye a la realización de diagnósticos en lo que se contemplan problemas y necesidades de orden colectivo (tal como se evidenció en el trabajo con los comités de salud en La Macarena y San Vicente del Caguán).</i></p> <p><i>En los enfoques contemporáneos la planificación no es concebida como recetas únicas ni acabadas, por el contrario son flexibles y pueden ser reconstruidas desde cada experiencia.</i></p>
<p>Observaciones y comentarios</p>	<p>Se afirma el trabajo histórico del TS en estos procesos: <i>La organización comunitaria y las diversas formas de manifestación de la participación en este ámbito, han sido estudiadas por décadas en las Ciencias Sociales y el Trabajo Social.</i></p> <p>En Venezuela desde 2006 se crea la Ley que regula las competencias de los consejos comunales, los cuales son espacios que representan nuevas formas de organización comunitaria →Acá se equipara la creación de los comités de salud como estructura organizativa “propia” que aboga por el derecho a la salud, evidenciándose 2 maneras de organización en el proyecto con Cruz Roja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>se plantea la creación de los Consejos Comunales como instancias de participación ciudadana, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales que permiten a los ciudadanos, ejercer la gestión de las políticas públicas y sociales. →Es una propuesta de arriba hacia abajo, tal como sucede con el PNSR, pero también es una oportunidad para las comunidades de democratizar estas propuestas y ofrecer alternativas o modelos de solución.</i></li> <li>▪ <i>Cabe enfatizar que el propósito legislativo es facultar a los Consejos Comunales a utilizar recursos públicos, lo cual los convierte en sujetos obligados a la utilización de herramientas de planificación y gestión conducentes a procesos eficientes. →Se presenta como una oportunidad para las asociaciones (comités) legalmente constituidos para gestionar recursos públicos.</i></li> </ul>

*Por otra parte, los fines para los cuales se crean las herramientas de participación ciudadana, está vinculado al incremento de la capacidad para enfrentar los problemas locales.*

Otro rol de los **comités de salud** es el de educar o capacitar a los ciudadanos para participar activamente en asuntos públicos o comunitarios como es el caso del proyecto con Cruz Roja. →La trascendencia de estos espacios de y para la participación se logra cuando alcanzan logros en otros ámbitos de la sociedad a parte del de la salud y llegan a instancias de construcción de políticas públicas, tal como ocurre/ocurrió con la contribución de estos proyectos al PNSR.

*Las tendencias contemporáneas en el ámbito de la planificación comunitaria poseen dos dimensiones esenciales, una de ellas está relacionada con la naturaleza participativa del proceso y otra con la determinación, jerarquización y abordaje de la realidad a través de los problemas relevantes y demandas efectuadas por los actores sociales que conducen estos procesos. →Esto se evidencia en todo el desarrollo del proyecto con Cruz Roja, en donde el proceso fue participativo y los participantes identificaron sus necesidades y sus propias alternativas de solución.*

## Apéndice 25.

### Ficha bibliográfica 23.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 23	
Datos básicos del documento	
Titulo	Trabajo Social en el sistema de salud colombiano: Perfiles y competencias básicas del Trabajador Social
País	COLOMBIA
Fecha	2014
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clara Inés Rodríguez Hoyos</li> <li>▪ Nohora Mercedes Rodríguez Salazar</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ana Francisca Fuentes Macías</li> <li>▪ Elsa Marina Torralba Noval</li> <li>▪ Elvia Lucía Roldán Ramírez</li> <li>▪ Martha Lucía Acosta Ramírez</li> <li>▪ Flor Esperanza Duarte Garzón</li> <li>▪ Adriana González Osorio</li> <li>▪ Myriam Yolanda Bohórquez Velasco</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo Social</li> <li>▪ Salud</li> <li>▪ Perfil profesional</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo%20Social%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Colombiano_Octubre2014.pdf</a>	
<b>Información relevante del documento</b>		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	TRABAJO SOCIAL
	Objetivos y/o Justificación	El documento se realiza desde el Consejo Nacional de Trabajo Social con un equipo de trabajo, con el objetivo de presentar elementos conceptuales, legales, académicos, de titulación y de control que avalan la intervención del Trabajo Social en Salud. (Área, sector o sistema de la salud)
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	Objeto del TS: <i>“El Trabajo Social, profesión ubicada en el campo de las ciencias sociales y humanas, promueve el cambio social; interviene en procesos y proyectos que tienen que ver con las relaciones humanas, las políticas de bienestar, desarrollo humano y social, considerando al individuo como ser biopsicosocial; fundamenta su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la libertad y el bien común. Así mismo, sus actuaciones se centran en atender lo social de los conflictos, necesidades, carencias y problemas de los sectores con limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas, producto, entre otros, de pobreza, desigualdades, injusticia. En consecuencia, adentrarse en el quehacer actual del Trabajo Social requiere asumir una postura integradora y flexible que reconozca la complejidad de la realidad social en los diferentes contextos” (RAD_FB_23)</i>

	Metodología	<p>Para la construcción del documento se realizó una <i>revisión de los diferentes niveles de intervención en salud, la legislación profesional, las normas nacionales vigentes, la revisión de documentos operativos y de investigación que aportan para los desempeños en salud</i>, como también se consultaron documentos de orden nacional e internacional, temas relacionados con el proceso de salud-enfermedad y los determinantes sociales y ambientales, los cuales configuran un marco referencial de la intervención en salud.</p> <p>Adicionalmente, se complementó con encuestas realizadas a profesionales de Trabajo Social, para así <i>identificar los aspectos más relevantes del perfil profesional</i>.</p>
Contenido	Análisis e interpretación	<p>En el cuerpo del trabajo se presentan los elementos que dan soporte a la profesión, como lo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sus antecedentes históricos (emergencia y desarrollo), con una introducción al TS latinoamericano.</li> <li>▪ El marco legal que orienta y regula el ejercicio profesional en Colombia</li> <li>▪ La formación académica en el país que incluye la presentación de las universidades que ofertan el programa de TS.</li> <li>▪ La estructura organizativa que vigila y controla el ejercicio profesional:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Consejo Nacional de Trabajo Social</u>: Conformado por el ministro de Trabajo y de Salud y Protección Social (o sus delegados) y por un representante de la profesión, es decir, 1 del Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social (CONETS), 1 de la Federación Nacional de Trabajadores Sociales (FECTS) y 1 delegado de la Asamblea Nacional de Facultades de Trabajo Social. → Su rol se relaciona con los aspectos regulatorios que reglamentan el ejercicio de la profesión, como lo es el Código de Ética profesional.</li> <li>- <u>CONETS</u>: Instancia conformada por las unidades académicas de TS y su rol es el de desarrollo académico de la profesión.</li> <li>- <u>FECTS</u>: Organismo de asociación gremial.</li> </ul> </li> </ul>

Presenta también elementos como:

- El objeto de la profesión: Que la ubica como profesión-disciplina dentro de las Ciencias Sociales y Humanas enfocada a atender los problemas, las desigualdades sociales, la pobreza, los conflictos, las inequidades y las necesidades humanas a través de la promoción del cambio social. Que mediante procesos de desarrollo humano y social y políticas de bienestar interviene en diversos contextos, siguiendo criterios de justicia, libertad y bien común (equidad).
- Las metodologías de intervención profesional: La compleja realidad de las relaciones sociales y humanas en la que intervienen los profesionales de TS requiere de abordajes teórico-metodológicos que atiendan a su objeto de estudio. Existe entonces, dentro de la profesión, los siguientes métodos:
  - Método de Caso (y familia): *La intervención individual, en el área de la salud, brinda atención integral al paciente desde la perspectiva de la gestión social y los principios de humanización, teniendo en cuenta que el entorno familiar es el grupo primario en el cual se desarrolla todo ser humano, por lo cual el método de caso no se puede desligar de una atención familiar íntegra, sin desconocer las diferentes etapas del ciclo vital.*
  - Método de Grupo: *Promueve las relaciones interpersonales, la ayuda y cooperación de sus miembros para reconocer su problemática, mejorar las relaciones y diferencias propias de su dinámica, incrementar la participación de sus integrantes y la búsqueda de soluciones colectivas.*
  - Método de Comunidad: *La intervención del trabajador social dinamiza las comunidades para que desarrollen capacidades de organización y desarrollo, tendientes a resolver sus propios problemas a partir del cambio y la participación, buscando el autodesarrollo y el fortalecimiento del potencial humano que posibilite las mejores condiciones de vida.*
  - Visión metodológica contemporánea: apunta a complementar la metodología clásica con otras apuestas para atender la compleja realidad social. Se incluye por tanto el desarrollo articulado entre

investigación-intervención, el uso de las TICS para optimizar los procesos profesionales de actuación, la construcción de diálogos interdisciplinarios y la intervención del TS en los procesos de formulación de políticas públicas y sociales.

- Los campos de acción: la formación en Trabajo Social permite a los profesionales de esta disciplina desempeñarse en:
  - Sectores: educación, salud, asistencia social, urbanismo, industria, justicia, vivienda, entre otros.

Abordando los siguientes elementos:

- Dimensiones: Individuos, grupos y comunidades.
- Contextos: Económicos, políticos, sociales y culturales e históricos.
- Aspectos: Familia, medio ambiente, bienestar laboral, seguridad social, crisis y catástrofes, convivencia y paz, derechos humanos, participación, desarrollo comunitario y organizacional y gerencia social.

Luego de esto, el documento desarrolla el perfil del Trabajo Social en la salud y las competencias de los profesionales, pero antes se justifica la participación del TS en el área de la salud:

- *El área de la salud es un campo de desempeño profesional de tipo clínico que implica participar en la definición del diagnóstico clínico de la persona enferma y su entorno.*
- *El trabajador social aporta al tratamiento sistémico individual, familiar o grupal, con respecto a las problemáticas sociales que pueden incidir en el proceso de salud-enfermedad, y con miras a lograr objetivos de rehabilitación y mantenimiento de la salud. → Aportes en aspectos sociodemográficos.*
- *En salud pública, el TS contribuye a investigar la causalidad de las enfermedades por determinantes sociales.*
- *Los trabajadores sociales están en capacidad de identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud, desarrollando su labor al interior de instituciones de salud y en los*

*diferentes espacios y escenarios sociales.* → Teniendo presente también, que sus intervenciones se ciñen por el respeto a los derechos humanos, la diversidad y diferencia (género, etnia, etc.) y el mejoramiento de la calidad de vida (bienestar social y justicia social).

Perfil profesional:

A modo de síntesis el perfil de los TS en el área de la salud esta relacionado con el conocimiento y puesta en práctica de valores éticos de la profesión, al establecimiento de relaciones positivas, contar con aptitudes para investigar, comunicar, liderar y proponer y guiarse por la normatividad en materia de salud y respetar los derechos humanos. → Y complementar esto con el conocimiento de la normativa, estructura y funcionamiento del sector salud, APS, guías y protocolos de atención en salud.

Competencias del TS en Salud: Aunque en el documento se señalan las competencias que debe tener un TS para desempeñarse en el área de la salud, acá sólo se toman aquellas que se relacionan con el tema de estudio para la tesis (participación comunitaria en salud, comités de salud y TSG), por lo que se hace mención de las siguientes competencias para el ejercicio profesional con los comités de salud.

- ***Reconocer, valorar e integrar de manera fundamentada los elementos del contexto que afectan las realidades sociales que viven las personas y las comunidades:*** → ACCIONES: *Formula diagnósticos y caracterizaciones sociales, sustentados en lecturas crítica elaboradas con las personas, grupos y comunidades a partir de determinantes sociales, brechas en salud e inequidades del sistema que afectan sus realidades.* → ACCIONES: *Analiza de manera participativa y sistemática los contextos: social, político, económico, cultural y ambiental que inciden en la condición de salud de las personas, familias, grupos y comunidades.* → ACCIONES: *Prioriza necesidades de la población y expone estrategias de intervención*

*a nivel institucional, interinstitucional, sectorial o intersectorial para la toma de decisiones o formulación de políticas públicas.*

- ***Dinamizar, promover y orientar la participación de los ciudadanos y colectivos en la selección, formulación y diseño de alternativas de acción orientadas a la transformación social:*** →ACCIONES: *Aplica diferentes enfoques de planeación con participación social en los diferentes contextos. →ACCIONES: Promueve la selección y formulación de alternativas de acción, como resultado de la reflexión que genera la apropiación de la realidad por parte de los ciudadanos. →ACCIONES: Construye colectivamente políticas, planes, programas y proyectos sociales que privilegien la justicia social, la protección y defensa de los derechos de las personas, el medio ambiente y las colectividades.*
- ***Construir procesos de desarrollo humano, con perspectiva de derechos desde la gerencia social con las personas, familias, grupos, comunidades u organizaciones:*** →ACCIONES: *Dinamiza la gestión de los grupos, las organizaciones y las comunidades en la puesta en marcha de las políticas públicas y sociales, generando procesos de cambio y empoderamiento de su situación de salud.*
- ***Construir procesos de desarrollo humano, con perspectiva de derechos, conjuntamente con los actores del sistema:*** →ACCIONES: *Identifica e integra los saberes de las diversas disciplinas para analizar, comprender e intervenir en la complejidad de las realidades sociales. →ACCIONES: Desarrolla métodos de intervención profesional con personas, familias, grupos u organizaciones, de manera analítica, creativa y pertinente según la complejidad de las problemáticas sociales. →ACCIONES: Construye y propone procesos de intervención social tendientes a la superación de problemas sociales, derechos humanos e inequidades en salud. →ACCIONES: Genera dinámicas de trabajo educativo dirigidas a las personas, familias o comunidades, que les permitan conocer e interiorizar los derechos y deberes en salud.*

- ***Promover procesos participativos para gestionar alianzas que apoyen la solución de problemas sociales que afectan el sistema o las condiciones de salud:*** →ACCIONES: *Gestiona la creación, activación y consolidación de redes sociales y de apoyo para el fortalecimiento del tejido social, el cuidado primario en salud y la identificación de líderes que permitan la sostenibilidad y el empoderamiento de acciones para el manejo de nuevas situaciones.* →ACCIONES: *Recupera con los sujetos y las colectividades, las experiencias de la práctica social, desde una mirada analítica y reflexiva sobre las lógicas internas y posibilidades de innovación.* →ACCIONES: *Genera conocimiento profesional y diálogo de saberes sobre la práctica social a partir de la reflexión sobre la acción; sistematiza y divulga las experiencias de intervención.*
  
- ***Fundamentar, ética y políticamente, la acción profesional en los diversos contextos de desempeño con responsabilidad social, según los derechos humanos, los principios éticos, democráticos, de justicia social, de respeto por la multiculturalidad, el medio ambiente y las diversidades:*** →ACCIONES: *Basa su quehacer en los criterios de democracia que enmarcan la justicia, la responsabilidad social y la ética.* →ACCIONES: *Reconoce las diversas expresiones culturales de las personas y sus familias, los grupos y las comunidades, para la contextualización de la intervención.*

Impactos (positivos) de la intervención profesional en el sector de la salud (principalmente en lo institucional): →*El trabajador social aporta a los equipos interdisciplinarios al estudio del ser humano como un ser sistémico, donde cualquier alteración de carácter económico, social, cultural, familiar, laboral, ambiental o político puede afectar la salud.*

(Nuevamente, sólo se señalan algunas)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los análisis de las situaciones de salud y solución de las situaciones de enfermedad.</li> <li>▪ Con propuestas de enfoque diferencial, género, ciclo de vida y determinantes sociales de la salud. → Desde la participación social de las personas.</li> <li>▪ En la construcción (vínculos) colectiva de las comunidades y en las acciones comunitarias, guiadas por los métodos participativos de IAP para la conformación de redes o movilización social.</li> <li>▪ La elaboración de programas para cambios y transformaciones en las dinámicas personales, colectivas y sociales que propenda(e)n por la construcción de estilos de vida saludables.</li> </ul>
<p>Conclusiones</p>	<p><i>El posicionamiento del trabajador social en el sector salud es especial y tiene un amplio campo de acción en su desempeño profesional como agente dinamizador de procesos de cambio social.</i></p>	
<p>Observaciones y comentarios</p>	<p>Aunque el documento se centra principalmente en la acción profesional de TS en lo institucional (sin desconocer el trabajo en campo), permite de igual manera considerar las características propias de la profesión para el intervenir con grupo desde una visión del sector salud y ayuda a visibilizar las acciones e impactos que el TS realiza desde su especificidad a la salud (construcción de salud o entornos saludables y la defensa y garantía de esta como derecho humano fundamental), reconociendo que su accionar esta regulado por la normativa vigente. → Igualmente exige un reconocimiento y un mejor posicionamiento del TS en el sistema de salud colombiano.</p>	

**Apéndice 26.***Ficha bibliográfica 24.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 24		
Datos básicos del documento		
Titulo	Trabajo Social con Grupos	
País	ESPAÑA	
Fecha	2015	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomás Fernández García</li> <li>▪ Antonio López Peláez</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo Social con grupos</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://elibro-net.bibliotecavirtual.uis.edu.co/es/ereader/uis/45415/">https://elibro-net.bibliotecavirtual.uis.edu.co/es/ereader/uis/45415/</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	TRABAJO SOCIAL
	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido	Metodología	Para la construcción de la ficha se tomaron los capítulos 4 y 8 del libro en cuestión, los cuales servirán para el posterior trabajo de análisis documental.
	Análisis e interpretación	<p><b>Capítulo 4:</b> Sobre la dinámica de los grupos.</p> <p>Se aborda la dinámica de grupos aplicada al trabajo con grupos, realizada por el TS, el cual requiere de una clara y completa comprensión de la dinámica grupal, ya que de ella depende la eficacia de la intervención profesional.</p>

*“El trabajo social con grupos tiene como objetivo reforzar las habilidades sociales básicas para hacer frente a oportunidades o situaciones problemáticas. En este sentido, los grupos, estructura básica de interacción social, constituyen un ámbito idóneo para alcanzar las siguientes metas: la adquisición de conocimientos y habilidades; la reducción de las dificultades que se experimentan en las relaciones sociales; el afrontamiento de las demandas sociales y personales (y el consiguiente estrés derivado de la incapacidad de gestionar dichas demandas); el aumento de la competencia social; facilitar el acceso a recursos sociales, y, finalmente, ayudar a eliminar o gestionar correctamente los obstáculos ambientales que dificultan el propio proyecto personal (y también para aprovechar las oportunidades que va a permitir poner en marcha dicho proyecto)”.*

**Dinámica de grupos:**

*Cuando los miembros de un grupo interaccionan, emerge producto de la interacción una serie de procesos, que denominamos “**dinámica de grupos**”. Al analizarla podemos diferenciar dos cuestiones. En primer lugar, cómo se genera, fijando nuestra atención en las relaciones entre sus miembros y describiendo cómo el conjunto de comportamientos, conocimientos y discursos que cada uno de ellos ha incorporado durante su proceso de socialización aporta a la vida del grupo la influencia de ambientes sociales más amplios. En segundo lugar, una vez establecida, es relevante analizar qué influencia ejerce la dinámica del grupo en cada uno de los participantes, y sobre el grupo como unidad.*

Por ello, el Trabajador Social en el trabajo con grupos debe:

- *Analizar atentamente las dinámicas grupales que emergen de la interacción de los miembros del grupo.*
- *Considerar su impacto sobre los miembros del grupo teniendo en cuenta sus características raciales o étnicas y socioeconómicas.*
- *Evaluar su impacto tanto en el funcionamiento actual del grupo como su evolución en las siguientes sesiones.*

- *Orientar el desarrollo de las dinámicas de grupo, con un doble objetivo: facilitar la participación y satisfacción de los integrantes y conducir al grupo hacia el logro de sus metas y objetivos.*

### **Elementos de la dinámica de grupos**

(Desde la perspectiva del TS se trabaja con las siguientes 5 características de la dinámica de grupos)

- **Procesos de comunicación y patrones de interacción:** La dinámica de grupos se origina en la interacción y esta, a su vez, está dada por la comunicación, la cual está mediada por el lenguaje (verbal y no verbal = a la codificación de sus percepciones, creencias e ideas, pensamientos y sentimientos). → El rol del Trabajador Social apunta al análisis e intervención de los procesos de comunicación e interacción, con el fin de apuntar al bienestar de las personas y el logro de sus metas.
  - **Procesos de comunicación:** (A medida que se comunican surge un patrón de interacción y se establece a través del tiempo y el espacio, además la comunicación entre los miembros es constante) → Para que la comunicación pueda darse, desde la perspectiva del TS, debe darse “*la igualdad o simetría, la bidualidireccionalidad, el respeto y la valoración positiva de los actores, la sinceridad, la confidencialidad, la racionalidad, la equidad y justicia, la cercanía percibida y la empatía*”. → Principio: *los participantes se comunican por razones muy variadas*”. → La retroalimentación es indispensable en los procesos de comunicación, ya que permite que todos entiendan el sentido o intencionalidad del mensaje enviado, eliminando malos entendidos o erróneas interpretaciones.
  - **Patrones de interacción:** La interacción es una herramienta básica para la actividad del TS y que se puede expresar en 4 tipos:
    - ☞ Cuando el líder se comunica con cada miembro del grupo y estos con el líder.
    - ☞ Cuando se habla por turnos.

- ☞ Cuando el líder y sólo uno de los miembros se comunica y los demás observan.
- ☞ Cuando todos hacen uso del lenguaje y participan activamente en el proceso de comunicación. → Los 3 primeros centrados en el líder (más centrados en la tarea grupal), ya que dota de estructura al grupo y el último centrado en el grupo, dependiendo del objetivo con el que fue creado el grupo, se puede optar por uno u otro patrón de interacción.

Factores que intervienen en los procesos de comunicación y afectan las relaciones intragrupal:

- ☞ El lenguaje no verbal: se utiliza para reforzar los mensajes y regular la frecuencia del habla.
- ☞ La atracción interpersonal: Factor que refuerza la cohesión y favorece la comunicación. Se presenta por la afinidad que presentan unos miembros por otros y da origen a los subgrupos, los cuales sirven de ayuda para el grupo, refuerzan la cohesión y dan origen a sentimientos positivos, este sólo es perjudicial para cuando la atracción es mayor por el subgrupo que por el grupo.
- ☞ El tamaño y la conformación física del grupo: A mayor tamaño del grupo, mayores relaciones y recursos disponibles y mayores serán sus posibilidades de alcanzar metas de mayor envergadura, más heterogéneo y mayor riqueza de aportaciones de los miembros. → El consenso en un grupo goza de mayor legitimidad. → Sin embargo, es más complejo la cohesión y la motivación del grupo y también, da origen a conflictos de difícil solución.
- ☞ Los factores relativos al estatus, a la situación de poder, al género y a la situación socio-económica: Los miembros del grupo generalmente replican comportamientos e interacciones previos a la vida del grupo, por lo que el TS debe permanecer atento y orientar la dinámica grupal a interacciones equilibradas, horizontales y no verticales.
- ☞ La creatividad y capacidad de solucionar problemas: *“cuando las personas se desvían de las normas, pero su actuación es competente y útil para el*

*grupo, suelen ser bien consideradas por el resto de participantes” (Gómez y Huici, 2004).*

- **Cohesión grupal**: *Cualquier grupo social existe en la medida que se mantienen los vínculos entre sus miembros.*

Esta vinculación se denomina “cohesión”.

Es “*el conjunto de fuerzas que mantienen al grupo unido, motivan a sus integrantes para que continúen en el grupo y ofrecen oposición a las fuerzas que tratan de separarlos*” Paráfrasis del autor (Lewin, 1943).

→Presenta dos dimensiones: basada en la atracción que siente los miembros entre sí y la segunda, se sustenta en el grado en que el grupo ayuda a alcanzar metas personales. →El TS lleva a cabo estrategias para maximizar la cohesión del grupo:

- ☞ Aumentando el flujo de comunicación.
- ☞ Reforzar la atracción dada por la interacción social.
- ☞ Considerar el aporte del grupo a los miembros.
- ☞ Reafirmar la identidad colectiva.

La intervención del TS esta orientada a reforzar aspectos positivos de la cohesión (seguridad) y prevenir o gestionar los efectos negativos.

Los principales factores que generan cohesión dentro de un grupo:

- ☞ La atracción personal.
- ☞ Los recursos y estatus que se obtienen del grupo.
- ☞ La experiencia positiva del grupo frente a otras.

Características de los grupos cohesionados:

- ☞ Reconocen los logros de sus integrantes.
- ☞ Tendencia a la confianza mutua.
- ☞ Sentimiento de agrado por los demás y valoración de su participación.
- ☞ Ofrecen seguridad.
- ☞ Confianza en el grupo para realizar tareas.

- **Integración e influencia:** *La dinámica de grupos se mueve siempre en torno a dos vectores: la adaptación e integración del grupo, aceptando las normas colectivas, y la influencia entre las mayorías y las minorías, relativa precisamente al mantenimiento o cambio de las normas dentro del propio grupo.*

- **Integración social:** *Hace referencia a cómo las personas se integran unas con otras, y cómo son aceptadas dentro del grupo. → Entendida como el conjunto de vínculos ambientales, comportamentales, afectivos y cognitivos que unen a los miembros del grupo entre sí. Paráfrasis propia (Moreland, 1987).*

↳ **Vínculos ambientales:** como similitudes étnicas, económicas, la proximidad física como la vivienda y la participación en el gimnasio promueven la integración social y favorecen el “capital social”.

↳ **Integración comportamental:** Se presenta cuando las personas son interdependientes unas de otras para satisfacer sus necesidades y conduce a la conformación de grupos basados en las similitudes objetivas y subjetivas de cada persona frente a las demás.

↳ **Integración afectiva:** Basada en los sentimientos que se generan a partir de la atracción de unos por otros, en los que entran en consideración el sexo, la edad, raza etc.

↳ **Integración cognitiva:** Hace referencia a la toma de conciencia sobre la forma común de percibir la realidad que se produce en cada integrante del grupo. Se perciben y piensan como grupo.

Desde el TSG se pueden dar diversos niveles de integración grupal, tanto si se comparan unos grupos con otros, como si se consideran las diversas etapas del grupo.

- **Influencia social:** Se analiza desde la perspectiva de cómo influyen los pensamientos, sentimientos y las conductas de unas personas sobre otras, tanto directa como indirectamente.

Apunta también a cómo se modifican estos aspectos en los miembros del grupo, pues lo definitorio del TSG es el cambio y/o la transformación de las condiciones de vida (personales o sociales). Y configura un elemento básico de la dinámica grupal. → *Los procesos que dan lugar a la influencia social dentro de los grupos son producto de la interacción de factores tanto cognitivos como estratégicos.* → Según otros autores, esta influencia se sitúa en la atracción interpersonal o bien, porque a través de la influencia y la atracción se satisfacen necesidades mutuas.

- ☞ Influencia de la mayoría: La influencia se ejerce del grupo a sus miembros y esta presión refuerza la dependencia al grupo, conduciendo a conformarse y adaptarse a la visión de la mayoría o a resistirse y desviarse de dicha visión.
- ☞ Influencia de la minoría: Aquella en que las minorías ejercen presión sobre el grupo o los grupos minoritarios sobre la sociedad y que originan innovación y cambio social.

La normalidad, conformidad e innovación son tres dimensiones básicas de la influencia social:

Normalización: *En todo grupo, la interacción entre personas, y sus influencias reciprocas, generan normas colectivas.* → *El intercambio de información dentro del grupo da lugar a la formación de patrones de respuesta colectivos, es decir, normas sociales, que proporcionan información estable y precisa de la situación y permiten orientar el comportamiento individual.* (Paráfrasis, García y Gil, 1995).

→ La función básica de la normalización es evitar el conflicto y hacer posible la cohesión del grupo. → En la heterogeneidad de los miembros de un grupo, aparece la posibilidad del conflicto, por lo que de manera natural o espontánea aparece la negociación como mecanismo que ejerce presión a la uniformidad para evitar los conflictos. → Las normas se desarrollan conforme evoluciona el grupo (en el proceso de interacción social). → Estas pueden ser implícitas o explícitas.

→ Afectan de manera distinta a cada miembro. → En ocasiones, la desviación de la norma ayuda al grupo a tomar otras direcciones y conseguir nuevas metas. → Las normas pueden ser cambiadas sea porque son disfuncionales para los objetivos del grupo, o porque el TS considera que las normas presentes afectan la vida del

grupo. →El estatus, la cohesión y la ideología de los integrantes desempeña un papel importante en el proceso de normalización del grupo.

Conformidad: *La conformidad es aquel proceso por el cual una persona o personas que están en desacuerdo con el resto de los miembros del grupo cambian su opinión a consecuencia de la presión real o simbólica de estos* (Paráfrasis, Myers, 1991). →Siguiendo esta línea de análisis, se puede definir la conformidad como el resultado estratégico y temporal de la búsqueda de aceptación por parte del grupo. →En últimas, conduce a que los miembros de un grupo cambien sus opiniones y conductas para adherirse y hacer funcional el grupo.

Algunas de las características de la interacción social que influyen en la conformidad:

- ☞ La expresión de opiniones o respuestas en ambientes públicos o privados (esta última reduce significativamente la conformidad de los miembros).
- ☞ El número de miembros y el grado de consistencia de la mayoría (el cual tiene un tope para producir conformidad en los miembros). →Sin embargo, esta mediada por factores como la percepción sobre la mayoría, la cohesión, la complejidad sobre la tarea y la falta de unanimidad aumentaran la conformidad.
- ☞ El número de personas que integran la minoría. →Esto genera que la conformidad disminuya significativamente sea que la minoría exprese su desacuerdo o un miembro se manifieste en discrepancia con la minoría y la mayoría.

Existen 3 tipos de conformidad:

- El conformismo dirigido desde la tradición. →Aquellas conductas producto de las costumbres y creencias de la sociedad que se habita.
- El conformismo desde la conciencia moral. →Los ideales morales de la familia son internalizados y esto conduce a la obediencia.
- Conformismo dirigido desde los otros. →El resultado de comportamientos dirigidos por la percepción de la propia imagen en relación con la sociedad, es decir, el causar buena impresión en los demás.

Además de ello existen 3 subtipos de conformidad:

- De complacencia: La conformidad se da solo en lo público, pero no en lo privado.
- De identificación: Solo se conforma con el grupo mientras se pertenece a este.
- De internalización: se mantiene la conformidad aun cuando ya no se pertenece al grupo.

Innovación: Es el proceso por el cual se crean nuevas normas dentro de un grupo, reemplazando las ya existentes, por lo que se conduce a través de la innovación al cambio social. (es un proceso cognitivo de análisis de las normas o situación) → La cuestión NO es adaptarse, sino ofrecer una visión distinta de la realidad. → Para el TS, es relevante tomar en consideración cómo los grupos minoritarios ejercen influencia sobre los grupos mayoritarios, a pesar de su menor tamaño, a pesar de no tener el poder y de no tener la capacidad para administrar sanciones. → Por otro lado, los procesos de innovación son muy valiosos, pues, entre otras cosas, influyen de manera positiva en los procesos de toma de decisiones, favoreciendo el intercambio creativo de ideas.

En esta dimensión de la dinámica grupal, el TS debe: *lograr que ambas capacidades, la de llegar a acuerdos y la de buscar soluciones nuevas a pesar de no ser compartidas por la mayoría del grupo, sean internalizadas por los miembros del grupo, como estrategias básicas que les van a permitir afrontar en cualquier contexto las situaciones problemáticas y las oportunidades.*

- **Poder y control**: (Está ligado con los patrones de comunicación que se utilizan en la interacción) *El poder es una dimensión universal de la vida social. ...es, en su esencia, relacional.* → El TS debe tener presente esta dimensión en la vida del grupo y considerar las jerarquías y distribución del poder al interior del grupo, sea porque se presente según las características individuales o estructurales que acompañan o definen a cada miembro. → El poder pertenece al grupo y perdura en la medida que perdure o exista

el grupo, además, es dinámico, de modo que hay una constante búsqueda del poder, de reafirmación, ejercicio y reconocimiento del mismo por parte de todos los miembros. → En esta dimensión, es importante analizar el origen del poder dentro del grupo o del grupo para así gestionar correctamente su dinámica, permitiendo la toma de conciencia sobre como las relaciones producen o reproducen las relaciones de poder. → *Los conceptos de poder y control se asocian con frecuencia con las figuras que ejercen el liderazgo en los ámbitos grupales, y el Trabajador Social es una de ellas.* → Conforme se desarrolla el grupo, el TS distribuye el poder entre los miembros con el fin de que se influyeran los unos con los otros, haciendo uso de estrategias para ello, como:

- ☞ Pedir información sobre las cuestiones a tratar en el grupo y orientaciones para las reuniones futuras.
- ☞ Apoyar la dinámica intergrupala, facilitando que se generen líderes.
- ☞ Alentar esfuerzos para el apoyo mutuo y compartir que tienen lugar en la dinámica grupal., entre otras.

El TSG, necesita orientar el poder y el control social con un doble objetivo:

- ☞ Garantizar un grado adecuado de orden y eficiencia en las reuniones grupales y
- ☞ Mantener la motivación de los miembros.

▪ **Cultura:** *Una dimensión básica de cada persona, y de cada grupo, es la cultura, entendida como el modo de analizar, comportarse y comunicarse propio de una sociedad.*

- **Sociedad y cultura:** *No puede darse sociedad sin cultura, ni grupo sin cultura: sin cultura no seríamos humanos en el sentido en el que empleamos la palabra normalmente. → La cultura está íntimamente ligada a la sociedad: las variaciones culturales se corresponden con distintos tipos de sociedades. → Así, la cultura hace referencia a “los valores que comparten los miembros de un grupo, las normas que acatan y los bienes que producen” (Giddens, 1995; 65), de igual*

manera hace referencia a los modos de vida que tienen los grupos o miembros en una sociedad determinada.

- Cultura y dinámica de grupo: *La cultura grupal viene definida por los valores, las creencias, las costumbres, tradiciones y las maneras propias de hacer las cosas que son entendidas de manera implícita y compartida por el resto de los miembros del grupo* (Paráfrasis, Olmsted, 1959). →Esta emerge a través de la interacción en el tiempo y es el producto de todas las características individuales mezcladas de los miembros del grupo. →Estos patrones culturales determinan el entorno en el que las actitudes de los participantes permiten alcanzar el liderazgo, quien establecerá las normas de acuerdo a los valores culturales y percepciones del grupo.

Se diferencian 3 niveles de profundidad en la cultura del grupo.

- ☞ En el nivel superficial se ubican los símbolos y rituales del grupo.
- ☞ En un nivel profundo, la cultura se manifiesta por los estilos y formas de aproximación de los miembros en su relación con los otros.
- ☞ En el nivel más profundo, se hallan las ideologías centrales, valores y creencias sustentadas en común por todos los miembros. (Paráfrasis, Levi, 2001).

En esta dimensión el TS actúa en aspectos relacionados con la heterogeneidad de los miembros del grupo que comparten elementos comunes o no, como en el caso de los grupos multiculturales, donde el TS apunta su trabajo al análisis de estas diferencias y facilitación de espacios de comunicación entre sus miembros. Del mismo modo, la posibilidad de construir espacios más abiertos que posibiliten el desarrollo de habilidades sociales para la interacción en la vida grupal y social. También, apunta su accionar al trabajo con subgrupos o miembros que no se sienten identificados con la cultura grupal, con el ánimo de fomentar su participación y su integración plena en la vida del grupo.

**Capítulo 8:** Sobre las orientaciones para el TSG

*Se recurre al Trabajo Social con grupos cuando se establece un diagnóstico sobre un conjunto de habilidades que son necesarias para afrontar posibilidades, retos o carencias que afectan a las personas a lo largo de su vida. → Se recurre a esta metodología de dinamización de grupos cuando se hace necesaria para el logro de las metas.*

La intervención del TSG se rige por unos principios, los cuales se agrupan así:

▪ Relativos a las personas:

- Análisis del contexto en el que se desarrolla la personalidad del integrante del grupo.
- La capacidad que poseen los miembros (ciudadanos) para apoyarse y cambiar.
- El empoderamiento, proceso por el cual se potencian los recursos propios de cada persona (es un objetivo del TS y del grupo en sí).
- Brindar atención holística a las personas.
- La evaluación de las competencias alcanzadas por los miembros.

▪ Relativos al grupo:

- El grupo es el centro para lograr el crecimiento personal y el cambio social.
- *La función grupal del apoyo mutuo se fundamenta en múltiples relaciones de ayuda.*
- El comportamiento que reflejan los grupos pequeños es diferente a la de sus miembros, es decir, que el todo es más que la suma de las partes.
- *Las fases del desarrollo del grupo fomentan el cambio: los procesos grupales dan forma a la conducta individual e influyen en ella.*
- Los grupos se conforman por variados motivos y por tanto, variados son los grupos, de modo que el TS debe adaptar la metodología a las necesidades y metas de estos.
- En los grupos democráticos se fomenta la igualdad. (Por consiguiente, se debe procurar democratizar las relaciones grupales).

---

- Relativos al TS:

- El TS debe favorecer las relaciones de ayuda mutua y cooperación entre sus miembros.
- La relación que se genera entre el grupo y sus miembros se fundamenta en la igualdad y reciprocidad. (Este nunca será un experto en todo ni tampoco un líder carismático).
- *El TS promueve la autonomía individual y grupal.*
- La actividad del TS depende del tipo de grupo con el que trabaje.
- La flexibilidad y el eclecticismo atraviesa los procesos de planificación, intervención y evaluación.
- El TS debe observar y analizar los logros que se van alcanzando durante el proceso de dinámica grupal, así como sus procesos y resultados.

Las intervenciones del TSG presentan un esquema metodológico, organizado por fases, en las que los objetivos y la actividad profesional varían dependiendo de la fase de la vida del grupo en la que se encuentre, estas son:

- Primera fase: Diseño del grupo, diagnóstico y preparación. → Consiste en la identificación del contexto en el cual se va a trabajar, el número de integrantes que conformarán el grupo y sus características, también, incluye la realización del diagnóstico para el trabajo que vendrá después y lo concerniente a la programación de las sesiones y el lugar.
  - Segunda fase: Fase inicial del grupo, inclusión y orientación. → Es el inicio del trabajo grupal como tal, en la que el TS da los primeros pasos en la dinamización del grupo, haciendo viables los canales de comunicación y generando los procesos de normalización, gestión de conflictos y diseño de los objetivos a partir del diagnóstico previo.
  - Tercera fase: Transición. → Continúa con los procesos de dinamización mencionados anteriormente y, además, hace énfasis en los procesos de confianza y cohesión grupal y apunta a la redefinición de las metas, da paso
-

a la retroalimentación, se promueve la autonomía personal, el clima de confianza e interacción personal-grupal y se alienta a manifestar las preocupaciones y habilidades personales.

- Cuarta fase: Trabajo y correspondencia, logro de metas. → Acá entran en juego los factores de progresividad, gradualidad y reversibilidad del grupo-miembros. Se hace énfasis en el logro de las metas y el desarrollo de la competencia social. El TS actúa haciendo uso de estrategias que permitan al grupo prepararse para afrontar problemas tras la experiencia del grupo, a reajustar las normas y objetivos para el logro de las metas, a identificar los obstáculos dentro y fuera del grupo, ya que esto permitirá a los miembros un mejor desempeño una vez se disuelva el grupo y, finalmente, evaluar los procesos individuales y grupales en relación con las metas.
- Quinta fase: Fase final, separación de los integrantes. → Aquí ya se prepara a los miembros para continuar en su vida social sin el “apoyo del grupo”, se hace entonces una evaluación exhaustiva del proceso, el progreso de los miembros y el desempeño profesional, como también se promueve entre los miembros y el profesional compartir sus emociones y sentimientos y si es el caso, se diseña un plan de apoyo y acompañamiento para las personas que presenten dificultades en la inclusión a su vida social.

Para todo lo anterior, el TS cuenta con técnicas que le permiten llevar a buen término el proceso de intervención grupal, se destacan las siguientes: → Son instrumentos para el logro de los objetivos grupales.

- ☞ De presentación.
- ☞ De conocimiento y confianza.
- ☞ De crecimiento grupal.
- ☞ De creatividad grupal.
- ☞ De animación para el análisis de problemas.
- ☞ De planificación.
- ☞ De evaluación.

	Estas deben ser utilizadas de acuerdo a las características del contexto, el tamaño del grupo, sus características y la de sus miembros.
Conclusiones	El TS es un profesional con las capacidades y competencias necesarias para la dinamización de los grupos, pues cuenta con conocimientos teóricos, conceptuales y metodológicos que le permiten llevar a cabo esta tarea o intervención en diferentes escenarios o ámbitos en los que se requiere trabajar con un colectivo de personas.
Observaciones y comentarios	<p>Ideas para la comprensión del bagaje teórico-metodológico del TSG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La dinámico de grupos son aquellos procesos que emergen de la interacción de los miembros de dicho grupo. →Interesándose por dos cuestiones: a) el origen de la dinámica al interior del grupo y b) la influencia de la dinámica sobre los miembros y el grupo como unidad.</li> <li>▪ Un elemento teórico que explica este proceso es el de sistema social, así un grupo es un sistema social compuesto por una serie de elementos e interacciones que se dan en su interior.</li> <li>▪ La dinámica de grupo NO es estática, pues esta varía según la etapa o el desarrollo del grupo que se da a partir de la interacción →De acuerdo con esto, el papel del TS va cambiando y este puede operar en el diseño, la puesta en marcha, la gestión y evaluación del grupo.</li> <li>▪ Las personas se sienten atraídas por los grupos cuando se reconocen sus cualidades, se fomenta el sentido de competencia y se favorece la autoestima.</li> <li>▪ Percibirse como miembro de un grupo tiene consecuencias sobre la conducta, tanto en sus relaciones intergrupales como intragrupalas, y afecta consecuentemente la evolución del grupo.</li> <li>▪ En sí misma, una fuerte identidad colectiva puede ser algo adecuado a los objetivos que se persiguen. →En determinados grupos es requisito necesario para para su buen funcionamiento: la integración social ayuda a la unanimidad en cuanto a los propósitos y metas del grupo, logrando sus objetivos.</li> <li>▪ Conocer los mecanismos de poder en el lenguaje (discurso poderoso y “débil”) permite preparar al grupo para evaluar el tipo de comunicación que se genera dentro y fuera de él.</li> <li>▪ El TS a través de la dinámica de grupos capacita a los miembros para que estos, una vez alcanzadas las metas y la disolución del grupo, regresen a su vida normal con nuevas habilidades para afrontar los retos.</li> <li>▪ El TS nunca es un líder permanente en los grupos.</li> <li>▪ Dos peligros asechan en las intervenciones del TSG, así, <i>frente al pesimismo recalcitrante, y frente al optimismo fanático e ingenuo, el trabajador social debe conservar un equilibrio</i></li> </ul>

	<p><i>emocional y profesional basado en tres principios: la posibilidad de lograr cambios graduales, la capacidad de establecer diagnósticos adecuados y estrategias eficaces de mejora y capacitación y la consideración de <b>la gradualidad, la progresividad y la reversibilidad</b> como factores que influyen en la práctica del Trabajo Social con grupos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La labor del TSG requiere que: se tenga pleno conocimiento de la dinámica de grupos, de las técnicas que va a utilizar y cómo lo hará, de analizar las dificultades y posibilidades del grupo, así como sus aspectos racionales y emocionales, poner en discusión aspectos relevantes para el grupo y confiar en sus capacidades, sin presionarlo.</li> </ul>
--	--

## Apéndice 27.

### Ficha bibliográfica 25.

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 25		
Datos básicos del documento		
Título	Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social	
País	ESPAÑA	
Fecha	2014	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Juan Jesús Viscarret</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teorías</li> <li>▪ Modelos</li> <li>▪ Métodos</li> <li>▪ Trabajo Social</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://elibro-net.bibliotecavirtual.uis.edu.co/es/ereader/uis/45418">https://elibro-net.bibliotecavirtual.uis.edu.co/es/ereader/uis/45418</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	TRABAJO SOCIAL

	Objetivos y/o Justificación	
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
	Metodología	
		<b>Capítulo 1: Teoría y Trabajo Social</b>
Contenido	Análisis e interpretación	<p><u>La teoría y el TS</u>: Una relación dinámica.          La producción teórica parte de la explicación del mundo y para ello se hace necesario observar y analizar lo que en él hay, de modo que, durante los procesos de intervención profesional en los cuales el Trabajador Social conoce las características y condiciones de los sujetos con los que trabaja, se afirma, que el Trabajador Social es un teórico de todos los días al comprender y explicar los problemas que atiende en su práctica o intervenciones. → <i>Se puede decir que la <b>teoría</b> proporciona un camino para definir y ordenar acontecimientos y hechos complejos que permiten al <b>trabajador social</b> comprender y describir mejor aspectos de la realidad que de otra forma serían dificultosos de ordenar o que incluso se escaparían a su atención.</i></p> <p>Sin embargo, existen dificultades para generar una teoría en el TS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El origen de la teoría y la práctica se sitúan en espacios diferentes, una es académica y la otra se basa en el trabajo (praxis profesional).</li> <li>• El eclecticismo en el TS que hace uso de las teorías existentes por igual.</li> <li>• Falta de tradición investigadora. → Conduce a la poca o nula reflexión de la práctica profesional.</li> <li>• Sus raíces morales (s. XIX). → <i>La capacidad del ser humano para la transformación y las oportunidades que se requerían para conocer las necesidades humanas.</i> (convicciones religiosas y orientaciones morales y sociales han sido rechazadas de forma sistemática por la ciencia)</li> <li>• Su cambiante naturaleza.</li> <li>• Las condiciones de incertidumbre y ambigüedad a las que se enfrenta de manera permanente en su ejercicio profesional. (los problemas que atiende)</li> </ul>

- El TS no cuenta con un espacio controlado para hacer mediciones científicas de su práctica, pues esta se da en un espacio que supone la vivencia de un problema. (además, que su actuación es “subjetiva y cercana” y no “alejada y objetiva” propio de la abstracción de los científicos con los sujetos-objetos de investigaciones).
- *Los problemas con los que trabaja la profesión no son problemas que se puedan resolver sólo de forma técnica y racional, ya que a menudo los problemas son complejos, cambiantes e inciertos, para los que no existen “asideros” teóricos concretos, sino que en ocasiones sólo pueden ser contestados desde la práctica y desde la subjetividad personal del profesional.* → Coexiste la tensión entre si es una ecléctica disciplina científico-social o una forma específica de entrenamiento vocacional (Paráfrasis, Brauns y Kramer, 1986)

Para justificar la producción teórica en el TS:

El pensar teóricamente en TS y ser competente en las intervenciones, requiere de conocer qué y por qué están ocurriendo los hechos.

Por otra parte, *la epistemología de la práctica profesional ... se basa en la racionalidad técnica, la cual consiste en la aplicación del conocimiento basado en la investigación para la resolución de problemas.* La práctica es entonces... *el resultado de una investigación rigurosa que ha utilizado técnicas y elementos probables, medibles, evaluables y que se basa en un conocimiento teórico objetivo.* → Acá, el TS sería *la aplicación de una ciencia social rigurosa.* → Sin embargo, esta perspectiva no contempla el cómo los profesionales actúan frente a los problemas que no se ajustan o que no se pueden explicar desde la aplicación de lo técnico-racional. → De modo que el profesional de TS construye una nueva teoría a partir de su relación directa con el problema que atiende y que le servirá de guía para su quehacer profesional, al entender las particularidades del problema. → Este saber práctico se deriva en una **reflexión en acción**, saber que es mucho más adaptable, flexible y acertado que la racionalidad-técnica.

*El argumento es que, a través del análisis de la práctica y de la reflexión sobre las necesidades y relaciones de las personas, los trabajadores sociales son capaces de desarrollar sus propias teorías, las cuales les sirven de guía y de orientación para la intervención.*

La relación teoría-práctica VS la práctica-teoría en TS:

*→Así cómo es posible inducir la teoría desde la práctica y la observación, igualmente es posible deducir desde la teoría qué hay que hacer y qué hay que observar. →El trabajador social puede y debe ser conocedor de diferentes teorías que explican el comportamiento humano.*

Lo anterior hace alusión al hecho de que en TS muchas de las ideas y conocimientos sobre el comportamiento humano y social, desde las que se han construido teorías, se han tomado de otras ciencias y estas le han servido al TS para construir su base epistemológica.

- Sociología
- Psicología
- Pedagogía
- Psiquiatría

Sin embargo, NO ofrecen una teoría única para explicar el mundo. (Varias teorías dentro de la misma disciplina →Estas reflejan *la complejidad y sutileza de la dimensión humana*). →Ocurre igual al interior del TS

Esta pluralidad de conocimientos influye en la práctica del TS:

- ☞ Observación: *le indica qué tiene que observar y cómo hacerlo.*
- ☞ Descripción: *le dota de un vocabulario conceptual y un marco teórico dentro del que las observaciones pueden ser ordenadas y clasificadas.*
- ☞ Explicación: *le sugiere como unir las diferentes observaciones realizadas; le ofrece posibles relaciones causales entre un acontecimiento y otro.*
- ☞ Predicción: *le indica qué puede ser lo siguiente que ocurra.*
- ☞ Intervención: *le sugiere caminos de actuación para conseguir el cambio.*

*La mayor fractura en la teoría del Trabajo Social la han generado la sociología y la psicología por sus explicaciones de los problemas a partir de posturas estructurales vs individuales.*

El TS, una práctica teórica:

En Trabajo Social se hace incorporaciones de teorías de la ciencias sociales y humanas, las cuales siguen un proceso de análisis o discusión, adaptación profesional y posteriormente de perfeccionamiento (comprobar si es útil para la solución de problemas). → *Este proceso ha configurado la mayor parte del cuerpo teórico de la profesión, además, este conocimiento ha estado en constante evolución, cambio y reformulación en función de los resultados prácticos.* → Es por ello que se afirma que el Trabajo Social es una práctica teórica, la cual es otra forma de teorizar en TS (construir teoría propia). → Esta práctica teórica *representa un intento genuino de combinar estudio e investigación para crear una base de conocimiento que sea más utilizable y accesible para la intervención profesional.* → Al tomar diversidad de orientaciones teóricas, se da origen a variadas formas de la práctica teórica, sin embargo, todas tienen el mismo objetivo *de buscar hipótesis que expliquen y predigan que ciertos tipos de intervención darán como resultado determinados cambios en ciertas áreas (personalidad, comportamiento, entorno, red social y otras más).*

Así, la práctica teórica deviene en dos caminos:

- *En objeto de investigación y reflexión, que a su vez retroalimentará la teoría desde la práctica, o*
- *(aplicación menos elevada y reconocida): Conocimiento de la experiencia, es decir, saber que algo funciona en determinadas situaciones, convirtiéndose en conocimiento común “si hago esto, la experiencia me dice que ocurrirá esto” → Llamado saber práctico (practice wisdom) o teoría en uso (theory in use). → Este saber desarrollado por el TS, aunque tiene el potencial de ser aplicado a una gran variedad de situaciones, suele ser también poco útil pues es poco flexible a los cambios ya que es desarrollado por el profesional y solo sirve a este → Para que este saber sea útil para otros, este tipo de conocimiento debe ser explicado, sistematizado y*

*compartido.* → Es acá donde aparece la investigación como un proceso que facilita la reflexión y abstracción, necesaria para consolidar bases teóricas y metodológicas (generar nuevas teorías -de forma inductiva- y cualificar los métodos o procesos de intervención y que sea transferible al conjunto de la profesión) → Dotándose de un cuerpo teórico y metodológico propio → Producto de la investigación aplicada a la evaluación y el diagnóstico)

*Por ende, investigación, sí, pero claramente orientada a la intervención profesional y con una clara utilidad práctica.* La investigación en TS se aplica al diagnóstico y la evaluación.

☞ Investigación para el diagnóstico: Es aplicación de la reflexión en la acción. → Basado en un rigor metodológico y conocimiento científico. → Conduce a una práctica fundamentada en un pensamiento científico, denominado Evidence-Based Social Work (intenta minimizar el vacío entre la investigación y la práctica).

☞ Investigación para la evaluación: Reflexión sobre la acción (lo ya acontecido, los procesos, métodos y etc.). → Mejora la calidad de la Intervención.

Cabe resaltar que según sea la posición epistemológica de la investigación, esta se orientará de manera diferente. Estas posturas son:

- Positivista: Explicación de los fenómenos sociales. → Usa la racionalidad instrumental o funcional en la que la acción es definida como medio del que extraer resultados.
- Hermenéutico: Comprensión de los fenómenos sociales (el contenido vital de los problemas, las relaciones y los valores de las personas).
- Crítica: Evidenciar a través del discurso los problemas sociales desde una mirada más estructural, como las injusticias, la pobreza y la desigualdad, y entra en juego el poder y el discurso que reproduce dichas condiciones de subordinación. → Apunta a la emancipación y la transformación social.

*El ámbito de trabajo de los trabajadores sociales viene definido principalmente por el contacto y por la interacción con los problemas sociales. → Los problemas sociales son aquellos campos o áreas comúnmente identificadas como problemáticas para los individuos o para la sociedad, como por ejemplo el alcoholismo, el racismo, la violencia doméstica, las enfermedades mentales o muchas otras.*

*La ciencia se puede entender como un proceso sistemático, ordenado y metódico de la mente humana para obtener un saber o conocimiento fiable. La obtención del conocimiento presupone tres cosas:*

- *La inclinación o impulso por el conocimiento,*
- *El método científico, → Es lo más característico y específico de la ciencia y le sirve para diferenciarse de otros tipos de conocimiento. → En TS ocurre algo muy confuso y es que en su evolución teórica y práctica se ha hablado de métodos para la intervención y métodos para la investigación.*
- *Una conducta científica.*

El concepto de método en TS: → *Aparece como un camino para la intervención. → Sistemático y ordenado modo de proceder. → (Paráfrasis, Siporin, 1975) ayuda a planificar, a instrumentalizar una actividad a través de la cual se lleva a cabo las diferentes tareas y se consiguen los objetivos planteados.*

Modo de decir o hacer con orden (definición de la RAE).

Presenta las siguientes características:

- Es un método teórico en su origen y en su fin.
- Es problemático-hipotético.
- Es empírico en tanto la fuente de información y respuesta a los problemas es la experiencia.
- Es inductivo (clasificación sistemática de los datos, detectar uniformidades) y deductivo (deriva conceptos y enunciados de otros conceptos y enunciados).
- Es crítico, pues se somete a revisión.
- Es circular, interacción entre la teoría y la práctica.
- Es analítico-sintético, pues estudia la realidad por separado y la reordena.

- Es selectivo, se centra en los elementos más importantes.
- Se atiene a las normas metodológicas, pero fomenta también la intuición y la imaginación.

La aplicación del método científico en las ciencias sociales es particularmente diferente, dado que el estudio de las ciencias sociales es la sociedad y esta es extremadamente compleja y cambiante y con formas inmateriales como los sentimientos o los mitos, entre otras. → En el TS (como ciencia que es), *la diversidad de facetas y de dimensiones de la realidad social con las que opera el TS hacen que se observe un pluralismo metodológico.*

Para el TS (en su desarrollo histórico) se ha hablado de método con una orientación más hacia la intervención (operaciones o actividades para transformar la realidad) que hacia la búsqueda de conocimiento (supuestos epistemológicos). → Según el documento, más recientemente las definiciones del método incluyen ambas dimensiones, sin dar predominio a ninguna (el objeto del método es el conocimiento y su fin es la acción) → Esta doble acepción se debe a que el TS es una ciencia aplicada. → *Esta duplicidad de significados es muy importante para el TS, puesto que en su actividad el TS se ha dotado de métodos para la intervención y métodos para el conocimiento.*

- Métodos para la intervención: → Se definen en función del usuario.
  - Método de caso
  - Método de grupo: → Empieza a tomar un carácter profesional en el s. XX (en 1946 en la conferencia nacional de EEUU se reconoce como método propio de la profesión por la contribución de Grace Coyle). (sus principios y prácticas se remontan a épocas anteriores, ejemplo: los “Settlements” entre muchos otros) → *El trabajo social de grupo reconoce la fuerza del grupo e intenta canalizarla hacia una acción constructiva.* → Se configura como método de TS a partir de dos escenarios:
    - ☞ El de las reflexiones de los profesionales que trabajan en la educación de adultos y el manejo del tiempo libre con jóvenes

y su organización, viendo en el grupo una estrategia para lograr:

- Participación en las comunidades
- Enriquecer la vida personal
- Servir de apoyo y
- Aprender habilidades sociales

☞ Y por el momento histórico-político-económico-social que condujo a la gran depresión que llevó al TS a cuestionarse su labor de adaptar el individuo al orden social vigente, impulsando el TSG como el vehículo para lograr el cambio social.

El método de TSG se ha visto influido en sus procesos, definiciones y objetivos a causa de los diferentes aportes de las ciencias sociales que han servido para comprender mejor el comportamiento de los grupos. Aportes como:

- Psicología social
- Sociología
- Psicoanálisis
- Criminología

Conduciendo a desarrollar diversas formas de trabajo con grupos según la influencia teórica y práctica (según el documento, habiendo 7 modelos para el trabajo con grupos →Esta variedad de influencias teóricas dificulta definir de una única manera el TSG →Entre los cuales se destaca para el interés de este trabajo, los modelos de objetivos sociales, que son aquellos en los que sus objetivos de grupo apuntan hacia el exterior de este, apuntando al cambio social →De estos modelos se diferencian según el proceso (beneficio de la participación), el producto (ganancias que obtiene el grupo) y el grado de politización o cambio estructural).

El método de TSG →*Proporciona un contexto en el cual los individuos se ayudan mutuamente; es un método para ayudar tanto a grupos como individuos, y para conseguir que tanto individuos como **grupos sean capaces** de solucionar sus*

*problemas, de grupo, de **organización** y de la **comunidad**.* →Pone su acento en el funcionamiento social y se caracteriza por 2 objetivos:

- Beneficios para los individuos
- Para el cambio social

En cuanto al proceso, este varía dependiendo de la influencia de X enfoque teórico, habiendo diferentes fases en el proceso, sin embargo, para el trabajo en cuestión, se toman las que propone Fernández en su libro de TSG.

Aquí se hace necesario establecer una distinción en el TSC y el TSG de grupo puesto que ambos apuntan a un cambio social, entonces, se dice que es TSG en una comunidad cuando *los grupos* (de la comunidad con los que se trabaja) *son pequeños y sus objetivos locales ... y cuando los métodos dan especial relevancia a los procesos e interacciones que se producen dentro del grupo.*

- Método de comunidad

*Estos nombres que se utilizan para designar a los métodos tradicionales de TS, que han quedado superados por la variedad metodológica que se puede aplicar en cada uno de ellos.* →La necesidad de superar la tradicional subdivisión de métodos según el nivel de actuación (caso, grupo y comunitario) a favor de un método unitario del proceso metodológico inductivo/operativo que se base en el esquema común de las ciencias sociales aplicadas y fundado en el proceso circular del tipo praxis-teoría-praxis (Paráfrasis, Campanini y Luppi, 1991).  
→Abre una nueva preocupación que es la investigación sobre la praxis que permita generar un cuerpo teórico propio o en su caso redefinirlo.

- Métodos para el conocimiento: → La investigación en TS se encuentra mas relacionada con la intervención que con la reflexión y la generación de conocimiento teórico.

¿Cómo el enfoque científico contribuye al TS? →Porque se apoya en la investigación de tipo diagnóstico para conocer y posteriormente intervenir en la realidad. →Y porque le permite construir conocimiento para el grueso de la profesión (investigación aplicada a la sistematización y a la reflexión)

		<p>El TS ha tomado de las ciencias sociales métodos y técnicas para la investigación social, las cuales se podrían agrupar en dos grandes tipologías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cuantitativas</b> → Concepción objetiva de la realidad social. → <i>Medición de los hechos sociales</i>. → Deductiva: hace uso de las teorías y conceptos para acercarse al fenómeno. → Utiliza:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionarios</li> <li>- Encuestas</li> <li>- Observaciones</li> <li>- Métodos estadísticos</li> </ul> </li> <li>• <b>Cualitativas</b> → Concepción subjetiva de la realidad social. → <i>Interpretación de la realidad, donde pesan más el significado subjetivo de la acción y la comprensión de su sentido</i>. → Inductiva: va de lo concreto y específico a la creación de conceptos abstractos y a la creación de una teoría general y ganar nuevas perspectivas y generar hipótesis. → Conocer de manera holística y profunda los fenómenos desde la vivencia de las personas. → Utiliza:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las historias de vida</li> <li>- Los grupos de discusión</li> <li>- Las entrevistas semiestructuradas</li> <li>- Las biografías, etc.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Ambas perspectivas metodológicas ofrecen al TS el potencial necesario para generar conocimiento científico. → Los fenómenos que ocupan al TS son multifacéticos y multidimensionales. → Es posible combinar ambas perspectivas para hacer más rico el conocimiento científico y diagnósticos más acertados.</i></p>
Conclusiones		<p><i>Ni que decir tiene que las teorías son potenciadas en espacios y tiempos diferentes. Los factores culturales y políticos influyen de forma directa sobre qué piensa y qué se hace en nombre del Trabajo Social.</i></p> <p>Con base en esta lectura es posible y se ha hecho producción teórica desde el TS y sus contribuciones han servido para cualificar los procesos de intervención y para afinar las teorías a partir de las investigaciones y sistematizaciones de las experiencias prácticas que han hecho en TSG.</p>

Observaciones y comentarios	<p style="text-align: center;"><u>Elementos para la comprensión:</u></p> <p>Sobre el TS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El TS es una profesión que se basa en teorías científicas. (Como cualquier otra).</li><li>• El TS es eminentemente práctico y “tiene” la necesidad de generar su propia base epistemológica.</li><li>• El TS nace en el mismo espacio temporal que otras ciencias.</li><li>• La relación del TS con la teoría y la práctica la ha diferenciado de otras ciencias y la <i>ha lastrado a la hora de generar una base de conocimiento propia y consistente.</i></li><li>• A principios del s.XX cuando s</li></ul> <p>Sobre la teoría:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se ha subordinado el conocimiento práctico al conocimiento el teórico y eso ha sido el “problema” central para reconocer la validez científica del TS.</li><li>• La teoría es la forma de ver y explicar el comportamiento del mundo. →Esto lo hacen los TS (en su diagnóstico).</li><li>• La atención de los problemas varía según la perspectiva teórica que se tenga. (eso incluye un uso específico de valores, metas, métodos y técnicas) →Varias maneras de resolver un problema.</li></ul>
-----------------------------	--

**Apéndice 28.***Ficha bibliográfica 26.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 26		
Datos básicos del documento		
Título	Trabajo Social con grupos y sus dimensiones de intervención. Revisión documental en América Latina.	
País	COLOMBIA	
Fecha	2018	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diana Marcela Jiménez Martínez</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo Social con grupos</li> <li>▪ Dimensiones de la intervención</li> </ul>	
Fuente	SECUNDARIA	
Ubicación	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7663493">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7663493</a>	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	TRABAJO SOCIAL
	Objetivos y/o Justificación	Este artículo de revisión tuvo como objetivo analizar la producción escrita sobre el método de trabajo social con grupos (TSG) en América Latina desde el año 2005 hasta el 2018.
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido	Metodología	El enfoque de investigación fue cualitativo bajo una mirada histórico hermenéutica, apoyado de la estrategia documental y de técnicas e instrumentos basados en matrices, memos analíticos y análisis del discurso, revisando e interpretando una muestra total de 51 textos.
	Análisis e interpretación	<p style="text-align: center;"><u>El carácter o sentido de ser del TS</u></p> <p>En el documento se explicita la definición del TS desde la FITS: <i>profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo</i></p>

*social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto a la diversidad son fundamentales. Respaldado por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales y las humanidades, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Consejo General del Trabajo Social, 2019, párr. 3). → A lo que complementa la autora con el trabajo social, como disciplina, desea generar transformaciones sociales, potenciando las habilidades tanto de individuos y familias como de grupos y comunidades, fomentando e incrementado su bienestar social, identificando y movilizand sus recursos para hacer frente a su realidad, y motivando a su emancipación y conciencia crítica → Y esto se consigue haciendo uso de los métodos de TS que en este caso sería el TSG.*

#### Acerca de las intervenciones desde TSG:

El método de TSG a través de los procesos de interacción da origen a la vida grupal la cual, al mismo tiempo, genera conflictos que deben ser gestionados por lo que el *profesional debe orientar al grupo y analizarlo a través de teorías y experiencias que conlleven al cumplimiento de objetivos específicos, y concluyan en las transformaciones individuales y sociales de los sujetos*, teniendo presente las realidades complejas que encarnan los miembros del grupo.

#### Referentes teóricos del TSG:

Es importante hacer mención que en el contexto LA, en 1945 en Chile se realizó el *Primer congreso panamericano de servicio social* con la finalidad de incorporar en todas las escuelas del continente el método de TSG. → En el periodo de la “reconceptualización”, momento en el cual se inicia un proceso de repensar el TS y la realidad latinoamericana en la cual se aplicaban los métodos, optándose por una integración de estos, afirmando que NO era incompatibles, de modo que se podía pasar de uno a otro.

El Trabajo Social toma aportes teóricos para el análisis de la vida grupal de ciencias sociales como:

- Antropología
- Sociología
- Psicología
- Pedagogía

Retomando teorías como (esto es lo que dice el documento, que la siguiente lista son teorías):

- Dinámica de grupos
- Sistémica
- Grupos operativos
- De la comunicación
- De conflictos
- De complejidad
- El psicoanálisis,
- Interaccionismo
- Funcionalismo
- Educación popular
- Pedagogía social y
- Educación social

*Las teorías de las ciencias sociales mencionadas aportan constantemente al TSG conceptos y elementos para lograr analizar de forma más integral la vida grupal; cada profesional retoma las que considera más relevantes y que lo puedan apoyar en la explicación de los procesos grupales de la manera más amplia y posible.*

Un referente teórico que aporta al sustento y consolidación del método de TSG son los modelos de intervención que, según sus objetivos se puede orientar en 3 sentidos:

- Orientación funcional: → Apunta a la identificación y solución de procesos conflictivos en el grupo, relacionados con las personas, el grupo e instituciones, mejorando el funcionamiento en estos ámbitos.
- Orientación terapéutica: → A través de la experiencia grupal se busca mitigar o canalizar el dolor en personas que atraviesan una situación de crisis.

- Orientación hacia colectivos y comunidades: → Se enfoca en acciones educativas que facilitan el desarrollo del pensamiento crítico, el empoderamiento, el reconocimiento de acciones colectivas por la defensa de los Derechos Humanos.

Otro referente teórico son las **tipologías de grupos**, las cuales permiten categorizar el grupo según sus características y naturaleza y, a partir de ello, desarrollar acompañamientos asertivos con conocimiento contextual del mismo.

→ Se proponen entonces las siguientes tipologías:

- G. etarios.
- G. primarios.
- G. secundarios.
- G. naturales.
- G. formados.
- G. formales.
- G. informales.
- G. cerrados.
- G. abiertos.
- G. homogéneos.
- G. heterogéneos.
- G. motivados.
- G. reformados.
- G. voluntarios, etc.

*Identificar las tipologías le otorga al trabajador social conocimientos respecto a estas, para así lograr la interpretación de las características del grupo con el cual está trabajando y acercarse de manera acorde a su naturaleza.*

### **Aspectos de la metodología de TSG**

Componentes de la intervención en TSG: → Ajustados en función del método  
En el documento se plantea la importancia de considerar y tener claridad de los componentes de la intervención en TSG, los cuales varían según autores y que la

autora del documento propone sintetizar en un cuadro, mencionando los siguientes componentes:

- Contexto
- Situación grupal
- Problema/Objeto
- Sujetos
- Lugar
- Intencionalidades/Objetivos
- Ideologías, valores y experiencias previas del TS
- Ideologías, culturas de los sujetos
- Método de TSG
- Conceptos, categorías, leyes y teorías explicativas de los grupos
- Resultados de la intervención

*Estos componentes permiten a las y los trabajadores sociales desarrollar intervenciones sistemáticas y claras, al identificar y plasmar la realidad social del grupo y el proceso implementado y construido con él ... lo cual permitiría conocer más a fondo el contexto y los saberes previos de las personas.*

#### Fases de la intervención:

La autora sintetiza todas las propuestas abordadas en la revisión documental y propone, agrupando lo revisado, las siguientes etapas al proceso:

- Estudio preliminar del contexto, grupo o diagnóstico
- Diseño o planificación de la propuesta o programa grupal
- Ejecución o intervención con el grupo → Puede conllevar fases intermedias.
- Consolidación del grupo
- Finalización de los encuentros grupales
- Evaluación del proceso
- Sistematización

En cada una de estas etapas el rol del TS cambia conforme avanza el grupo.

Los encuentros grupales o sesiones, las cuales varían según el objetivo y la temática, se desarrollan a partir de 3 momentos:

- Apertura → Se instalan las bases del encuentro e incluye elementos como el tiempo, la motivación, los ritmos, etc.

- Desarrollo → Es el núcleo central y en el se despliegan las acciones para su cumplimiento.
- Cierre → Evaluación y retroalimentación de lo realizado.

Instrumentos y técnicas al servicio del TSG:

*Las técnicas grupales permiten realizar trabajos intencionados, con objetivos claros, convirtiéndose, por momentos, en reflejos de la realidad para posibilitar la reflexión constante de los participantes del encuentro grupal.*

*Cabe mencionar, que las **técnicas** elegidas por las y los profesionales para la operativización del trabajo grupal dependen de la población, el espacio, los recursos y la temática o realidad a trabajar. → Por ejemplo, técnicas para:*

- Procedimiento
- Interacción
- Conducción directiva y no-directiva
- Dinámica grupal
- Observación
- Dialógicas
- De registro
- De iniciación
- Producción
- Medición
- Evaluación
- Transición de la información
- Investigación
- Uso de juegos, manualidades, dramatizaciones, etc.

Adicionalmente están los **instrumentos**, los cuales facilitan la recolección de la información, información que se produce en los encuentros o sesiones de los grupos, por mencionar algunas que se evidencian en el documento, están:

- Diarios de campo
- Guías de entrevista
- Matrices de análisis (Propuesta de Gnecco, 2005) entre otros.

*Los **instrumentos** proporcionan al trabajador social elementos puntuales para recoger la información e identificar, interpretar y plasmar lo construido en el encuentro grupal, teniendo claro que estos son guías o esquemas que pueden ser ajustados en función de lo que requiera analizar y obtener el profesional para su trabajo.*

*Estos instrumentos, finalmente, aportan en la consolidación y construcción de los informes sociales.*

*Las técnicas son solamente herramientas o medios para el acercamiento y la dinamización del grupo, el objetivo está en desarrollarlas y socializar, interactuar, reflexionar, construir y transformar a partir del uso de ellas.*

#### **Consideraciones ético-políticas del TSG**

En esta dimensión de la profesión y también del método de TSG se pueden señalar 3 elementos que conforman esta dimensión, esto son:

- Los principios y valores de la acción profesional, presentes en el código de ética profesional, fundamentados en la constitución política y documentos internacionales que abogan por la defensa y garantía de los derechos humanos. → Algunos de estos fundamentos para la intervención son:
  - Justicia Social
  - Dignidad Humana
  - Igualdad
  - Respeto
  - Democracia
  - Solidaridad
  - Confidencialidad
  - Empoderamiento
  - Autodeterminación
  - Consentimiento informado

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Otro aspecto fundamental de la dimensión ético-política en las intervenciones desde el TSG es el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo en los sujetos miembros del grupo, el cual permite al grupo analizar las condiciones de desigualdad e injusticia de la sociedad, apuntando a la transformación de estas, logrando un bienestar social. →Este proceso conduce a lo que en TS se llama la <b>toma de conciencia</b> y el <b>empoderamiento</b>.</li> <li>▪ Como tercer elemento, presente en las intervenciones del TS, se reconoce la capacidad de los sujetos de hacer transformaciones sociales en pro de mejores condiciones de vida, a través de proyectos grupales o colectivos, con objetivos y metas propias, pues, desde el método de TSG se reconoce a los miembros como sujetos activos capaces de cambios en sus vidas y la sociedad y, el profesional de TS es un apoyo del grupo, potenciando sus habilidades y capacidades. →El TS trabaja con el grupo y NO para o por el grupo.</li> </ul>
<p>Conclusiones</p>	<p><i>las intervenciones desde el TSG son pertinentes, acordes y actualizadas, permitiendo con ellas crear relaciones sociales solidarias y cooperativas, confrontar y gestionar conflictos, organizar las ideas colectivas, trabajar unidos por los objetivos comunes y socializar, este último como elemento necesario y fundamental de toda persona para convivir en sociedad.</i></p> <p>El TSG es un método para el acompañamiento integral de los sujetos o colectivos con los que se trabaja, sirviendo a además de método integrador, pues aborda aspectos relacionados con las características y necesidades individuales, así como también aborda elementos contextuales para el desarrollo o cumplimiento de los objetivos grupales, es en todo caso, un método de trabajo integral, pues reconoce el espacio grupal como multidimensional, posibilitador de transformaciones sociales.</p> <p>El TSG es un método que además sirve mucho al contexto LA marcado por el individualismo y el capitalismo, permitiendo a los sujetos espacios de construcciones colectivas de identidad, apoyo, reflexión y actuación política con las personas con las que se trabaja.</p>	

	<p>El método de TSG cuenta con un cuerpo teórico y metodológico que le permite al profesional de TS abordar realidades complejas y trabajar con grupos, sin embargo, se alienta a la producción teórica desde el TSG para el TS permitiéndole llevar a cabo intervenciones más ajustadas desde lo propio de la profesión.</p> <p>La dimensión ético-política de la profesión ofrece elementos para realizar intervenciones respetuosas, reflexivas y empoderadoras con los sujetos, pues son ellos quienes desde su rol como sujetos políticos tienen el poder para transformar la sociedad.</p>
Observaciones y comentarios	<p style="text-align: center;"><u>Ideas complementarias para la comprensión del TSG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>El interés por abordar esta temática se genera debido a que en los países latinoamericanos la producción científica, las investigaciones y las sistematizaciones de experiencias frente a este método han sido limitadas, en especial, en comparación con los otros métodos de la disciplina.</i></li> <li>▪ <i>Este artículo reúne elementos fundamentales para desarrollar y sustentar el trabajo social con grupos a partir de referencias latinoamericanas ... evidenciar tendencias, actualizar la información y la producción de conocimiento.</i></li> <li>▪ <i>Para hacer referencia al TSG es necesario retomar el concepto de grupo como categoría fundamental, haciendo alusión a este como una organización o conjunto de dos o más personas que se relacionan e interactúan entre sí”; tal organización se ve motivada por las similitudes entre los sujetos o las situaciones que atraviesan; además, como grupo, con el pasar del tiempo y el uso del espacio compartido, se van definiendo su tamaño, su estructura, sus roles y su identidad grupal; por otro lado, este desarrollo se ve permeado por los conflictos en su interior y la realización de objetivos comunes.</i></li> <li>▪ <i>Existe una variedad de modelos en y para el TS producto de las elaboraciones (análisis, reflexiones y sistematizaciones) teóricas de los profesionales.</i></li> </ul>

**Apéndice 29.***Ficha bibliográfica 27.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 27		
Datos básicos del documento		
Título	Construcción colectiva de saberes y prácticas individuales y comunitarias que contribuyen a la promoción y gestión integral de la salud rural.	
País	COLOMBIA	
Fecha	2020	
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cruz Roja colombiana</li> <li>▪ Cruz Roja noruega</li> <li>▪ Universidad Nacional de Colombia</li> <li>▪ Universidad de la Salle</li> <li>▪ Pontificia Universidad Javeriana</li> </ul>	
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salud rural</li> <li>▪ Buen vivir</li> <li>▪ Macarena – Meta</li> <li>▪ San Vicente del Caguán - Caquetá</li> </ul>	
Fuente	PRIMARIA	
Ubicación	CONFIDENCIAL	
Información relevante del documento		
Descripción general	Perspectiva disciplinar	INTERDISCIPLINAR
	Objetivos y/o Justificación	<p><b>Objetivo general:</b>  <i>Mejorar los conocimientos y prácticas de las personas en proceso de reincorporación en los ETCR y comunidades de acogida de la zona rural de los municipios de La Macarena y de San Vicente del Caguán (Cuenca del Río Pato y Valle del Balsillas), para su participación en la solución de sus necesidades básicas de salud y de la violencia sexual y de género y para la formulación del modelo de salud rural. Lo anterior en un marco de protección de las condiciones</i></p>

*ecosociales de sus territorios, del fortalecimiento de sus modos de vida y de la protección de sus saberes y prácticas ancestrales.*

**Objetivos específicos:**

- 1. Realizar una línea de base que permita adecuar las intervenciones que promueve este proyecto a las necesidades de las comunidades y evaluar los resultados alcanzados;*
- 2. Organizar e implementar una ruta de formación de las personas en reincorporación y de las comunidades de acogida para mejorar sus conocimientos sobre la salud de los territorios y construir una propuesta de modelo comunitario de salud rural;*
- 3. Mejorar los conocimientos y prácticas de las personas en reincorporación y de las comunidades de acogida con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de acuerdo con las necesidades priorizadas de atención;*
- 4. Diseñar junto con la comunidad una estrategia educativa para mejorar los conocimientos y las prácticas de las mujeres y de las personas en general en la identificación, mitigación y prevención de la violencia sexual (VS) y la violencia basada en género (VBG);*
- 5. Fortalecer las capacidades organizativas y de asociatividad solidaria de las personas en reincorporación y comunidades de acogida para la participación y autogestión comunitaria de la salud en los territorios; y →Es en este objetivo en el que se enmarca el proyecto de investigación.*
- 6. Sistematizar la experiencia de las intervenciones para generar lecciones aprendidas que contribuyan a la incidencia en la política pública de salud rural.*

		<p>El proyecto apunta a la construcción participativa de un modelo de salud rural, como una manera de contribuir a la garantía del derecho a la salud en los territorios, pues este se encamina a la producción de conocimientos que alimenten las propuestas del PNSR del MSPS como una estrategia para reducir las desigualdades en materia de salud y, por otro lado, a recuperar los saberes propios de los sujetos del proyecto, contribuyendo a desarrollar proyectos autónomos, es decir, empoderando a las comunidades en su afán por gozar del derecho a la salud.</p>
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Buen vivir</u>: En síntesis, hace alusión a que la salud es mucho más que la atención médica, y por lo tanto implica nuevas maneras de relacionarse y vivir en este mundo, es decir, la salud es una relación de interdependencia del con la naturaleza, lo espiritual, lo cultural y los saberes ancestrales sobre el cuidado de la salud.</li> <li>▪ <u>Determinación social de la salud</u>: Se concibe la salud como un proceso histórico de determinación de la salud por las condiciones de vida y existencia de las personas, por lo que las manifestaciones de la enfermedad en el cuerpo son un fenómeno social, relacional y contextual.</li> <li>▪ <u>Territorio</u>: Es un espacio socialmente construido, en el que entran en juego modos de relacionarse con determinado espacio físico y con relaciones de poder que marcan la pauta de la construcción simbólica en el territorio, es decir, esta atravesado por relaciones conflictivas y de subordinación, pero también, es el lugar en el que se adelantan procesos de producción de la salud.</li> <li>▪ <u>APS</u>: Es una estrategia que apunta al logro y mantenimiento de la salud en el mundo, transformando las condiciones de vida de toda la población, yendo más allá de las respuestas de prevención y promoción, por lo que se alienta a impulsar la autonomía de las personas en la producción de la salud, desarrollando en ellas las capacidades necesarias para lograrlo.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Participación comunitaria en salud</u>: <i>La participación comunitaria en salud está orientada a incidir en la relación entre el Estado y la sociedad buscando satisfacer necesidades, garantizar derechos y efectuar transformaciones sociales. Dicha relación puede expresar una conflictividad social que requiere de estructuras que visibilicen las problemáticas que en materia de salud viven las comunidades con el propósito que sean incorporadas en la agenda pública. Además, se manifiesta en las formas de organización y afrontamiento mediante la ampliación de las capacidades para la defensa del derecho a la salud, el trabajo colaborativo en la comunidad y la injerencia en la construcción de alternativas.</i></li> </ul>
Contenido	Metodología	<p>Se planeó desarrollar el proyecto en 3 fases y 1 fase transversal a todo el proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Fase de aprestamiento y planificación operativa</u>: Relacionada con todo aquello que corresponde a la planeación, ajustes y permisos para desarrollar el proyecto en campo.</li> <li>2. <u>Fase de estudio, línea de base y línea de salida</u>: Se propone como una evaluación de los procesos y metas alcanzadas, sirviendo para contrastar el antes y el después de la intervención.</li> <li>3. <u>Fase de implementación de las acciones</u>: Se lleva a cabo cada objetivo propuesto, realizado de manera secuencias y por campos dialógicos y con unos tiempos definidos y momentos específicos para el desarrollo. Incluyen también la realización de cursos cortos para capacitar a los sujetos participes del proyecto. →Se divide en 4 componentes, así: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>RFCSR</u>: Contribuirá al conocimiento del estado de salud en los territorios y a la construcción del modelo de salud rural.</li> <li>▪ <u>Cursos cortos</u>: Los cuales contribuirán al desarrollo de habilidades y adquisición de conocimientos en y para la salud rural, también se fortalecerá la asociatividad de los participantes.</li> </ul> </li> </ol>

- Estrategia de educación: Para la prevención y mitigación de las formas de violencia contra la mujer.
- Comités de salud: Como estrategia de organización y participación comunitaria para la defensa y garantía del derecho a la salud en los territorios, desde las cosmovisiones locales.

*Se ejecutarán como procesos entrelazados e interactivos, articulados alrededor de la RFCSR, espacio desde el cual también se busca dinamizar y socializar esta investigación acción.*

**TRANSVERSAL: Fase de sistematización de la experiencia:** Se realiza al final de todo el proceso y se funda en la participación activa de todos los implicados y consiste en la reflexión de la experiencia vivida y el rescate de los saberes de las comunidades, con miras a la generación de lecciones aprendidas que contribuyan a otras experiencias en material de capacidades para la salud rural.

*La concepción de estas acciones parte de la premisa de que al tiempo que se educa se investiga y se actúa para transformar las estructuras sociales, los esquemas mentales y las prácticas de las personas y las comunidades. → Con el propósito de aportar a la formulación de una política pública de salud rural en Colombia.*

El proyecto apunta a beneficiar a 46.755 habitantes de los territorios en cuestión, a través de las acciones propuestas, para ello, se seleccionaron 180 participantes (actores clave) que conformarán el equipo de trabajo (RFCSR), distribuidos así:

- Macarena I: 60 participantes seleccionados por las organizaciones sociales campesinas, comunidades indígenas y ETCR.
- Macarena II: 70 participantes seleccionados por las organizaciones sociales campesinas y de mujeres.

Pato balsillas: 50 participantes escogidos por los resguardos indígenas y las organizaciones sociales campesinas y de mujeres.

	Análisis e interpretación
Conclusiones	
Observaciones y comentarios	<p style="text-align: center;"><b>Elementos de proyecto que alimentan la comprensión del objetivo #5.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Se entienden los comités de salud como formas de organización y participación comunitaria que posibilitan la expresión de intereses, expectativas y demandas comunes. Se convierten en herramientas de la participación comunitaria que estructuran la acción colectiva a favor de la promoción y la gestión integral de la salud. Tiene como eje el diálogo y la concertación para la creación o aprovechamiento de escenarios comunitarios, institucionales y/o gubernamentales. →Funciones de los comités según la CR:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Vigilancia comunitaria en salud, atención básica y primaria en salud, notificación y referencia de casos, acompañamiento en campañas y jornadas comunitarias.</i></li> <li>• <i>Comunicación entre grupos interesados en la salud de la comunidad.</i></li> <li>• <i>Establecimiento y mantenimiento de redes comunitarias.</i></li> <li>• <i>Identificación y movilización de recursos humanos y financieros.</i></li> <li>• <i>Establecimiento de vínculos con las familias, los servicios públicos y de organizaciones no gubernamentales, y otros organismos.</i></li> </ul> </li> <li>▪ <i>Este proceso de acompañamiento hará uso de la educación popular (horizonte emancipatorio que orienta la acción) y la pedagogía social (fortalecimiento de las capacidades mediante el afianzamiento colectivo) como estrategias para el desarrollo de capacidades individuales y colectivas de los comités de salud, con el propósito de que estas estructuras organizativas se conviertan en agentes por la salud en sus territorios y ganen liderazgo en y para la gestión en sus comunidades.</i></li> <li>▪ <i>Se pensó desde las siguientes actividades para su desarrollo:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Identificación de las necesidades para el fortalecimiento de habilidades individuales y colectivas.</i></li> <li>• <i>Acompañamiento en dinámica grupal, trabajo en equipo y toma de decisiones.</i></li> </ul> </li> </ul>

- Lectura territorial de la salud, identificación de necesidades y estrategias de afrontamiento para la planeación de acciones comunitarias.
  - Desarrollo de acciones en comunicación en salud.
  - Acompañamiento a la implementación de las acciones comunitarias en salud.
  - Seguimiento y evaluación.
- La RFCSR (*espacio de apoyo para las actividades y componentes*) en la se basan para la implementación de las acciones propuestas esta dividida por campos dialógicos para ser desarrollados en 16 semanas, así:
- Fases de la RFCSR:
    - ↪ Encuadre diagnóstico inicial para la con-construcción de la propuesta
    - ↪ Acuerdos para la concertación desde la escucha
    - ↪ Reconstrucción y retroalimentación de la propuesta
    - ↪ Implementación de la propuesta concertada
    - ↪ Sistematización de la propuesta y la experiencia
  - Componentes de los campos dialógicos:
    - ↪ Comprender el territorio
    - ↪ Buen vivir en el territorio
    - ↪ Salud en el territorio
    - ↪ Transformación de la salud rural en el territorio (modelo de salud rural)
  - Momentos de los campos dialógicos:
    - ↪ Sensibilización
    - ↪ Contextualización teórico-práctica
    - ↪ Dialogo de saberes
    - ↪ Actividad experiencial
    - ↪ Reconstrucción de aprendizajes
    - ↪ Cierre reflexivo
- Aspectos éticos del proyecto:

	La participación en este proyecto será voluntaria, hará uso del consentimiento informado y aplicará protocolos para la atención de los conflictos que puedan surgir en el desarrollo del proyecto, sobre todo en la aplicación de la estrategia de educación para la prevención de las violencias contra la mujer. Además, el proyecto y sus ejecutores respetarán en todo momento las creencias y valores culturales de los participantes y salvaguardar la información generada en cada una de las actividades.
--	---

### Apéndice 30.

#### *Ficha bibliográfica 28.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 28	
Datos básicos del documento	
Título	Informe final de ejecución. Producto 1.6. Apoyo a la formación, capacitación y equipamiento de los comités de salud.
País	COLOMBIA
Fecha	2021
Autor(es)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alicia Milena Torres Cárdenas</li> <li>▪ Isabel Cristina Bedoya Calvo</li> <li>▪ Julia Isabel Eslava Rincón</li> <li>▪ Claudia Patricia Rojas Castillo</li> </ul>
Palabras clave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comités de salud</li> <li>▪ Salud Rural</li> <li>▪ Participación en salud</li> <li>▪ Modelo de salud rural</li> <li>▪ Macarena – Meta</li> <li>▪ San Vicente del Caguán - Caquetá</li> </ul>
Fuente	PRIMARIA

Ubicación	CONFIDENCIAL	
	Información relevante del documento	
Descripción general	Perspectiva disciplinar	INTERDISCIPLINAR
	Objetivos y/o Justificación	<i>"Fortalecer las capacidades organizativas y de asociatividad solidaria de las personas en reincorporación y comunidades de acogida para la participación y autogestión comunitaria de la salud en los territorios"</i> .
Fundamentación teórica	Conceptos y/o enfoques	
Contenido		<p>Para el logro del objetivo #5 del proyecto, se propusieron 5 etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conformación del equipo de trabajo y asignación de responsabilidades</li> <li>2. Concertación y creación de un lenguaje común</li> <li>3. Diseño del plan de trabajo, abierto y flexible</li> <li>4. Aplicación en los territorios</li> <li>5. Organización y análisis de la información de las acciones desarrolladas</li> </ol>
	Metodología	<p>El trabajo de los comités se realizó con actores clave de las comunidades escogidos por las comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Macarena: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CORPOAYARÍ</li> <li>• ASCAL-G</li> <li>• ASOPEPROC</li> <li>• Comunidad indígena</li> <li>• Juntas de acción comunal</li> <li>• Excombatientes de las FARC</li> <li>• Comunidad indígena</li> </ul> </li> <li>▪ San Vicente del Caguán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• AMCOP</li> <li>• ASABP</li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excombatientes de las FARC</li> <li>• Comunidad indígena</li> </ul> <p>El proceso de conformación de los comités de salud fue un componente de todo el proyecto para la contribución a la creación de un modelo de salud rural propio, el cual incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La RFCSR</li> <li>▪ Cursos cortos</li> <li>▪ Promoción de la equidad de género</li> <li>▪ <b>Comités de salud</b> → <u>Su consolidación pasa por el fortalecimiento de las capacidades (al interior del grupo) y la acción política (al exterior del grupo).</u></li> <li>▪ Sistematización de la experiencia</li> </ul> <p>El proceso de fortalecimiento de las capacidades de los comités tuvo la necesidad de ajustarse a las limitaciones impuestas por la pandemia y las dinámicas de trabajo y el territorio, por lo que paso de contar con una estructura lógica y secuencial, preguntas orientadoras, contenidos temáticos, propósitos definidos y resultados concretos a pasar a una propuesta de con-construcción reflexiva en 4 momentos para la construcción de un mapa de actores, pensadas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Momento 1: Reflexión de la realidad de salud en el territorio.</li> <li>▪ Momento 2 y 3: Propuestas de acción para la salud.</li> <li>▪ Momento 4: Materialización de un plan de acción.</li> </ul> <p>Este cambio no implica que el impacto de la intervención se haya visto afectado negativamente, todo lo contrario, se adaptó a las necesidades sentidas en su momento.</p>
	<p>Análisis e interpretación</p>	<p>Los desarrollos de la intervención dieron como resultado dos procesos diferentes en cada una de las comunidades, evidenciados así.</p>

**San Vicente**

Con base en el diagnóstico realizado en el que se encontraron precarias condiciones de salud, carencia de la estrategia de APS, el inexistente interés de las JAC por la salud y falta de reconocimiento de los saberes en salud, se definió la *necesidad de una organización comunitaria en salud que jalonara la gestión y la agencia de la lucha por el derecho a la salud* → Principios de (del desarrollo comunitario):

- Autonomía
- Libertad
- Participación y
- Democracia
- Resultados:
  - El “comité de salud” se pensó desde otra alternativa jurídica que posibilitara y respaldara sus acciones por la defensa y garantía del derecho a la salud → Se decantó por la figura de la “asociación” y se dejó en trámite ante las autoridades competentes para su creación legal, además implicó la tarea de:
    - ↳ Definición de su naturaleza
    - ↳ Definición de su estructura organizativa
    - ↳ Selección de la junta

**Macarena**

Para el caso de este territorio, aun con las condiciones precarias en materia de salud, violación de derechos humanos y conflictos ambientales y sociopolíticos, las organizaciones sociales de base tenían, por así decirlo, procesos adelantados por la defensa y garantía del derecho a la salud. → El trabajo en este territorio consistió en trabajar sobre lo construido.

- Resultados:
  - La construcción del comité de salud se asumió como una forma organizativa per sé, articulada a las organizaciones sociales de base para una mayor acción política.
  - Sentido compartido de la salud con base en sus experiencias para la autogestión de la salud en sus territorios

**En ambos territorios**

Este trabajo de constitución de los comités de salud implicó dos procesos:

- Construcción subjetiva de sus miembros (cohesión)
- Fortalecimiento de la acción colectiva → Implica el *desarrollo de habilidades y capacidades para el análisis políticos y situacionales* y construcción de estrategias que fomenten el cambio de sus condiciones, así como la toma de conciencia crítica.

Involucra también el trabajo con otras organizaciones le vendría a ser el trabajo articulado o en red, para lograr mayores impactos en la salud territorial.

Capacidades desarrolladas:

El proceso de fortalecimiento de las capacidades para la autogestión de la salud rural se puede sintetizar en las siguientes:

- Desarrollo de pensamiento crítico sobre la realidad en los territorios.
- Análisis situacional de la salud
- Planificación de acciones estratégicas en salud → Construcción de una agenda propia en materia de salud (autogestión de la salud).

Rol del comité de salud rural:

*El análisis de las dinámicas territoriales que afectan la salud, la organización y planificación de estrategias encaminadas a la construcción de un sistema en salud propio, la gestión de recursos y espacios de concertación con instituciones públicas y privadas, principalmente del sector salud; y contaría con capacidades de pensamiento crítico y planificación estratégica para llevar a cabo intervenciones en y por la salud del territorio, además, de contar con el reconocimiento comunitario y político como instancia autónoma que convoca, promueve y lidera acciones hacia la salud en el territorio.*

<p>Conclusiones</p>	<p>La dinamización de trabajo con los grupos para la creación de los comités de salud rural generó formas de organización definidas y diferenciadas para el desarrollo de acciones por la salud, respaldadas por sus propios planes estratégicos.</p> <p>Se fortalecieron las capacidades de los comités para el análisis del contexto en materia de salud y la construcción de propuestas encaminadas a buscar soluciones de acuerdo sus necesidades.</p> <p>Finalmente, la estrategia consolidó las bases para la acción de los comités de salud, entre las que se destaca la capacidad de articulación con otros actores del territorio para el intercambio de experiencias y construcción de estrategias para la defensa y garantía del derecho a la salud, el cuidado del medio ambiente y la construcción de escenarios para la paz.</p>
<p>Observaciones y comentarios</p>	<p><i>La conformación de la organización de salud, desprendida del Plan Estratégico (técnica para el análisis), da sentido a la lucha por la salud como un componente clave para el desarrollo del territorio.</i></p> <p>Esta propuesta surge del PNSR (Objetivo 5) → Ya que este proyecto se basa en los acuerdos de paz, específicamente en el punto 1.3.2.1 de aquel documento. → <i>Construir un sistema territorializado de salud campesina e indígena, basad en las tradiciones culturales de las comunidades, la participación comunitaria, la acción intersectorial y orientado por la Atención Primaria Integral de Salud, individual, familiar y comunitaria.</i></p> <p>Este proceso de intervención requiere que se continué en los territorios a fin de lograr un impacto social que de cuenta de las transformaciones (sociales) de la salud y alimene y aliente otras experiencias.</p>