



ANEXO 2.

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA: CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DESARROLLO DE PLANES LOCALES DE SALUD EN COLOMBIA

PROYECTO CONTROL DE LA MALARIA EN ZONAS FRONTERIZAS
DE LA REGIÓN ANDINA: UN ENFOQUE COMUNITARIO

Mayo de 2008





Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA	5
1. Objetivos propuestos y contexto.....	5
2. Enfoque conceptual utilizado.....	7
3. Metodología utilizada.....	10
III. PRINCIPALES LOGROS.....	14
IV. PRINCIPALES LIMITACIONES	19
V. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFÍA.....	25



Introducción

A raíz de la Reforma Constitucional de 1.986, Colombia inició un proceso de descentralización política administrativa. En el sector salud, la Ley 10 de 1990 creó un nuevo escenario para la gestión y organización de los servicios de salud y sentó las bases de una concepción distinta del modelo de intervención del Estado en el sector. Esta Ley faculta a los municipios, en cabeza de los alcaldes, para que asuman la gestión de los problemas de salud y por tanto, la responsabilidad de la salud de su población, de acuerdo con los parámetros establecidos en la última reforma constitucional de 1.991.


Los Planes Locales de Salud se soportan en un conjunto de disposiciones normativas de carácter nacional entre las cuales se destacan la Ley 10 de 1990, que descentraliza los recursos para la prestación de los servicios de salud; la Ley 100 de 1993, establece los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los entes territoriales; la Resolución 5165 de 1994 que organiza los lineamientos para la elaboración de los Planes Locales de Salud; Ley 152 de 1992, que obliga a los alcaldes y gobernadores a realizar diagnósticos sociales para el diseño y formulación de los Planes Territoriales de Desarrollo; la Ley 715 de 2001 que establece la participación, distribución y transferencia de los recursos de la nación a los departamentos y municipios para los componentes de salud, saneamiento básico y educación, la Ley 1122 de 2007 que contempla los nuevos lineamientos y reforma a la ley 100 de 1993, el Decreto 3039 de 2007 que define la nueva reglamentación de salud pública en el país y la Resolución 0425 de 2008.

La resolución 0425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Local de Salud, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales¹. Conforme a lo dispuesto en el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Plan Nacional de Salud Pública incluye el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de la Nación y de las entidades territoriales, que deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, dicho Plan reemplazará el Plan de Atención Básica.

En esta Resolución se define la metodología que deberán cumplir las entidades territoriales para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas de obligatorio cumplimiento a cargo de las entidades territoriales. El Plan de Salud Territorial es equivalente al Plan Sectorial de Salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del Plan de Desarrollo Territorial y se rige por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo -Ley 152 de 1994-.

La Resolución 0425 define la responsabilidad de los gobernadores y alcaldes para liderar el proceso de elaboración del Plan de Salud Territorial con la asesoría del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Las autoridades locales también tienen la responsabilidad de poner periódicamente a disposición de la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la ejecución y el cumplimiento de las metas del Plan de Salud Territorial, con el propósito de facilitar los ejercicios de control social. Por lo tanto, los Planes Locales de Salud se

¹ Con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las Direcciones Territoriales de Salud deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.



constituyen en una herramienta de gestión pública que permite diseñar desde el sector salud, articulado a otros sectores, una respuesta institucional para atender las necesidades sociales y sanitarias de la población.

Un Plan Local de Salud para reducir la morbilidad y mortalidad por malaria se concibe como una herramienta política y técnico que el Estado y la ciudadanía construyen en consenso, que sirve como ruta para el mejoramiento de las condiciones de vida que están asociadas a la presencia de la malaria. Tiene como propósito formular metas, comprometer acciones y recursos para afectar los determinantes de la malaria y garantizar el derecho a la salud de las personas y grupos afectados. En la perspectiva de determinación social de la malaria demanda intervenciones integrales e intersectoriales, profundizando en estrategias más amplias de mejoramiento de la calidad de vida y reducción de la exclusión social con amplia participación comunitaria, en busca de afectar las causas estructurales que inciden en la presencia y permanencia de la enfermedad. Se sustenta en el principio de la salud como derecho humano universal, que da legitimidad a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones que afectan su vida y su salud y asignan una responsabilidad directa al Estado en su protección y realización.

Lo anterior, reafirma la importancia que tiene en Colombia la elaboración de los Planes Locales de Salud, desafortunadamente debido a las deficiencias técnicas y otros factores, en algunos municipios (en los cuales se desarrolla el proyecto PAMAFRO) los Planes Locales de Salud no se elaboran a partir de un ejercicio participativo de análisis de situación y priorización como lo sugiere la legislación, en ocasiones se contrata un asesor externo que lo elabora sin análisis de contexto y sin promover la participación local, además, la malaria no se incluye como tema prioritario.

En general, la malaria tiene poco reconocimiento como uno de los principales problemas de salud pública, lo que se traduce en la no inclusión en la política pública y por lo tanto, en una respuesta institucional débil y en escasos recursos económicos y humanos para enfrentarla.

El proyecto PAMAFRO considera que la prevención, control y vigilancia de la malaria debe constituirse en una agenda social, producto de la visión y aspiraciones compartidas de actores institucionales y comunitarios, razón por la cual, en Colombia a través de la **Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson** se brindó asistencia técnica en la capacitación, diseño y acompañamiento de los Planes Locales de Salud.

Con el propósito de reconstruir y reflexionar sobre los Planes Locales de Salud para interpretar lo sucedido, comprenderlo y generar nuevos conocimientos que posibiliten reorientar y mejorar la intervención, se desarrolló la Sistematización la experiencia. Véase documento: *Sistematización de Planes Locales de Salud. Marzo 4, de 2008.*

Con base en la revisión de los informes elaborados por el Grupo Guillermo Fergusson, la socialización de los avances y realimentación de esta organización y el equipo PAMAFRO-Colombia, en el presente documento se realiza una síntesis de la reconstrucción de la experiencia (dónde, cuándo, cómo), se definen los principales logros, las limitaciones, las lecciones aprendidas y recomendaciones para mejorar el proceso en la fase II del Proyecto.



II. Recuperación de la experiencia

*"-Si tu cambias con cada experiencia que haces
Le preguntó en una ocasión
uno de sus discípulos al maestro Mito
¿Qué es lo que en ti permanece invariable?
-La manera de cambiar constantemente - respondió."
Michael Ende.²*

A continuación se presenta un avance de la recuperación del proceso, en el cual se describe: Dónde y cuándo se realizó, qué actores participaron, con qué objetivos, el enfoque conceptual, la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las principales dificultades encontradas. Se trata de realizar una mirada ordenada de la práctica y recuperar el desarrollo de la experiencia lo más completamente posible, dando cuenta de lo sucedido y considerando los puntos de vista de los diversos participantes en el proceso.

1. OBJETIVOS PROPUESTOS Y CONTEXTO EN EL CUAL SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

De acuerdo a los contratos, las obligaciones del Grupo Guillermo Fergusson, fueron:

- Prestar asistencia técnica para la formulación, gestión e implementación de Planes Locales de Salud en nueve municipios del área de ejecución de PAMAFRO.
- Capacitar en la formulación y la implementación de Planes Locales de Salud a 64 participantes (seis participantes por cada municipio y dos por departamento) Trabajadores de la Salud y funcionarios de: a) Gobernación de Nariño y Alcaldías de cuatro municipios endémicos de malaria. b) Gobernación de Putumayo y alcaldías de dos municipios endémicos de malaria. c) Gobernación de Vichada y alcaldía de Cumaribo. d) Gobernación de Arauca y un municipio endémico de malaria.
- Preparar y presentar una guía para la formulación de Planes Locales de Salud, debidamente validada en los departamentos y municipios donde se adelantará el subproyecto.
- Presentar el contenido de la capacitación y los materiales educativos usados.
- Presentar un informe detallado de la evaluación de la capacitación que contenga una evaluación previa de conocimientos a los funcionarios participantes, una evaluación después de la capacitación y una evaluación de seguimiento un mes antes de finalizar el subproyecto.
- Presentar un informe detallado de los y las participantes en la capacitación con información sobre número de horas que asistió, cédula de ciudadanía, municipio y departamento al que pertenece y cargo. Las hojas de asistencia a la capacitación deberán estar debidamente firmadas por cada participante.
- Presentar informes mensuales (técnico y financiero) de avance del proyecto al receptor principal.
- Presentar el plan diseñado para cada uno de los nueve municipios con sus respectivos corregimientos, inspecciones de policía y veredas.
- Presentar los proyectos de Acuerdo Municipal que serán sometidos a cada Concejo Municipal.

² Ende Michael. Carpeta de apuntes. Madrid. Alfaguara, 1996.

- Presentar un informe final en el que se presenta el cumplimiento de las obligaciones.
- Contribuir con la elaboración de los Planes Anuales Operativos (POA) de los Planes Locales de Salud en Malaria desde una perspectiva de procesos de territorialización, y reconociendo la lectura integral de necesidades y los temas generadores ya efectuados, del diseño de una respuesta integral y de una gestión que viabilice la misma en donde la transectorialidad y la participación sean piezas fundamentales. El producto estará constituido por el POA en los municipios con Acuerdos municipales.

Los **objetivos específicos** planteados por el Grupo Guillermo Fergusson, han sido:

- Fortalecer el rol y competencias de los habitantes y actores sociales y funcionarios del sector, en el marco de la participación para la formulación, gestión y ejecución de Planes Locales de Salud.
- Fortalecer los espacios de participación y concertación ciudadana en el marco de la constitución y la legislación colombianas a través de Planes Locales de Salud.
- Estimular la confianza y el respeto del ciudadano hacia los organismos de salud y otras instituciones.
- Promover el compromiso de las autoridades de salud, los trabajadores de la salud y de los agentes comunitarios de la salud con la población.
- Favorecer el acceso de las personas a la salud con criterios de responsabilidad compartida y el respeto al derecho de los demás.

La capacitación, diseño y acompañamiento a los Planes Locales de Salud en Colombia se desarrolló entre marzo y diciembre de 2007, en nueve municipios, participaron las Alcaldías, Secretarías o Direcciones Locales de Salud, la Dirección de hospitales municipales, funcionarios del área de salud pública, Secretaria de educación y directores de colegios, Secretaria de obras públicas y funcionarios relacionados con el área ambiental, representantes de organizaciones comunitarias y de Organizaciones No Gubernamentales.

En las siguientes tablas se muestra el número de participantes permanentes en el proceso y su caracterización:

Participantes permanentes en el proceso

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TOTAL PART. ENTRE 32 Y 20 HORAS	TOTAL PART. ENTRE 16 Y 8 HORAS	TOTAL PART. ENTRE 6 A 4 HORAS	TOTAL PART. DE CAP Y GESTIÓN
NARIÑO	Tumaco	10	9	28	48
	Roberto Payán	8	10	8	26
	Olaya Herrera	6	16	15	35
	Francisco Pizarro	20	17	25	62
PUTUMAYO	Puerto Asís	13	5	25	42
	Puerto Leguizamó	21	6	53	80
ARAUCA	Saravena	11	2	12	25
GUANÍA	Inirida	7	29	23	59
VICHADA	Cumaribo	14	15	16	44

Caracterización de participantes en el proceso en los municipios

MUNICIPIO	FUNCIONARIOS MUNICIPALES	FUNCIONARIOS DEPARTAMENTALES	MIEMBROS DE ORGANIZACIONES SOCIALES	CONCEJALES	TOTAL
Tumaco	24	2	22	0	48
Roberto Payán	17	1	7	1	26
Olaya Herrera	27	0	7	1	35
Francisco Pizarro	15	0	33	14	62
Puerto Asís	11	5	15	11	42
Puerto Leguízamo	17	3	48	12	80
Saravena	19	1	5	0	25
Inirida	6	30	23	0	59
Cumaribo	29	2	7	6	44

2. ENFOQUE CONCEPTUAL UTILIZADO


El Grupo Guillermo Fergusson utilizó como enfoque la *Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud*, metodológicamente articulado a la promoción del derecho a la salud, la construcción de ciudadanía, el desarrollo de la participación social, la pedagogía crítica y *Determinantes Sociales de la Salud*³. A continuación se presenta una síntesis del enfoque conceptual para ampliar la información puede verse la cartilla: *Construcción de una agenda social por la calidad de vida para reducir la malaria*.

Salud como Derecho

El derecho a la salud es la posibilidad de disfrutar de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar que permiten tener una vida digna. El derecho a la salud es el resultado de la reunión de por lo menos cuatro grandes derechos ciudadanos fundamentales que permiten entender la salud como un bien público (que es de todos): El derecho a la vida, a la asistencia sanitaria, al bienestar y a la participación. El derecho a la salud, como todos los derechos humanos tiene varios principios dentro de las cuales se pueden destacar: Universalidad, Interdependencia e indivisibilidad y Equidad.

A los Estados les corresponde garantizar los derechos humanos, porque tienen un papel fundamental en la organización y regulación de la sociedad y son quienes firman los pactos internacionales. El derecho a la salud dota de significado las políticas y las convierte en el campo de realización de derechos legítimos y universalmente reconocidos y garantizados, indispensables para la conquista y el desarrollo de una plena condición de ciudadanía,

³ Este enfoque se fundamenta en el hecho de que en todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. Desde el enfoque de determinantes sociales se reconoce que la mayor parte de los problemas de salud, como la malaria, se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas³ de las personas, plantea el reto de buscar soluciones que no estén centradas en el tratamiento de las enfermedades e incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", como por ejemplo, acciones en el ámbito político, económico, social y ambiental. OMS. Comisión sobre determinantes sociales en salud. 2005.



teniendo toda la sociedad un papel protagónico, activo y corresponsable como “sujetos sociales” con poder para decidir sobre su propio desarrollo.

Participación social y la estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud

En la estructuración de políticas públicas, la gestión debe generar condiciones para una mayor democracia, en el sentido de un real reconocimiento y participación de la sociedad en su ordenamiento como parte del Estado. La participación tiene, entre otras las siguientes características: Es parte de la actividad humana; es un proceso, no está dada; debe tener mecanismos para su realización; tiene intenciones, busca fines y metas; las prácticas de participación son múltiples dependen de los intereses de quienes la promueven o hacen parte de ella.

Al hablar de salud y enfermedad en general o malaria en particular interesa observar y evaluar las condiciones de Calidad de Vida de los grupos y el impacto que las políticas públicas tienen a favor o en contra de la misma. En Colombia la experiencia de Planes Locales de Salud tuvo como enfoque teórico la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud^{4,5,6}. Esta se define como una perspectiva estratégica que ordena la acción social bajo la premisa de responder a las necesidades sociales de los grupos con el objetivo central de mantener y preservar la salud de las personas a lo largo de toda su vida reconociendo las diferencias existentes entre las personas.

En el marco de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud se retoman los siguientes elementos⁷:

- La relación indisoluble entre teoría y praxis.
- Los lugares o espacios educativos como lugares de intercambio simbólico y de diálogo para producir posturas críticas de los sujetos. En dichas posturas radica la fuerza transformadora que permite avanzar hacia un mundo con mayor justicia social. Es decir, los espacios educativos son escenarios que propenden por la transformación de vida y sociedad y no simplemente para reproducirla.
- El desarrollo de la experiencia como base del proceso pedagógico que posibilita ampliar los márgenes de la misma hacia otros contextos y formas de la vida social.
- El desarrollo del comunicar - hablar como procesos de generación de nuevas subjetividades.

El abordaje de la problemática de la malaria se hizo en estrecha relación con la *promoción de la calidad de vida* que se materializa en *políticas públicas* que buscan la construcción de una *salud colectiva*, sentida y respetada, en consonancia con las dinámicas políticas, culturales, ambientales y económicas de los municipios.


En este marco, el proceso de producción de una política pública, desde su formulación general hasta su aplicación efectiva, requiere del desarrollo de actividades organizativas que garanticen una disposición colectiva, capaz de

⁴ De Negri Filho, A. “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas”. En: Girotti Sperandio, A.M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

⁵ Delia Y.; De Negri F.A.; y otros. Estrategia Promocional de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la calidad de vida desde la perspectiva del derecho y la equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Agencia de Cooperación Alemana GTZ. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

⁶ De Negri, A. Molina N: “El reto de la Salud Pública Hoy” Universidad del Rosario, Bogotá 2006, en Prensa. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

⁷ Secretaría Distrital de Salud - Grupo Guillermo Fergusson. Diseño de un Diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Guía Pedagógica. 2007. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.



asumir su materialización. En el caso del diseño de los Planes Locales de Salud, se requiere ambientar una construcción social entorno a la manera en que se *entiende la presencia de la malaria* y su vinculación al ordenamiento social y el modelo de desarrollo construido históricamente; la construcción de la política pública como reflejo de la lógica de *relación del Estado – sociedad*; la construcción de ciudadanías y en ella el desarrollo de la *participación social* particularmente en lo relacionado con derechos y calidad de vida y finalmente la *gestión* como estrategia clave para ordenar la respuesta estatal y social ante las necesidades sociales.

Se reconoce la *pedagogía como fuerza social transformadora* en la que se validan los intereses “individuales” y procura su confluencia hacia intereses colectivos, a través de la construcción de sentidos y visiones compartidas, para la movilización social encaminada hacia la exigibilidad del Derecho a la salud concretado en una política pública. Desde esta perspectiva los *procesos educativos se convierten en herramientas para ampliar el horizonte democrático de la sociedad*. Sin embargo, para hacerlo debe estar inserta en el contexto social que pretende afectar. Al lograrlo, la educación puede superar el papel de reproductora y se convierte en *creadora de cultura*.

Las intervenciones educativas desde la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud deben propiciar:


- El desarrollo de la autonomía de los sujetos como condición básica de la emancipación.
- El conocimiento como un proceso deliberativo que le permite a los sujetos tomar posturas, para avanzar hacia una ética pública.
- La transformación de los contextos a partir de la interpretación de la experiencia y su resignificación individual y colectiva hacia horizontes posibles.
- La potenciación de sujetos para que participen en la construcción de la vida individual y colectiva desde sus propios lugares y que haceres. Esta participación en la vida pública conduce a que los sujetos se asuman como constructores de lo público y por ende participes de la ciudadanía.
- El desarrollo de una perspectiva colectiva.
- El empoderamiento de sujetos y organizaciones.
- La construcción de puentes entre: cultura de expertos y la vida cotidiana.

Los criterios, como directrices específicas que vinculan la perspectiva y los asuntos de orden metodológico han sido:

Experiencia: El proceso educativo debe reconocerse como una experiencia vital intersubjetiva, que posibilita la construcción del conocimiento como herramienta transformadora del mundo. En tal sentido, se reconocen las múltiples experiencias de los sujetos: educador, estudiante; facilitador, participante.

Praxis: La praxis es un hacer en el mundo para transformarlo, lo que a su vez necesariamente transforma al sujeto que ejecuta la acción. La práctica pedagógica es una propuesta para transformar la realidad de los sujetos que participan en dicha práctica. A partir de esto se debe reconocer los múltiples contextos en los que se encuentran las personas.

Participación: A través de la participación se reconoce a todos los sujetos como sujetos de poder, saber y transformadores, sujetos para la democracia, lo que implica tener en cuenta desde el acceso a la información hasta la participación en la toma de decisiones.



Investigación: La investigación se comprende como los procesos en los cuales se genera conocimiento, en este sentido la investigación corresponde a todos los sujetos y no a unos “elegidos”. En tal sentido, la investigación como elemento fundamental de los procesos educativos genera en los y las “estudiantes” la necesidad de indagar sobre la realidad, buscar explicaciones; generar lecturas de las necesidades y construir respuestas a dichas necesidades.

Finalmente, la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud tiene como referente las pedagogías críticas en donde el acto educativo es una práctica para la acción: *Transformar el mundo con una intencionalidad ética y política de generar bienestar*. La construcción de los Planes Locales de Salud representa una propuesta estratégica de mejoramiento de la calidad de vida y salud, que entra por la malaria, pero permite la gestión de la política y los planes de salud pública en otros asuntos de interés para la salud y calidad de vida, en ese sentido representa un proceso de construcción social y política, que reconoce las necesidades y particularidades locales.

3. METODOLOGÍA UTILIZADA

De acuerdo a los diferentes informes entregados por el Grupo Guillermo Fergusson, en cada municipio, para la construcción participativa de los Planes Locales de Salud se desarrollaron tres fases:

- Fase uno: Problematización de necesidades, definición de agenda y diseño de respuesta.
- Fase dos: Gestión necesaria para el desarrollo y sostenibilidad del Plan Local de Salud de Malaria.
- Fase tres: Socialización del Plan Local de Salud de Malaria y estrategia de Cabildeo para la formalización del mismo.

Las fases se articulan con los tres procesos centrales de la implementación de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud, a decir:

1. La identificación de necesidades sociales como ordenadoras del Plan Local de Salud en los territorios sociales:

- Construcción de visión compartida
- Identificación de necesidades
- Problematización de la realidad
- Identificación de temas generadores de acción colectiva
- Definición de agenda social

2. La construcción de respuestas sociales coherentes con la complejidad de las necesidades sociales identificadas y la inequidad existente:

- Acciones de ejercicio de la autonomía
- Acciones de preservación
- Acciones de recuperación y restitución

Como consecuencia de la acción integral sectorial deben proyectarse acciones coordinadas con el conjunto de sectores de la sociedad, así como con los propios afectados.

3. La gestión pública basada en la perspectiva del Estado como garante de Derechos:

- La participación social en la identificación de necesidades, construcción de respuestas y definición de mecanismos para el desarrollo adecuado de las mismas así como la articulación y coordinación de la respuesta institucional y social.
- La construcción de escenarios basados en la transectorialidad y la gestión social.
- La garantía de condiciones institucionales.

Para diseñar los Planes Locales de Salud, a partir de la caracterización de la participación institucional, se conforma un grupo gestor, con lo que se busca garantizar la participación activa de representantes del Estado (funcionarios departamentales y municipales, concejales), representantes de organizaciones sociales y de la comunidad. Se desarrolla un proceso de capacitación, asistencia técnica directa en campo, asistencia técnica indirecta, acompañamiento directo al diseño del Plan por municipio. Se utilizan diferentes dispositivos pedagógicos como talleres, conversatorios, grupos de discusión y entrevistas.

En cada municipio se realizaron tres talleres para la construcción colectiva del Plan Local de Salud, el primer taller se concentró en realizar una identificación del contexto social e institucional, en reconocer las dinámicas de los actores sociales que podrían participar de la respuesta social para la prevención y control de la malaria en el municipio y en iniciar la construcción de una *perspectiva conceptual amplia* e integradora para orientar la construcción y desarrollo del Plan Local de Salud, la cual se realizó en torno a la *determinación social de la malaria, el enfoque de la salud como Derecho Humano y la estrategia promocional de calidad de vida, el ciclo de las políticas públicas y la participación social*⁸.

El segundo taller se dedicó a profundizar en la apropiación de la perspectiva propuesta y avanzar en la *configuración de las necesidades sociales* de la población, ejercicio en el cual se problematizaron la prevalencia y distribución de la enfermedad en relación con las condiciones de vida de las poblaciones, así como las respuestas institucionales y comunitarias que se han construido para hacer frente a estas condiciones.

El tercer encuentro definió los temas generadores⁹ y líneas de acción del Plan Local en Salud, definidos en coherencia con la problematización de la situación de la malaria y de las respuestas sociales realizada previamente. También se discutió una propuesta para la *sostenibilidad del proceso, a partir de un soporte normativo*, expresado en un proyecto de acuerdo municipal que organiza la respuesta social integral para el enfrentamiento de la malaria en el municipio; así mismo exploró otras estrategias para el desarrollo y sostenibilidad del plan local de salud para el control de la malaria, incluido en ellas posibles fuentes de financiación y el rol de los diferentes actores sociales en la implementación del mismo. El anterior proceso se complementó con actores institucionales y comunitarios claves, buscando la construcción de condiciones de respaldo y soporte para el proceso de construcción y futura implementación del Plan Local de Salud.

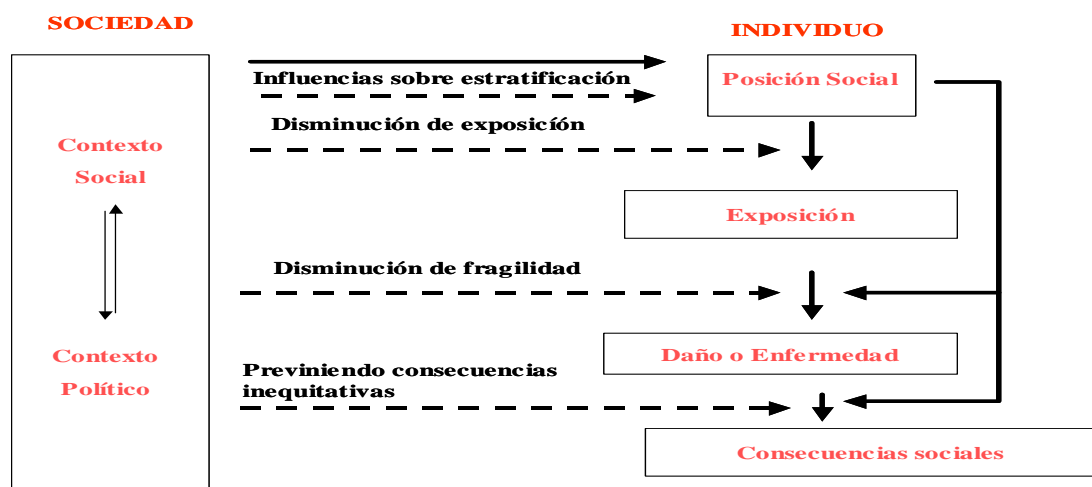
Para problematizar la situación de la malaria se usó el modelo de Diderichsen & Hallqvist¹⁰, el cual se trabajó con el grupo gestor, para comprender la manera en que se produce la malaria y como se pueden orientar las respuestas

⁸ De Negri Filho, A. "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transectorialidade das políticas públicas". En: Girotti Sperandio, A.M. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004: 27. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

⁹ Casallas, A.; Molina N.; De Negri A.; Alvarado, G.; Ramírez, P.: Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Guía 1: Lectura Integral de necesidades sociales a partir de la construcción de Temas generadores. ISBN 978-958-44-1179-2. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

¹⁰ Diderichsen, F.; Timothy E.; Whitehead M. "The Social Basis of Disparities in Health" in Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhui, A. "Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, Oxford University Press". 2001. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

desde un modelo de equidad y determinación social. Este modelo recalca cómo los contextos sociales crean una estratificación social y asignan a las personas distintas posiciones sociales; y cómo esta posición social de las personas, determina perfiles de salud. De manera esquemática se representa de la siguiente manera¹¹:




Adaptado de Diderichsen e Hallqvist - 1998

¹¹ Adaptado por De Negri F.A de Diderichsen and Hallqvist. En: Informe Grupo Guillermo Fergusson.

Este marco explicativo de la malaria permite dar una mirada amplia de la problemática a nivel global, que a su vez demanda una intervención integral para su prevención y control.

En la siguiente tabla se resume el contenido de los talleres desarrollados:

Tabla Módulos de Capacitación y Temáticas		
Taller 1		
Políticas públicas	Temáticas	
Determinación Social de la Malaria	Situación actual en el territorio	
	Lectura de necesidades	
Reconstruir la historia de lo hecho en Malaria en el municipio	Antecedentes	
	Estructura de funcionamiento en el departamento y el municipio	
	Acciones realizadas en las distintas instancias y actores del municipio.	5 horas
El Estado y las políticas públicas	¿Qué es el Estado?	
	Tipos de Estado	
	Las políticas Públicas	
	La estructuración de Políticas Públicas	
Participación Social	Temáticas	
Relación entre el Estado y la ciudadanía	¿Qué es la ciudadanía?	
	Estructura del Estado. Responsabilidades del Estado a nivel nacional y municipal	
Derechos humanos y ciudadanía	¿Qué son los Derechos Humanos?	
	El derecho a la salud	
	Exigibilidad del derecho a la salud	5 horas
Participación y movilización social	¿Qué es la participación social?	
	Momentos de la participación social	
Taller 2		
Políticas públicas	Temáticas	
Caracterización de la respuesta socialmente construida: Estado, comunidades, otros actores sociales	Por parte del Estado	
	Por parte de las comunidades	
	Por parte de actores sociales	5 horas



Marco constitucional	Presentación y análisis de los derechos, la política pública y los planes locales.
Estructura y funcionamiento del sistema de salud en relación con la malaria: componentes y recursos, descentralización y sistemas regionales.	<p>Estructura y funcionamiento de los sistemas de salud.</p> <p>Competencias y recursos correspondientes a las divisiones político administrativas y a sus autoridades.</p> <p>Normas que rigen procesos de descentralización y sistemas regionales y o locales de salud nacionales. Experiencias y desarrollo.</p> <p>Aplicación de las normas de competencia y recursos para identificar las fuentes de financiación</p> <p>Establecer prioridades para prevención de riesgos ambientales en general y de enfermedades transmitidas por vectores</p>
Alternativas en Sistemas de Salud que buscan la garantía del derecho a la salud.	Modelos de Atención en Salud- Atención Primaria en Salud.
Participación Social	Temáticas
Marco legal de la participación social en Colombia	<p>La participación social en la Constitución política de Colombia</p> <p>Mecanismos jurídicos de Participación Social</p>
Participación y Planes locales de malaria	<p>La participación social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p>La participación social en proceso de construcción de política pública</p>

5 horas

El proceso de elaboración del POA comenzó con la revisión y socialización de objetivos y estrategias del Plan de Atención Básica, luego se identificaron las capacidades institucionales para responder a las necesidades de cada territorio. Una vez tenida esta información, se tuvo en cuenta la evaluación del POA del año anterior para conocer los recursos ejecutados y los recursos disponibles. En este punto a través de un trabajo interdisciplinario se desarrollaron matrices por proyecto específico; donde se describió “que actividad o estrategia se va hacer”, “con que recursos”, “a que meta va ha dar cumplimiento” y “a que prioridad nacional pertenece”.




Principales logros

- De acuerdo a la documentación entregada por el Grupo Guillermo Fergusson se brindaron 32 horas de capacitación, nueve días de acompañamiento directo al diseño del Plan Local de Salud en cada municipio, 20 horas de asistencia técnica directa en campo, 20 horas de asistencia técnica indirecta; participaron de manera permanente funcionarios municipales, funcionarios departamentales, representantes de organizaciones sociales y concejales, se elaboraron nueve Planes locales de Salud y Acuerdos Municipales.
- Los principales logros se refieren al fortalecimiento de un espacio de participación para el análisis de la situación en salud desde una perspectiva de determinantes sociales en salud. El diagnóstico está íntimamente ligado al proceso de planeación del desarrollo territorial, y es una de las principales herramientas para que los gobiernos y la sociedad puedan emprender los proyectos de desarrollo y las visiones de futuro que anhelan. El proceso logrado permitió la conformación de un Grupo Gestor con participación de representantes de autoridades locales, instituciones y de líderes y organizaciones comunitarias en el tema de Malaria en cada municipio. También se realizaron foros municipales como actividad de socialización y divulgación de esta dinámica en el ámbito local.
- La capacitación se concibió como un momento pedagógico tan importante como el acompañamiento y la asesoría técnica, en un continuo de fases que promovieron la participación en la problematización y búsqueda de alternativas de solución, cuyos resultados logran plasmarse en el documento del Plan Local de Salud.
- Los documentos elaborados (Planes Locales de Salud) son una herramienta de política pública construida a partir de un proceso de concertación en el cual se superó la escasa tradición de análisis crítico de la realidad y de planeación de los actores participantes (representantes de instituciones y de la comunidad).
- El Grupo Guillermo Fergusson hizo entrega de nueve documentos de Planes Locales de Salud, cada documento tiene aproximadamente 28 páginas y en términos generales su contenido es el siguiente:

PLAN LOCAL DE SALUD	CONTENIDO	OBSERVACIONES
Saravena (Arauca)	<p>Documento con 30 páginas, contiene:</p> <p>Introducción</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso realizado 2. Un acercamiento a las características de Saravena, Situación de la malaria en el municipio: Condiciones ambientales, de las viviendas, movilidad de la población, condiciones precarias de saneamiento básico, situación étnica, cultivos ilícitos, necesidades básicas insatisfechas. 3. Respuesta institucional y social para superar la malaria 4. Temas generadores <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Acceso a servicios de Garantía y la Calidad 4.2. Territorios protectores para la calidad de vida, la salud, el hábitat, el Saneamiento Básico y el Medio Ambiente 4.3. Respeto a la misión Médica y transformación de las relaciones con los actores armados 4.4. Fortalecer la participación social para la formulación de políticas públicas una perspectiva del desarrollo de la sociedad civil. 5. Un ejercicio transectorial en la gestión para la superación de la incidencia de malaria en Arauca. 	<p>Acuerdo N° 19, septiembre de 2007.</p> <p>Carta Informe de ponencia proyecto de Acuerdo.</p>
Cumaribo (Vichada)	<p>Documento de 23 páginas, que contiene:</p> <p>Introducción</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso realizado 2. Caracterización del municipio 3. Situación de la malaria en el municipio: Ordenamiento de las necesidades y de las respuestas. Un ejercicio participativo 4. Las respuestas institucionales y sociales como respuesta a la enfermedad 5. La gestión pública basada en la perspectiva del Estado como garante de derechos 6. Viabilidad del Plan 	<p>Acuerdo, noviembre de 2007.</p> <p>Versión digital de Ordenanza.</p>
Puerto Inirida (Guanía)	<p>Documento de 38 páginas que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos generales del departamento del putumayo 2. La comprensión de la complejidad de la malaria: lectura de necesidades 3. Recorriendo la historia: el poblamiento y la colonización expresión de la malaria en puerto Asís- putumayo, territorios donde se presenta la malaria en Puerto Leguizamo 4. Entrando en las raíces profundas que explican la presencia de los altos índices de malaria en el putumayo: Sobre el ambiente y el territorio, la ocupación de los habitantes, las migraciones, el conflicto armado interno y el narcotráfico, las creencias, representaciones y prácticas sociales. 5. Lectura de la respuesta institucional y social a la malaria: los déficit y la brechas 6. Temas generadores 7. ¿Quiénes intervienen para hacer realidad el Plan? 8. ¿Cómo hacer viable el plan? 	<p>Se presenta como documento marco del Plan de Salud en Malaria a nivel departamental donde se recogen los PLS de Puerto Asís y Puerto Leguizamo; lo que fue acordado con los referentes de DASALUD Putumayo con la intención de darle alcance departamental al proceso.</p> <p>Avances de proyecto de Acuerdo Municipal.</p> <p>Acuerdo N° 021, noviembre de 2007.</p>

PLAN LOCAL DE SALUD	CONTENIDO	OBSERVACIONES
Roberto Payán, (Nariño)	Documentos de aproximadamente 28 páginas que en términos generales contienen:	Documento de Acuerdo Municipal.
Francisco Pizarro (Nariño)	1. Presentación de participantes y del proceso 2. Enfoque del Plan Local de Salud 3. Ubicación y características del municipio	Avances de proyecto de Acuerdo Municipal.
Olaya Herrera, (Nariño)	4. Situación de la malaria: Problematización de su distribución y causalidades	
Tumaco (Nariño)	5. Determinantes de la presencia de malaria en el municipio -Las precarias condiciones de saneamiento básico -Las condiciones ambientales favorables para la reproducción del vector de la malaria -La precariedad de las viviendas y el hacinamiento -Las frágiles condiciones económicas -Los limitados niveles educativos -El difícil contexto social y político	
	6. Respuesta institucional y social para superar la malaria: Problematizando el papel de las instituciones y de las poblaciones	
	7. Temas generadores para la prevención y control de la malaria: Una apuesta por la calidad de vida - Saneamiento básico y vivienda digna camino indispensable para superar la malaria - Organización de Sistema Local/Regional de Salud orientado a responder a las necesidades sociales en salud de la población que garantice el acceso universal, integral y equitativo para enfrentar la malaria y demás amenazas a la calidad de vida de la gente - Organización interinstitucional y comunitaria: Unidos contra la malaria - Cultura para una vida sin malaria - Protección social integral para mejorar la calidad de vida y arrinconar la malaria	
	8. ¿Quiénes intervienen para hacer realidad el Plan Local de Salud?	
	9. ¿Cómo hacer viable el Plan Local de Salud?	

- En los Acuerdos Municipales realizados se expresa que la malaria es un tema prioritario que implica que el conjunto de la institucionalidad municipal la coloque en sus planes de gestión y acción, para obtener asignación presupuestal para su intervención, aspecto clave para garantizar la sostenibilidad de los objetivos del proyecto. Los documentos de Acuerdos Municipales y la Ordenanza, son una estrategia clave de gestión; de acuerdo a la información



entregada por Claudia Beatriz Naranjo (Grupo Guillermo Fergusson), el trámite en los Consejos Municipales fue gestionado junto con algunos miembros de los Grupos Gestores, y estos en cada consejo municipal reescribieron las propuestas y su trámite dependió de las discusiones y dinámica política en cada municipio. En coherencia con el fortalecimiento de capacidades locales el rol de gestión lo asumieron los Grupos Gestores en cada municipio.

En los documentos de Acuerdo Municipales se plantean los siguientes tópicos:

- Ubicar la malaria como un tema prioritario que implica que el conjunto de la institucionalidad municipal lo establezca de esta manera permanente dentro de sus planes de gestión y de acción, que deberá tener una equivalencia en la asignación presupuestal para su intervención.
- Plantear el control de la *Malaria como una meta* en el Plan de Desarrollo Municipal, así como Planes Operativos Anuales para su implementación, a través de un mecanismo de participación comunitaria, con el conjunto de las diversas instituciones municipales.
- Definir la integración de fuentes de financiación municipal que permita asignar el máximo de los recursos posibles para el enfrentamiento de la Malaria en el Municipio.
- Definir objetivos, estrategias, acciones, metas e indicadores para los aspectos centrales del componente de Malaria en el Plan de Desarrollo Municipal.
- Crear y fortalecer un Grupo Gestor para el Control de la Malaria, conformado por representantes de instituciones y de la comunidad, en cabeza del Alcalde Municipal.
- Definición de las funciones del Grupo Gestor para el Control de la Malaria.
- Entre noviembre y diciembre de 2007, el Grupo Guillermo Fergusson contribuyó a la elaboración de los Planes Operativos de Acción (POA) en los nueve municipios que habían participado en la experiencia. De acuerdo a los documentos elaborados por el Grupo Guillermo Fergusson, el POA es un instrumento de planeación estratégica que concreta un conjunto de objetivos y metas a los cuales se les deben asegurar los recursos necesarios para su efectiva ejecución en relación a las actividades, recursos financieros y recursos humanos a lo largo del año. Es un instrumento que sirve para evaluar la gestión financiera de cada uno de los entes territoriales.

En términos generales, los temas generadores, proyectos y objetivos estratégicos en los POA fueron los siguientes:




Tema generador	Proyecto estratégico	Objetivos estratégicos
<p>Acceso a servicios de salud con calidad. Configuración de un modelo de atención con enfoque familiar y comunitario sustentado en la Atención Primaria en Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de un modelo de atención municipal basado en la Atención Primaria en Salud para el mejoramiento de la disponibilidad y aumento de la capacidad de respuesta. • Organización y fortalecimiento de la red de diagnóstico y tratamiento. • Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea los objetivos de mejorar la cobertura y garantizar la universalización del acceso. • Ejercer la rectoría del sistema general de seguridad social en salud. • Mejorar la calidad de la atención. • Ejercer la rectoría del sistema general de seguridad social en salud.
<p>Fortalecimiento de la participación social para la formulación de políticas públicas en una perspectiva de desarrollo de la sociedad civil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación y dinamización de núcleos de gestión territorial por niveles (comunitario, territorial, municipal) para el enfrentamiento de la malaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la organización, participación y movilización social.
<p>Respeto a la misión médica y transformación de las relaciones con actores armados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protección de la misión médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el acceso a los servicios de salud y a una atención de calidad.
<p>Territorios protectores de la vida, la salud, el hábitat y el medio ambiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño e implementación de estrategias de Atención Primaria Ambiental • Vivienda saludable. • Aguas y saneamiento básico (alcantarrillado y manejo de residuos sólidos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectar los determinantes de la malaria de tipo socio-ambiental. • Afectar los determinantes de la malaria de tipo socio-ambiental. • Afectar los determinantes de la malaria de tipo socio-ambiental
<p>Cultura para una vida libre de la malaria y de las enfermedades transmitidas por vectores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la educación y gestión ambiental en el ámbito escolar. • Arte y comunicación para la prevención de la malaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectar los determinantes de la malaria de tipo sociocultural • Afectar los determinantes de la malaria de tipo sociocultural



Principales limitaciones


Limitaciones planteadas por el Grupo Guillermo Fergusson

- El primer grupo de limitaciones planteadas en los informes elaborados por el Grupo Guillermo Fergusson se relaciona con las condiciones del contexto social e institucional, dentro de los cuales se destacan: La situación de pobreza generalizada en los municipios; el déficit y baja capacidad de respuesta de las instituciones; la precaria articulación de respuestas sociales y el déficit de mecanismos para la articulación e integración institucional y comunitaria para actuar de manera coordinada frente a la malaria teniendo en cuenta que desde el nivel municipal no se contextualizan los parámetros establecidos y directrices nacionales para elaborar y desarrollar los Planes de Salud Pública; entre otros.
- El ejercicio realizado le dio mayor cabida a la institucionalidad que a la comunidad, dado que involucrar la comunidad requiere la definición de estrategias de inclusión, recursos para movilizarlos y generar una correlación favorable para ellos.
- El proceso no tuvo la suficiente continuidad puesto que en cada sesión aparecían actores nuevos y otros que habían estado se ausentaban.
- No existe una tradición de análisis crítico de la realidad por los actores participantes. Los ejercicios de problematización fueron en gran medida percibidos como un desgaste, centrados en ejercicios repetitivos, en tanto las personas expresan que ya existen suficientes diagnósticos y que es necesario pasar a hechos para enfrentar los problemas.
- Se pudo observar que, frente a los procesos de análisis, la labor del nivel departamental se concentra en la recolección y consolidación de información, pero no hay un ejercicio rutinario de análisis de las situaciones locales ni se constata la aplicación de mecanismos de socialización de éstos.
- La ausencia de información es un aspecto que juega en contra de alcanzar una perspectiva propia de la problemática dado que las personas no tienen información suficiente para contrastar y comparar las situaciones, no solamente en el comportamiento epidemiológico sino con relación a los determinantes sociales de la salud.
- La participación de la gente se dio fundamentalmente en los momentos de taller, la dinámica de encuentros por fuera de los talleres fue mínima, sólo hacia la sesión final, en algunos municipios, se logró posicionar la idea de un grupo de trabajo permanente en el tema.
- Se evidencia baja capacidad autocrítica de los actores frente a la respuesta que desarrollan para enfrentar la malaria.
- En los municipios donde no se logra la participación de los actores que tiene capacidad decisoria, tampoco se logra definir propuestas concretas en respuesta la problemática.

- 
- El tema de la malaria no es un tema de la agenda política ni de la agenda social, no es tema fundamental para las instituciones, ni para las organizaciones comunitarias, lo que se explica en gran medida por la naturalización de la enfermedad y por el hecho de que no se ha construido una perspectiva de Derechos Humanos que posibilite el reconocimiento de que se puede y se debe exigir vivir sin malaria.
 - No se logró involucrar suficientemente a los alcaldes, directores locales de salud y a las direcciones departamentales de salud, lo que impidió que se adelantará a cabalidad un proceso sociopolítico. El proyecto quedó poco visible e incluso marginal en la esfera de los decisores y actores políticos.
 - Desde los diferentes subreceptores se trabajó con los mismos actores y hasta en los mismos momentos, creando muchas dificultades de coordinación y participación. La desarticulación entre los subreceptores creó confusión y malestar por parte de las comunidades y de las instituciones.
 - Dado que el enfoque del proyecto PAMAFRO es comunitario, se plantea el desafío de lograr la participación de las comunidades rurales en la construcción de los Planes Locales de Salud, entre las principales dificultades se destaca los altos costos de de transporte fluvial.
 - El trabajo no desarrolló una perspectiva étnica, como lo demandan las características de la zona.

Limitaciones del proceso planteadas por PAMAFRO

- No hay suficiente evidencia de las actividades relacionadas con la gestión para la implementación de los Planes Locales de Salud, aspecto contemplado en los objetivos del contrato. El proceso se centró en el diseño de los Planes Locales de Salud.
- Los nueve documentos de Planes Locales de Salud elaborados son amplios en análisis del contexto social y geográfico y en los determinantes sociales de la salud, a partir de los cuales se plantean las líneas generadoras, pero no tienen objetivos, responsables, plazos; es decir, el contenido básico de un Plan Local de Salud. Es sabido que un Plan debe indicar: 1) La situación actual, 2) La situación que se desea y 3) Definición de cómo se pretende llegar a la situación deseada. Frente a este punto Guillermo Fergusson sustenta que el alcance de este proceso estuvo en la asesoría y no en la elaboración de los Planes Locales de Salud y que el propósito era posicionar unos objetivos y proyectos estratégicos claves para el proceso en la administración saliente, que fueran visibilizados en la planeación municipal y departamental, y que además sirviera de insumo a la nueva administración.
- En algunos Acuerdos, se plantea como tarea definir los objetivos, estrategias, acciones, metas e indicadores para los aspectos centrales del componente de la malaria en el Plan de Desarrollo Municipal, pero aun no se encuentran claramente definidos en los Planes Locales de Salud. Los Planes Operativos Anuales (POA) son documentos generales (por departamento).

- 
- Los Planes Locales de Salud se elaboraron entre marzo y octubre de 2007 y los Planes Operativos Anuales a finales de año, cuando el país se preparaba para el cambio de autoridades municipales y departamentales, que se realizó a partir del 1º de enero de 2.008. No se han realizado los ajustes correspondientes¹² con las nuevas autoridades locales para que incorporen los Planes Locales de Salud a los Planes de Desarrollo Municipales. Si no se realiza un trabajo de sensibilización y capacitación con las nuevas autoridades locales y departamentales existe alta probabilidad de que los logros (Planes Locales de Salud y Acuerdos) no se retomen. Las nuevas autoridades municipales, especialmente si son de una corriente política diferente, no tienen la cultura de retomar los procesos desarrollados en las administraciones anteriores.

¹² Se conoce la experiencia desarrollada por CIMDER (subreceptor) que en Olaya Herrera, en un Encuentro con el nuevo equipo de gobierno se socializaron y analizaron las actividades y principales resultados obtenidos en el proyecto PAMAFRO y de manera específica se analizó el Plan Local de Salud, lo que posibilitó su reconocimiento y el compromiso de retomarlos. El hecho de que el documento del Plan Local de Salud no fuera tan específico se constituyó en una fortaleza, ya que el nuevo equipo de gobierno percibió que puede completarlo y mejorarlo y por lo tanto, se sienten protagonistas de su elaboración y probablemente de su ejecución.




VI. Lecciones aprendidas y recomendaciones

Política pública, es el gobierno en acción, produciendo resultados para convertir los derechos humanos en hechos a través de procesos que movilizan y potencian capacidades.

- El esfuerzo por potenciar la realización de los derechos humanos es lo que conocemos como políticas públicas, las cuales son directrices operativas que traducen los derechos entendidos como normas en acciones públicas para la garantía y restitución de los derechos humanos. Con la capacitación y asistencia técnica en la elaboración de Planes Locales de Salud, se reconoce la malaria como un problema prioritario que vulnera el derecho a la salud y que es necesario ubicar en la agenda pública, de esta manera se contribuye al reconocimiento de que tienen que derivarse por parte de las autoridades gubernamentales obligaciones y condiciones para superar este problema¹³.
- La capacitación y asistencia técnica para la elaboración de los Planes Locales de Salud para el control de la malaria es una estrategia para que la salud y de manera específica el control y prevención de la malaria sea un tema prioritario en la política pública. Planes Locales de Salud, es por lo tanto, una estrategia básica que genera un ambiente de corresponsabilidad gubernamental con relación al control y prevención de la malaria.
- Si el proceso formativo y la asistencia técnica posibilitan que se reconozca que las personas tienen derecho a la salud y a no enfermarse, ni morir a causa de la malaria, y el gobierno asume la correspondiente obligación de incorporar este tema en sus políticas y programas, los Planes Locales de Salud se constituyen en la estrategia básica para garantizar la sostenibilidad del proceso. Cuando la prevención y control de la malaria se incorpora en los Planes Locales de Salud y estos a su vez en los Planes de Desarrollo Municipales, se garantiza la posibilidad de obtener diversos recursos para atender el problema.
- Con el propósito de garantizar un enfoque transdisciplinario y avances en la sostenibilidad, un pilar fundamental para desarrollar las actividades relacionadas con los Planes Locales de Salud en la fase II, es el fortalecimiento de los *Grupos Gestores* en cada municipio, en el cual deben participar de manera continua los actores con capacidad decisoria (Alcaldes y su equipo de gobierno), representantes de diversas instituciones (salud, educación, ambiente, etc), manteniendo la premisa de conceder cada vez más espacio a las organizaciones de base comunitarias y *crear las condiciones para que su participación sea significativa y protagónica*. Al iniciar la fase II, la oficina PAMAFRO-Colombia deberá disponer de talento humano para desarrollar una fase de sensibilización con los nuevos alcaldes y sus equipos de gobierno en cada uno de los contextos en los que se

13

El enfoque basado en los derechos humanos marca una transición, apartándose del anterior enfoque que trataba de satisfacer necesidades básicas y dependía de la buena voluntad o la caridad. En cambio, un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las personas son "titulares de derechos", y esto implica la existencia de otras personas "obligadas a asegurar la vigencia de los derechos". El marco de los derechos humanos además de definir los derechos que deben ser garantizados a las personas y colectivos, señala que los gobiernos y entidades del Estado deben cumplir con un conjunto de obligaciones para hacer de los derechos materia de realización. Esta relación entre gobierno como portador de obligaciones y las personas y las comunidades como titulares de derechos, demanda de los gobiernos la *irrenunciabilidad e indelegabilidad de las obligaciones* y le exige acciones y políticas consecuentes con la materialización de los derechos. PNUD, 2000. Nueva York: Oxford University Press.




desarrolló el proceso y con los Grupos de Gestores de cada municipio desarrollar un proceso que conlleve a que estos actores retomen los avances en la elaboración de los Planes Locales de Salud y los Acuerdos y los incorporen en sus tareas de planeación de desarrollo local.

- La elaboración de los Planes Locales de Salud tiene que trascender los procesos de gobierno. Los representantes de las organizaciones de base deberán realizar consultas y analizar los resultados de la elaboración de los Planes con los integrantes de las organizaciones que representan y con otros actores de sus comunidades, con el objetivo de enriquecer el debate y las decisiones que se toman e incorporan en los Planes Locales de Salud.
- Para garantizar una mejor gestión, deben mejorarse las prácticas en el diseño de los proyectos de las organizaciones facilitadoras (subreceptores o consultores). A continuación se plantean seis prácticas adecuadas que son esenciales durante las fases de formulación y puesta en marcha de un proyecto:
 - Promover la participación de la población en el diseño del proyecto.
 - Efectuar un análisis minucioso de la situación junto con los interesados directos para mejorar los conocimientos acerca del contexto y de la situación que se desea mejorar, con miras a que el diseño y los procesos de ejecución sean pertinentes.
 - **Articular una estrategia lógica y viable del proyecto que exprese claramente lo que se conseguirá (metas, resultados esperados y propósitos) y cómo se conseguirá (productos y actividades).**
 - Llegar a un acuerdo sobre las cuestiones transversales del proyecto y centrar en ellas las actividades.
 - Planear el fomento de capacidades y la sostenibilidad, a fin de que el proyecto contribuya a la potenciación de la población local y las instituciones.
 - Incorporar oportunidades y actividades que promuevan el aprendizaje participativo y permitan la adaptación durante la ejecución del proyecto.
- Para tener mayor claridad con relación a los resultados esperados de una intervención, se recomienda que las organizaciones facilitadoras (subreceptores o consultores) realicen el diseño de los proyectos con Enfoque de Marco Lógico. El diseño adecuado de un proyecto puede hacerse de varias maneras y el Enfoque de Marco Lógico¹⁴ (EML) es sólo una de ellas, sin embargo, este enfoque es ampliamente reconocido porque provee una cantidad de ventajas, dentro de las cuales se pueden destacar: 1) Aporta un formato para llegar a acuerdos precisos acerca de las metas, objetivos, actividades, indicadores y riesgos del proyecto. 2) Suministra información necesaria para la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto; y 3) Proporciona una estructura para expresar, en un solo cuadro, la información más importante sobre un proyecto¹⁵. Véase documento síntesis Enfoque de Marco Lógico¹⁶.

¹⁴ El enfoque de Marco Lógico fue elaborado originalmente como respuesta a tres problemas comunes a proyectos: 1) Planificación de proyectos carente de precisión, con objetivos múltiples que no están claramente relacionados con las actividades del proyecto; 2) Proyectos que no se ejecutan exitosamente, y el alcance de la responsabilidad del gerente del proyecto no está claramente definida; y 3) No hay una imagen clara de cómo luciría el proyecto si tuviese éxito, y los evaluadores no tienen una base objetiva para comparar lo que se planeó con lo que sucedió en la realidad.

¹⁵ La expresión escrita del marco lógico es la matriz del marco lógico. La matriz de marco lógico es un cuadro con cuatro filas y cuatro columnas, que suministran la siguiente información: 1) Un resumen narrativo de los objetivos y las actividades. 2) Indicadores (Resultados específicos a alcanzar). 3) Medios de Verificación. 4) Supuestos (factores externos que implican riesgos).

¹⁶ La expresión escrita del marco lógico es la matriz del marco lógico. La matriz de marco lógico es un cuadro con cuatro filas y cuatro columnas, que suministran la siguiente información: 1) Un resumen narrativo de los objetivos y las actividades. 2) Indicadores (Resultados específicos a alcanzar). 3) Medios de Verificación. 4) Supuestos (factores externos que implican riesgos).

- 
- Respecto al desarrollo del proyecto, se sabe que el éxito o fracaso de una intervención depende de sus participantes. La participación en el aprendizaje de cómo ir mejorando el proyecto a lo largo de su existencia es fundamental. Para el personal del proyecto y de los socios locales, esto significa escuchar atenta y periódicamente las opiniones de los distintos grupos –y las suyas propias- acerca de lo que funciona y lo que no, y las explicaciones de porque existen los problemas y lo que es necesario mejorar. El aprendizaje no se limita, desde luego, a “escuchar”, sino que hay que dar más oportunidades de reunirse y analizar las experiencias. Para que el aprendizaje participativo sea un elemento central, es necesario generar un entorno de aprendizaje permanente mediante la reflexión crítica, la participación, el intercambio de experiencias y de materiales educativos.
 - Iniciar procesos que buscan incidir en la política pública cuando las autoridades municipales está culminando su periodo de gobierno, es un factor causal para que su participación sea débil, debido entre otros factores a que se están preparando para entregar sus cargos y que pueden estar involucrados en campañas electorales. Se garantizan mejores resultados y sostenibilidad si el proyecto se realiza al inicio de los periodos de gobierno, porque generalmente las personas que llegan a estos cargos en los contextos en los cuales se desarrolla el proyecto están ávidas de asesoría en la planeación del desarrollo de sus comunidades.
 - Para mejorar la calidad en la gestión orientada al impacto de los proyectos, es necesario, entre otras tareas, que se asuma en equipo y de manera cotidiana la respuesta a las siguientes preguntas:
 - Pertinencia: ¿Es adecuado lo que estamos haciendo para mejorar la situación de la malaria? ¿Nos ocupamos de las prioridades de los grupos objetivo?
 - Efectividad: ¿Se han realizado y alcanzado los propósitos, productos y actividades planeadas inicialmente? Lo que estamos haciendo ahora, ¿Es lo mejor para contribuir al objetivo del proyecto PAMAFRO?
 - Eficiencia: ¿Se utilizan los recursos del mejor modo posible? ¿Por qué? ¿Qué podríamos hacer de otra manera para mejorar la ejecución y conseguir los objetivos propuestos, con un costo aceptable y sostenible?
 - Impacto: ¿En qué medida con este proceso se contribuirá a la reducción de la malaria? ¿Por qué? ¿Qué consecuencias ha tenido el proyecto? ¿Por qué se dieron estas consecuencias?
 - Sostenibilidad: ¿Seguirá teniendo el proyecto un impacto positivo cuando se hayan agotado los fondos dentro de tres años? ¿Por qué?



BIBLIOGRAFÍA

Documentos revisados elaborados por la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Colombia, 2007.

- Informe general marzo. 2007.
- Informe de capacitación marzo y abril. 2007.
- Informes consolidados de capacitación, segunda fase. Mayo 2007.
- Informe de capacitación módulos de políticas públicas y participación. Mayo 2007
- Informe técnico del proceso mes de mayo. 2007.
- Informe trimestral abril, mayo, junio de 2007.
- Informe final marzo a octubre de 2007.
- Informe final noviembre y diciembre de 2007.
- Plan Local de Salud Saravena, Arauca. Agosto 2007.
- Plan Local de Salud Inirida, Guanía. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Francisco Pizarro, Nariño. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Roberto Payán, Nariño. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Olaya Herrera, Nariño. Agosto 2007.
- Plan Local de Salud Tumaco, Nariño. Agosto 2007.
- Plan Local de Salud Cumaribo, Vichada. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Francisco Pizarro, Nariño. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Puerto Leguizamó, Putumayo. Septiembre 2007.
- Plan Local de Salud Puerto Asís, Putumayo. Septiembre 2007.
- Guía POA municipios. 2007.
- Construcción de una agenda social por la calidad de vida para reducir la malaria. 2007.
- Documentos POA, 2008.

CIMDER. Haciendo del diagnóstico y del análisis de situación de infancia y adolescencia parte del desarrollo territorial. Conocer más para actuar mejor. 2008.