

Gobernanza territorial para la salud en Medellín y el cuidado comunitario frente a la COVID-19

Territorial governance for health in Medellin and community care in the face of COVID-19

Kathleen Chavarria-Guzmán¹, Eliana Martínez-Herrera²,
David Hernández-Carmona³, Olga Lucía Ostos Ortiz⁴

Resumen

Introducción. Existen enormes desafíos para la medición de la gobernanza debido a la diversidad de aproximaciones poco reconocidas entre actores involucrados y los ajustes en las políticas de salud. **Objetivo.** Identificar acciones de gobernanza territorial para el cuidado de la salud gestionadas por líderes comunitarios durante el segundo pico de la pandemia COVID-19 para el fomento y resiliencia comunitario. **Materiales y métodos.** Se aplicó un cuestionario, de cinco dimensiones y 43 preguntas, a 139 líderes de las comunas de Castilla, Belén y Guayabal. Se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson para medir diferencias por comuna y se realizó un análisis de correspondencia múltiple para explorar aspectos espaciales y relacionales. **Resultados.** Evitar reuniones ($p=0,002$), mantenerse informado ($p=0,034$), participar en redes de apoyo ($p=0,051$), realizar campañas informativas ($p=0,017$), incentivar actividades para recuperar la economía ($p=0,027$), la participación en espacios virtuales ($p=0,004$), el apoyo a familias de escasos recursos ($p=0,009$) y a los más vulnerables ($p=0,002$) fueron algunas de las acciones medidas, encontrando un manejo diferenciado por los líderes de cada comuna. En el ACM se encontró un nivel de correspondencia alto respecto a las acciones de cuidado y autocuidado motivadas por el

1. Dirección Nacional de Investigación e Innovación. Universidad Santo Tomás, Sede principal. Bogotá, Colombia.
Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana del Grupo de Epidemiología. Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

2. Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana del Grupo de Epidemiología. Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
Grupo de Investigación en Desigualdades en la Salud, Ecología y Condiciones de Empleo; Public Policy Center JHU-UPF, Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, España.

3. Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana del Grupo de Epidemiología. Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

4. Dirección Nacional de Investigación e Innovación. Universidad Santo Tomás, Sede principal. Bogotá, Colombia.

líder, un nivel medio frente a las características de los entornos y las acciones gestionadas por el líder y un nivel bajo en las acciones colectivas. **Conclusión.** Se evidencian acciones orientadas a una gobernanza territorial para salud en la promoción de la salud para hacer frente a la COVID-19 en los líderes comunitarios de las comunas estudiadas.

Palabras clave: COVID-19, cuidado de la salud, gobernanza, liderazgo, salud comunitaria, gestión de la salud.

Abstract

Introduction. There are enormous challenges for the measurement of governance due to the diversity of poorly recognized approaches among stakeholders and adjustments in health policies. **Objective.** To identify territorial health care governance actions managed by community leaders during the second wave of the COVID-19 pandemic for community building and resilience. **Materials and methods.** A questionnaire, with five dimensions and 43 questions, was applied to 139 leaders from the communes of Castilla, Belén and Guayabal. Pearson's chi-square test was used to measure differences by commune and a multiple correspondence analysis was performed to explore spatial and relational aspects. **Results.** Avoiding meetings ($p=0.002$), keeping informed ($p=0.034$), participating in support networks ($p=0.051$), carrying out information campaigns ($p=0.017$), encouraging activities to recover the economy ($p=0.027$), participation in virtual spaces ($p=0.004$), support to low-income families ($p=0.009$) and to the most vulnerable ($p=0.002$) were some of the actions measured, finding a differentiated management by the leaders of each commune. In the MCA, a high level of correspondence was found regarding the care and self-care actions motivated by the leader, a medium level regarding the characteristics of the environments and the actions managed by the leader and a low level in the collective actions. **Conclusion.** There is evidence of actions oriented towards territorial governance for health in health promotion to address COVID-19 in the community leaders of the communities studied.

Keywords: COVID-19, health care, governance, leadership, community health, health management.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud enfatiza que los individuos cuentan con ciertas y determinadas opciones, contextos y condiciones para vivir, trabajar y envejecer a las que rotula como *Determinantes de la Salud* (1). Éstos pueden ser impactados o intervenidos por acciones y normas que las ciudades promulgan. Cuando esto sucede, se puede mejorar o empeorar el nivel de salud de la población o de determinados grupos poblacionales. Para De Leeuw, cuando las autoridades en su gestión formulan de manera inconsulta –incluso caprichosa– políticas, normas o regulaciones (lo que se llaman políticas de arriba hacia abajo o *top-down*), se corre un inmenso riesgo de fracasar en su sostenibilidad. Esto es, las decisiones e incluso sus potenciales impactos favorables iniciales, no se sostienen en el tiempo (2). Situación contraria cuando las comunidades locales se enrolan en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas, entre ellas, de programas de salud, con lo cual mejora la equidad local (3) (4) sin ser necesario objeto de acción de autoridades, agentes y gestores del sector salud. En todo caso, el impacto sobre los problemas álgidos de la salud de las ciudades deben ir orientados a incidir en la equidad y la sostenibilidad, algo que la pandemia ha venido evidenciando, con las necesarias acciones de transición hacia otras maneras de interactuar con el territorio y las demás especies vivas (5).

En Medellín existen ejercicios ciudadanos de incidencia sobre la salud de la población: uno de ellos, el basurero de Moravia, que fuera ocupado, invadido, por inmigrantes pobres, en la década del 70 del siglo XX, es un ejemplo de ello. El basurero funcionó desde 1977 y a su cierre en 1984, podían vivir allí unas 17 mil personas en pésimas condiciones de vida y salubridad. Población que creció en las décadas siguientes, hasta que en 2005 se logró concertar con sus pobladores un plan de reubicación en las cercanías, junto con un centro cultural. Al tiempo, la antigua montaña de basuras se convertía en un jardín emblemático con un vivero y siembra de árboles (2015), que contribuyeron a la limpieza ambiental del sector, junto con la planta de lixiviados que allí puso a funcionar. Este, como muchos otros casos de iniciativa social – comunitaria, se convierten en reconocidos casos de transformaciones urbanas, que sin la concertación previa con la comunidad del plan de reubicación, no se hubiesen dado plenamente, y no se hubiese logrado modificar el entorno físico (vivienda) y el entorno social (participación, concertación), en favor de la salud y la vida de las 17 mil personas que vivían en este sector en condiciones insalubres (6, 7).

Es a ese proceso de intervención de grupos o sectores de la comunidad en la toma de decisiones sobre intereses compartidos, a la que en líneas generales podemos llamar Gobernanza. Más precisamente, Gobernanza

para la salud (8) definida como la “acción conjunta de sectores Salud y No-Salud, de los sectores público y privado, y de ciudadanos para un interés común”; o, “la atención del gobierno y otros actores para dirigir a las comunidades, países o grupos de países en la búsqueda de la salud como parte integral del bienestar, a través de la adopción de un enfoque conjunto del gobierno y la sociedad” y que difiere de la *Gobernanza de la salud* (9) puesto que es un concepto de estructura referido a un método que ofrece transversalidad y consenso, que se adapta a los cambios en la gestión pública descentralizada y que en la práctica ofrece la conjunción sinérgica de acciones de actores públicos y privados, con el conjunto de la ciudadanía, lo que amerita la existencia de estructuras y mecanismos que posibiliten esa colaboración.

La gobernanza se ha posicionado en la arena de la práctica de la salud urbana para mejorar los indicadores de salud, como parte de las estrategias que han surgido desde algunos años atrás para promover la salud en las ciudades y disminuir sus inequidades. Para esto último, se ha insertado en el abordaje integral de la salud a partir de una perspectiva de Salud en Todas las Políticas (10); un enfoque de políticas públicas a nivel sectorial que considera las implicaciones de las decisiones en la salud, con el fin de prevenir impactos dañinos en la salud, para así mejorar la salud de la población y la equidad en salud (11).

Este trabajo ha abordado de manera esencial la Gestión Territorial para la Salud (GTS). Ésta es reconocida como el conjunto de acciones intersectoriales que realizan los líderes y la comunidad para promover su salud en los territorios derivado de procesos de concertación, diálogo, construcción de acuerdos y creación de alianzas que logren la movilización de la institucionalidad y contribuyan a la toma de mejores decisiones en salud comunitaria (12).

La COVID-19 ha causado una profunda inequidad en salud y ha acentuado las desigualdades entre las poblaciones más vulnerables (13). La población catalogada en pobreza multidimensional ha sido la más afectada por esta pandemia, siendo, por ejemplo, las condiciones en la calidad de los materiales de las casas como el tipo de techo, piso y paredes, la infraestructura, el acceso limitado al agua y el hacinamiento, las características más críticas y comunes que impiden el lavado de manos, el distanciamiento físico y la ventilación natural como prácticas fundamentales para disminuir el riesgo por COVID-19 (14, 15).

Sumado a esto, en Colombia un alto porcentaje de los hogares pobres depende económicamente de los adultos en el trabajo informal. Esto marca una profunda desigualdad, pues por un lado están las medidas del gobierno, como la cuarentena, para disminuir los contagios y preparar el sistema de salud y por otro la necesidad de salir para trabajar y poder satisfacer, al menos,

las necesidades básicas que en últimas pueden orientar acciones resilientes en salud (16, 17).

El proyecto Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbC) nace como una apuesta para fortalecer el liderazgo comunitario, empoderar a las personas para promover su salud en los espacios donde comparte, construye y participa, y generar alianzas de manera intersectorial para el fortalecimiento de las capacidades y el potencial comunitario, promoviendo que los líderes y la comunidad puedan mejorar los procesos de planeación y gestión de acciones para la salud en sus territorios en el marco de los postulados de ciudad saludable reposicionados en el 2012 acompañando por más de siete años de acciones de seguimiento y potenciación de capacidades territoriales para el capital social, el agenciamiento en salud y la gobernanza (18).

En este sentido, el papel preponderante de la GTS con sus características urbanas, adaptativas y participativas que facilita la interrelación entre el gobierno, por una parte, asumiendo la responsabilidad de proveer recursos, orientar y acompañar la gestión de acciones intersectoriales en salud y, por otra, la comunidad, la toma de la gestión del territorio y el agenciamiento social de la salud para fomentar una vida saludable en el que una adecuada articulación entre estos dos actores daría como resultado una buena salud comunitaria (19). Así las cosas, en esta contribución se identifican las acciones de

GTS gestionadas por líderes comunitarios para fomentar principalmente el cuidado comunitario durante la pandemia de SARS-CoV-2 en tres comunas de la zona occidente de Medellín cuyos índices de capital social comunitario son elevados y el autocuidado en suma para buenas prácticas de resiliencia. (Martinez-Herrera, E., Hernandez, D. A., & Benach, J. C. (2020). Advances in an integrated evaluation of Community health in Medellín (Colombia) during 2014-2019. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), ckaa166-159).

Materiales y métodos

Tipo de estudio. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal a partir de la exposición. Para ello, se entiende la exposición ser líder de tres comunas de la zona occidental de la ciudad de Medellín intervenidas en el proyecto GTSbC (Contrato interadministrativo número: N° 4600087451 de 2020) con el fin de conocer las acciones de GTS durante la segunda ola de la pandemia en Colombia.

Población y muestra. Líderes de las comunas 5 (Castilla), 15 (Guayabal) y 16 (Belén) ubicadas de norte a sur al occidente de la ciudad, con trayectoria comunitaria mayor a diez años e incidencia política territorial relacionada con asuntos de bienestar social y comunitario, y manifestaciones explícitas para impulsar las iniciativas colectivas en salud en el marco de la pandemia ocasiona-

da por SARS-CoV-2, que hubieran recibido de manera masiva la invitación para diligenciar el cuestionario, luego de 6 meses de haberse declarado la emergencia sanitaria en Colombia.

Criterios de inclusión y exclusión. Fueron incluidas todas las personas que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron aquellas personas que demostraron no estar interesadas en participar en el estudio y/o con alguna situación de discapacidad o impedimento para responder virtualmente a la invitación y posteriores requerimientos.

Fuentes de información. Para la medición se utilizaron fuentes de información primaria, teniendo en cuenta que a los participantes se les aplicó un instrumento elaborado con validación de apariencia por funcionarios de la Secretaria de Salud en roles de participación social en salud.

Técnicas de recolección de la información. Se creó un cuestionario en la plataforma digital de uso libre “Google Forms” en parte para la reorientación sobre la recolección virtual conducente al uso de herramientas electrónicas disponibles de conformidad con el contexto sanitario actual en el que la participación presencial física se ha limitado (20). Dicho instrumento identificó las acciones de GTS gestionadas por el líder en el marco de la COVID-19 y contiene variables cualitativas y cuantitativas con preguntas politómicas, abiertas y en escala Likert (1 si está “Totalmente de acuerdo”, 2 si está “De acuerdo”, 3 “Ni de acuerdo, ni en desacuer-

do”, 4 “En desacuerdo” y 5 “Totalmente en desacuerdo”). Este cuestionario con cinco dimensiones contiene 43 preguntas que responden a cada una de ellas y están sustentadas teóricamente (ver anexo).

Dimensiones

1. *Caracterización del líder comunitario:* son aquellas características sociodemográficas que permiten tener una idea de la población objeto de estudio. Así podríamos identificar características que pudieran estar relacionadas con las acciones de gobernanza que realiza el líder comunitario para promover su propia salud y la de la comunidad.
2. *Salud en el entorno comunitario en tiempos de la COVID-19:* se refiere al espacio de la vida cotidiana en el que convivimos, nos desarrollamos y producimos una continua interacción y transformación del contexto que nos rodea, esto corresponde a la segunda dimensión del cuestionario. Fue muy importante explorar este aspecto porque es relevante para la GTSbC enfocar las acciones de Gobernanza de acuerdo a los tipos de entorno en los que se desarrolla la comunidad y se gestan y concretan procesos de participación. Los entornos son territorios participativos, de consenso y deliberación que promueven la salud colectiva, específicamente, acciones de promoción de

prácticas saludables y de prevención de la COVID-19. En este sentido, interés explorar qué tan pacífico y saludable era el entorno en el que convivía el líder comunitario. Así mismo, con qué recursos tangibles contaba la comunidad para esparcimiento y educación y aspectos de contaminación, alta concentración de personas, adquisición de artículos de primera necesidad y transporte, también fueron explorados.

3. *Acciones de autocuidado y cuidado en el hogar frente a la COVID-19*: la dimensión tres estuvo relacionada con la figura del líder como motivador, durante los diferentes escenarios de participación, en la adopción y práctica de acciones de autocuidado y cuidado en el hogar correspondientes al uso correcto de tapabocas, lavado correcto de manos y distanciamiento físico. Adicionalmente se exploraron aspectos de prevención en espacios con aglomeraciones, mantenerse informado en actualizaciones de la COVID-19 por parte de organismos de salud, ventilar o airear la casa, realizar limpieza y desinfección en el hogar y quedarse en casa hasta donde fuera posible para evitar contacto físico y reducir el riesgo de infección.
4. *Acciones colectivas desde su liderazgo comunitario para la gestión de la salud con otros sectores en el marco de la COVID-19*: exploró las acciones promovi-

das por el líder comunitario para el colectivo y lo permitido por la pandemia respecto al fortalecimiento de capacidades, el seguimiento sobre el estado actual de afectación de la comunidad para priorización de acciones, la adquisición de nuevas habilidades, formas de relacionamiento, de movilizarse y participar en espacios comunitarios. Además de ello, la gestión de estrategias para educar a la comunidad acerca de medidas de prevención frente a la COVID-19, la participación en redes de apoyo a la salud mental, el apoyo a las familias para obtener recursos económicos instaurando los protocolos de bioseguridad recomendados por el Ministerio de Salud y la gestión de apoyos gubernamentales u ONG's a las familias más necesitadas.

5. *Acciones colectivas líder-comunidad para la gestión de la salud con otros sectores en el marco de la COVID-19*: enfatizó en las acciones colectivas gestadas en un escenario conjunto líder-comunidad, en el que ambos actores aportan saberes y recursos propios de diversa índole, específicamente, cómo se organizó la comunidad para apoyar a familias de escasos recursos y a los más vulnerables, para socializar de manera virtual, para crear planes de limpieza y desinfección de sitios comunes y para prevenir, controlar y rastrear la propagación de COVID-19.

Recolección de la información. Se capacitaban nueve profesionales a través de sesiones virtuales para dar a conocer el objetivo, la ruta de recolección de información en campo y las preguntas del cuestionario, posteriormente ellos configurarían tres equipos, uno para cada comuna. Se resolvieron dudas y se tuvieron en cuenta recomendaciones (contexto, conocimiento y aplicación) al cuestionario. Posteriormente, una vez identificados los líderes potenciales, se envió el cuestionario digital, se hizo seguimiento a través de llamadas telefónicas y, en menor proporción, en casos especiales (limitaciones de conectividad en zonas perirurbanas de las comunas, discapacidad física, pocas habilidades para la transición digital) y con previa autorización de la Secretaría de Salud de Medellín, se hicieron un par, no más de cinco de encuentros presenciales individuales cumpliendo los protocolos bioéticos y de seguridad recomendados fundamentalmente por el Ministerio de Protección Social y Salud (21).

Análisis de datos. Se exploraron diferencias entre el grado de acuerdo respecto a las dimensiones tres, cuatro y cinco por comuna medido a través de la prueba Chi Cuadrado de Pearson y mediante el Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) se exploraron las correspondencias de las variables por las dimensiones dos, tres, cuatro y cinco. Éste permitió una mejor interpretación de las dimensiones estudiadas; así se analizó la relación entre los entornos

comunitarios, las acciones de autocuidado y cuidado del hogar, las acciones del líder y las colectivas por cada comuna.

Encuentro de actores del proyecto. Dadas las características y enmarcados en los principios de GTSbC se realizó devolución de resultados con un grupo nominal multiactoral de la Secretaría de Salud de Medellín, el equipo técnico del proyecto de la Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" y los líderes de las comunas a fin de deliberar sobre las acciones de intersectorialidad para la incidencia en el cuidado comunitario de la salud de estas tres comunas. Este intercambio intercomuna orientó la comprensión de hallazgos y en especial de algunos elementos incluidos en la discusión del manuscrito.

Resultados

Tabla 1. Características del líder comunitario

Característica	Comuna 5 Castilla	Comuna 15 Guayabal	Comuna 16 Belén	Total
Líderes participantes	41	50	48	139
Edad	47,9 (42,8 – 53,0)	48,0 (44,0 – 52,0)	53,0 (49,3 – 56,6)	
Género				
Femenino	25 (61%)	27 (54%)	31 (65%)	83
Masculino	16 (39%)	23 (46%)	17 (35%)	56
Jefe de Hogar				
Sí	13 (32%)	32 (64%)	36 (75%)	81
No	28 (68%)	18 (36%)	12 (25%)	58
Escolaridad				
Primaria	1 (2%)	2 (4%)	1 (2%)	4
Secundaria	19 (46%)	11 (22%)	13 (27%)	43
Técnico/Tecnológico	10 (25%)	17 (34%)	16 (33%)	43
Pregrado	9 (22%)	15 (30%)	12 (25%)	36
Posgrado	2 (5%)	5 (10%)	6 (13%)	13
Grupo étnico				
Afrocolombiano	3 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	3
Afrodescendiente	0 (0%)	5 (10%)	1 (2%)	6
Mulato	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Indígena	0 (0%)	2 (4%)	0 (0%)	2
Ninguno	37 (90%)	43 (86%)	47 (98%)	127
Estrato socioeconómico				
Estrato 1	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1
Estrato 2	2 (5%)	11 (22%)	16 (33%)	29
Estrato 3	39 (95%)	29 (58%)	18 (38%)	86
Estrato 4	0 (0%)	10 (20%)	11 (23%)	21
Estrato 5	0 (0%)	0 (0%)	2 (4%)	2
Afiliación SGSSS				
Contributivo	28 (68%)	34 (68%)	38 (79%)	100

Característica	Comuna 5 Castilla	Comuna 15 Guayabal	Comuna 16 Belén	Total
Subsidiado	11 (27%)	11 (22%)	8 (17%)	30
Especial	1 (2.5%)	4 (8%)	2 (4%)	7
No asegurado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
Sin información	1 (2.5%)	1 (2%)	0 (0%)	2
Promedio personas/hogar	3,8 (3,3 – 4,4)	3,9 (3,3 – 4,5)	3,6 (3,2 – 4,0)	
Promedio habitaciones/hogar	3,6 (3,27 – 4,0)	3,4 (2,9 – 3,9)	3,2 (2,9 – 3,4)	

Los datos están en n, media (IC95%) o n (%)

Este estudio fue constituido por los líderes de las comunas 5 Castilla, 15 Guayabal y 16 Belén de la ciudad de Medellín, con una participación por comuna de 41, 50 y 48 respectivamente para un total de 139 líderes como se observa en la tabla 1. El promedio general de edad fue de 54 años y se presentó una marcada participación de las mujeres en todas las comunas. El 36% de los líderes pertenecía a alguna Junta de Acción Comunal (JAC) y un 43% a otras organizaciones como mesas ampliadas y colectivos. Del total de líderes jefes de hogar, el 58% eran mujeres. El 62% de los líderes tenían una formación entre secundaria y un nivel técnico o tecnológico. La mayoría de los líderes no hacían parte de algún grupo étnico (91%). Por su parte, el estrato socioeconómico tres fue el más predominante con 62%. El 72% de los líderes indicaron una afiliación de tipo contributiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La media general de personas que viven en el hogar fue de 3,8 mientras que la del número de dormitorios fue de 3,4.

Al realizar un análisis por comuna, en la comuna 5 Castilla se encontró una participación importante de líderes que pertenecían, al menos, a una organización comunitaria. La media de edad fue de 47,9 y la participación en esta comuna estuvo muy marcada por las mujeres (61%). El 68% de los líderes reportaron que no eran jefes de hogar. Casi la mitad (46%) indicó un nivel de escolaridad de secundaria, el 90% no pertenecía a algún grupo étnico constituido en el país y el 95% informó ubicarse en estrato socioeconómico tres. El régimen de afiliación a la seguridad social contributivo tuvo predominio (68%). Entre los líderes participantes, se encontró uno de nacionalidad venezolana no regularizado en migración. El promedio de personas por hogar fue de 3,8 y de habitaciones 3,6.

Por su parte, el 42% de los líderes de la comuna 15 Guayabal pertenecían a una junta de acción comunal. La media de edad fue de 48 años y el 65% eran mujeres. A diferencia de la comuna 5 Castilla, la propor-

ción hombres/mujeres como jefes de hogar fue similar 46% y 54% respectivamente. Asimismo, la distribución de jefe de hogar fue semejante entre género, definiéndose las mujeres como jefe de hogar en un 64%. En esta comuna el nivel de escolaridad técnico/tecnológico tuvo predominio (34%). El 10% se identificó como afrodescendiente, mientras que el 86% de los líderes no pertenecía a ningún grupo étnico. La distribución por estratos socioeconómicos se comportó más equitativa entre los distintos niveles en comparación con la comuna 5 Castilla, sin embargo, predominó el estrato 3 (58%). El régimen más frecuente fue el contributivo con un 68%. Entre los líderes participantes, se encontró uno de nacionalidad venezolana regularizado en migración.

El promedio de personas por hogar fue de 3,9 y 3,4 para las habitaciones del hogar.

La media de edad en la comuna 16 fue de 53 años y una alta participación de las mujeres (65%) quienes fueron a su vez la mayoría jefes de hogar (65%). La distribución entre los niveles de escolaridad fue similar, siendo el técnico/tecnológico el más frecuente (33%). El 98% de los líderes no pertenecía a algún grupo étnico. Los estratos socioeconómicos estuvieron muy distribuidos, sin embargo, el estrato 3 predominó (38%). El 79% pertenecía al régimen contributivo y todos los líderes tenían nacionalidad colombiana. El promedio de personas por hogar fue de 3,6 y de habitación 3,2.

Tabla 2. Relación de coincidencia entre los líderes respecto a las acciones gestionadas para promover la salud frente a la COVID-19

Acción	Escala Likert	Comuna 5		Comuna 15		Comuna 16		Valor p
		n	%	n	%	n	%	
Practicar medidas de prevención como uso correcto de tapabocas, lavado de manos y distanciamiento físico	Totalmente de acuerdo	27	27,6	41	41,8	30	30,6	0,146
	De acuerdo	7	35,0	7	35,0	6	30,0	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0,0	0	0,0	2	100,0	
	En desacuerdo	1	20,0	1	20,0	3	60,0	
	Totalmente en desacuerdo	6	42,9	1	7,1	7	50,0	
Evitar realizar/estar en reuniones familiares grandes	Totalmente de acuerdo	29	29,6	41	41,8	28	28,6	0,002*
	De acuerdo	4	22,2	9	50,0	5	27,8	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	28,6	0	0,0	5	71,4	
	En desacuerdo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Totalmente en desacuerdo	4	28,6	0	0,0	10	71,4	
Seguir las actualizaciones de información sobre prevención de la COVID-19	Totalmente de acuerdo	30	30,9	40	41,2	27	27,8	0,034*
	De acuerdo	3	16,7	8	44,4	7	38,9	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	60,0	0	0,0	2	40,0	
	En desacuerdo	1	14,3	2	28,6	4	57,1	
	Totalmente en desacuerdo	4	33,3	0	0,0	8	66,7	

Acción	Escala Likert	Comuna 5		Comuna 15		Comuna 16		Valor p
		n	%	n	%	n	%	
Mantener, en entornos sociales, una distancia de al menos un metro y medio con los que están a su alrededor	Totalmente de acuerdo	28	29,5	38	40,0	29	30,5	0,145
	De acuerdo	5	26,3	8	42,1	6	31,6	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	33,3	3	33,3	3	33,3	
	En desacuerdo	2	50,0	1	25,0	1	25,0	
	Totalmente en desacuerdo	3	25,0	0	0,0	9	75,0	
Realizar limpieza/ desinfección rutinaria en lugares de alto contacto de la casa barandas, pasamanos, manijas, interruptores de luz, etc,	Totalmente de acuerdo	28	29,2	37	38,5	31	32,3	0,137
	De acuerdo	4	22,2	8	44,4	6	33,3	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	40,0	4	40,0	2	20,0	
	En desacuerdo	1	50,0	1	50,0	0	0,0	
	Totalmente en desacuerdo	4	30,8	0	0,0	9	69,2	
Ventilar la casa	Totalmente de acuerdo	31	31,0	37	37,0	32	32,0	0,087
	De acuerdo	4	26,7	6	40,0	5	33,3	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	14,3	5	71,4	1	14,3	
	En desacuerdo	1	25,0	2	50,0	1	25,0	
	Totalmente en desacuerdo	4	30,8	0	0,0	9	69,2	
Quedarse en casa mientras no sea necesario salir	Totalmente de acuerdo	31	29,2	42	39,6	33	31,1	0,359
	De acuerdo	2	22,2	3	33,3	4	44,4	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	25,0	2	25,0	4	50,0	
	En desacuerdo	2	50,0	2	50,0	0	0,0	
	Totalmente en desacuerdo	4	33,3	1	8,3	7	58,3	
He adquirido nuevas habilidades digitales durante la pandemia que son de beneficio para la comunidad	Totalmente de acuerdo	20	31,3	25	39,1	19	29,7	0,300
	De acuerdo	10	26,3	16	42,1	12	31,6	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	26,9	7	26,9	12	46,2	
	En desacuerdo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Totalmente en desacuerdo	2	22,2	2	22,2	5	55,6	
Cuento con información acerca de la afectación actual de la COVID-19 en la comunidad para priorizar acciones que requieran una atención pronta	Totalmente de acuerdo	23	34,3	22	32,8	22	32,8	0,486
	De acuerdo	8	26,7	13	43,3	9	30,0	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	21,7	10	43,5	8	34,8	
	En desacuerdo	1	20,0	3	60,0	1	20,0	
	Totalmente en desacuerdo	4	28,6	2	14,3	8	57,1	
He recibido buena acogida por parte de la comunidad sobre la gestión realizada frente a la COVID-19	Totalmente de acuerdo	20	32,8	25	41,0	16	26,2	0,315
	De acuerdo	6	21,4	11	39,3	11	39,3	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	28,6	11	39,3	9	32,1	
	En desacuerdo	2	22,2	2	22,2	5	55,6	
	Totalmente en desacuerdo	5	38,5	1	7,7	7	53,8	

Acción	Escala Likert	Comuna 5		Comuna 15		Comuna 16		Valor p
		n	%	n	%	n	%	
He participado en redes de apoyo para la depresión, la ansiedad o el estrés	Totalmente de acuerdo	18	40,9	14	31,8	12	27,3	0,051*
	De acuerdo	3	15,8	11	57,9	5	26,3	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	44,0	6	24,0	8	32,0	
	En desacuerdo	4	25,0	4	25,0	8	50,0	
	Totalmente en desacuerdo	5	14,3	15	42,9	15	42,9	
He apoyado la gestión de campañas informativas de autocuidado y cuidado comunitario frente a la COVID-19 por parte de los organismos de salud local	Totalmente de acuerdo	28	37,3	27	36,0	20	26,7	0,017*
	De acuerdo	3	11,5	13	50,0	10	38,5	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	43,8	4	25,0	5	31,3	
	En desacuerdo	1	12,5	4	50,0	3	37,5	
	Totalmente en desacuerdo	2	14,3	2	14,3	10	71,4	
He apoyado la realización de actividades con protocolos de bioseguridad para obtener recursos económicos	Totalmente de acuerdo	23	44,2	19	36,5	10	19,2	0,027*
	De acuerdo	3	20,0	8	53,3	4	26,7	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	33,3	5	27,8	7	38,9	
	En desacuerdo	2	16,7	5	41,7	5	41,7	
	Totalmente en desacuerdo	7	16,7	13	31,0	22	52,4	
He podido acompañar a la comunidad en otros espacios virtuales de participación social que antes de pandemia no había podido hacer	Totalmente de acuerdo	30	38,5	27	34,6	21	26,9	0,004*
	De acuerdo	4	16,7	15	62,5	5	20,8	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	16,7	2	16,7	8	66,7	
	En desacuerdo	1	20,0	2	40,0	2	40,0	
	Totalmente en desacuerdo	4	20,0	4	20,0	12	60,0	
He gestionado apoyos por parte del gobierno para la comunidad	Totalmente de acuerdo	20	32,8	24	39,3	17	27,9	0,837
	De acuerdo	8	34,8	7	30,4	8	34,8	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	28,6	5	35,7	5	35,7	
	En desacuerdo	4	30,8	4	30,8	5	38,5	
	Totalmente en desacuerdo	5	17,9	10	35,7	13	46,4	
La comunidad se ha organizado para ofrecer actividades de convivencia de manera virtual	Totalmente de acuerdo	10	33,3	11	36,7	9	30,0	0,241
	De acuerdo	9	28,1	14	43,8	9	28,1	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	42,4	6	18,2	13	39,4	
	En desacuerdo	2	10,0	10	50,0	8	40,0	
	Totalmente en desacuerdo	6	25,0	9	37,5	9	37,5	
La comunidad se ha organizado para apoyar a las familias de escasos recursos mercados, bonos, reducción de costos de alquiler y de servicios básicos	Totalmente de acuerdo	16	27,1	25	42,4	18	30,5	0,009*
	De acuerdo	9	26,5	17	50,0	8	23,5	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	50,0	4	22,2	5	27,8	
	En desacuerdo	2	15,4	4	30,8	7	53,8	
	Totalmente en desacuerdo	5	33,3	0	0,0	10	66,7	

Acción	Escala Likert	Comuna 5		Comuna 15		Comuna 16		Valor p
		n	%	n	%	n	%	
La comunidad se ha organizado para apoyar a los más vulnerables adultos mayores, personas con dependencia de cuidado y asistencia, habitantes de calle	Totalmente de acuerdo	15	30,6	18	36,7	16	32,7	0,002*
	De acuerdo	5	16,7	18	60,0	7	23,3	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	40,0	9	36,0	6	24,0	
	En desacuerdo	5	33,3	5	33,3	5	33,3	
	Totalmente en desacuerdo	6	30,0	0	0,0	14	70,0	
La comunidad ha gestionado e implementado acciones para la limpieza y desinfección de calles, lugares de comercio y espacios públicos	Totalmente de acuerdo	8	27,6	11	37,9	10	34,5	0,122
	De acuerdo	7	36,8	9	47,4	3	15,8	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	16,7	11	45,8	9	37,5	
	En desacuerdo	4	20,0	10	50,0	6	30,0	
	Totalmente en desacuerdo	18	38,3	9	19,1	20	42,6	
La comunidad ha gestionado acciones para prevenir, controlar y rastrear la propagación de COVID-19 toma de muestras en casa, seguimiento, búsqueda activa de casos, aislamiento selectivo	Totalmente de acuerdo	7	28,0	9	36,0	9	36,0	0,398
	De acuerdo	8	47,1	3	17,6	6	35,3	
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	25,0	13	46,4	8	28,6	
	En desacuerdo	3	13,0	10	43,5	10	43,5	
	Totalmente en desacuerdo	16	34,8	15	32,6	15	32,6	

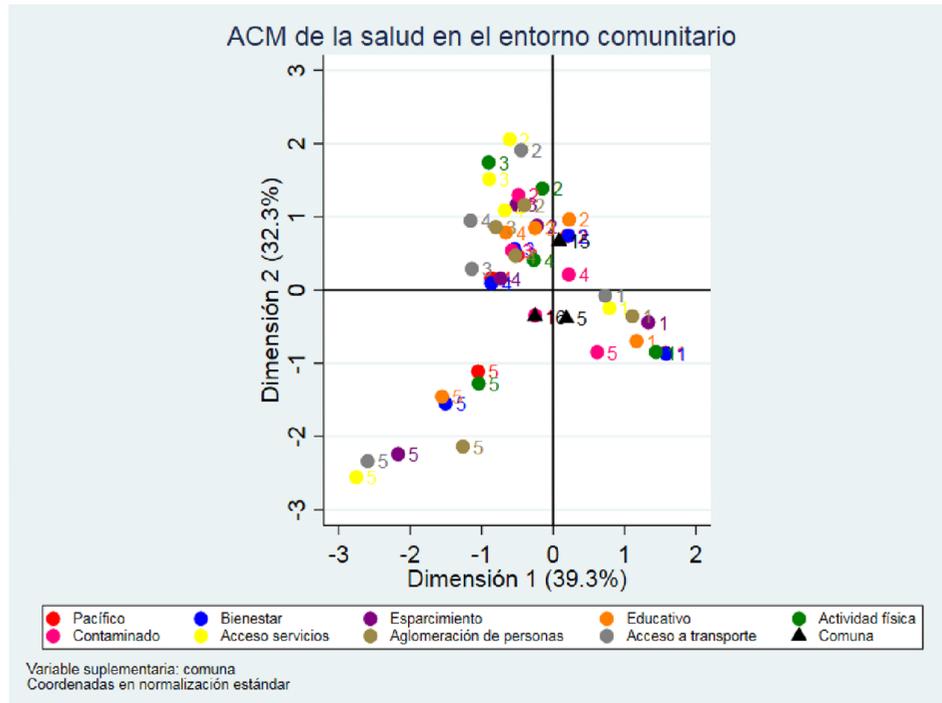
Prueba Chi Cuadrado de Pearson

*p<0,05

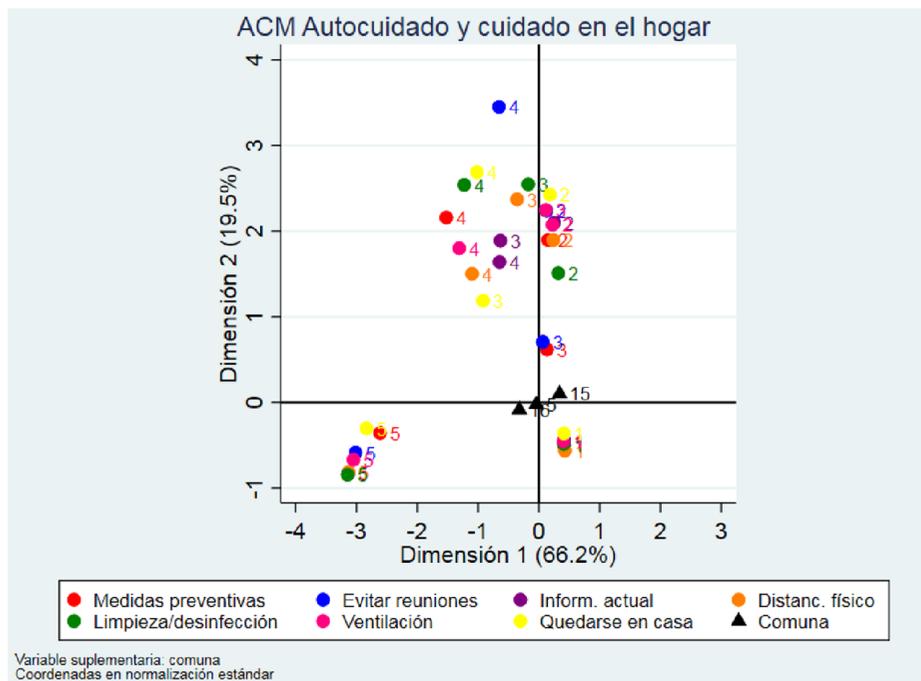
Al explorar las acciones de autocuidado y cuidado comunitario motivadas desde el líder hacia la comunidad, la gestión de las acciones del líder y las colectivas (líder-comunidad) para promover la salud y el bienestar durante la pandemia por COVID-19, en la tabla 2 se observa que entre las acciones medidas, evitar reuniones ($p=0,002$), mantenerse informado ($p=0,034$), participar en redes de apoyo ($p=0,051$), el apoyo a campañas informativas ($p=0,017$),

las actividades para recuperar la economía ($p=0,027$), la participación en espacios virtuales ($p=0,004$), el apoyo a familias de escasos recursos ($p=0,009$) y a los más vulnerables ($p=0,002$) se encontró que el grado de acuerdo entre los líderes fue diferente respecto a la gestión de estas acciones en las comunas estudiadas, esto es, algunos estuvieron muy de acuerdo o nada de acuerdo (según la escala de Likert medida) frente a las acciones exploradas.

A.

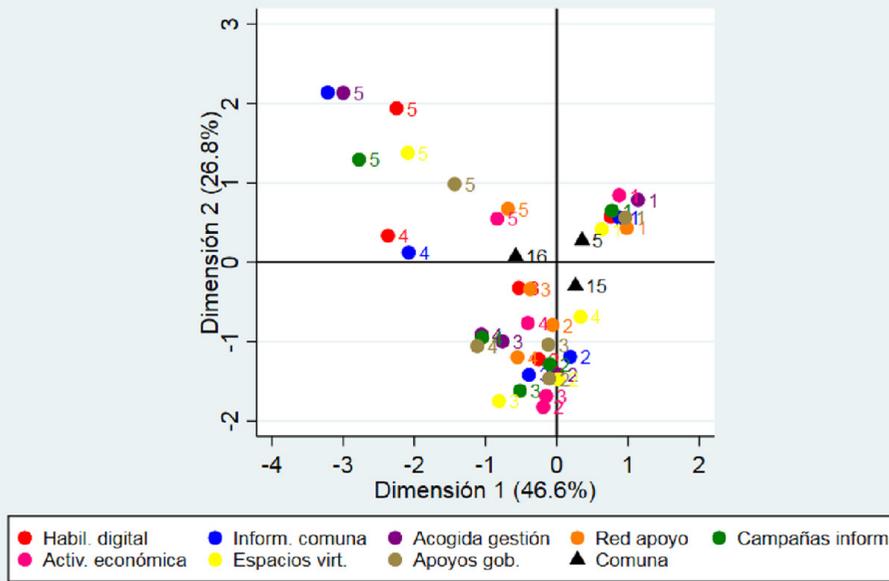


B.



C.

ACM de las acciones del líder comunitario durante la pandemia por COVID-19



D.

ACM de las acciones colectivas gestionadas durante la pandemia por COVID-19

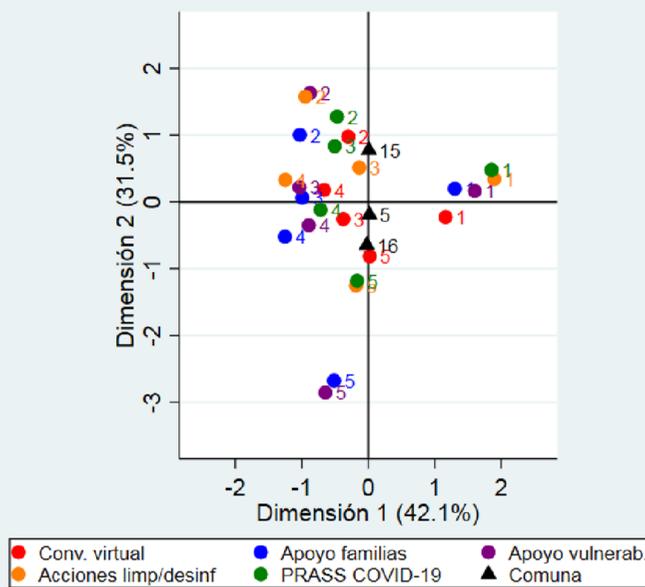


Figura 1. ACM

El ACM muestra las diferentes relaciones y agrupamientos entre las variables de las dimensiones exploradas. Con relación a la salud en el entorno comunitario, la figura 1a muestra el comportamiento del grado de acuerdo frente a las características del mismo. En términos generales, los líderes de la comuna 5 Castilla tuvieron un grado de acuerdo mayor que los líderes de la comuna 15 Guayabal y 16 Belén. La concentración de puntos en el cuadrante inferior derecho cercanos al eje horizontal, indican una fuerte correspondencia entre lo percibido por los líderes. Así, el 65% calificó estar muy de acuerdo en que se conseguía fácil transporte para movilizarse y el 63% percibió que en su entorno es fácil conseguir artículos de primera necesidad. El 40% informó estar muy de acuerdo en que existen lugares de alta concentración cercanos y el 30% indicó que la contaminación era alta. El grado de desacuerdo de los líderes fue menor, esto es explicado por la dispersión de puntos del cuadrante inferior izquierdo.

Las acciones de autocuidado y cuidado en el hogar promovidas por el líder para incentivar a la comunidad a protegerse de la COVID-19 constituyen un factor importante de este estudio. En la representación figura 1b, se muestra un grado mayor de acuerdo, a diferencia de la dimensión anterior, por parte de los líderes de la comuna 15 Guayabal, seguido de los líderes de la comuna 16 Belén y, siendo los líderes de la comuna 5

Castilla los que estuvieron en menor grado de acuerdo respecto a las acciones presentadas. El grado de acuerdo de los líderes en esta dimensión fue mayor que en los entornos, explicado por la fina agregación de puntos en el cuadrante inferior derecho. Quedarse en casa (76%), ventilar espacios (72%), practicar medidas preventivas (71%) y evitar reuniones (71%) fueron las acciones mayormente motivadas por el líder.

Al explorar la relación de acuerdo por los líderes respecto a las acciones promovidas desde su propia gestión, en la figura 1c se encontró que, en la mayoría de los reactivos, los líderes de la comuna 5 Castilla estuvieron en mayor grado de acuerdo que los demás; resultado que se evidencia por la cercanía de dicha comuna a la agregación de puntos situados en el cuadrante superior derecho. En general, hay un alto grado de acuerdo respecto a las acciones presentadas, sin embargo, hay una distribución similar de respuestas, esto es explicado por la dispersión de puntos en todo el gráfico. Acompañar a la comunidad en otros espacios virtuales (56%), apoyar la gestión de campañas informativas de autocuidado y cuidado comunitario frente a las COVID-19 (54%) y contar con información de la afectación actual de la COVID-19 en la comunidad para priorizar acciones que requieran una atención pronta (48%) fueron las acciones que los líderes gestionaron en mayor proporción. La frecuencia de respuesta en los niveles de desacuerdo fue menor, no

obstante, la participación en redes de apoyo y la realización de actividades para obtener recursos económicos mostró lo contrario.

Por su parte, en la figura 1d el apoyo a familias de escasos recursos (43%) y a los más vulnerables (35%) presentaron un alto grado de acuerdo comparado con las demás acciones. Sin embargo, los líderes tuvieron un alto grado de desacuerdo respecto a las acciones de limpieza y desinfección de lugares públicos (34%) y la gestión de acciones para prevenir, controlar y rastrear la propagación de COVID-19 (33%). Fue la dimensión en la que se encontró una distribución con mayor tendencia al desacuerdo.

Discusión

Con base en los resultados, el liderazgo comunitario en salud sigue siendo una actividad mayoritariamente femenina: del cuidado del hogar y del entorno más íntimo, salta a la escena comunitaria (22). Si bien es una fortaleza para el territorio y las comunidades que el liderazgo en salud esté en manos de mujeres y sus redes de trabajo, no se puede dejar toda la responsabilidad de la salud y el cuidado en manos de ellas, cuando los hombres también tienen una gran responsabilidad en el cuidado de su propia salud (23) y el de su comunidad. En este sentido, es necesario incentivar y motivar el liderazgo masculino en los temas de la salud y el cuidado, puesto que son

la población que presentan más conductas de riesgo desde temprana edad, reforzada por estereotipos de género que hacen ver al hombre más fuerte y saludable, generando una falsa sensación de bienestar y salud y exponiéndose a riesgos de tipo biológico y social: los hombres son los que presentan mayores tasas de muertes prematuras (24) y son las principales víctimas de accidentes de tránsito (25). Es clave generar capacidades en los hombres, desde temprana edad y a lo largo de la vida, de conductas de cuidado y de respeto del medio ambiente que contribuya a mejorar su calidad de vida y salud (26) y los escenarios de participación social en salud pueden ser los escenarios ideales para avanzar en este sentido.

En el estudio se encontró la participación de dos líderes comunitarios de origen venezolano. Si bien a simple vista es una cifra pequeña comparado con los líderes colombianos que participaron, resulta muy valioso en procesos de participación comunitaria contar con el liderazgo de un migrante venezolano, convencidos que enriquece y facilita los procesos de transformación comunitaria a partir de su experiencia y perspectiva en relación a la gestión de acciones que promuevan la salud frente a la COVID-19. De acuerdo a lo reportado en la literatura hasta el momento, existen pocos estudios que incluyen a migrantes venezolanos en procesos de participación comunitaria, por lo que consideramos de especial relevancia considerar esta población en es-

tudios similares dada la situación coyuntural por la que atraviesan buscando mejores oportunidades de vida en Colombia (27).

Los entornos constituyen espacios relevantes de co-creación, deliberación, participación y encuentro, hacen parte de la vida en sociedad. Se parte de esta premisa para valorar este aspecto como parte fundamental de la comunidad especialmente durante la crisis sanitaria generada por la COVID-19 y ver la percepción de los líderes comunitarios frente a las características del entorno en el que se desarrollan, promueven hábitos saludables durante estos tipos de confinamiento y cómo estos pueden influenciar de manera positiva o negativa determinando el estado de salud. Estas características del entorno asimismo pueden determinar comportamientos saludables y de riesgo a nivel individual que podrían tener un impacto sustancial en el colectivo que a veces no es reconocido o visto de manera consciente en la comunidad (28).

Se encontraron diferencias entre el grado de acuerdo en algunas características de las dimensiones exploradas. El grado bajo de acuerdo, consideramos que pudo haber sido producto de los enormes desafíos que representaba, y aún persiste, movilizar la comunidad en escenarios digitales a los que nos llevó la COVID-19. De allí que desde la ejecución misma del proyecto emergiera el reto de modificar las formas de participa-

ción, consenso y deliberación en los que la inclusión y la solidaridad fueran relevantes con aquellos que no tuvieran habilidades o acceso a herramientas digitales (20).

Por su parte, la relación espacial entre las características de las dimensiones exploradas muestra una correspondencia importante especialmente en las acciones de autocuidado y cuidado en el hogar, pilar base en la prevención de la transmisión por COVID-19 (29). Los hallazgos muestran que los líderes estuvieron muy de acuerdo en haber motivado a la comunidad en la adopción de prácticas de prevención lideradas por quedarse en casa, ventilar la casa, evitar reuniones en casa y practicar medidas de prevención básicas como uso correcto de tapabocas, distanciamiento físico y lavado de manos. Esto representa un avance muy importante en materia de cuidado comunitario para disminuir la transmisión y aportar desde el nivel individual y el hogar hacia el colectivo; acciones que redundan significativamente a nivel local y nacional (30).

De manera diferente a lo anterior, ocurrió con las acciones gestionadas por el propio líder y en menor proporción con las colectivas (líder-comunidad), esto es, hubo una menor correspondencia en el grado de acuerdo de las características medidas. Asumimos que este grado de acuerdo menor en las colectivas está explicado por los grandes desafíos que nos planteó el escenario de la

COVID-19, cambiar formas de movilizarse y gestionar a las que estábamos acostumbrados muestra la necesidad de transformar las dinámicas y tratar de continuar con las acciones de promoción de la salud comunitarias en tiempos de pandemia usando las herramientas y medios disponibles (20).

Un análisis de la Gobernanza Territorial para la Salud como el propuesto para la zona occidente es limitado para la ciudad (3 de 21 comunas y corregimientos, 410.000 habitantes aproximadamente). No obstante, los resultados de esta investigación refuerzan la idea de avanzar en acciones de promoción de la salud con líderes de las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, tal como lo propone y direcciona el modelo de GTSbC; modelo que tuvo sus orígenes en una comuna del nor-oriente de la ciudad, pero que hoy hace parte del ejercicio de participación social en salud de la secretaría de Salud de Medellín.

La GTSbC como experiencia de teoría y práctica de la salud pública tiene el propósito de generar capacidades en las personas y las comunidades para identificar sus potencialidades y determinantes sociales de la salud, identificar los activos claves para avanzar en la consecución del objetivo de la salud y la vida, generar alianzas y trabajo articulado entre las comunidades y demás actores y sectores, y emprender proyectos comunitarios para impactar los territorios;

todo esto mediado por acciones de educación, comunicación y evaluación, que posibilite la toma de acciones en salud pública informadas y con base en evidencia.

Fortalezas del estudio

Aunque diferenciamos la gobernanza de la salud (apelar a mecanismos de gestión que permitan la actuación conjunta de múltiples actores sociales) y la gobernanza para la salud (la actuación conjunta en sí, desde la formulación, diseño y puesta en marcha de reglas y políticas hasta sus programas y proyectos derivados), lo cierto es que, Pato Lorente, dice que su uso es ecléctico y que ello en la práctica se resume en: (a) colaboración, (b) compromiso ciudadano, magnificado por el uso de las TIC y las redes, (c) gobierno que combina regulación y persuasión, (d) gobierno que funciona incluso a través de agencias independientes y (e), políticas adaptativas que en otras palabras es lo que se recoge en la mirada crítica y reflexiva de las acciones territoriales de gobernanza identificadas en este estudio. GTSbC propone una ruta y varios procesos participativos de creación de políticas flexibles dirigidas a mejorar la distribución equitativa de los determinantes de salud y la acción sobre éstas, no solo operadas por el gobierno local, asunto que sugiere en el tiempo la integración entre autoridades de los sectores Salud y No-Salud y de ellas con actores de las fuerzas vivas sociales: sector privado, sector social, medios y la academia (18).

Limitaciones del estudio

Teniendo en cuenta el tipo de estudio, es importante resaltar que no se pueden establecer asociaciones ni explicaciones de causalidad. Los hallazgos de este estudio no se podrán extrapolar a todas las personas del municipio de Medellín, dado que el tamaño de muestra no es representativo para la población empero puede orientar retos en el liderazgo y empoderamiento comunitario esperado para hacer frente al cuidado colectivo de la salud en tiempos de pandemia.

En esta investigación, en la cual se aplicaron encuestas virtuales, es posible que algunas personas hayan desistido de participar por su falta de conocimiento y cercanía con estas tecnologías. Sin embargo, desde el equipo de trabajo hubo disposición para incluir a estas personas dentro del estudio, acompañándoles en los momentos requeridos en los usos de estas nuevas tecnologías y así promover su participación.

La mayoría de las formas para describir las características de los entornos, por ejemplo, de la vivienda, se plantearon en términos de salud, generadores de bienestar y facilitadores del desarrollo y tendientes a impulsar medidas de resiliencia, muy de la mano de cómo se determinan los comportamientos; sin embargo, se requieren de otros esfuerzos propios de la concepción necesaria de cambio de la ciudad para construir ciudades sostenibles, habitables

y resilientes que promuevan una ciudadanía más resiliente y sana lo que podría sesgar la respuesta hacia una valoración positiva de los propios entornos.

Implicaciones políticas

El diseño de políticas públicas resilientes y sus acciones derivadas, al actuar sobre los determinantes y factores citados, tienen indiscutible impacto poblacional, y es la gobernanza del sistema de salud el factor que puede procurar que el impacto sobre los determinantes sea positivo y tenga comprobado efecto sobre la equidad de una sociedad. Aunque subsiste alguna duda sobre los procedimientos para la priorización de esas acciones en un esquema de gobernanza de la salud, pues la debilidad institucional del sistema de salud no facilita ni agiliza las relaciones del nivel central con los demás niveles territoriales, ello no es obstáculo para que los temas propios de la gobernanza para la salud tomen impulso en las municipalidades, y no solamente porque los instrumentos normativos centrales existen y procuran un marco para la acción local, sino porque al menos en el caso de Medellín -como se pudo ilustrar en los aspectos históricos ya citados- y los avances de GTSbC, la colaboración entre múltiples actores sociales en entornos muy variados e incluso dentro de un alto nivel de crisis social tiene una historia con más luces que sombras, que incluso sugieren un hipotético aumento del capital social local que derivaría en mejores formas

de gobernanza. Un ejemplo que ilustra sobre la conformación de instancias de participación en salud son los espacios basados en la gestión del conocimiento en Antioquia (31) más necesarios hoy que nunca y que pudieran ser identificados como activos de la salud y orientar nuevas alternativas del cuidado comunitario.

Las acciones comunitarias, que son esencialmente en el territorio, de cara a las personas, a las comunidades, se vieron limitadas y no son suficientes ni resilientes por las nuevas restricciones que se impusieron para contener la propagación del virus. Esta situación de sindemia impone otras lógicas de participación y acción en los territorios de Medellín, mediados por las limitaciones propias de las tecnologías de la información y las comunicaciones sumando a ello nuevas escalas dificultad, en especial para los adultos mayores y personas con poca experiencia en el uso de estas nuevas tecnologías, para la participación y el encuentro con líderes comunitarios. No obstante, y a pesar de los riesgos que supone para las personas y la población en general esta situación de sindemia (32), los líderes reclaman los espacios de encuentro y discusión, tomando las medidas de bioseguridad recomendadas. A este punto, es bastante positivo y esperanzador evidenciar que las acciones de cuidado colectivo pero también del autocuidado recomendadas por los líderes fueron tenidas en cuenta en general por la comunidad (33).

Recomendaciones

Promover la gobernanza desde los mismos espacios de priorización territorial. Una gobernanza necesaria para ser operacionalizada con el diagnóstico de cifras locales, muy seguramente de indicadores de determinantes sociales de la salud comparados territorialmente que empuje a la administración local o su autoridad de salud, en cuanto rectora local, en la capacidad de poner en acción a equipos intersectoriales u otra estructura y método que pueda analizar situaciones problemáticas complejas de manera interdisciplinaria (gobernanza de la salud) y que esta estructura pueda trabajar conjuntamente con, y gozando de la confianza de los demás actores sociales que, impactados por el problema, puedan actuar conjuntamente con las estructuras gubernamentales codiseñando la toma de decisiones (Gobernanza para la salud).

Colombia es prolija en ejemplos, contribuciones y aspectos de gobernanza vertical (34) o gobernanza de la salud, encontramos abundantes ejemplos de normatividad y algunos que tratan de impactar sobre la gestión integrada territorial. Cuando las agendas verticales tienen origen multilateral, internacional, hay apropiación y difusión territorial y se crean incluso en el nivel local esquemas de gobernanza que operacionalicen temas de esa agenda, en la medida de sus circunstancias, pero cuando se erigen esquemas de gobernanza territorial u

horizontal, es débil, incipiente y en general no deja muy claros los esquemas de eslabonamiento organizacional centro-territorio, esto es, tiene problemas serios de lograr Gobernanza de la salud. Ello, a su vez, deja traslucir debilidades en los procesos de descentralización y en las relaciones entre el centro y los otros niveles territoriales, señal a su vez de problemas estructurales al denotar bajos niveles de avance en la modernización del Estado. Sin embargo, debemos considerar otras formas de coordinación e integración de actores con particular relevancia para la gobernanza para la salud que se inscribe en las estrategias de la Ciudad Saludable, de una gobernanza urbana para poder planificar las ciudades, prevengan y mitiguen los nuevos riesgos urbanos para la salud, asegurando la inclusión equitativa de todos los habitantes de la ciudad en los procesos con los que se producen políticas públicas.

Conclusiones

En el camino de construcción de una ciudad saludable no termina, el concepto y práctica de Gobernanza ha tomado fuerza y se ha visto corroborado por múltiples casos exitosos en diferentes ciudades del mundo. Por ello, gran número de agencias y organismos multilaterales han iniciado agendas de encuentros y estudios que eventualmente han llevado a declaraciones y documentos conjuntos adonde se aprecia una especie de convergencia global hacia un deber ser

de la gobernanza urbana, en primer lugar, y de aspectos aplicados de tal gobernanza en sectores complejos, como puede serlo la gobernanza en salud.

Buena parte de la literatura dedicada al tema de los procesos propios de la Ciudad Saludable plantea como uno de sus ejes a la búsqueda de acciones colaborativas intersectoriales. Siguiendo las observaciones de Cunill (35), estos procesos deben tener un fundamento técnico que apunte a favorecer la flexibilidad de la gestión local a la vez que integra la gestión de los problemas colectivos y es apenas lógico que el sector Salud quiera asumir ese liderazgo integrador que se traduce en la agenda de Salud en Todas Las Políticas (enfoque STP).

En resumen, la gobernanza implica el triunfo de la *gestión relacional* sobre la toma de decisiones de arriba-abajo que la administración local ha usado tradicionalmente, pero también conecta las realidades locales con la toma nacional de decisiones y ello facilita positivos resultados en políticas públicas, la pandemia acelera estos procesos para el cuidado comunitario pero no es suficiente al no estar reconocido en el acompañamiento formal de la ruta de cuidado colectivo lo que ha llevado a amplios sectores de la comunidad en Medellín a crear sus propias formas organizacionales, sus propios planes territoriales y sus propias formas de resistencia social, y ello no es justamente el elemento motivacional que se necesita para la conformación de esquemas de gobernanza para la salud en los

cuales estos actores son de capital importancia, máxime porque aún desde su marginalidad frente a las instituciones, han creado importantes liderazgos y esquemas de participación social.

Mediciones como las desarrolladas en este manuscrito orientarían nuevas averiguaciones sobre los cambios en los indicadores de salutogénesis y de resiliencia (36) para tratar de entender las correlaciones entre ellos y los roles y funciones de los actores presentes en los eventos históricos y sin precedentes como los de la COVID-19 que provean nuevos aportes sanitarios al proceso de Medellín, Ciudad saludable, una ciudad que eleva el concepto del cuidado para la salud comunitaria e inspira los desafíos de transformación de la salud en las ciudades (37).

Agradecimientos. A Verónica Lopera Velásquez de la Dirección Técnica de Planeación y Gestión del Conocimiento de la Secretaría de Salud de Medellín. A los profesionales que acompañan el proyecto, especialmente a la Profesional GESIS Bibiana Torres M y los líderes de las comunas 5 Castilla, 15 Guayabal y 16 Belén de Medellín que hicieron posible comprender la importancia de la gestión territorial.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación. Convenio interadministrativo 4600087451 de 2020 entre la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Los hechos probados. Fecha de consulta: 22 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.msccs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
2. World Health Organization. Promoting Health And Equity - Evidence for local policy and practice. Fecha de consulta: 26 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/262492/Healthy-Cities-promoting-health-and-equity.pdf
3. Font J. Ciudadanos y decisiones públicas. Ariel. España; 2001. 237 p.
4. Martí J, Pascual J, Rebollo O. Participación y desarrollo comunitario en medio urbano. CIMA, editor. Barcelona; 2005. 308 p.
5. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde debate. 2017;41(spe2):264-75. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>
6. Banco Interamericano de Desarrollo. Las ciudades del mañana: Gestión del suelo urbano en Colombia. Fecha de consulta: 26 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/35373281.pdf>
7. Botero F. Medellín, 1890-1950: Historia urbana y juego de intereses. Universidad de Antioquia, editor. Medellín; 1996. 360 p.
8. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. World Health Organization, editor. World Health Organization. Paris; 2012. 128 p.
9. Pato I. La Gobernanza para la Salud en el siglo XXI. Revistaesalud.com. 2011;7(28):1-9.

10. Kickbusch I, Buckett K. *Implementing Health in All Policies*: Adelaide 2010. Department of Health G of SA, editor. Australia; 2010. 99 p.
11. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. *Health in All Policies*. Ministry of Social Affairs and Health, editor. Malta; 2013. 358 p.
12. Territorios Sostenibles. Alianza y gobernanza. Fecha de consulta: 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://territoriosostenibles.com/alianzas-y-gobernanza>
13. Cash-Gibson L, Pericàs J, Martínez-Herrera E, Benach J. Health Inequalities in the Time of COVID-19: The Globally Reinforcing Need to Strengthen Health Inequalities Research Capacities. *Int J Health Serv.* 2021;1-5. <https://doi.org/10.1177/0020731421993939>.
14. Pinilla M, Ramírez A, González C. Los pobres los más afectados por la pandemia. Fecha de consulta: 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/los-pobres-los-mas-afectados-por-la-pandemia>
15. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, Riley L, Caiiffa WT, Rashid SF, et al. Slum Health: Arresting COVID-19 and Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *J Urban Health.* 2020;97(3):348-57. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00438-6>
16. Álvarez A, León D, Medellín M, Zambrano A, Zuleta H. El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política. Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/el-coronavirus-en-colombia--vulnerabilidad-y-opciones-de-politic.html
17. Molina-Betancur J, Martínez-Herrera E, Pericas J, Benach J. Coronavirus disease 2019 and slums in the Global South: lessons from Medellín (Colombia). *Global Health Promotion.* 2020;0(0):1-5. <https://doi.org/10.1177/1757975920962797>
18. Hernández D, Martínez E. *Vinculos comunitarios para la salud en Medellín*. Universidad de Antioquia, editor. Medellín; 2020. 148 p.
19. McQueen D, Wismar M, Lin V, MJ, Davies M. *Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, editor. España; 2015. 256 p.
20. Hernán-García M, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 385 Declaración de emergencia sanitaria por causa del COVID-19. Fecha de consulta: 15 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-385-de-2020.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud. Diferencias por razones de sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. Fecha de consulta: 17 de abril de 2021. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yjtwg>
23. Carneiro V, Adjuto R, Alves K. Saúde Do Homem: Identificação E Análise Dos Fatores Relacionados À Procura, Ou Não, Dos Serviços De Atenção Primária. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR.* 2019;23(1):35-40. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6521>
24. Castañeda I, Pozo S. Evolución histórica de las desigualdades de género. Principales causas de muerte entre ellas la cirrosis hepática. Cuba 2005-2016. *Rev Cub Salud Publica.* 2018;44(4):140-52.
25. Barrios R, Pereira A, Golde N, Díaz M, Olivos N, Ferloni A, et al. Vigilancia epidemiológica de siniestros viales en un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2018. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires.* 2021;41(1):9-14.
26. Vago D, da Silva P, Tosoli A, Ferreira M. A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde. *Rev Cubana Enferm.* 2017;33(2):111-20.
27. Schwartz S, Salas-Wright C, Pérez-Gómez A, Mejía-Trujillo J, Brown E, Montero-Zamora P, et al. Cultural stress and psychological symptoms in recent Venezuelan immigrants to the United States and Colombia. *Int J Intercult Relat.* 2018;67:25-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2018.09.001>
28. Ottaviano M, Beltrán-Jaunsarás M, Teriús-Padrón J, García-Betances R, González-Martínez S, Cea G, et al. Empowering citizens through perceptual sensing of urban environmental and health data following a participative citizen science approach. *Sensors.* 2019;19(13). <https://doi.org/10.3390/s19132940>

29. Shaikh V, Nazeruddin G, Shaikh Y, Bloukh S, Edis Z, Pathan H. A Recapitulation of Virology, Modes of Dissemination, Diagnosis, Treatment, and Preventive measures of COVID-19: A Review. *Eng Sci.* 2020;10:11-23. <https://doi.org/10.30919/es8d1009>
30. Adhikari S, Meng S, Wu Y, Mao Y, Ye R, QZ W, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* 2020;9:1-12. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
31. Martínez-Herrera E, López-Ríos JM, Salas-Zapata L. Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: Algunos espacios observados en Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2015;14(29):97-113. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.lagc>
32. Singer M, Bulled N, Ostrach B. Whither syndemics?: Trends in syndemics research, a review 2015–2019. *Glob Public Health.* 2020;15(7):943-55. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
33. Delgado-Gallego M, Vázquez M. Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(1):169-78.
34. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica.* 2006;22(suppl):S35-45.
35. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública.* 2014;XXIII(1):5-46.
36. Nuzzo J, Meyer D, Snyder M, Ravi S, Lapascu A, Souleles J, et al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC Public Health.* 2019;19:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7707-z>
37. Misión de sabios Colombia 2019. Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión. Universidad de Antioquia, editor. Medellin; 2020. 926 p.