



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

PAPELES EN SALUD

Edición No. 18

Diciembre de 2018

Bogotá D.C.

Cambios en la Planeación Territorial en Salud: Estudio de Caso en 4 DTS

PENSEMOS LA SALUD: EVIDENCIA, ANÁLISIS Y DECISIÓN



MINSALUD

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARÍO GONZÁLES ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

WILSON FERNANDO MELO VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales



Cambios en la Planeación Territorial en Salud:
Estudio de Caso en 4 DTS
© Ministerio de Salud y Protección Social

Documento elaborado por

JAIRO AUGUSTO NÚÑEZ MÉNDEZ

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios Sectoriales
y de Evaluación de Política Pública

WALTER MAURICIO AGUILAR VILLEGAS

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios Sectoriales
y de Evaluación de Política Pública

JAIR ALBERTO ARCINIEGAS BARRERA

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios
Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

MARÍA ANGÉLICA ARDILA LARA

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios
Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

DAVID EDUARDO GÓMEZ LIZARAZÚ

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios
Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

DIANA MARITZA GONZÁLEZ PRECIADO

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios
Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

PATRICIA ROZO LESMES

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios
Sectoriales y de Evaluación de Política Pública



LINA YAHAIRA SUÁREZ ARIZA

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios
Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES
GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y DE EVALUACIÓN DE POLÍTICA
PÚBLICA
GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)
Documento de trabajo No: 18



Contenido

- RESUMEN 7**
- Introducción 8**
- Metodología 10**
- Resultados 11**
 - 1. Adaptación..... 11
 - 1.1 DTS Departamental (caso 1)..... 14
 - 1.2 DTS Departamental (caso 2)..... 15
 - 1.3 DTS Distrital (caso 3) 17
 - 1.4 DTS Municipal (caso 4) 18
 - 2. Articulación 20
 - 2.1 Mecanismos formales de articulación 20
 - 2.2 Mecanismos informales de articulación..... 22
 - 2.3 Mecanismos de articulación y determinantes sociales de la salud 24
 - 2.4 Mecanismos de articulación y políticas sectoriales... 25
 - 3. Comunicación..... 26
 - 3.1 Información 27
 - 3.2 Transmisión..... 29



| | |
|---------------------------|-----------|
| 3.3 Comprensión | 30 |
| Conclusiones | 32 |
| Anexos | 33 |
| Bibliografía | 34 |



RESUMEN

Este documento es un estudio de caso realizado en 4 entidades territoriales (dos departamentales, una distrital y una municipal) complementario a la Evaluación de Procesos e Institucional del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) que llevó a cabo la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales entre los años 2017 y 2018. En la citada evaluación se encontró que diversos factores incidieron en la implementación en territorio del PDSP, factores que se presentan de forma heterogénea en el territorio colombiano, lo cual, en últimas, desembocó en diferentes resultados en los casos objeto de estudio. La hipótesis central que el estudio de caso buscó comprobar y/o refutar es que desde el nivel central surge un nuevo paquete de normatividad, pero no hubo un ajuste institucional estructural en territorio que respondiese a este cambio normativo. Los tres ejes centrales que se encontraron que dan cuenta de esta respuesta institucional son: (i) adaptación, (ii) articulación, y (iii) comunicación. Respecto al primer aspecto la evidencia sugiere que aunque no hay cambios en los organigramas o las estructuras de las entidades, estas sí aúnan esfuerzos para implementar el PSPD, sin embargo, se enfrentan a rigideces de carácter financiero, a dificultades para armonizar los diferentes instrumentos de planeación y baja sincronía entre los momentos de surgimiento de nueva normatividad y los planes de capacitación y socialización de las mismas en el territorio. En cuanto a la articulación se encontró que los mecanismos formales de comunicación y contacto por sí solos no son suficientes, pues adicionalmente son requeridos mecanismos informales inherentes a las relaciones, con el fin de fortalecer lazos de confianza y robustecer la voluntad política orientada hacia la afectación de los determinantes sociales de la salud. Finalmente, si bien, por ejemplo en los departamentos el talento humano funge un rol determinante para una adecuada comunicación, en el municipio la forma en que se transmite y se apropia la información recibida es de vital importancia.

Palabras clave: Plan Decenal de Salud Pública, estudio de caso, ajuste institucional, adaptación, articulación, comunicación, información.

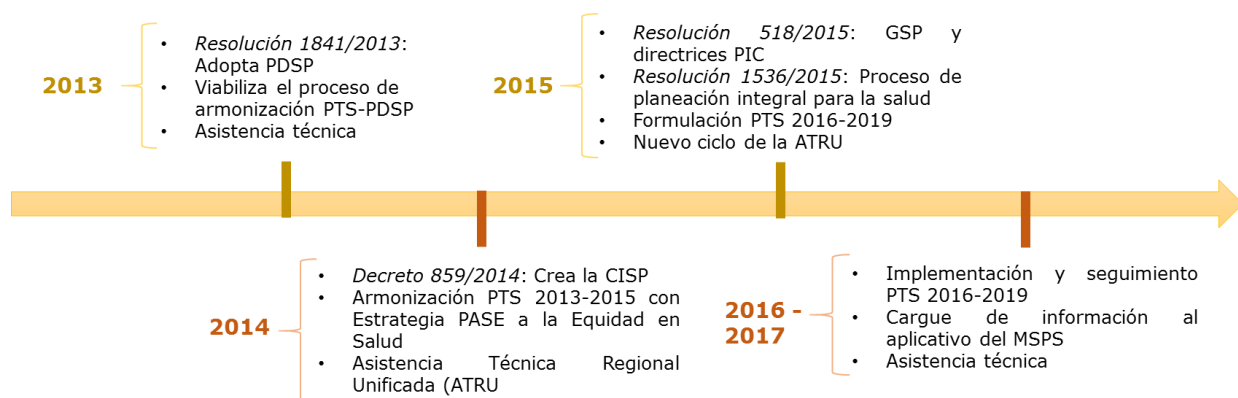
Códigos JEL: I18, Z18, H75,

Introducción¹

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) es el mecanismo trazador a través del cual la ciudadanía, la comunidad académica, expertos y el gobierno, de manera conjunta establecen los lineamientos que permiten “*crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). Al cumplirse el primer quinquenio de la formulación del Plan, uno de los principales retos en los territorios es la aprehensión del enfoque de determinantes sociales de la salud en el marco de la articulación transectorial, quienes, con su actuar mancomunado inciden en los resultados en salud pública.

La Figura 1 muestra los cambios normativos que se dieron entorno a la puesta en marcha del PDSP. En 2013 se expidió la Resolución 1841 la cual adoptó el PDSP, con ello se inició el proceso de armonización de los PTS con el acompañamiento de la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social. Entre 2014 y 2015 se establecieron la reglas de juego para la planeación en salud en los territorios a través de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud y la expedición de las resoluciones 518 y 1536 de 2015. Por último, entre 2016 y 2017 las Direcciones Territoriales de Salud culminaron el proceso de implementación con la construcción de los Planes Territoriales de Salud en el marco de los Planes de Desarrollo Territorial.

Figura 1. Proceso de implementación del PDSP



Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2018a)

¹ El presente documento fue construido en el marco de la Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública llevada a cabo por el Grupo de Estudios y Evaluación de Políticas Públicas.



Para poder determinar el grado de avance de la implementación, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales adelantó entre 2017 y 2018 la Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública, la cual resalta, entre otros resultados, la baja articulación que se da para la implementación del plan, la asignación excesiva de competencias a los territorios, la cual no está asociada necesariamente a un ajuste en los recursos asignados; y la falta de coherencia entre los diferentes procesos de planeación, contratación, ejecución y seguimiento y evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a).

Los resultados anteriores evidenciaron, a su vez, la necesidad de profundizar en el conocimiento de los factores que afectan la implementación del Plan en territorio, particularmente se identificaron tres de ellos: adaptación, articulación y comunicación. Es importante mencionar que estos factores se encuentran afectados por múltiples variables, las cuales no ocurren bajo todos los escenarios, y como resultado distintos efectos (resultados) se observan en los casos de estudio.

Este documento se encuentra organizado en cuatro secciones. La primera remite a esta introducción. La segunda sección describe la metodología utilizada para llevar a cabo el estudio de caso. La tercera presenta los resultados alcanzados después implementada la metodología, con base en las categorías de análisis mencionadas anteriormente. Finalmente, se plantean las conclusiones del estudio.



Metodología

Un estudio de caso es una técnica de carácter empírico que busca investigar un fenómeno contemporáneo en su contexto real, especialmente cuando los límites entre el sujeto de estudio y el contexto no son evidentes (Yin, 2003). De esta forma se implementó un estudio de caso con el fin de ampliar el conocimiento de los hallazgos del análisis de relaciones encontrado durante la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.

En concreto, se buscó probar la siguiente hipótesis:

- Los diferentes actores en el nivel territorial están organizados para operar de cierto modo. Cuando se expide el PDSP y sus resoluciones reglamentarias que las involucra, esto no cambia estructuralmente a las organizaciones ni las instituciones (e.g. la articulación, la confianza, los valores). Es decir que, si bien la normativa es emitida por el exterior, los diferentes actores responden con su particular lógica y forma de trabajar. ***Es decir, la norma cambia, pero las estructuras institucionales no.***

Así, las preguntas de *cómo* y *por qué* sucede la adaptación de las Entidades Territoriales al PDSP fueron las rectoras de este estudio de caso. Consecuentemente se elaboró una guía de entrevista semi estructurada (Anexo 1) con trece preguntas, centrada en tres factores: la adaptación de las DTS a la norma, aspectos adicionales de la articulación y la comunicación. Para su implementación se seleccionaron 4 DTS con competencias en salud diferentes (nivel departamental, distrital y municipal) que pudieran contribuir en la comprobación de la hipótesis².

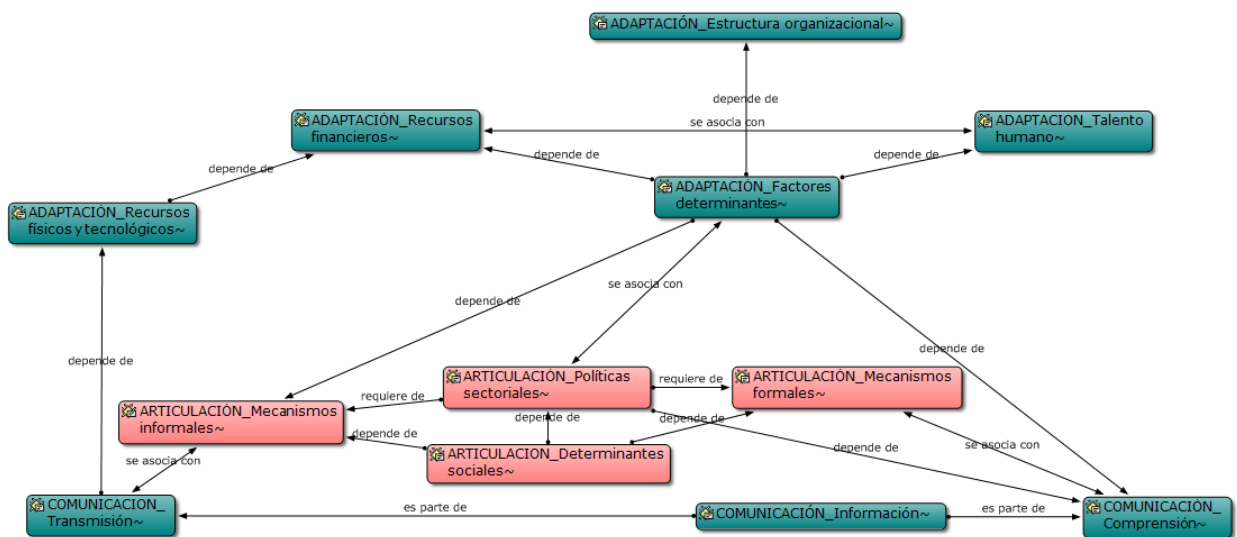
Finalmente, para el análisis de información, se procedió a transcribir las entrevistas y a codificarlas en el software ATLAS.ti, tomando como insumo un sistema de códigos creado alrededor de los factores analizados (Anexo 2). Por practicidad en la presentación de los resultados, se conformó una matriz con los testimonios que respaldan los siguientes resultados, los cuales pueden consultarse en el Anexo 3.

² Las entrevistas fueron realizadas en el mes de julio de 2018.

Resultados

El mapa conceptual que se muestra a continuación, identifica cada una de las categorías de análisis usadas durante el estudio de caso: en color verde se resaltan los factores críticos de éxito, mientras que en color rojo los cuellos de botella (ver Figura 2). La adaptación, la articulación y la comunicación son los centros de gravedad de las variables de análisis. Dado esto, se procede a explicar cada uno de estos ejes:

Figura 2. Red de interrelaciones



Fuente: Elaboración propia

1. Adaptación

De acuerdo con la hipótesis del estudio de caso, el PDSP y su consecuente normativa requieren que se dé un cambio institucional y organizacional en las DTS con el fin de que se alcancen los objetivos planteados, esto es, al final, los efectos causales. No obstante, las DTS están organizadas para operar de cierto modo. Así las cosas, cuando se expide el PDSP y sus resoluciones reglamentarias que las involucran, estos no prevén cambios en su estructura organizacional, en cuanto a lo relacionado con la reorganización de áreas y redistribución de talento humano, lo cual está relacionado con los recursos financieros y humanos.

Dando mayor claridad al punto anterior, si bien la nueva normativa es generada por el exterior, la estructura organizacional de la DTS



responde a una lógica particular con la que ha venido trabajando, en conclusión, la norma cambia pero las estructuras institucionales para cumplirla no (Pignuoli-Ocampo, 2013; Urteaga, 2009).

Desde la lógica de Luhmann *“la evolución de los sistemas sociales hacia la diferenciación depende de la producción de semánticas autónomas, y se traduce por la aparición de secuencias de comunicaciones propias a cada subsistema”*(Urteaga, 2009); así las cosas, nuestro objetivo es, a partir de las categorías que surgieron en el análisis cualitativo, encontrar las variables que permitan explicar la aparición de esas *“semánticas autónomas”* y las formas diferenciales que operan según las características propias de cada organización, en este caso las ET.

Para entender el fenómeno de la adaptación de las ET, y en particular de las DTS a los cambios normativos provocados por la implementación del PDSP, se identificaron las siguientes categorías explicativas de la hipótesis asociada a la estructura organizacional: los recursos físicos y tecnológicos, los recursos financieros, los factores determinantes³ y el talento humano.

En el contexto de la adaptación, los recursos físicos y tecnológicos se relacionan con el talento humano y con la transmisión de información. En este sentido, en la medida que para la implementación del PDSP la DTS cuente con las instalaciones adecuadas, equipos de cómputo, conectividad, entre otros; y adicionalmente, se cuente con el talento humano suficiente, con la capacidad técnica adecuada y exista continuidad en la contratación, es evidente que es más probable que se creen las condiciones adecuadas para la socialización e incorporación en territorio de los instrumentos que integran el PDSP.

De igual forma, en este mismo contexto los recursos financieros, entendidos estos como la suficiencia de recursos de las DTS tanto para la implementación del PDSP como para la implementación otras políticas, se encuentran relacionados principalmente con el talento humano y los factores determinantes. Teniendo en cuenta que la

³ Factores determinantes hace referencia a las condiciones que deben darse en la DTS para lograr adaptarse a los cambios normativos del sector, y que dependen de la estructura organizacional, del talento humano y los recursos financieros, tales como: instancias de decisión a nivel local (comités), voluntad política, conocimiento de la normativa, capacidad técnico-operativa, lineamientos de política, comunicación entre la DTS y la comunidad.



presencia de recursos financieros es un factor que facilita la contratación del talento humano, suficiente e idóneo, y estos a su vez, son un factor que puede promover una dinámica organizacional abierta al cambio en las DTS.

Así mismo, de la presencia de recursos financieros suficientes dependen los recursos físicos y tecnológicos de la DTS, y contar con estos últimos facilita los cambios en el intercambio de información, transferencia de conocimiento y comprensión de los instrumentos para la implementación del PDSP y otras políticas. Dado lo anterior, ante mejor comunicación, mayor comprensión de los lineamientos y políticas por parte de las DTS.

Respecto a los factores determinantes de la adaptación de la DTS, se encuentra una alta relación entre estos y el talento humano y los recursos financieros. Así, estos son determinantes en la generación de dinámicas al interior de las DTS para que se dé una adaptación oportuna a los cambios. La presencia de los factores anteriormente mencionados favorece la adecuada armonización del PDSP con otras políticas sectoriales.

Como se ha observado anteriormente el talento humano surge como una variable transversal que está relacionada con los factores determinantes, los recursos financieros, los recursos físicos y tecnológicos y la estructura organizacional, lo cual permite explicar el fenómeno de la adaptación de las ET en el proceso de la implementación del PDSP. Así mismo, observando la matriz de coocurrencias se encuentra que la variable de talento humano es uno de los centros de gravedad dentro de la categoría de Adaptación.

Siguiendo a Luhmann "los sistemas sociales enfrentan problemas cuya generalidad desborda largamente el concepto de lo social (...); la especificidad surge de la operación con que los sistemas sociales lidian con tales problemas, lo que diferencia a los sistemas sociales de otros tipos de sistemas"(Pignuoli-Ocampo, 2013), por lo cual es de gran valor entender la operación de estos procesos en cada uno de los casos estudiados. A continuación se exponen las particularidades del fenómeno en las DTS seleccionadas para la realización del estudio de caso.



1.1 DTS Departamental (caso 1)

El centro de gravedad del fenómeno de la adaptación de esta DTS departamental al PDSP lo constituye el Recurso Humano y se caracteriza por una relación particular con los otros factores determinantes. En primer lugar, los datos permiten afirmar que no existió un efecto sobre la estructura organizacional de las DTS y que en términos generales esta continuó operando bajo la lógica anterior a la promulgación del PDSP. En este sentido se observa un problema general asociado al recurso humano y que se manifiesta en relación a varias categorías (recursos financieros, articulación, comprensión de la información, etc.) esto es, la baja capacidad para llevar a cabo las tareas técnicas y operativas de las personas que laboran en las DTS municipales, razón por la cual se incluyen aspectos que explican la misma: baja formación, alta rotación de personal y remuneraciones bajas o poco competitivas para el territorio.

Respecto a los recursos financieros en su relación con los factores determinantes de la adaptación de la DTS al PDSP, es posible observar las dificultades por las que atraviesa la DTS para asignar con eficiencia unos recursos que son escasos para las problemáticas a resolver y que, adicionalmente, son de seguimiento complejo dada la arquitectura institucional armada para su supervisión. No obstante, como se dijo anteriormente, el talento humano es central y su relación con los recursos financieros es fundamental para entender la adaptación de las ET al nuevo entorno planteado por el PDSP. En este caso, se observa que por un lado, las DTS no cuentan con los recursos financieros para atraer personal idóneo en la realización de las tareas de la Secretaría y, al mismo tiempo, derivado de lo anterior, esto implica problemas en la DTS para llevar a cabo las tareas de asignar recursos para la realización y seguimiento de las actividades en salud pública. Lo anterior, se configura en un círculo vicioso en donde las DTS tienen recursos escasos que limitan la contratación de personal idóneo (suficiente y capacitado) para llevar a cabo las tareas relacionadas con salud pública y al mismo tiempo, la ausencia de ese personal idóneo implica un cuello de botella para el uso eficiente de los recursos y su posterior seguimiento.



Del análisis cualitativo, particularmente la matriz de coocurrencias y el análisis de las entrevistas, se puede inferir una relación entre los recursos físicos y tecnológicos y los recursos financieros mediada por el componente del recurso humano⁴. De las entrevistas se sugiere como factor determinante para garantizar la trasmisión de información en los territorios el concurso de un personal más amplio en el Ministerio de Salud y Protección Social que de alguna manera ayude a solventar problemas asociados al recurso humano presente en los territorios (mayor acompañamiento).

En relación a la comprensión de la información y los lineamientos dados por el MSPS se observan también problemas relacionados a la armonización de los diferentes instrumentos de planeación, los cuales se caracterizan por un proceso de comunicación complejo que no se operativiza con facilidad en los territorios. En este mismo sentido, más allá de la armonización de instrumentos y en relación a la articulación con las demás políticas sectoriales nuevamente aparece el factor del recurso humano como decisivo para explicar el éxito de los procesos.

En conclusión, en esta DTS departamental no se observaron cambios profundos en la estructura organizacional derivados de la adaptación a la normatividad relacionada con el PDSP, como se pudo constatar a través de las entrevistas. En general la DTS continuó trabajando de la misma manera y simplemente se hicieron cambios leves para cumplir con los requerimientos del MSPS. Los factores que ayudan a entender este comportamiento son todos relacionados con el recurso humano de la ET; en primer lugar, la poca idoneidad de las plantas de personal de los municipios, la rotación de personal, problemas asociados a la formación de las personas que llegan a la administración del sector salud, en sus particularidades ayudan a entender el fenómeno expuesto.

1.2 DTS Departamental (caso 2)

En esta DTS departamental se encuentra que el principal aspecto involucrado en la adaptación de la estructura organizacional para la implementación del PDSP está asociado con el talento humano, de

⁴ Las coocurrencias más altas para la categoría recurso físicos y tecnológicos se dan con las categorías de Comunicación-transmisión y Adaptación-talento humano



acuerdo a lo evidenciado en las entrevistas, se presentó un cambio en la conformación de personal de la ET, debido a que se cambiaron los gobernantes lo que llevo a perder la continuidad de los procesos y por tanto a partir de cero e iniciar nuevamente procesos que ya estaban adelantados.

Aunado a lo anterior se dio un proceso coyuntural en donde la gobernación así como algunas de las secretarías cambiaron su estructura, sin embargo, la secretaria de salud no logró llevar a cabo este proceso debido a que se requerían mayores recursos financieros para soportar el talento humano necesario para su funcionamiento y no contaban con un estudio que lo soportara.

Adicionalmente en la ET se presentaron una serie de cambios en los mecanismos formales e informales de interacción entre actores, tales como nueva normativa, liderazgo, voluntad política, concertación, entre otros, los cuales generaron un escenario propicio para la implementación del PDSP evidenciado particularmente a nivel institucional en la forma de articularse entre referentes de las diversas dimensiones del PDSP, y por otro lado, entre sectores mediante el desarrollo de proyectos conjuntos que contribuían a la afectación positiva de determinantes en el marco del PDSP; utilizando como mecanismo la voluntad política de los gobernantes quienes fortalecieron el proceso de transectorialidad.

En conclusión esta DTS no presentó cambios en su estructura organizacional derivados de la implementación del PDSP, sin embargo, se encuentran una serie de factores que facilitaron su adaptación: (i) cambio de roles de los funcionarios de la secretaría en torno a las dimensiones del PDSP sin una modificación estructural de la organización, (ii) capacitación del talento humano en lineamientos y políticas generadas para la implementación del PDSP (iii) transformación en el intercambio de información entre actores intersectoriales y en la manera de transmitir la información del departamento a los municipios.

A pesar de que estos factores contribuyeron de forma positiva en el proceso de implementación del PDSP se encuentran otros que afectaron negativamente dicha adaptación, tales como: talento



humano insuficiente y sobrecarga laboral; los cuales se encuentran asociados con la falta de disponibilidad de recursos financieros.

1.3 DTS Distrital (caso 3)

De forma particular se encuentra la manera en que la ET comprende los diferentes lineamientos y políticas dadas por el Ministerio para la implementación del PDSP, y por ende su armonización; explicadas en cierta medida por la manera en que se lleva a cabo el intercambio de información y la transferencia de conocimiento desde el nivel nacional a la ET, y por otro lado, en la forma en que se da la apropiación o interpretación de la normativa por parte de la entidad. En tal sentido, se hace necesario generar un dialogo en doble vía, con el propósito de que no solo se dé la trasmisión de conocimiento sino que también se logre de cierta forma la apropiación del mismo, lo que se traducirá en un proceso de planeación exitoso y por ende en la optimización de recursos.

De igual forma otro de los factores que han intervenido en el proceso de adaptación de esta ET lo constituye el cambio en algunos mecanismos formales e informales de interacción entre los actores que participan en la implementación del PDSP, teniendo en cuenta por un lado, el trabajo conjunto con actores sectoriales, tales como aseguradoras, logrando una construcción mancomunada de la realidad territorial y por otra parte, el establecimiento de espacios intersectoriales que permiten conocer las funciones del otro y definir competencias llevando al cumplimiento de objetivos comunes; traduciéndose finalmente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Adicionalmente, dentro de las condiciones que se deberían dar en la ET para lograr su adaptación a la implementación del PDSP se plantea la importancia de generar complementariedad en las metodologías para la construcción del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud.

Por otra parte, se plantean una serie de aspectos que generaron dificultades en el proceso de adaptación de la ET, dentro de los que se encuentran: (i) la falta de sincronidad en la formulación de las políticas y su armonización; (ii) la dificultad en la comunicación con otros actores y por tanto problemas de articulación en las acciones



que dan cuenta de la implementación del PDSP, y (iii) dificultad en torno a variables que no son compartidas entre el sistema de información de la ET y el aplicativo de seguimiento a los PTS.

En conclusión, en esta DTS se observa que la implementación del PDSP no generó cambios en la estructura organizacional de la entidad, no obstante se dieron una serie de condiciones que hicieron posible su adaptación a este proceso, dentro de las que se encuentran: (i) La manera de comprender los lineamientos y políticas del MSPS para la implementación del PDSP; (ii) la utilización de mecanismos formales e informales (concertación, instrumentos normativos para la articulación, voluntad política, la comprensión, entre otros); (iii) y la complementariedad de metodologías para la planeación territorial.

1.4 DTS Municipal (caso 4)

En esta DTS municipal se observa que efectivamente se hace un esfuerzo por adaptar la estructura organizacional de la DTS a los cambios derivados de la entrada en vigencia del PDSP. Es más, la ET innova alrededor de la creación de mecanismos formales que faciliten la acción intersectorial, eje fundamental en la estructuración del PDSP.

Para explicar esta adaptación activa de la ET a los lineamientos del PDSP se mencionan varios factores desencadenantes: (i) voluntad política y entendimiento desde la jefatura de la administración local de la determinación social en salud y el desarrollo integral y, así mismo, capacidades técnicas y de liderazgo en el área de salud que adicionalmente conozca los temas relacionados con la administración de recursos y la planeación en el sector, adicionalmente capacidades técnico administrativas en la ET que garanticen la continuidad de los procesos y la apropiación de los mismos; (ii) recursos suficientes para implementar el PDSP; (iii) diálogo y apropiación de estos procesos con y en la comunidad, en la medida en que se logre posicionar la salud pública como un derecho de la población y que efectivamente mejora la calidad de vida de las comunidades entonces se puede pensar en transformaciones reales con estos recursos e iniciativas. Como puede observarse el primer grupo de factores mencionado se relaciona con el recurso humano: capacidades técnico administrativas, liderazgo e idoneidad. El segundo factor crítico se relaciona con los recursos financieros y por último se menciona el empoderamiento de la



población como factor desencadenante del éxito en la implementación del PDSP.

Esta ET es buen ejemplo de todos aquellos factores que operan a favor de la adaptación activa a las normas y la implementación de políticas. En sintonía de lo ya mencionado, se observa que existe una cultura organizacional en la DTS y un empoderamiento de la población alrededor de las acciones en salud que dinamiza la adopción de las políticas, más allá del PDSP, como puede verse también con el MIAS. Los recursos financieros son también fundamentales para adoptar esta postura activa frente a las políticas nacionales.

Esa actuación activa de la ET en la adopción de normas se refleja en hechos formales, como lo es la armonización de los instrumentos de planeación, el PDT y el PTS. Adicionalmente se acompañan los mecanismos informales exitosos (comités, agendas de trabajo, puntos de atención, etc.) con normas que les den fuerza legal.

Uno de esos factores determinantes que subyace a los demás y les da la fuerza necesaria para impulsar la adaptación activa de las normas es el relacionado con la voluntad política, de ahí se desprende en parte la importancia de los mecanismos formales e informales de articulación.

En relación con los procesos de comunicación de las políticas sectoriales se reconocen problemas en la articulación con el rector de la política derivados de una trasmisión problemática de la información. En primer lugar los departamentos se constituyen en algunas ocasiones como obstáculo para la adopción cabal de los lineamientos, sobre todo para aquellos municipios con mayor capacidad institucional; en el mismo sentido, entran en acción factores de identificación política entre departamentos y municipios, y en general se complejizan los procesos de transmisión de la información que involucran desafíos importantes para entender los mensajes que efectivamente están recibiendo los municipios.

En conclusión, en esta DTS municipal se evidencia la presencia de varios factores que propician una adaptación activa a los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública, si bien no se documentaron cambios en la estructura organizacional de manera formal. Los factores que facilitan estos cambios son principalmente: (i) contar con



personal idóneo, suficiente y con capacidades en la ET, (ii) contar con recursos financieros para apoyar el proceso de implementación, (iii) voluntad política de la administración local y entendimiento de la interrelación del sector salud con los demás sectores sociales, (iv) se evidencian mecanismos formales, como la articulación de instrumentos de planeación y creación de espacios intersectoriales, así como mecanismos informales como reuniones periódicas que impulsan la adaptación a las políticas, (v) la apropiación de la comunidad y el convencimiento de la utilidad de estas acciones es fundamental para garantizar su perdurabilidad en el tiempo. Esto a pesar de que se evidencia también problemas en la transmisión de información, donde el departamento puede llegar a constituir una barrera, sobre todo para municipios con mayor capacidad institucional.

2. Articulación

Para Luhmann, una organización funciona por medio de estructuras formales e informales que compensan y equilibran el orden social contrarrestando sus consecuencias negativas. En el caso de las estructuras informales estas no cierran las brechas de articulación creadas por las estructuras formales, sino que ayudan a la organización a adaptar las expectativas rígidamente definidas para superar los problemas que surgen de los roles cambiantes y conflictivos, así como los problemas de motivación (Seidl & Mormann, 2015). Para el caso del PDSP, es bajo esta lógica como se identifican una serie de mecanismos formales e informales en el territorio que permiten crear el escenario adecuado para que la articulación se produzca, relacionados directamente con el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y la armonización de las políticas públicas del sector.

2.1 Mecanismos formales de articulación

La integración entre los sectores puede aludir a todo (o parte) del ciclo de la política pública, traducirse en la creación de una mancomunidad respecto de la información, recursos y responsabilidades, y suponer alteraciones en las estructuras organizativas de los sectores para la gobernanza común. Así mismo, cuando una política abarca los niveles locales, es fundamental el tipo de instancias de comunicación intergubernamental: mientras más canales bidireccionales coexistan, que permitan la concertación con los niveles municipales y departamentales, más se verá favorecido el abordaje integral de los problemas (Cunill-Grau, 2014).



Surgen, por lo tanto, mecanismos formales reconocidos por las DTS que remiten a los equipos y mesas técnicas que se han constituido por norma para trabajar alrededor de los temas sectoriales e intersectoriales, y a los instrumentos de planeación territorial; los cuales se relacionan con los siguientes elementos de análisis: las instancias *ad hoc* de carácter intersectorial e intergubernamental, las normas que moldean las instituciones políticas, y las capacidades institucionales locales (Cunill-Grau, 2014).

Así, las DTS se articulan a través de mesas técnicas conformadas por todos los actores de la entidad territorial, entre ellos se destaca el Consejo Territorial de Salud Ambiental –COTSA y el Comité de Vigilancia Epidemiológica –COVE, espacios donde se establecen compromisos derivados de las competencias de cada sector, y su definición es principalmente de carácter normativo. En este caso, si bien se evidenció en la evaluación que el proceso de planeación integral en salud en el territorio era anacrónico⁵ frente a la solicitud de armonización de instrumentos en 2015, las DTS tomaron como principal insumo para la construcción del PTS en 2016 los resultados obtenidos en estas mesas técnicas, aspecto que contribuyó en gran medida para articular la mayoría de las metas de salud en sus PDT así como algunas de las metas de otros sectores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a).

Así las cosas, el enfoque intersectorial aplicado al PDSP originado desde el nivel nacional puede tener una limitada capacidad de influir sobre los determinantes sociales de la salud cuando este tipo de iniciativas no va acompañado de proyectos integrales que parten desde las bases a nivel municipal o local, según las necesidades fluctuantes de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud & Agencia de Salud Pública de Canadá, 2008). La Ley 1438 de 2011 dispuso la existencia de una Comisión Intersectorial de Salud Pública con la finalidad de coordinar y hacer seguimiento entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo del PDSP; sin embargo, es de suma importancia comprender que en las ET existen espacios institucionales donde la intersectorialidad se hace real, tales como, los comités intergubernamentales, o las comisiones específicas de cada dimensión, los cuales deben ser aprovechados para que la gestión responda a las prioridades de cada territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Además, las DTS señalan dos instrumentos de planeación fundamentales para garantizar la articulación sectorial e intersectorial

⁵ En 2015 el MSPS solicitó la armonización de los PTS con los PDT de la administración en turno, quien finalizaba periodo de gobierno en dicho año



en el marco de la implementación del PDSP. Por un lado, resaltan la importancia del PTS, donde el aspecto trazador es el entendimiento del sector salud como dinamizador del desarrollo humano integral; por otro lado, al llevarse a cabo de manera paralela el ejercicio de planeación en el territorio, el segundo instrumento fundamental es el PDT, en donde se anexa el PTS o, en casos exitosos, se estructura en ejes transversales que vinculan a todos los sectores en un macro proyecto.

Entre los mecanismos que pueden darle sustentabilidad a la intersectorialidad están las estructuras que permiten el encuentro y adhesión entre los sectores del gobierno. No obstante, la existencia de una estructura no asegura el éxito de la articulación (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2015). Así, las posibilidades de articular acciones y recursos concretos de los gobiernos locales deben estar respaldadas en la legislación vigente y en la reglamentación, donde los factores políticos, económicos y sociales se proyecten con el objetivo común de compartir responsabilidades entre instituciones, individuos y comunidad, así como la complementariedad de esfuerzos entre sectores (Castell-Florit Serrate, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Finalmente, es preciso tener en consideración que también inciden en la sustentabilidad del trabajo intersectorial la capacidad y el conocimiento de las partes interesadas, su habilidad para trabajar en conjunto, así como el comportamiento de los actores y sectores (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2015). Por ello es que resulta relevante considerar el fortalecimiento del perfil de las secretarías de salud para ejercer la rectoría en salud, mediante su formación en programas de educación superior o para el trabajo y el desarrollo humano en lo relacionado con gestión en salud pública que promuevan un nivel de acceso superior al conocimiento; lo que amplía su capacidad y actuación, desde las instituciones del gobierno hasta las comunidades locales, como actores facilitadores e integradores de las acciones relacionadas con el enfoque de determinantes sociales de la salud a fin de que las políticas se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada (Castell-Florit Serrate, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

2.2 Mecanismos informales de articulación

Existen espacios físicos y virtuales que no necesariamente están formalizados y que tienen que ver con las interacciones sociales, en las que diversos grupos de interés confluyen, y que pueden ser



oportunidades para sensibilizar, movilizar y emprender el relacionamiento inicial antes de hacer un abordaje en profundidad. Así mismo, la articulación está subordinada a una serie de condiciones de las cuales depende la existencia de un escenario proclive a su materialización a la hora de generar una acción sectorial e intersectorial (Castell-Florit Serrate, 2007).

Considerando lo anterior, los mecanismos informales que destacan las DTS se remiten a la voluntad política de la administración local y al liderazgo ejercido por la DTS para la persecución y seguimiento de metas conjuntas. Estos mecanismos se relacionan directamente con tres elementos de análisis: el primero de ellos es, la convicción de que otras fuerzas son necesarias para conseguir los propósitos, en donde la voluntad política se hace necesaria; el segundo es la identificación clara de un problema común, que requiere de la motivación del talento humano involucrado; y por último emerge como elemento necesario la confianza que se construye entre los actores (Fernández, s. f.; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Así, las DTS resaltan la importancia de la voluntad política, en este caso el gobernador o el alcalde entiende el papel que debe jugar el sector (lo cual en algunos casos es potenciado si este cuenta con formación en salud), y lidera desde el despacho un proceso de transversalización de las políticas públicas, que responde a las principales problemáticas no solo del sector salud, sino de su ET. En particular, en estos espacios participan todas las dependencias y es donde la dependencia encargada de la planeación es la llamada a hacer, no solo seguimiento a los acuerdos alcanzados, sino también, el eje articulador principal de las acciones que buscan afectar los determinantes en su territorio.

Como se evidencia, la voluntad política es la base para convocar y suscitar el apoyo colectivo a un objetivo común, donde es de suma importancia la disposición plena de los gobiernos locales en asumir el enfoque de la intersectorialidad como un principio de actuación para convertir en realidad la afectación positiva de los determinantes sociales en cuanto a la salud, bienestar y calidad de vida de la población (Castell-Florit Serrate, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Si la administración considera el desarrollo no sólo desde un punto de vista económico, en donde la salud no está dentro de un componente sino dentro de un eje social, así mismo se planea y se ejecuta el PDT.

Así las cosas, el liderazgo ejercido por las DTS también es determinante para lograr la articulación, labor que depende también de otros actores pero que se percibe como insuficiente, y en ocasiones, el éxito de la conformación de las mesas técnicas y el



cumplimiento de los acuerdos alcanzados en ellas se da en torno a las relaciones interpersonales (confianza) más que a las mismas directrices o canales formales establecidos por las instituciones.

En este punto, el talento humano motivado, es un factor condicionante y desencadenante de la articulación. Este se refiere a la existencia de personas en el sector salud, particularmente en las DTS, y en el resto de los sectores, proclives al trabajo participativo, a la cooperación mutua y a una comprensión del carácter social de la producción en salud (Castell-Florit Serrate, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Finalmente, establecer confianza es crucial para desarrollar y mantener la acción sectorial e intersectorial. Aunque establecer y alimentar una relación de confianza entre todas las partes es una tarea difícil, permite sentar una base sólida para lograr relaciones de trabajo eficaces. Esas relaciones pueden contribuir a comprender el aporte de cada actor dentro del contexto de la labor intersectorial, lo cual permite identificar las intervenciones que hacen falta o que están duplicadas dentro del sistema (Organización Panamericana de la Salud & Agencia de Salud Pública de Canadá, 2008).

2.3 Mecanismos de articulación y determinantes sociales de la salud

La complejidad de los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que inciden sobre la salud y las desigualdades en materia de salud, y el hecho de que la mayoría de esos factores está fuera del alcance exclusivo del sector de salud, obliga a este último a actuar en colaboración con otros sectores para responder con eficacia a los determinantes que repercuten sobre la salud y el bienestar de la población. Es por esto, que un elemento vital para lograr una acción intersectorial eficaz con participantes dedicados y comprometidos, es el reconocimiento compartido de los determinantes sociales de la salud para solucionar un problema específico que puede o no estar identificado como una inequidad en salud (Organización Panamericana de la Salud & Agencia de Salud Pública de Canadá, 2008).

En comparación a los primeros años de su implementación, actualmente el PDSP cuenta con un mejor escenario para la articulación intersectorial, donde se identificaron en las ET unos elementos claves para lograr esta afectación positiva que no dependen propiamente del sector salud. Lo anterior compromete ampliamente a los demás sectores en el logro de dicha tarea, y depende en gran parte de los mecanismos formales e informales de articulación identificados previamente. De estos últimos, depende en cierto grado la adaptación



al PDSP en los territorios, dado que garantizan la sostenibilidad de la política ante cambios en los roles y responsabilidades.

No obstante, las DTS perciben que la normatividad del PDSP no ha dejado una senda clara a seguir, la cual permita definir acciones y recursos y realizar el seguimiento de estas actividades -que apuntan a la afectación de los determinantes sociales de la salud. Además, se cuestiona el alcance de la articulación intersectorial, en tanto existen dudas de lo genuino que pueda ser este abordaje en algunos territorios, puesto que es una conducta que se percibe como impuesta desde el nivel nacional, más que ser una iniciativa derivada de un diagnóstico profundo de los territorios.

Por lo anterior, se puede plantear que existe consenso y conciencia de la necesidad de la acción intersectorial para poder enfrentar los problemas que atañen a los determinantes sociales de la salud, pero se hace necesario pasar de las conceptualizaciones y los discursos, llenos de compromisos y metas ambiciosas, a acciones concretas y que a su vez, logren avances con resultados manifiestos, en donde estos mecanismos de articulación se perfeccionen y pasen de una relación entre los sectores, coordinada y a veces inducida, a una relación integrada, consciente e interactiva por la salud, el bienestar y la calidad de vida (Castell-Florit Serrate, 2007).

2.4 Mecanismos de articulación y políticas sectoriales

La Ley 1438 de 2011 dispuso la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población. Dicho lo anterior, la articulación de las políticas sectoriales no es un tema de menor importancia, en tanto la articulación con el MIAS ha sido desencadenante del éxito de la implementación del PDSP. Sin embargo, no se evidencia una comprensión homogénea de estas políticas desde todos los niveles de gobierno, principalmente en las DTS respecto a su implementación y articulación en términos operativos, lo cual se explica por la interpretación desigual de las mismas, las cuales a su vez son demasiado dinámicas.

Como se afirmó anteriormente, se requiere de mecanismos formales e informales que permitan una articulación más seria frente a la formulación de un Plan de Acción en sintonía con cada una de las políticas del sector. Las DTS manifiestan que uno de los grandes logros



ha sido el conjunto de herramientas que permiten a cada entidad territorial una comprensión del territorio y que facilitan el diálogo e intervención de los sectores en su conjunto; lo cual debe plasmarse paralelamente al interior del sector.

En conclusión, la articulación constituye un factor crítico de éxito para la implementación del PDSP, en donde un punto central que ha motivado esta labor ha sido una conjunción entre la perspectiva integral que ha instaurado el PDSP en el sector salud y las necesidades propias de los demás sectores. Así, los factores condicionantes y desencadenantes de una articulación exitosa se relacionan con mecanismos formales que permiten esbozar una visión integral del territorio, e intervenir positivamente los determinantes sociales de la salud, promoviendo una coordinación sectorial e intersectorial en donde los actores confluyen en acciones y recursos para el cumplimiento de las metas que están inmersas en el PTS; y mecanismos informales que ayudan a fortalecer los escenarios de acción en donde los actores realmente pueden entrar a incidir sobre esos determinantes en salud que no son propios del sector.

3. Comunicación

Aunque previamente se mostró que la llegada del PDSP no generó mayores cambios en la estructura organizacional de las DTS visitadas, este plan introdujo nuevos elementos que afectaron el funcionamiento de las mismas alrededor de los cuales son centrales los elementos comunicativos.

La discusión al respecto de la comunicación o actos comunicativos es un tema de amplio debate en la literatura académica, el cual ha desbordado las disciplinas de la sociología, la administración o la informática (Bacharach & Aiken, 1977; Fornara et al., 2007; Hogler, Gross, Hartman, & Cunliffe, 2008; Seidl & Mormann, 2015). En contextos institucionales se ha argumentado que los actos comunicativos buscan modificar relaciones sociales entre agentes a través de la creación, actualización o cancelación de compromisos dados (Fornara et al., 2007). Desde la sociología, partiendo de los aportes de Luhmann, la comunicación es uno de los elementos centrales en el cambio social u organizacional, y se distancia de la noción que la remite a un proceso asimétrico del que se transmiten significados o información de un emisor a un receptor y se acerca a una que la asocia con un fenómeno social que no puede ser atribuido a un solo individuo, sino al conjunto de interacciones entre múltiples sujetos, en donde una comunicación existe gracias a su relación con otras comunicaciones (Seidl, 2006; Seidl & Mormann, 2015). De acuerdo con dicho autor, la comunicación es una combinación de tres



elementos: información, transmisión y comprensión, en donde el último juega un rol protagónico, pues el significado de una comunicación depende de su entendimiento (Seidl, 2006).

Ahora bien, dichas categorías y su interrelación son de vital importancia. No obstante, factores adicionales como aquellos relacionados con las características de las DTS son relevantes en el logro de una comunicación, concretamente, como se mencionó en las secciones anteriores, un tema transversal que afecta el logro de una comunicación clara y permanente es el del recurso humano y su continuidad, dependencia que no solo se limita al nivel técnico sino que incluye al nivel gerencial. Además, se ha evidenciado que los diferentes mecanismos de articulación existentes condicionan, a su vez, la manera en que se comunica y se comprende la información (ver Figura 2).

Adicionalmente es importante notar que la comunicación entre las DTS y el MSPS varía por la inercia propia de estas organizaciones. Autores como Yavuz (2016) señalan que, en contextos corporativos, cada unidad organizacional tiene su estilo, sintaxis y forma particular de llevar a cabo los procesos comunicativos, lo cual puede llevar a que la comunicación se fragmente y que inclusive, en algunos casos, se entienda como contradictoria (Yavuz, 2016).

En este sentido, en tanto uno de los grandes pilares del PDSP radica en la intersectorialidad y el trabajo en pro de la afectación de los determinantes sociales de la salud, la desconexión entre los mismos o los mensajes contradictorios obstaculiza una comunicación exitosa como lo han mencionado algunas DTS.

Por otra parte, los entrevistados han resaltado la falta de comunicación del MSPS con las diferentes instancias de formación del país, específicamente en la divulgación del actual panorama normativo del sector, argumentando que el desconocimiento de estos instrumentos de política, por parte de los nuevos profesionales, se ha convertido en uno de los cuellos de botella en aquellos que ejercen en temas relacionados con la gestión de la salud pública.

3.1 Información

El anuncio de la llegada de nuevas normas genera incertidumbre y ansiedad en el nivel territorial -según los entrevistados del nivel departamental, pues cada ajuste resulta costoso dado que no se quiere perder el trabajo realizado o, en algunos casos, se siente que se ha avanzado en la dirección errada, a tal punto que, a pesar de



este desconocimiento, algunas DTS han anticipado acciones para adaptarse a normas que les resultan desconocidas.

Particularmente, al indagar por la información que proviene del nivel central, las DTS indicaron que algunos de los grandes retos se relacionan con darle unidad a todas las políticas, planes y programas nacionales pues en algunos lugares se perciben que estos vienen sin una relación entre sí. Adicionalmente, la información allegada se encuentra en un lenguaje que no es común a los sectores y actores a los que se deben llegar y articular, hecho que dificulta que su comprensión y posterior transmisión.

Si bien algunas de estas herramientas metodológicas (información) del PDPS han probado ser instrumentos muy útiles en procesos de largo aliento (como la elaboración del PTS), no han logrado el mismo alcance en procesos de menor envergadura o que requieren el trabajo con otros actores, tal es el caso de la caracterización de la población en el ámbito laboral, según la experiencia de una DTS no fue posible obtener información de las ARL, en razón a la débil relación y poca transmisión de información entre sectores (salud y trabajo en este caso). En este sentido, los casos estudiados resaltan que la disponibilidad de la información desagregada en SISPRO de las caracterizaciones que han realizado las EAPB, es crucial en el éxito de la comunicación con otros actores sectoriales. Por otro lado, una DTS percibe una ruptura entre los lineamientos metodológicos para el diagnóstico y la priorización, y la definición del componente operativo del PTS, en tanto la primera se hace para el cuatrienio y el segundo para cada vigencia fiscal, sin relacionar directamente como el segundo contiene al primero.

Por otra parte, los entrevistados señalaron que uno de los instrumentos comunicativos menos efectivos remite al SME, pues por un lado tiene una relación muy débil con otras comunicaciones (p.e. no es utilizado para la toma de decisiones) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a) y por el otro, no guarda un hilo conductor entre los diferentes pasos a seguir.

Finalmente, en los casos en análisis, se ha encontrado que el éxito de los procesos comunicación con actores externos a la DTS depende en gran medida de la cercanía que pueda tener el talento humano de la organización con los actores sectoriales, intersectoriales y transectoriales en donde un modelo de prestación que les permita estar cerca de las comunidades es fundamental.



3.2 Transmisión

Consistentemente a lo descrito en otros análisis, los entrevistados señalaron que existió disparidad entre momentos en que se emitieron los lineamientos del PDSP y el tiempo en el que el MSPS dio la asistencia técnica sobre los lineamientos de la planeación integral en salud (c.f. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), indicando que, por lo tanto, de entrada se generó un rezago en la transmisión de la información. Este hecho se agravó por la poca oportunidad en que el MSPS junto con sus aliados estratégicos (UNFPA y Universidad Externado de Colombia) salió a terreno a brindar dicha asistencia, pues llegaron entre uno y dos años después de la elaboración y aprobación del PTS (ver Figura 1).

Elementos adicionales que dificultan la transmisión de nuevas normas remite a la unilateralidad del flujo comunicativo, pues perciben que los contenidos comunicativos vienen mayoritariamente en normas y no aplican para todos los territorios. Además, que no tienen en cuenta los requerimientos a los que las ET tienen que responder para otros sectores.

En cuanto a los canales de comunicación habituales del MSPS, como las capacitaciones en Bogotá o las videoconferencias, las DTS consideran que estas son claves en cualquier proceso. No obstante, estas dependen de los recursos financieros, físicos y tecnológicos, pues concretamente persisten problemas de desplazamiento o de conectividad, o incluso, de disponibilidad del talento humano, el cual no puede apartarse de sus tareas durante todo el tiempo que programa el MSPS.

Por su parte, una de las problemáticas percibidas desde el nivel municipal en la transmisión de la información se encuentra relacionada con el rol que se le ha dado a los departamentos, quienes son el articulador de la información entre la nación y los municipios. Así, desde los municipios se señala que estos poseen problemas asociados con la capacidad técnica y factores políticos que dificultan el diálogo entre unos y otros. Así mismo, la capacidad instalada en los municipios y la alta rotación de personal impiden la continuidad de los procesos.

Ante esto, los departamentos reconocen que existen debilidades en la transmisión de información dado que para su propio personal los mensajes no son claros (no hay comprensión), lo que aumenta las dificultades para llegar a todos los municipios de manera oportuna y



con información certera (en algunos casos tan solo se informa de la existencia de una nueva norma).

Como canal de transmisión alternativo los agentes territoriales han identificado a la ESAP como un posible agente a través del cual la información de la planeación integral en salud y del PDSP puede bajar al territorio de una manera masiva y estratégica (en tanto podrían capacitarse a los alcaldes y demás funcionarios directamente en temas de salud). No obstante, actualmente desde el nivel central no se ha gestionado una estrategia en este sentido.

Complementariamente, los departamentos indican que la transmisión de información a actores sectoriales e intersectoriales ha logrado un mayor alcance y comprensión cuando las DTS se han articulado con el SENA. En este caso se han dado capacitaciones en temas asociados a las dimensiones prioritarias del PDSP.

Por otra parte, las DTS al referirse a la transmisión de información de ellos hacia la comunidad, han señalado que la contratación del PIC puede cumplir un rol importante cuando se enfoca a los procesos de educación en salud. No obstante, no se cuenta actualmente con información que permita identificar si estas estrategias son o no efectivas.

Finalmente, las DTS reconocen que el proceso comunicativo alrededor de la implementación del PDSP es un proceso que gracias al diálogo constante ha evolucionado con el paso del tiempo a nivel intersectorial, particularmente en el territorio, mientras que con el MSPS aún se espera que esto suceda.

3.3 Comprensión

Como se ha mencionado previamente, la asincronía en que estas normas han sido expedidas y socializadas en territorio, como también el lenguaje en que se redactan, han afectado tajantemente en su comprensión, que hoy por hoy se leen como polivalentes, pues cada actor la termina interpretando a su manera. Indudablemente este hecho que se relaciona con la capacidad institucional de cada ET, y los cambios (o ausencia de ellos) que se han dado en el contexto de la adaptación a dichas reglas, pues por ejemplo, la variabilidad del talento humano tiene una gran repercusión en la comprensión de lo comunicado.

Elementos que complejizan la comprensión remiten a la construcción de los actos comunicativos (normas), pues se percibe que estos son generados desde el nivel central y asumidos como un mandato a



obedecer por parte de las DTS, pero no se observan procesos participativos de construcción conjunta de las iniciativas lo cual se manifiesta en implementaciones desorganizadas, y que como se argumentó previamente, deriva en que cada quien interpreta como puede.

Así mismo, los entrevistados mencionan que la multiplicidad de comunicaciones (normas/lineamientos) que expide el MSPS dificulta el entendimiento del mensaje que dicha entidad quiere dar. Concretamente, sobre la comprensión de las demás políticas del sector, para los entrevistados no hay claridad sobre cómo se articulan estas políticas en la parte operativa, por ejemplo, si se va a continuar trabajando por dimensiones o por entornos, o si la DTS puede solicitar información adicional en la caracterización realizada por una EAPB. Dicho tema se ve agudizado por el hecho en que no para todo lo que se requiere implementar hay un interlocutor (asistencia técnica) adecuado.

Concretamente, los municipios sostienen que una estrategia para mitigar estas dificultades de comprensión es que la expedición de las normas suceda previamente a los procesos de planeación presupuestal en el territorio, lo cual brindaría a las organizaciones la oportunidad de prepararse para la implementación de las mismas. En conclusión, esta sección evidencia, a partir de los casos analizados, que la escasa relación de las nuevas normas con otras comunicaciones (poco contexto y relación con otras políticas sectoriales), sumado a la poca oportunidad de la transmisión, las débiles estrategias para transferir mensajes y la variabilidad del talento humano que emite y recibe la información inciden en la forma en que estos nuevos actos comunicativos se comprenden.

No obstante, es importante notar que si bien las nuevas reglas trastocan el proceso comunicativo cotidiano de las organizaciones, su transmisión y comprensión ha mejorado a través del tiempo. Y por otro lado, a pesar de su complejidad, este conjunto de normas ha acercado a las DTS a actores con quienes antes no interactuaba.



Conclusiones

Los resultados de este análisis indican que los cambios en la estructura organizacional en las DTS derivados de la implementación del PDSP con las resoluciones 518 y 1536 de 2015, no se observan en los cuatro casos seleccionados. En las DTS departamentales el elemento central en la adaptación a las nuevas normas fue el talento humano, mientras que en la entidad distrital este remite a la transmisión y comprensión de lo comunicado. Finalmente, en la DTS municipal dicho elemento se encuentra asociado a los mecanismos informales de articulación. Es decir, una vez sale una norma, las entidades buscan atenderla con la estructura existente.

Si bien no se dieron cambios en el organigrama, estas entidades hicieron grandes esfuerzos por adaptarse a las reglas de juego, por un lado interiorizaron la nueva forma de planear los PTS buscando incluir el enfoque de los determinantes sociales y armonizarlos con sus PDT; para lo cual generaron cambios en sus prácticas cotidianas, como la distribución de tareas y roles, la manera en que interactuaban con los demás actores y sectores, y la generación de nuevos reportes; lo cual se vio reforzado por la capacitación al talento humano que realizó el MSPS a las DTS.

Sin embargo, las principales rigideces estuvieron asociadas a elementos que se mantuvieron constantes, como la asignación de recursos para la salud pública, la baja disponibilidad de nuevo personal, la atomización de las políticas sectoriales y la ruptura entre las metodologías de planeación; así como la falta de sincronía entre la expedición y socialización de las nuevas normas en el territorio. Particularmente, estos elementos afectaron la transmisión y comprensión de la información, ocasionando una disociación entre los mensajes divulgados por la nueva norma y por ende obstaculizando no solo la adaptación sino la ejecución oportuna de las acciones que les fueron asignadas.

Cabe resaltar que la conjunción de estos elementos, en los casos estudiados, generó un círculo vicioso, en donde las DTS no contaban con recursos para contratar nuevo personal, y la insuficiencia del personal existente ocasionaba una débil implementación de las nuevas directrices y seguimiento a las mismas, generando ineficiencias en el uso de recursos, y de la misma manera vacíos en información para la identificación de necesidades que dieran pie a la solicitud de nuevo talento humano y demás elementos físicos, tecnológicos y financieros acordes a lo demandado por el PDSP.



Por último, se evidenció que si bien los mecanismos formales existentes propiciaron la interacción entre los sectores y actores, por sí solos, estos son insuficientes para el logro de dicho fin, por tanto es necesario el fomento de una mayor confianza, voluntad política e inculcar un mayor compromiso en el talento humano, dado que en aquellas DTS en donde estos factores (informales) estuvieron presentes se dinamizaron los espacios formales logrando la armonización de los planes (PDT – PTS) y la ejecución mancomunada de acciones.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista

Anexo 2. Sistema de códigos

Anexo 3. Matriz de hallazgos y conclusiones

Los anexos están disponibles escribiendo al correo:

papelesensalud@minsalud.gov.co



Bibliografía

- Bacharach, S. B., & Aiken, M. (1977). Communication in Administrative Bureaucracies. *Source: The Academy of Management Journal*, 20(3), 365-377.
- Castell-Florit Serrate, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000200009>
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. *Gestión y Política Pública. - México.*, 23(1), 5-46.
- Fernández, R. (s. f.). Relaciones intersectoriales para la producción de bienes públicos en Colombia: 3 estudios de caso.
- Fornara, N., Viganò, F., Colombetti, M., Fornara, N., Viganò, F., Colombetti, M., & Colombetti, M. (2007). Agent communication and artificial institutions. *Auton Agent Multi-Agent Syst*, 14, 121-142. <https://doi.org/10.1007/s10458-006-0017-8>
- Hogler, R., Gross, M. A., Hartman, J. L., & Cunliffe, A. L. (2008). Meaning in organizational communication: Why metaphor is the cake, not the icing. *Management Communication Quarterly*, 21(3), 393-412. <https://doi.org/10.1177/0893318907309929>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Orientaciones para la intersectorialidad. Ministerio de Salud Colombia.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Evaluación de procesos e institucional Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021).*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Plan Decenal de Salud Pública.*
- Organización Panamericana de la Salud, & Agencia de Salud Pública de Canadá. (2008). Equidad en salud a través de la acción intersectorial: un análisis de estudios de casos en 18 países.
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica, 27.
- Pignuoli-Ocampo, S. (2013). El Modelo Sintético de Comunicación de Niklas Luhmann. *Cinta de moebio*, 47, 59-73. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2013000200001>
- Seidl, D. (2006). The Basic Concepts of Luhmann's Theory of Social Systems. En S. Clegg & R. Stablein (Eds.), *Niklas Luhmann and Organization Studies.*
- Seidl, D., & Mormann, H. (2015). Niklas Luhmann as Organization



Theorist. En P. Adler, P. du Gay, G. Morgan, & M. Reed (Eds.),
*The Oxford Handbook of Sociology, Social Theory, and
Organization Studies*.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199671083.013.0007>

Urteaga, E. (2009). La teoría de sistemas de Niklas Luhmann,
XV(2010), 301-317.

Yavuz, S. (2016). CORPORATE COMMUNICATION PRACTICES IN
LARGE- SCALE ORGANIZATIONS IN TURKEY : DO THEY MATCH
CORPORATE COMMUNICATION THEORY? *Journal o f Social
Sciences, IX(1)*, 141-168.

Yin, R. K. (2003). Case Study Research . Design and Methods. *SAGE
Publications*. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31822dda9e>