



La salud
es de todos

Minsalud

ESTUDIO SOBRE LOS PROCESOS DE PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD EN DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS

Documento Final

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

Bogotá, D.C. Noviembre 2021



Dirección del documento y elaboración:

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

Constanza María Engativá Rodríguez – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Maritza Silva Vargas – Coordinadora Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública

Elaboración del documento:

Oscar Sánchez Jiménez- Investigador

Patricia Roza Lesmes- Investigadora

Lina Marcela Sarmiento Mancipe-Investigadora

Jair Alberto Arciniegas Barrera-Investigador

Mauricio Estrada Álvarez-Investigador

Sergio Leonardo González Tique-Investigador

Adicionalmente, se contó con el apoyo de los estudiantes de Pasantía: Karen Daniela Bolaños Pérez y Daniel Enrique Romero Cantor de la Universidad Central y María Camila Berdugo de la Pontificia Universidad Javeriana quienes participaron de actividades asociadas al acompañamiento y registro de notas en entrevistas y extracción de información. Igualmente, Alicia Ortiz Buitrago, compañera de labores en el GESEPP, quien acompañó el proceso de gestión y contacto con diversos actores territoriales.



SIGLAS

ARL	Administradora de Riesgos Laborales
ASIS	Análisis de Situación en Salud
CISP	Comisión Intersectorial de Salud Pública
COAI	Componente Operativo Anual de Inversiones
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CTSSS	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ET	Entidad (es) Territorial (es)
GESEPP	Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública
KPT	Kit de Planeación Territorial
MAITE	Modelo de Acción Integral en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OAPES	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PDT	Plan de Desarrollo Territorial
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PTS	Plan Territorial de Salud
PPSS	Política de Participación Social en Salud
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública



INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo de las políticas públicas y para el ejercicio de la administración gubernamental general y sectorial, la planeación es el proceso mediante el cual se identifican situaciones por modificar y/o intervenir, y se proyectan las acciones y recursos que contribuyan al cumplimiento de la misión y al logro de los objetivos y metas que se hayan planteado, según el mandato y deber ser institucional.

Teniendo en cuenta la identificación de posibles contradicciones o ejercicios paralelos por la existencia de diferentes directrices normativas y lineamientos, y dados hallazgos asociados a aspectos críticos en el ejercicio de la planeación sectorial en salud, en las entidades territoriales (ET), en especial en departamentos y distritos, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) a través del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública (GESEPP) ha considerado realizar un estudio que permita identificar en las ET mencionadas, cómo se llevó a cabo, en el año 2020, el proceso de planeación sectorial en salud para el período 2020-2023. Lo anterior, con la intención de aportar conocimiento y recomendaciones para fortalecer el quehacer del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en cuanto a lineamientos y asistencia técnica asociados a la planeación territorial en el marco del nuevo Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) que se formulará para el decenio 2022-2031 y para el mejoramiento general de las acciones e intervenciones que se desarrollan desde el nivel central del Ministerio. Para el efecto, este estudio ha quedado incluido en la agenda de estudios y evaluaciones 2021 del MSPS.

En consecuencia, el presente texto corresponde a la realización del estudio propuesto y por tanto contiene los siguientes apartes: **i) Antecedentes; ii) Marco de referencia iii) Alcances; iv) Objetivos; v) Metodología; vi) Hallazgos; vii) Conclusiones; y viii) Recomendaciones.** De manera adicional, se incluye la bibliografía referida en el documento y los anexos complementarios a lo planteado en el texto.



1. ANTECEDENTES

Para establecer la validez e importancia de realizar este estudio, se tuvieron en cuenta varios antecedentes que llevaron a identificar la necesidad de fortalecer el conocimiento frente a cómo se realiza actualmente la planeación territorial en salud; qué problemas afrontan los diferentes actores del territorio en su formulación; qué aprendizajes se han dado, todo esto con el fin de generar recomendaciones orientadas a mejorar los procesos existentes o, a identificar alternativas de armonización con las nuevas directrices para la planeación nacional y territorial.

Estos antecedentes, se encuentran por una parte en los hallazgos y conclusiones de la “Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021)” realizado por el Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública (GESEPP) de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) en el año 2018, y de otra parte, en las contradicciones y diversidad de interpretaciones respecto de las normas y directrices suministradas desde el nivel nacional, identificadas en espacios de la OAPES con otras dependencias del Ministerio. Esto evidenció necesidades en materia de fortalecimiento de la articulación y acción institucional del Ministerio, así como la armonización con los lineamientos para la planeación, en especial en el marco del nuevo Plan Decenal de Salud Pública - 2022-2031.

En la evaluación mencionada, si bien se reconocen muchos aspectos positivos y diversidad de dinámicas entre entidades territoriales, se encontraron problemas asociados a los procesos, pues se identificaron brechas entre lo señalado teóricamente y lo implementado en la aplicación de la Estrategia PASE¹, barreras en disponibilidad de medios (Pág. 81); cuellos de botella en el proceso de diagnóstico (Págs. 83 a 92); dificultades en la convocatoria y en la participación (Págs. 92 a 97); problemas en los procesos de formulación y priorización en razón a la inercia, asistencia técnica desigual o no clara, tercerización de la planeación, lineamientos confusos (Págs. 97 a 104); y dificultades en la armonización de instrumentos de planeación (Págs. 104 a 106). Adicionalmente, se señala que hay elementos transversales *“que afectan el proceso de planeación... i) los tiempos... para la formulación resultan cortos, ii) los procesos de toma de decisiones son entorpecidos por la no asistencia de personal clave..., iii) el tiempo de aprendizaje que requiere la estrategia PASE para su apropiación dada su complejidad, así como los obstáculos y beneficios que se dieron en la transferencia de conocimientos, y iv) la poca incidencia (salvo contados casos) de instancias como el Consejo de Política Social y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) en la aprobación del PTS y COAI”* (Pág. 109). A lo que se añadan diferentes grados de dificultad en lo institucional, tanto en lo relacionado con capacidades como en articulación (Págs. 159 a 209).

En cuanto a la identificación de aspectos críticos, en ejercicios de análisis entre la OAPES y otras dependencias participantes en el proceso, se encuentran situaciones problemáticas en lo referente a la armonización de la planeación territorial para el sector salud. Lo anterior, en buena medida se relaciona con la existencia de las resoluciones 1536 de 2015 y 2626 de 2019 expedidas por el MSPS, las cuales se encuentran vigentes y brindan lineamientos en materia de planeación territorial en salud para departamentos y distritos, entrecruzando

¹ La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se inscribe en el ciclo de la gestión pública y desarrolla una secuencia metodológica para la formulación de Planes Territoriales de Salud. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Plegable-Pase%20a%20la%20Equidad%20en%20Salud.pdf>



temporalidades, procesos metodológicos y mandatos de articulación de acciones y actores en los territorios. Estas situaciones, plantean reflexiones frente a cómo se han implementado estas dos normas, si se presentan confusiones en cuanto a su interpretación y alcances, y si hay coordinación al interior del Ministerio para la asistencia técnica. A lo anterior, también se suma el interrogante de cómo se han integrado los lineamientos suministrados por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) a través de los Kits de Planeación Territorial (KPT)².

En lo referente a retos para el fortalecimiento de la acción institucional del Ministerio, se identifica la necesidad de armonizar normas, procesos y tiempos establecidos en la reglamentación expedida en materia de planeación territorial de la salud, esto con el propósito de promover una visión y abordaje integral, para dar respuesta a las particularidades territoriales y necesidades de la población, y que a la vez incluya las apuestas nacionales planteadas en el marco normativo, en el Plan Decenal de Salud Pública, Plan Nacional de Desarrollo y compromisos vinculantes como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), todos los cuales además exigen de la identificación de determinantes sociales que involucren a otros sectores.

Adicionalmente, y dada la participación de la OAPES-GESEPP en el proceso de formulación del nuevo PDSF para el periodo 2022-2031, se da la oportunidad de aportar a los lineamientos y directrices para los nuevos ejercicios de planeación territorial, sobre la base de evidencia técnica.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco normativo para la planeación territorial en salud

La Constitución Política de Colombia y la Ley 152 de 1994³, brindan las orientaciones jurídicas que rigen la planeación que se debe realizar a nivel nacional y en las entidades territoriales.

Al respecto, la Carta Magna determinó que los gobernadores, deben “*Presentar oportunamente a la asamblea departamental los proyectos de ordenanza sobre planes y programas de desarrollo económico y social, obras públicas y presupuesto anual de rentas y gastos*” (Art. 305) y que los alcaldes, deben “*Presentar oportunamente al Concejo los proyectos de acuerdo sobre planes y programas de desarrollo económico y social, obras públicas, presupuesto anual de rentas y gastos y los demás que estime convenientes para la buena marcha del municipio*” (Art. 315); lo que se corresponde con la definición que indica que las entidades territoriales elaborarán y adoptarán planes de desarrollo (Art. 339)⁴.

De otra parte, la Ley 152 de 1994 señala que se elaborarán planes territoriales de desarrollo (Art. 36 a 46) y que para ellos se establecerán tiempos, procedimientos de elaboración y de aprobación (Arts. 39 y 40) y a la vez define que habrán “*Planes de acción en las entidades territoriales. Con base en los planes generales departamentales o municipales aprobados por el correspondiente Concejo o Asamblea, cada secretaría y departamento administrativo preparará, con la coordinación de la oficina de planeación, su correspondiente plan de*

² Herramienta creada por el DNP para apoyar a los gobiernos municipales y departamentales en la construcción de su Plan de Desarrollo Territorial (PDT) 2020-2023. <https://portalterritorial.dnp.gov.co/kpt/>

³ Ley Orgánica del plan de desarrollo.

⁴ En el Título XII “Del régimen económico y de la hacienda pública”, Capítulo 2 “De los planes de desarrollo (Arts. 339 a 344).



acción... En el caso de los sectores financiados con transferencias nacionales, especialmente educación y salud, estos planes deberán ajustarse a las normas legales establecidas para dichas transferencias” (Art. 41).

Para la planeación sectorial en salud en las entidades territoriales, además de lo señalado, existe legislación específica a tener en cuenta y que está relacionada con la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención; las competencias territoriales; y con disposiciones y lineamientos que han sido emitidos por el MSPS para el direccionamiento y la planeación del sector.

Entre las normas generales que rigen el SGSSS y que son referentes y soportes jurídicos de las políticas para el sector en sus diferentes componentes, se tienen las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015. En cuanto a las competencias, está la Ley 715 de 2001, que en lo relacionado con el sector salud, entre otras, incluye las asociadas con el quehacer de la planeación:

“Corresponde a la Nación...

42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

42.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

42.4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.” (Artículo 42).

“Competencias de los departamentos en salud...

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.” (Artículo 43).

“Competencias de los municipios...

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.” (Artículo 44)

“Competencias en salud por parte de los Distritos.

Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos,” (Artículo 45).

En cuanto a las normas específicas que se han expedido desde el MSPS y de incidencia en la planeación territorial actual, se encuentran:



La **Resolución 1536 de 2015**⁵ que “*tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer las obligaciones que para contribuir con éste propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución*” (Art. 1). En su contenido, además se hace mención a diferentes aspectos que se deben tener en cuenta en la formulación de los Planes Territoriales de Salud -PTS-, pues en ella se fijan, entre otros: Aspectos generales para la planeación integral en salud, contenidos de los PTS, sobre los Análisis de Situación de Salud -ASIS-, caracterización de la población, y además se determina que para el abordaje de todos los componentes de formulación del PTS, se debe acudir a la aplicación de la metodología PASE a la Equidad en Salud.

Por su parte, la **Resolución 2626 de 2019**⁶, que define como objeto “*modificar la Política de Atención Integral de Salud -PAIS y adoptar el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE para su implementación*” (Art.1) y señala que “*La implementación y seguimiento del Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE será responsabilidad de las entidades territoriales, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna, cada una en el marco de sus competencias*” (Art. 3). El alcance del MAITE se encuentra en el Art. 6, que señala que está “*conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema,... y su direccionamiento queda bajo el liderazgo departamento o distrito*” (Art. 6)⁷.

2.2. Políticas y lineamientos que se deben tener en cuenta en la planeación del sector salud

De manera adicional a los mandatos normativos, en razón a la articulación, coherencia e integralidad que se tiene que dar en la planeación territorial en salud, en general se deben tener en cuenta las políticas públicas que dan direccionamiento al desarrollo del sector y directrices para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Estas políticas y lineamientos inscritos dentro de una planeación del orden nacional pueden tener su origen en las orientaciones dadas por las normas o en otros instrumentos de política pública. Al respecto, se destacan:

⁵ “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”.

⁶ “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE”.

⁷ Al respecto de la Resolución en mención, en el mes de julio del 2020 se expidió la Resolución 1147 “Por la cual se modifican los artículos 9 y 10 de la Resolución 2626 de 2019 en relación con la ampliación de unos plazos”. Lo anterior, será analizado posteriormente en el abordaje que se haga de lo sucedido con el desarrollo e implementación de lo previsto en relación con el MAITE, pues en esta última disposición se definen nuevas directrices respecto de las fases para la construcción e implementación del MAITE y la temporalidad asociada.



Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Definidos en el año 2015 en el ámbito de la denominada Agenda 2030 promulgada por la ONU, en la cual se acordaron 17 objetivos que buscan mejorar las condiciones de vida de la población y avanzar en procura de un desarrollo sostenible. Dada la aceptación de esta agenda por parte del conjunto de países que integran la Organización de las Naciones Unidas, hay una vinculación de los Estados en procurar alcanzar las metas allí definidas. (Naciones Unidas-Asamblea General. 2015)

Para el caso colombiano, en relación con dicho compromiso, se expidió el documento CONPES 3918 de 2018⁸. El cual tiene por objetivo general “*Definir la estrategia de implementación de los ODS en Colombia, estableciendo el esquema de seguimiento, reporte y rendición de cuentas, el plan de fortalecimiento estadístico, la estrategia de implementación territorial y el mecanismo de interlocución con actores no gubernamentales*” (Pág. 30). En este documento, entre otras, se recomienda “*Solicitar a todos los ministerios y departamentos administrativos del orden nacional involucrados en el Plan de Acción y Seguimiento (PAS)..., alinear sus planes de trabajo, de acuerdo con la agenda definida para la implementación de cada meta ODS. Esto es de particular importancia para aquellas entidades que tienen el rol de líder en cada una de las metas de los ODS para la implementación del PAS, con el fin de articular sus estrategias sectoriales con el cumplimiento de estas metas*” (Pág. 59). Por lo anterior y dado que existen diferentes ODS asociados con el sector salud y liderados por el MSPS, le corresponde a este Ministerio impulsar que sean tenidos en cuenta para su inclusión en la planeación del sector en todos los niveles y aún de otros sectores que tienen incidencia.

El Plan Decenal de Salud Pública -PDSP-: establecido como un mandato en el Art. 6 de la Ley 1438 de 2011. En concordancia, el MSPS formuló el PDSP para el decenio 2012-2021⁹. Este plan, con un abordaje fundamentado en los determinantes sociales de la salud, fijó tres objetivos estratégicos: 1) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) Mejorar las condiciones de vida y salud de la población, y 3) Mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y discapacidad evitables. A la vez, incluyó ocho dimensiones prioritarias: i) Salud ambiental; ii) Vida saludable y condiciones no transmisibles; iii) Convivencia social y salud mental; iv) Seguridad alimentaria y nutricional; v) Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vi) Vida saludable y enfermedades transmisibles; vii) Salud pública en emergencias y desastres; y viii) Salud y ámbito laboral. Y dos dimensiones transversales: i) Gestión diferencial de poblaciones vulnerables; y ii) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

El Plan Nacional de Desarrollo - PND-: fundamentado en el mandato constitucional y en la Ley 152 de 1994, define los objetivos y las líneas estratégicas del gobierno nacional para el respectivo cuatrienio y por tanto es el referente para la acción pública nacional, traza los lineamientos estratégicos para la gestión y acción de los diferentes sectores, y además es imperativo de la planeación del desarrollo territorial.

En el PND actual, denominado “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, el cual fue aprobado mediante la Ley 1955 de 2019 y que rige para el periodo 2018-2022, en la línea de “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos” señala que este “...propone lograr un consenso sobre una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad del paciente, con cobertura universal sostenible

⁸ “Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia”.

⁹ Adoptado por la Resolución 1841 de 2013 y publicado por el MSPS en el 2013.



financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia” (Pág. 258).

De manera adicional, hay muchos otros referentes de políticas sectoriales o multisectoriales que deben ser tenidos en cuenta al abordar la planeación sectorial, en la medida en que estas tienen incidencia positiva en los determinantes sociales de la salud, tal cual se prevé en diferentes lineamientos normativos.

2.3. La articulación y armonización en el ejercicio de la planeación

Más allá de los mandatos legales, las políticas, los planes y estrategias de gobierno, un aspecto esencial para un buen ejercicio de la planeación en los diferentes ámbitos gubernamentales (nación, departamentos, distritos y municipios) es la correspondencia y confluencia de este conjunto de lineamientos, en el marco de la autonomía generada por las políticas de descentralización. Para lograr este ejercicio armónico de planeación en los diferentes niveles, los criterios emanan de la normativa. Es así que la Ley 152 de 1994 contiene, entre otros, los siguientes principios: a) Autonomía, b) Ordenación de competencias y c) Coordinación; y los criterios asociados a este último: Concurrencia, Subsidiariedad y Complementariedad (Art. 3).

Lo señalado indica que, en el ejercicio de la planeación, cuando se trata del desarrollo y del mejoramiento de condiciones de vida de la población, entre ellas en salud, se debe hacer articulación tanto horizontal como vertical. En el caso del sector salud, la horizontalidad debe darse con otros sectores por lo que es necesaria la armonización de las políticas y el trabajo mancomunado a través de los planes y las instituciones que por su misionalidad tienen incidencia en la situación de salud de la población. De forma adicional, se requiere de la articulación vertical, porque debe haber alineación, correspondencia y cooperación entre los diferentes niveles de gobierno.

En consonancia con lo anterior y con el objetivo de facilitar la coherencia, articulación y armonización entre la planeación y las políticas nacionales y la planeación general del desarrollo a nivel territorial y los planes sectoriales asociados, el DNP, en conjunto con las instituciones del nivel nacional, entre ellas el MSPS, lanzó en el año 2019 la plataforma que puso en funcionamiento los Kit de Planeación Territorial (KPT) como una *“herramienta ...para apoyar a los gobiernos municipales y departamentales en la construcción de su Plan de Desarrollo Territorial (PDT). El Kit se compone de una serie de guías orientadoras, acompañadas de formatos, videos explicativos, un conjunto de contenidos de apoyo y una plataforma tecnológica que facilita la formulación del PDT 2020-2023”*¹⁰

Así, está previsto que estos KPT, como “Guía para la construcción del plan”, sean instrumentos de uso en el ejercicio de la planeación del desarrollo a nivel territorial y permitan apropiarse los pasos que se deben seguir: Igualmente, contiene los diferentes componentes que deben integrar los PDT incluyendo las apuestas generales de desarrollo y las sectoriales necesarias para el mejoramiento de las condiciones de la población en el territorio. En el caso específico del sector salud, los KPT incluyeron “Lineamientos estratégicos del Sector Salud y Protección Social” en los cuales se encuentran fundamentos

¹⁰ Tomado de <https://portalterritorial.dnp.gov.co/kpt/>.



normativos y de política sectorial, así como diferentes orientaciones e insumos para el ejercicio de la planeación territorial en salud.

3. ALCANCE

El estudio se realizó a partir de la planeación territorial en salud llevada a cabo en el año 2020, por una muestra seleccionada de entidades departamentales y distritales. En dicho período se entrecruzaron en los procesos de planeación los lineamientos para la formulación de los PTS y del MAITE según lo dispuesto en las resoluciones 1536 de 2015 y 2626 de 2019, acorde con las disposiciones y orientaciones establecidos en los procesos de planificación mencionados¹¹.

Vale señalar que en este estudio se hacen consideraciones previas, asociadas con lineamientos de política y normativas dadas por el Ministerio con anterioridad al periodo de estudio y aún con otras orientaciones que surgieron en el año 2020 en el cual se formulaba la planeación en referencia.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Analizar los procesos de formulación de la Planeación Territorial en Salud en Departamentos y Distritos¹² llevados a cabo en el año 2020 e identificar aspectos críticos y factores de éxito, con el propósito de generar recomendaciones para futuros procesos planeación y acciones en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

4.2 Específicos

- Caracterizar los procesos de formulación de la Planeación Territorial en Salud para el cuatrienio 2020-2023 en las entidades territoriales departamentales y distritales.
- Identificar los aspectos críticos y los factores de éxito en la formulación de la Planeación Territorial en Salud en las entidades territoriales departamentales y distritales.
- Identificar desde las entidades territoriales, propuestas relacionadas con el mejoramiento del ejercicio de la planeación territorial en salud.
- Derivar recomendaciones para nuevos lineamientos de planeación territorial en salud y para el PDSP 2022-2031.

¹¹ Los plazos para los planes de desarrollo territorial están determinados en la Ley 152 de 1994. Aunque en el caso del año 2020, debido a la pandemia generada por el Covid 19, estos plazos se hicieron extensivos hasta el 15 de julio, según lo dispuesto en el Decreto 683 "Por el cual se adoptan medidas relacionadas con la aprobación de los planes de desarrollo territoriales para el periodo constitucional 2020-2023, en el marco del estado de emergencia económica, social y ecológica". En el caso específico de salud, para los PTS están en la Resolución 1536 de 2015 y para el MAITE en la Resolución 2626 de 2019.

¹² Los departamentos y distritos abordado para el estudio se definieron según se explica en el numeral 5.5. en el cual se hace relación a la selección de la muestra.



5. ELEMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. Tipo de abordaje

Para el desarrollo de este estudio se definió un abordaje de tipo cualitativo con el cual se caracterizó el proceso de la planeación territorial y se buscó identificar la experiencia de los actores involucrados, para describir los problemas enfrentados, logros y recomendaciones.

Dado que este es un estudio de corta duración, el proceso metodológico para su desarrollo estuvo basado en una adaptación de las aproximaciones de valoración y evaluación rápida (por su sigla en inglés REAM), que como lo exponen Holdsworth et al. (2020) y McNall & Foster-Fishman (2007) si se lleva a cabo con rigor, permite el logro de “un equilibrio entre rapidez y confiabilidad” y que se sustenta en el trabajo colaborativo del equipo de trabajo y en cada paso del proceso, desde la planificación y la recopilación de datos hasta la interpretación de hallazgos y presentación de resultados.

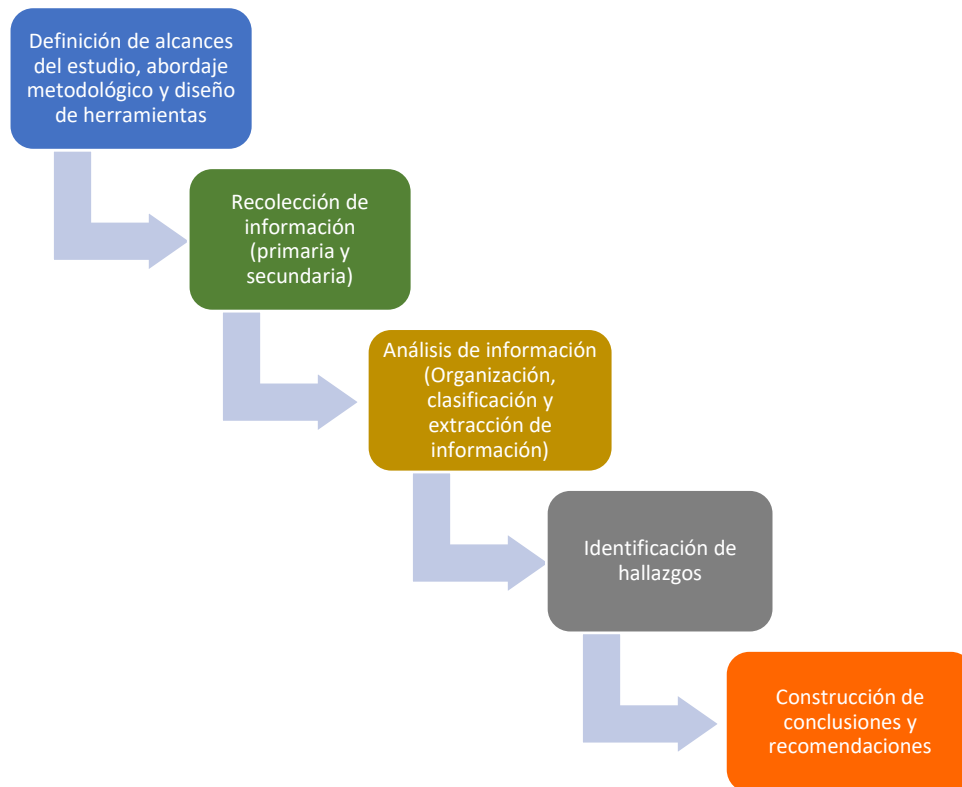
Para ello y teniendo en cuenta que, entre otros, los estudios pretenden conocer, comprender y reflexionar sobre situaciones de incidencia en una realidad determinada, en este caso se consideró que este tipo de aproximación metodológica tenía la ventaja de dar flexibilidad en el abordaje, que puede ejecutarse en pocos meses, que de ser necesario permitiría la incorporación de métodos mixtos y también de elementos conceptuales a priori; reconociendo que cuando se trata de replicabilidad puede tener desventajas, dado lo focalizado que puede llegar a ser el ejercicio (muestra pequeña) y que normalmente se hace sobre fenómenos pasajeros (como análisis de respuesta estatal a desastres naturales). Algunos de los pasos básicos que contempla esta metodología son los de: i) Revisión de información (secundaria) sobre el funcionamiento de la intervención, ii) Recolección de información nueva sobre el funcionamiento de la intervención, iii) Análisis de la información (en ocasiones de manera participativa) y, iv) Generación de insumos para la gestión y toma de decisiones.

Si bien existen diferentes tipologías de abordajes rápidos para evaluaciones, valoraciones y estudios, entre las cuales se encuentran: valoración participativa rural; evaluación rápida; valoración rápida; valoración etnográfica rápida; retroalimentación rápida; evaluación en tiempo real, este estudio empleará elementos provenientes de la evaluación rápida, en tanto está dirigida a generar información sobre problemas o hechos sociales, ayuda a evaluar o conocer procesos y al diseño de propuestas dado el tipo de instrumentos que se utilizan: entrevistas, grupos focales, observación y registros documentales (McNall & Foster-Fishman, 2007).

Es de destacar que, para el abordaje, se ha identificado al ejercicio de la planeación territorial en salud como un hecho de política y social, dado que es producto de un marco legal, de unos arreglos institucionales, de la apuesta por una convergencia entre actores e intereses, todo ello con el propósito de dar respuesta a problemáticas y necesidades sociales y cuya implementación involucra a instituciones, sectores sociales y poblacionales, con impactos individuales y colectivos.

En términos del abordaje referido, para el desarrollo del proceso, a lo largo del estudio se adelantaron de manera secuencial cinco (5) grandes fases, las cuales se muestran en el Gráfico siguiente:

Gráfico No. 1 Fases del estudio



Fuente: Elaboración del GESEPP

De acuerdo con el gráfico anterior, las fases comprenden: i) Definición del estudio, abordaje metodológico y diseño de herramientas: En esta fase, queda diseñado el alcance del estudio, pues se hacen explícitos, entre otros, los objetivos, las preguntas orientadoras que son eje de la construcción de la matriz de consistencia, las categorías de análisis, la metodología a seguir y las herramientas a emplear; ii) Recolección de información: Está precedida por la elaboración de instrumentos y el desarrollo de un piloto previo, y posteriormente la aplicación de los mismos, lo que se complementa con la búsqueda bibliográfica, es decir que incluye el abordaje de fuentes primarias y secundarias; iii) Análisis de información: Clasificación en categorías analíticas asociadas con la matriz de consistencia y conlleva la extracción de datos relevantes en razón a que son indicativos de lo buscado a través de las preguntas orientadoras y que contribúan a cumplir con los objetivos específicos; iv) Identificación de hallazgos: A partir de la extracción selectiva de información obtenida de la aplicación de los instrumentos, se hace una triangulación cruzando lo planteado por las diferentes fuentes según actores, origen de la información, lugares de la muestra, niveles de intervención en la planeación (nacional-territorial) y según tipo (primaria-secundaria), entre otras posibles de acuerdo con los hallazgos, lo que permite encontrar confluencias o divergencias; v) Construcción de conclusiones y recomendaciones: Las cuales surgen de los análisis grupales y de la identificación de respuestas a las preguntas orientadoras, por parte del equipo de trabajo, con base en los insumos proporcionados por los abordajes hechos en las fases descritas anteriormente.



5.2. Preguntas orientadoras

Las preguntas orientadoras para la obtención de información que dé respuesta a los objetivos formulados y que oriente el análisis hacia la elaboración de recomendaciones, son:

- ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de planeación territorial en salud para el actual periodo de gobierno en lo relacionado con la formulación de los PTS, MAITE y su articulación con los Kit de Planeación Territorial del DNP?
- ¿Qué aspectos críticos se identifican en el proceso de planeación territorial en salud en relación con la formulación del PTS, MAITE y uso del Kit de Planeación Territorial?
- ¿Qué factores de éxito o nuevas iniciativas se evidencian en el proceso de planeación territorial en salud en relación con la formulación del PTS, MAITE y el uso del Kit de Planeación Territorial?
- ¿Qué recomendaciones tienen para mejorar el proceso de planeación territorial en salud?

5.3. Fuentes de información

Las fuentes de información en las que se soporta el estudio son tanto primarias como secundarias. Respecto de las primeras, una vez identificados los actores que intervienen en el proceso, se aplicaron entrevistas semiestructuradas. En materia de fuentes secundarias, a lo largo del estudio, se acudió a la revisión de normatividad, de lineamientos de planeación sectorial, documentos del MSPS sobre el desarrollo de la planeación territorial en salud y bibliografía asociada.

Con base en lo aportado por estas fuentes, se tiene que la información secundaria permitió: en primer lugar, estructurar el estudio y en segundo lugar, servir de referentes para contrastar con lo derivado de la información primaria; y a la vez, esta última fue la base de los hallazgos, aportó las evidencias de respaldo a lo encontrado y a la identificación de cómo en la realidad se da lo previsto en el “deber ser” señalado en los lineamientos normativos y de política.

5.4. Identificación de mapa de actores y cadena de valor

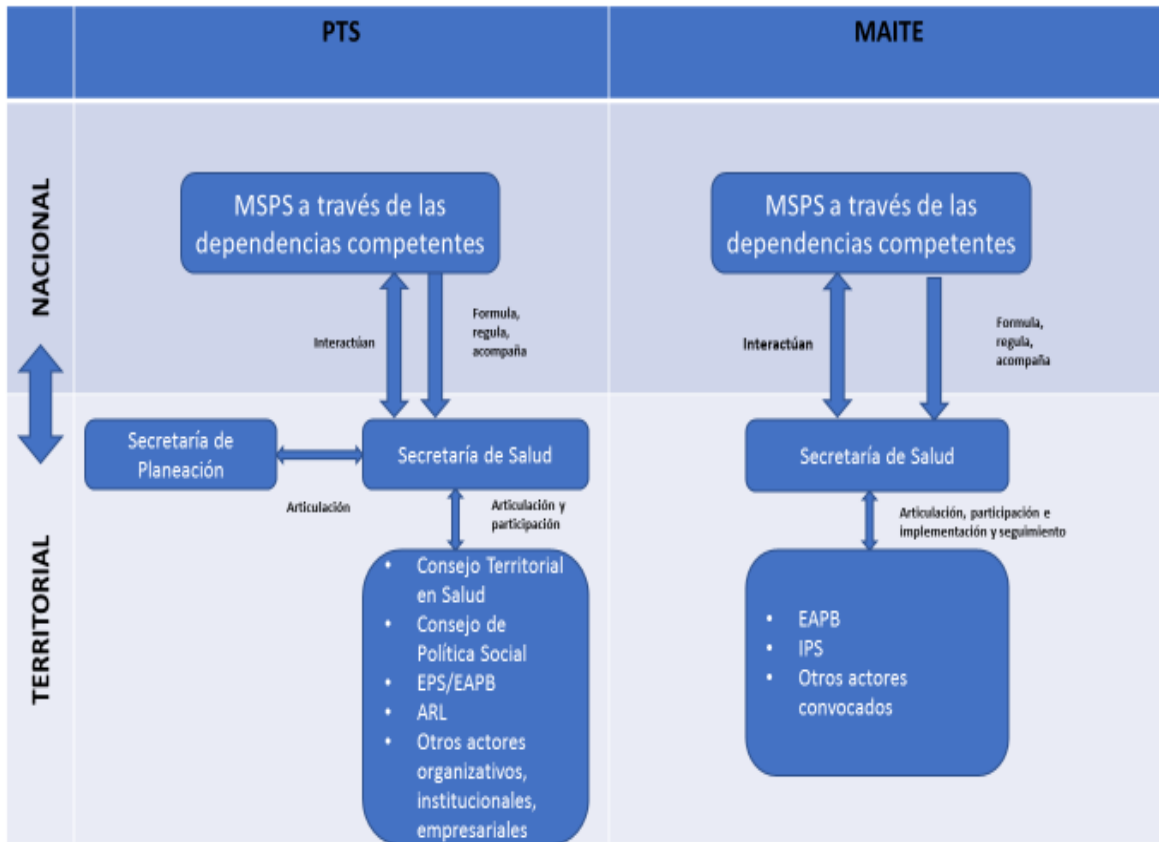
Para una mayor claridad de cómo se dan los procesos de planeación territorial en salud y para la identificación de quiénes intervienen en esta, se procedió a la construcción de la cadena de valor y del mapa de actores. Al respecto, se tiene:

5.4.1. Mapa de actores

Los actores identificados en la normatividad, que participan en los procesos asociados con la planeación en salud a nivel territorial tanto en lo que corresponde a la formulación del PTS como en lo relacionado con el MAITE, están ubicados en el nivel nacional y en las entidades territoriales. En el ámbito nacional, está el MSPS, por ser la instancia encargada de definir la política, generar e impartir lineamientos y dar asistencia técnica, y en el ámbito territorial, están las diferentes dependencias y entidades encargadas de dirigir el proceso, entre ellas: entes gubernamentales, privados y de la sociedad civil.

En el gráfico 2, se muestran dichos actores y el tipo esencial de relación:

Gráfico No. 2
Mapa de actores y relaciones



Fuente: Elaboración del GESEPP

Para detallar lo anterior según funciones o competencias que soportan las interacciones señaladas en el gráfico, en el Anexo 1 se incorpora una tabla que asocia los niveles, los actores y las funciones o competencias que determinan los roles.

5.4.2. Eslabones de análisis de la cadena de valor de la planeación territorial en salud

Para el abordaje de los procesos de planeación territorial en salud, el presente estudio se enfocará en analizar los eslabones de insumos, actividades y productos de la cadena de valor identificada, la cual se presenta en el gráfico 3:



Gráfico No. 3 Cadena de valor



Fuente: Elaboración GESEPP a partir de Nuñez et al. (2018)

Respecto de los **insumos**, teniendo en cuenta diferentes fuentes como los resultados de la evaluación realizada a los procesos de planeación vistos desde la óptica del PDSP para 2017 (Nuñez et al., 2018) y otros lineamientos posteriores que se han incluido a la planeación territorial y orientaciones normativas como el MAITE y herramientas como los KPT; se encuentra que en el ámbito normativo se incluyen mandatos generales constitucionales y otros incorporados en diversas leyes, decretos, etc., conforme se refirió en el numeral 2.1 de este documento; dichos mandatos, albergan amplias directrices que se deben seguir en los diferentes procesos: i) Operativos, incluyen los lineamientos dados por el Ministerio para el quehacer de la planeación y en el caso particular de los PTS establece el uso de la estrategia PASE a la Equidad; ii) Estratégicos, incluye los objetivos formulados en el marco del PDSP y sus ocho dimensiones; iii) Financieros, hacen alusión a los recursos económicos destinados a respaldar las acciones planeadas; y iv) Institucionales, que refiere a los actores que intervienen en las diferentes actividades.

Por su parte, en el eslabón de **actividades**, en el proceso de planeación del PTS se identifican 2 grandes macroprocesos de acuerdo con la Estrategia PASE a la Equidad en Salud:



i) Alistamiento y formulación estratégica: en donde los diferentes actores convocados (liderados por la DTS) deben:

- a) Organizar: “hace referencia a la generación de las condiciones institucionales en el nivel territorial, que son necesarias para poner a disposición del proceso los recursos humanos, físicos, económicos, técnicos y tecnológicos necesarios para adelantar el proceso de planificación” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 35), que va desde la composición del equipo de trabajo a la realización o actualización del ASIS.
- b) Dinamizar: “hace referencia a la movilización y establecimiento del compromiso de los actores en función de la formulación de los PTS” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 49), es decir involucrar a los actores exógenos a salud, institucionales y comunitarios.
- c) Identificar: consiste en “realizar un reconocimiento integral del territorio, con las condiciones de desarrollo vigentes y de las interacciones y tensiones entre las dimensiones del desarrollo y la situación de salud de cada territorio” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 63), lo anterior desde los 4 componentes centrales de la estrategia, a saber: Poblacional, Ambiental, Social y Económica.
- d) Comprender: busca encontrar las relaciones que vinculan lo identificado en la fase anterior.

ii) Formulación del componente operativo y de inversiones en salud, que implica:

- a) Responder: “el cual comprende la construcción del componente estratégico y de inversión para la planeación territorial en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 169), lo que corresponde a “definir la apuesta del territorio en materia de salud y los compromisos de gobierno para la gestión de corto y mediano plazo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 172)
- b) Programar: lo que “hace referencia a la organización y asignación de los recursos que se requieren para cada anualidad en la implementación del componente estratégico del PTS”.

En las actividades relacionadas con el MAITE, con el apoyo del Ministerio, se prevé partir de la identificación de necesidades en el territorio, teniendo como eje de referencia para la organización las siguientes ocho (8) líneas: Aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad, y gobernanza. Este ejercicio, para el cual deben apoyarse en las herramientas y marco normativo señaladas en la norma (Res. 2626/19) se corresponde con la fase de planeación, formulación y adopción del Plan de Acción e Implementación del MAITE -PAIM.

Partiendo de que los KPT constituyen un apoyo técnico a las entidades territoriales para el ejercicio de la planeación del desarrollo entre ellas, las actividades asociadas con su difusión entre la administración y uso como insumo de apoyo para la formulación del Plan de Desarrollo Territorial y de la articulación de este con los planes sectoriales, en este caso el PTS.

En cuanto a los **productos**, para el Plan Territorial en Salud, se tiene previsto contar con un PTS que a su vez debe estar articulado con el Plan de Desarrollo Territorial. Este producto incluye la integración o realización (en algunos casos) de subproductos como i)



Análisis de Situación en Salud - ASIS, ii) Priorización de la población afiliada a las EAPB, iii) Priorización en salud pública, iv) Componente estratégico y de inversión plurianual del PTS. De la misma manera, su formulación en anualidades conduce a la elaboración del Plan de Acción en Salud-PAS, que contiene el Componente operativo anual de inversiones en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Respecto del MAITE, el producto es el Plan de Acción e Implementación del MAITE -PAIM, el cual contiene las acciones a llevar a cabo por cada línea y que implica como producto, el desarrollo de las fases de ejecución, monitoreo y ajustes al plan según necesidades.

En cuanto al uso de los KPT como referente técnico para el ejercicio de la planeación del desarrollo territorial, el producto asociado con el sector salud, es el plan territorial en salud, debidamente armonizado con la planeación del desarrollo territorial y nacional, incorporando las políticas nacionales en salud como es el PDSP y articulando a los demás sectores.

5.5. Muestra

Identificar y convocar informantes idóneos, de los diferentes departamentos y/o distritos es un aspecto central para este estudio, lo que está asociado con la calidad de la información y por lo tanto con la validez de los hallazgos y resultados finales del estudio.

Puntualmente, en los estudios de carácter cualitativo se emplean muestreos no probabilísticos, sino que son intencionales. En este sentido vale la pena destacar que, para la priorización de los Departamentos y Distritos para este estudio, no se siguieron los procedimientos y criterios de las muestras cuantitativas, puesto que no se buscaba generar representatividad del universo, sino que se buscaba profundidad en la comprensión del fenómeno de la formulación territorial en salud, en un breve marco temporal. Contexto en el cual el muestreo cualitativo es mucho más pertinente que uno probabilístico

Específicamente, la muestra para seleccionar departamentos y distritos se hizo siguiendo la estrategia de casos diversos (cf. Seawright & Gerring, 2008), buscando capturar la variación entre los diferentes tipos -heterogeneidad- de entidades territoriales, según tres criterios:

- I. Criterio de región del PND vigente: Parte de la hipótesis relacionada con que la planeación territorial en salud está influida por la planeación nacional, teniendo en cuenta que más allá del marco general, también se tienen apuestas diferenciales para cada región del PND. En este sentido se tuvieron en cuenta las siguientes regiones: Amazónica, Caribe, Centro, Occidente, Orinoquia, Sur y Oriente.
- II. Criterio de equilibrio: Este criterio establece que debe haber un equilibrio entre los departamentos y los distritos, buscando mantener distribución entre estas entidades territoriales.
- III. Criterio de inclusión forzosa. Los criterios de inclusión por defecto son aquellos que vienen o bien dados de antemano por el diseño de la evaluación o por las características mismas del objeto de estudio y de sus distintos componentes.

Una vez aplicados los anteriores criterios, se seleccionaron las siguientes siete (7) entidades territoriales departamentales para cada una de las regiones mencionadas: Guaviare, Córdoba, Tolima, Quindío, Arauca, Cauca y Santander. Igualmente, en esta



selección fueron incluidas las siguientes dos (2) entidades territoriales distritales: Bogotá D.C. y Barrancabermeja¹³.

5.6. Matriz de consistencia

La matriz de consistencia que se ha formulado permite asociar la secuencia y congruencia entre el objetivo general, los objetivos específicos y las preguntas orientadoras, así como, alinear con las categorías de análisis que se han identificado para direccionar la estructuración de las preguntas que integrarán el guion de las entrevistas, al igual que la extracción posterior de información y el abordaje analítico.

Esta matriz, que se presenta parcialmente en el Cuadro 1, incluye el encadenamiento de objetivos general y específicos, preguntas orientadoras y categorías de análisis; y es también el referente sobre la cual se asocian los actores que se abordan para la aplicación de los instrumentos y la consecuente recopilación de información primaria.

Cuadro No. 1
Matriz de consistencia

Objetivo general	Objetivos específicos	Preguntas orientadoras	Categorías de análisis
Analizar los procesos de formulación de la Planeación Territorial en Salud en Departamentos y Distritos llevados a cabo en el año 2020 e identificar aspectos críticos y factores de éxito, con el propósito de generar recomendaciones para futuros procesos de planeación y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	Caracterizar los procesos de formulación de la Planeación Territorial en Salud para el cuatrienio 2020-2023 en las entidades departamentales y distritales	¿Cómo se llevó a cabo el proceso de planeación territorial en salud para el actual periodo de gobierno en lo relacionado con la formulación de los PTS, MAITE y su articulación con los Kit de Planeación Territorial del DNP?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de formulación 2. Temas transversales <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Asistencia técnica 2.2. Recurso humano 2.3. Articulación 2.4. Participación 2.5. Financiamiento 2.6. Uso y reporte de la información 2.7. Enfoque diferencial 3. Superposición de procesos 4. Recomendaciones
	Identificar los aspectos críticos y los factores de éxito en la formulación de la Planeación Territorial en Salud en las entidades departamentales y distritales.	¿Que aspectos críticos se identifican en el proceso de planeación territorial en salud en relación con la formulación del PTS, MAITE y el uso de los Kit de Planeación Territorial?	
		¿Que factores de éxito o nuevas iniciativas se evidencian en el proceso de planeación territorial en salud en relación con la formulación del PTS, MAITE y el uso de los kit de planeación territorial?	
		¿Que factores de éxito o nuevas iniciativas se evidencian en el proceso de planeación territorial en salud en relación con los PTS, MAITE y el uso de los Kit de Planeación Territorial?	
	Identificar desde las entidades territoriales propuestas relacionadas con el mejoramiento del ejercicio de la planeación territorial en salud.	¿Que recomendaciones se tienen para mejorar el proceso de planeación territorial en salud?	
Derivar recomendaciones para nuevos lineamientos de planeación territorial en salud y para el PDSP 2022-2031			

Fuente: Elaboración GESEPP

Las categorías de análisis identificadas, que servirán para el ordenamiento de información y el análisis, son: proceso de formulación, que involucra lo relacionado con diagnóstico y definición de líneas estratégicas; temas transversales, que incluyen asuntos clave en el

¹³ Las dos entidades distritales, se optaron por inclusión forzosa. Bogotá D.C., en razón a su capacidad para el desarrollo de estos procesos y Barrancabermeja por ser un distrito nuevo y que presenta una particularidad y es que por estar en los límites de un departamento, a este acuden poblaciones del departamento de Antioquia a solicitar servicios de salud



proceso: asistencia técnica, recurso humano, articulación, participación social, financiamiento y, uso y reporte de información; superposición de procesos; y recomendaciones. En el Cuadro 2, se definen los alcances de cada una de estas categorías de análisis:

Cuadro No. 2
Categoría de análisis

No.	Nombre	Descripción
1	Proceso de formulación (PTS-MAITE)	Busca identificar, para el PTS, como se surtieron las etapas de diagnóstico (identificación situacional: problemáticas, necesidades, potencialidades, determinantes, que configura el estado actual en la entidad territorial) y definición de líneas estratégicas; quiénes participaron, en qué momentos, qué insumos se tuvieron en cuenta. Y como se relaciona este PTS con MAITE y que elementos brindaron la asistencia técnica realizada por el MSPS y los aportes de los KPT brindados por el DNP.
2	Temas transversales	Permiten profundizar en aspectos que inciden y son determinantes para el logro del proceso de formulación.
2.1	Talento humano	Indaga si se contó con el equipo técnico suficiente y sobre la capacidad técnica para el desarrollo del proceso de planeación territorial en salud (PTS, MAITE), dados los requerimientos propios de este.
2.2	Recursos	Indaga si se dispuso de los recursos para el financiamiento del proceso de planeación territorial en salud.
2.3	Participación	Indaga sobre cómo fue, con que representatividad y con que incidencia, el proceso de participación social y de actores previsto para la elaboración de la planeación territorial en salud.
2.4	Articulación	Indaga sobre la interacción al interior de DTS, con la dependencia de planeación territorial para el desarrollo del proceso de formulación del plan territorial de salud, con las demás instituciones sectoriales para la identificación de acciones de incidencia en los determinantes sociales y con los demás actores públicos y privados concernidos. También sobre la articulación con los otros procesos de planeación (PDT, MAITE), con las directrices de los KPT y con las demás políticas nacionales de incidencia (PND, PDSP, ODS).
2.5	Uso y reporte de información	Indaga sobre la disponibilidad y uso de la información necesaria para lo relacionado con diagnóstico y formulación de alternativas y metas en el proceso de planeación en salud. De manera adicional, se pregunta sobre como impacta la exigencia de proveer información relacionada con PTS, MAITE, KPT, entre otros.
2.6	Asistencia técnica	Indaga sobre el tipo, calidad y consistencia de la información y capacitación dada por el MSPS a la entidad territorial para el ejercicio de la planeación territorial (PTS, MAITE), al igual que de lo derivado de los KPT dados por como lineamientos por el DNP. Comprende lo relacionado con directrices normativas, lineamientos y acompañamiento o asesoría recibida.
2.7.	Enfoque diferencial	Indaga sobre el reconocimiento de la diversidad poblacional en la entidad territorial y sobre la inclusión de aspectos específicos en el diagnóstico y en las líneas estratégicas, con el fin de tener acciones, metas y recursos dirigidos a la atención de problemas y necesidades particularidades y para la superación de barreras generadas en la diversidad.
3	Cruce o superposición de procesos	Busca conocer si la exigencia de formulación de diferentes procesos de planeación en salud: PTS y MAITE, y la presentación de los lineamientos dados por los KPT, generó problemas o por el contrario facilitó contar con una planeación más integral frente a procesos y necesidades específicas.
4	Recomendaciones	Refiere a la identificación de sugerencias, propuestas y alternativas realizadas por las personas entrevistadas, en relación con los procesos de la formulación del PTS y del MAITE o para nuevos procesos de planeación en el marco del nuevo PDSP.

Fuente: Elaboración GESEPP



5.7. Ficha de caracterización

Dada la definición de la muestra y con el objetivo de tener una mayor claridad del contexto de las entidades territoriales seleccionadas, así como fortalecer el conocimiento por parte de los participantes del estudio, tanto para la interacción con los actores al aplicar instrumentos como para el análisis posterior, se procedió a construir una ficha de caracterización (Anexo 2), la cual contiene, entre otros, los siguientes descriptores: Datos generales de la entidad departamental o distrital, datos de población e información sobre situación de salud en lo que se refiere al perfil epidemiológico y afiliación al SGSSS; la anterior se complementa, con información sobre diversidad étnica, víctimas del conflicto armado y migración.

5.8. Instrumentos

Los instrumentos para la recolección de información primaria fueron entrevistas semiestructuradas y adicionalmente un formulario de sondeo aplicado posteriormente a la entrevista:

- **Entrevistas semiestructuradas:** estas entrevistas son un instrumento de investigación cualitativa, la cual contiene una serie de preguntas preparadas previamente, asociadas con las categorías de interés de conocimiento y de análisis según se detallan y definen en el Cuadro 2. Este tipo de entrevista tiene la particularidad de permitir hacer preguntas adicionales para ampliar el objeto de interés o buscar complementar la respuesta obtenida. Las entrevistas según actores se incluyen en el Anexo 3.

Las personas a las cuales se aplicaron estas entrevistas, en cada entidad territorial, representan a los siguientes actores: Dirección o secretaría de salud, oficina o secretaría de planeación, una EPS de las de mayor representatividad por número de afiliados, una de las principales ESE, y una organización étnica indígena. Y a nivel nacional, se aplicaron a personas vinculadas al MSPS.

- **Formulario de sondeo:** de manera complementaria, se incluyó la realización de un pequeño sondeo para saber qué percepción (con calificación de 1 a 5 según pertinencia o incidencia) se tiene de algunos procesos y/o actividades, que, según las categorías de análisis mencionadas, se consideran deben estar presentes en la planeación territorial. Las preguntas, allí usadas fueron: i) ¿Recibió asistencia técnica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para la formulación de la planeación territorial en salud de su Departamento / Distrito?, ii) ¿Recibió orientaciones por parte del Departamento Nacional de Planeación (DNP) para el uso del Kit de Planeación Territorial (KPT)?, iii) ¿Se dio articulación con otros sectores de la administración para la formulación de la planeación territorial en salud de su Departamento / Distrito? iv) ¿Hubo participación social y comunitaria en el proceso de formulación de la planeación territorial en salud de su Departamento / Distrito? v) ¿Hubo participación del sector privado (empresarios, actores privados del sector salud, ONG, etc.) en el proceso de formulación de la planeación territorial en salud de su Departamento / Distrito? vi) ¿Para la formulación en la planeación territorial en salud, se tiene en cuenta los resultados de las evaluaciones de planes, programas, proyecto u otros anteriores?



Dada las circunstancias de restricción a dinámicas de movilidad y de interacción personal como consecuencia de la pandemia del Covid-19, la aplicación de los instrumentos previstos se hizo a través de interacciones por medios virtuales.

5.9. Prueba piloto y ajuste de instrumentos

Una vez diseñados los contenidos de las entrevistas semiestructuradas para ser aplicadas a los diferentes actores de las entidades territoriales y el cuestionario del sondeo, se procedió a la realización de un piloto para probar su coherencia, claridad de las preguntas, funcionalidad de estas respecto de la obtención de respuestas que contribuyan al logro los objetivos propuestos. Dicho piloto, se llevó a cabo con representantes de las siguientes instituciones del departamento de Nariño: Instituto Departamental de Salud, Secretaría de Planeación Departamental, Emssanar EPS, Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE y con la Organización indígena Awa UNIPA.

La aplicación del piloto se realizó, en el mes de junio, por la plataforma Teams. Dos personas del GESEPP realizaron las entrevistas e invitaron al diligenciamiento del sondeo, teniendo como observadores a otros integrantes del grupo de trabajo de este estudio. Con base en la experiencia, resultados obtenidos y observaciones generales, se realizó un ejercicio de reflexión grupal, de la cual surgieron recomendaciones al contenido de los instrumentos y al procedimiento para la interacción con los informantes; así, se procedió a la revisión y ajuste, tanto de la matriz de preguntas como de las directrices para la interlocución y aplicación de entrevistas. Respecto del sondeo, se evidenció la funcionalidad y claridad de las preguntas por lo cual a este no tuvo ajustes.

5.10. Abordaje de actores y aplicación de instrumentos

Para la aplicación de instrumentos con los diferentes actores identificados en cada una de las nueve (9) entidades territoriales definidas en la muestra, a través de una comunicación desde la OAPES se formalizó la información del estudio y la convocatoria para la participación de máximo tres (3) representantes por entidad. Dada la respuesta de las instituciones, se procedió a definir fecha, hora y convocatoria por la plataforma Teams, y luego a la realización de las entrevistas en las cuales participaban entre dos y tres personas del equipo de trabajo. En estas sesiones se pidió el respectivo permiso para la grabación, se hizo la presentación de los asistentes, se leyó el consentimiento libre e informado y compromiso de confidencialidad, se llevó a cabo la entrevista y se culminó con el sondeo. En general, este protocolo y secuencia, a excepción del sondeo, también realizó con los (las) representantes del MSPS.

Inicialmente, se previó la realización de 45 entrevistas como máximo. No obstante, sólo fue posible llevar a cabo un total de 27, lo anterior, en razón a la ausencia de respuesta por parte de algunas entidades a diferentes comunicaciones o a la imposibilidad de contacto, o a la no identificación de interlocutores en el caso de los CTSSS. En el Cuadro siguiente se detalla, el número de actores con entrevista y el número de participantes en el conjunto de estas, el cual ascendió a 73 personas¹⁴.

¹⁴ Al analizar la información obtenida con este número de entrevistas y de participantes, en el grupo de trabajo se consideró que había logrado información pertinente y relacionada con las preguntas orientadoras, lo que permitía abordar un análisis según los criterios previstos



Cuadro No. 3
No. de entrevistas

Institución	Entrevistas previstas	Entrevistas realizadas	No. De personas participantes
Dependencia de Salud	9	9	29
Dependencia de planeación	9	4	6
EPS	9	5	11
ESE	9	4	13
Organización Indígena	3	2	8
CTSSS	4	0	0
MSPS	2	3	6
	45	27	73

Fuente: Elaboración GESEPP

Respecto del sondeo se tuvo un total de 56 respuestas, que se distribuyeron de la siguiente manera por tipo de organización: 48.2% Secretaría de salud o el que hace sus veces, 23.2% EAPB, 12.5% IPS, 10.7% Secretaría de planeación o el que hace sus veces y el restante entre las otras entidades como las organizaciones indígenas. (Gráfico 4).

Gráfico 4.
Porcentaje de respuestas sondeo por actor

Tipo de organización
56 respuestas



Fuente: Elaboración GESEPP

5.11. Procesamiento de información

A partir de las grabaciones se hizo la extracción de información en un tipo de formato único, en el cual se transcribió lo dicho con una ordenación según las categorías de análisis presentadas en el Cuadro 2. Para este ejercicio, previamente entre el grupo de trabajo, se unificaron criterios para la extracción, los cuales, básicamente, consistían en: Hacer un texto (ficha) por entrevista, con extracción selectiva de párrafos textuales que contuvieran respuestas asociadas a los asuntos clave según las categorías y guardando la confidencialidad.

Una vez se tuvieron todas las fichas, se procedió a leer y analizar los contenidos de las respuestas de acuerdo con cada uno de los criterios y según actores, para así determinar hallazgos específicos; lo anterior, sin perder de vista que estas respuestas también eran referencia para las conclusiones en el sentido de las preguntas orientadoras, asociadas a: Cómo se llevó a cabo el proceso, aspectos críticos, factores de éxito y recomendaciones;



tanto en lo coincidente como en lo contradictorio, por tipo de actor y entre estos. Como se presenta en los siguiente numerales, los tres primeros criterios: Formulación, temas transversales y superposición de procesos, se utilizan para los hallazgos y conclusiones; y el cuarto recomendaciones hechas por los actores, se tienen en cuenta para las conclusiones y para enriquecer las recomendaciones del estudio con la voz de los actores.

6. HALLAZGOS

De acuerdo con las categorías de análisis, a continuación, se presentan consideraciones que dan cuenta de lo hallado en las respuestas de las entrevistas, las que son acompañadas con textos extraídos de lo dicho por personas con las cuales se tuvo interlocución.

De manera complementaria, se agregan hallazgos del sondeo, que, si bien no se pensó como un esfuerzo cuantitativo exhaustivo, si refleja percepciones complementarias, las que como se puede apreciar tienen concordancia con los resultados generales de las entrevistas.

6.1. Formulación

En la formulación se aborda el proceso seguido para la elaboración de la planeación territorial en salud (PTS y MAITE) para el cuatrienio, por tanto, involucra la concreción del diagnóstico de la situación de salud de la población que habita en la entidad territorial, los factores determinantes y en consecuencia la definición de líneas estratégicas para el desarrollo de acciones que permitan avanzar en el cambio de las condiciones adversas o superación de necesidades identificadas.

Según lo planteado desde las secretarías de salud, la formulación de los PTS en el año 2020 fue llevada a cabo por las administraciones territoriales en los tiempos establecidos y con la aprobación de la Asamblea o Concejo como instancia competente. Esto, en consecuencia, con el imperativo derivado de la Ley 152 de 1994, de la Resolución 1536 de 2015 que los enmarcaba en el PDSP, con obligaciones de la Ley 715 de 2001 y según las orientaciones del MSPS y las incluidas en los KPT del DNP, además con el lineamiento de que debe haber articulación con la formulación de los Planes de Desarrollo Territorial. En relación con este último aspecto, se encontró que, en general, para esta formulación de los PTS hubo un trabajo en el que se dio un relacionamiento entre las dependencias territoriales de salud y de planeación.

En este mismo sentido, desde el MSPS, se da cuenta de que este proceso de formulación de los PTS se cumplió en consonancia con la obligatoriedad que tienen las entidades territoriales y además se señala que para el efecto se dio acompañamiento, independientemente de las falencias que pudieran haber existido.

“...se brindó acompañamiento a los entes territoriales para la formulación del PTS...” (MSPS-02, 2021)

“Hay conocimiento de que se hicieron los PTS...Los PTS si se hacen porque es una obligación, están dentro del deber ser, deben hacerse por ley y están asociados con los Planes de Desarrollo y enmarcados en la Ley 152 en la 1536, les toca hacerlo, ...Los PTS si porque uno evidencia en los cargues, según etapas del PTS de acuerdo a lo solicitado en Epidemiología” (MSPS-01, 2021)



Respecto del MAITE, a pesar de estar incluido como proceso asociado a la planeación para departamentos y distritos en la Resolución 2626 de 2019, de acuerdo con lo señalado desde las dependencias de salud, en general su formulación no fue abordada en el año 2020 como una acción determinante para la planeación en salud. Sobre este tema, las dos respuestas predominantes hacen referencia a que se venía formulando en el 2019 y en el 2020 no tuvo continuidad o no se abordó para ser formulado en el marco del nuevo gobierno.

“Se venía formulándolo en 2019 y ajustándolo al PTS vigente entonces para incorporar y empezar a empujar esas metas rezagadas” (SS-01, 2021)

“No se formuló MAITE; se estuvo esperando una resolución del MSPS con lineamientos acerca del plan de acción de MAITE” (SS-04, 2021)

“El MAITE se venía abordando en 2019, en 2020 no se formuló, no hubo continuidad, también vino la pandemia” (SS-08, 2021)

Las razones que se dan para que el MAITE no se hubiera trabajado en 2020, se soportan en diferentes argumentos: Se cortó el acompañamiento desde el Ministerio, no hay claridad respecto de cómo se cruza este con el PTS y además se está pendiente de decisiones del Ministerio de como seguir con este proceso dada la expedición de la Resolución 1147 de 2020 que deja pendiente el proceso hasta se definan nuevos lineamientos (Arts. 1 y 2 modificatorios de los Art. 9 y 10 de la Res. 2626). En un par de casos se referenció que lo que se venía formulando del MAITE se utilizó como insumo para el PTS.

“Se fue trabajando el MAITE en 2019, se tomaron elementos de lo que se venía trabajando para el PTS” (SS-06,2021)

En igual sentido, hay desconocimiento por parte de diferentes voces del MSPS respecto de cómo se llevó a cabo este proceso del MAITE en 2020, pues no hay claridad sobre el acompañamiento y además existe la Resolución 1147 de 2020 que prácticamente ha dejado detenido este proceso hasta tanto se den nuevos lineamientos.

“Se tiene conocimiento de que en el 2020 se hizo un despliegue para lo del MAITE en entidades territoriales. En algunos casos se hizo, pero se dan cambios, vino la pandemia también mete al congelador al MAITE ... MAITE ahí si hubo una tensión no se sabía” (MSPS-01, 2021)

“MAITE quedó ahí. Y no se sabe si las entidades territoriales saben de la Resolución 1147, aquí lo que se dijo es esperen hacemos la metodología, pero no sabemos si hubo una instrucción a las entidades territoriales. Los que estábamos vinculados a esto, tampoco fuimos llamados para enterarnos que íbamos a seguir haciendo” (MSPS-01, 2021)

Dado lo anterior, a continuación, se hace énfasis en el abordaje de aspectos que caracterizaron el proceso de formulación de los PTS.

En general las diferentes secretarías de salud reconocen que para la formulación del PTS se debe hacer uso de la metodología PASE a la Equidad en Salud y que esta ofrece elementos importantes para hacer la caracterización diagnóstica y para la definición de los lineamientos estratégicos. En tal sentido desde los territorios se manifiesta su uso. No obstante, señalan diferentes problemas asociados a la aplicación de PASE, pues en algunos casos refieren que hay dificultades con el conocimiento de esta metodología al interior de las secretarías porque se ha cambiado gran parte del personal que en su momento recibió las capacitaciones, que es una metodología no conocida por las



secretarías de planeación, que es muy exigente y prolongada en su aplicación lo que hace que se use parcialmente y, que los tiempos que se tienen para la aprobación de los PTS no son suficientes para el desarrollo del paso a paso que se plantea en PASE.

“Nosotros si usamos PASE, con secretaría de planeación no, se presentaron también problemas con planeación con PASE ... porque ellos no lo entendían, en las mesas si se trabajó PASE” (SS-09, 2021)

“La estrategia PASE, en el momento en que surgió fue muy útil, dio un comienzo y un final para el proceso de planeación, dio una estructura, una orientación. Hoy se comienzan a cuestionar algunas cosas, PASE lo lleva de un punto A a un punto B, esto se vuelve una debilidad, se vuelve lineal, se vuelven una cuadrícula los ejercicios y es difícil hacer la transversalidad y ver la integralidad” (SS-08, 2021)

“En cuanto a la estrategia de PASE a la equidad se tuvo en cuenta, “es tortuosa” ... sin embargo al ser tan específico se volvió un “ladrillo” y toca volverla más práctica, no alcanza el tiempo” (SS-06, 2021)

En consonancia con lo anterior desde el Ministerio se menciona que la metodología PASE, aunque es muy interesante, es muy extensa, y se necesita tener una formación previa por parte de los profesionales de las entidades territoriales, aunque en este último proceso de planeación (año 2020) se ha notado que las entidades territoriales tienen un mayor entendimiento y adherencia a la metodología.

De otra parte, las respuestas asociadas con la incidencia de la pandemia del Covid 19, que conlleva a que se decreta una cuarentena y diferentes tipos de restricciones coincidiendo con el tiempo durante el cual se está en la formulación de los PTS, manifiestan en su mayoría, que sí hubo algún tipo de afectación (aunque en algunos casos se había avanzado en los ejercicios de participación). Es así como en diferentes lugares se suspendió o se redujo el ejercicio de participación e interacción con las comunidades y con otros actores institucionales; el mecanismo de la virtualidad alteró el desarrollo del ejercicio de la metodología PASE y la comunicación, discusión y ejercicio de identificación de problemas y alternativas se hizo más restrictivo, aún en las instancias de decisión como son los Concejos municipales y las Asambleas departamentales; a lo que se suma que en muchos lugares hay restricciones de conectividad, de disposición de aparatos electrónicos, y aún de conocimiento para su uso. Igualmente, se señala que en esos momentos la atención institucional estuvo muy centrada en el manejo de la pandemia.

“Las mesas se habían iniciado desde principios de año, desde antes del inicio de la pandemia, se fue a todos los municipios y se habló con todos los actores, se fortaleció la virtualidad, aunque una dificultad es el internet en el departamento” (SS-02, 2021)

“La pandemia si ocasionó dificultades al proceso de interacción con otros sectores y comunidades, incluso se frenaron cosas por las comorbilidades de funcionarios. También hay problemas con la accesibilidad y las plataformas por parte de mucha gente” (SS-07, 2021)

“El Covid si afectó, hubo restricciones a la presencialidad y la virtualidad en efecto convoca a temas muy específicos, pero eso específico no permite conectarse con el entorno, restringe en lo específico, en la contextualización” (SS-08, 2021)

De la misma manera, desde el MSPS se reconoce la afectación causada por la pandemia en relación con un adecuado proceso de formulación de la planeación territorial en salud,



pues este hecho tuvo incidencia en temas de asistencia técnica, participación, interacción, etc.

“...la pandemia dificultó el tema de la formulación y el aprestamiento requerido para el proceso, hay una coyuntura específica por el tema de la pandemia en las convocatorias de los actores y las sinergias que se requerían para la formulación del PTS como parte integral del plan de desarrollo, fue limitante ya que afectó la capacidad de las entidades territoriales para realizar la formulación participativa y realzar las convocatorias a los distintos actores...” (MSPS-02, 2021)

“MAITE quedó en un segundo plano, es más hasta la planeación territorial fue traumática porque pues ampliaron todos los plazos para la planeación territorial en el país...les toco a todos que estaban en los planes de desarrollo y en los planes territoriales, volcarse a la atención de la pandemia, entonces en el MAITE no hubo un planteamiento de planes de acción, ... lo que se hizo desde el Ministerio fue expedir una resolución, modificando los artículos 9 y 10 de la 2626, donde se señala que el Ministerio va a emitir unos lineamientos donde se va a establecer la metodología para los planes de acción ...muchas entidades territoriales preguntan qué paso con el MAITE ...quedó parado” (MSPS-03, 2021)

Desde la perspectiva de las secretarías de planeación, en general se plantea que hay relacionamiento con las secretarías de salud en cuanto hace a la formulación del PTS, pues este está ligado con la formulación del PDT. Aunque, se refleja claramente que es más un acompañamiento en temas puntuales y que no es un proceso para una formulación conjunta, ya que desde planeación lo que se hace es dar lineamientos y aportar a que haya congruencia entre estos planes y definir aspectos asociados con las metas que específicamente quedan para el PDT.

“La Secretaría de planeación no formula directamente, sólo ofrece lineamientos. Se crearon mesas de concertación, que son espacios comunitarios, donde participaron más de 11.000 representantes, concejales y asamblea departamental, cada uno puede exponer temas para plan departamental y de salud articulados, no sólo planeación participó en la formulación, fue un proceso integral que incluyó a toda la gobernación” (SP-01,2021)

“No hubo participación directa en la formulación del PTS, si en su articulación con el Plan de Desarrollo Territorial” (SP-01,2021)

Este acompañamiento, no está exento de tensiones, lo que se refleja en manifestaciones desde las secretarías de planeación que menciona las complejidades y desde las de salud que señalan que la dependencia de planeación no conoce temas específicos, como es la metodología PASE, el PDSP u otros componentes propios del sector, por lo que se tienen miradas diferentes de la planeación, adicionalmente se identifican dificultades para la compatibilización de indicadores y metas.

“El plan departamental se estructuró en el aplicativo propuesto por el DNP, fue compleja la articulación de las ... metas de resultado...” (SP-01,2021)

“En lo del PTS hay mucho desconocimiento en planeación departamental” (SS-09, 2021)

En lo manifestado por las EPS, se encuentran respuestas bastante disímiles, unas de ellas afirman no conocer de la formulación de los PTS y/o del MAITE, otras dicen no saber si las oficinas regionales o centrales participan y otras que dicen haber participado en especial a través de los aportes con información. Lo anterior, indica que en general no hay apropiación del ejercicio de planeación.



“Con respecto al PTS, la EPS ha participado en la construcción de intervenciones colectivas y rutas de atención. Así mismo, se ha participado en mesas de construcción del PTS, invitado por la Secretaría de Salud distrital, tomando en cuenta que es la EPS de régimen subsidiado de mayor participación” (EPS-01, 2021)

“No se conocen estos planes, no conocemos que dimensiones fueron priorizadas. No nos han invitado a la socialización del Plan Territorial de Salud” (EPS-04, 2021)

“En algunos momentos de la Secretaría nos han citado para presentar la caracterización poblacional y para organización de información, lo que sirve para la formulación” (EPS-04, 2021)

“Durante el 2020 la EPS no participó en la formulación del MAITE, en el PTS sí participaron a inicios del año 2020, pero por temas de la pandemia no hubo continuidad...” (EPS-05, 2021)

Por su parte, las ESE sí reportan una participación en el proceso de formulación de los PTS y en su momento en el MAITE. Es posible, que una razón fundamental para involucrarse es su condición de entidades públicas que tienen una relación directa con las entidades territoriales.

“Asistimos a varias mesas de trabajo convocadas por la Secretaría de Salud Departamental para la elaboración del Plan Territorial de Salud y en la Formulación del MAITE, pero esto se vio interrumpido por la Pandemia...Las mesas de trabajo en las que se participaron estaban relacionadas con políticas y articuladas con el Plan de Desarrollo Departamental y el plan de desarrollo del Hospital. ... se desconoce las dimensiones priorizadas en el PTS” (ESE-01, 2021)

“No hubo participación en MAITE, solo participaron en PTS” (ESE-02, 2021)

“Se participó en mesas de trabajo, y se suministró información al ente territorial, capacidad instalada, portafolio de servicios, para el diagnóstico y otros procesos de formulación del PTS. Además, se participó de las capacitaciones y talleres de MAITE...” (ESE-03, 2021)

“El hospital participó en mesas de la secretaría departamental, tanto en PTS Y MAITE. La participación comenzó en abril-mayo de 2020, en donde, se ayudó en visión del PTS, definición de proyectos, líneas estratégicas promoción y mantenimiento de la salud en el trabajo y materno perinatal concebidas desde el PTS” (ESE-04, 2021)

En el caso de las dos organizaciones indígenas que dieron respuesta, lo planteado indica que no conocieron ni participaron de manera puntual en el proceso de formulación del PTS ni en los relacionado con el MAITE.

“No participamos a nivel de subcomisión en lo del MAITE y a nivel de la territorial no participamos del MAITE. Sobre el Plan Territorial de Salud nosotros no participamos, que nos hubieran llamado explícitamente a trabajar sobre él, no. Estuvimos trabajando una propuesta en lo que tiene que ver con el plan de desarrollo del departamento y dentro del plan de desarrollo trabajamos unas líneas en salud además de otros sectores como educación y medio ambiente, la respuesta fue negativa, quedaron pocas metas productos y lo único que quedó en salud fue promoción y la prevención... en grupos étnicos, los resultados han sido negativos” (OI-01, 2021)

“Aquí no hemos participado en reuniones para la formulación del plan territorial de salud, una participación directa de los pueblos indígenas no, se trabajó en lo del plan de desarrollo



territorial y allí se hicieron algunas propuestas, se pasó la propuesta de realizar un capítulo indígena pero no se ha realizado” (OI-02, 2021)

6.2. Superposición de procesos

Dado que se ha identificado la existencia de diversas orientaciones para la formulación y desarrollo de diferentes procesos de planeación como son el PTS, el MAITE y los KPT, tanto en departamentos como en distritos, se trata de identificar si la existencia de estos procesos contribuye a una planeación ordenada, sincrónica y articulada que aporte a la definición de una hoja de ruta para la ejecución durante la respectiva administración o si por el contrario se generan afectaciones.

Así, se hace relación a la interacción, armonización y congruencia entre los diferentes procesos asociados a la planeación territorial en salud. Al respecto, si bien desde diferentes secretarías se plantean que estos pueden contribuir a la planeación, en general, se perciben como procesos que están desarticulados, o que se superponen, o que son reiterativos y generan mayores cargas de trabajo sin valores agregados y que aún presentan alcances contradictorios.

Desde la perspectiva de los y las representantes de las secretarías de salud, en cuanto a los dos procesos asociados con la planeación y que han sido direccionados desde el MSPS, se encuentran muchos planteamientos que hacen referencia a la superposición de estos, la no complementariedad, la idea de que es un desgaste, y la falta de claridad en la asistencia técnica; por lo cual a la par hay un llamado a ordenar y clarificar los alcances o generar articulación al respecto.

“No hay alineación estratégica con el Plan de Desarrollo Territorial y MAITE, si del Plan de desarrollo con el PTS, articulación de ambos (PTS y MAITE) no está, ...” (SS-02, 2021)

“Para el MAITE, hubo asistencia técnica antes del PTS por parte del MSPS, pero esta no tuvo una continuidad en el tiempo y, una vez iniciada la pandemia, el proceso de MAITE quedó en espera, aunado en el cambio de la Resolución 1147” (SS-04, 2021)

“No hubo ninguna asistencia técnica al plan MAITE, ... Así mismo, el proceso MAITE Y PTS requiere asistencia técnica oportuna con los territorios, conocer las normas a aplicar con más anticipación, tener en cuenta la estrategia y de ser necesario modificar la estrategia” (SS-05, 2021)

“Conceptualmente el MAITE y el PTS se complementan sin embargo deberían estar en nivel proporcional, no se ha entendido una articulación desde el Ministerio” (SS-06, 2021)

“MAITE no está contemplado en los PTS. Se apunta tangencialmente a temas iguales” (SS-07, 2021)

“Parece que las rutas son la parte operativa del MAITE. Queda la pregunta si MAITE es una parte operacional, aquí no se tomó la planeación como algo integral” (SS-07, 2021)

“Aunque se han dado los procesos, ha sido brusco esto para culminar en el MAITE, no se hizo el proceso de transferencia no hay articulación entre niveles, se interrumpen los procesos de planeación. El nivel nacional, tiene que establecer cuáles son los puentes, los cruces de las armonizaciones” (SS-08, 2021)

“MAITE no se ha incorporado, no se logra insertar en el PTS...” “No ha habido apoyo para la articulación entre MAITE y PTS” (SS-08, 2021)



“MAITE y PTS no se complementan, no hay interacción entre MAITE y PTS. Lo del MAITE está en el plan de acción del PTS, no se le ve una finalidad a MAITE eso ya está en el PTS, es como repetir lo que ya tenemos. Aquí falta claridad” (SS-09, 2021)

Desde el mismo Ministerio, se encuentran problemas en la existencia de estos dos procesos (PTS y MAITE) los cuales están relacionados con la falta de articulación, de reconocimiento de procesos existentes y con la superposición.

“La articulación del PTS y el MAITE fue un desacierto, la orientación un desacierto, fue impositivo, no se construyó articuladamente, falta de reconocimiento de los procesos, en el MAITE no se reconoció los avances que se habían logrado con la planeación estratégica de la metodología PASE, no tuvieron en cuenta los instrumentos anteriores, no se construyó conjuntamente fue una tarea adicional para las entidades territoriales, pero no se orientó adecuadamente para su uso en la planeación. No hubo articulación en lo del MAITE, se conformó un equipo desde el Viceministerio. Así el líder del MAITE se iba y centralizaba la información que traía y no había articulación con las dependencias del Ministerio”. (MSPS-02, 2021)

“No hay articulación PTS y MAITE, no hay articulación entre PASE y MAITE. El PTS se formula bajo los lineamientos de la Resolución 1536, MAITE no se reconoce con el PTS” (MSPS-01, 2021)

“Para el MAITE no hubo un trabajo articulado entre las dependencias, ...” (MSPS-01, 2021)

De otra parte, también señalan las secretarías, que hay una falta de articulación y de sincronía entre lo formulado en la planeación en salud cuyos lineamientos provienen de las políticas sectoriales del MSPS y los KPT que impulsa el DNP, en especial en lo referente al manejo de metas e indicadores en el sector salud, frente a lo cual se señala que hay desconocimiento desde DNP y que es necesario que las dos entidades nacionales trabajen de manera articulada, unifiquen criterios y coordinen una asistencia técnica alineada.

“También hay una falta de armonización entre los indicadores de KPT y los temas en salud. En el tema de seguridad alimentaria y nutricional existe una diferencia entre los indicadores y las metas a cumplir. Hay indicadores específicos y los de KPT son más generales y grandes por esto se dificulta hacer una relación entre específico del territorio y los indicadores del KPT” (SS-02, 2021)

“...de los KPT, se menciona que el discurso de la nación va por un camino distinto de los territorios, lo que causa un poco de dificultades en el uso de estas herramientas (tales como los indicadores definidos, que no iban en consonancia con las necesidades y resultados propios del departamento y la comunidad)” (SS-04, 2021)

“Lo de los KPT se conocieron con planeación distrital y ellos fueron enfáticos en esto y se tuvieron en cuenta, pero esto de los KPT era confuso en lo que tenía que ver con los indicadores, se tuvo que profundizar en el tema para llegar a acuerdos” (SS-07, 2021)

“Los KPT pidieron ajustar indicadores, es una herramienta más ágil frente a PASE, se hace corto en relación con los indicadores de salud, pues no responde a los indicadores del sector salud, este es un problema del kit de planeación” (SS-08, 2021)

“Lo del KPT se conoció hasta el año anterior, cuando conocimos lo de los KPT ya habíamos avanzado, no fue oportuno” (SS-09, 2021)



Aún desde secretarías de planeación, se menciona la dificultad y las tensiones surgidas para la articulación de los procesos de salud con lo solicitado en los KPT, teniendo en cuenta las indicaciones suministradas en las metas y su homologación con los planes territoriales, metas planteadas y homologación con el catálogo del DNP.

“Los KTP fueron de utilidad, pero se presentaron dificultades porque el DNP hizo varias modificaciones a las metas del KTP. Además, al momento de buscar las metas planteadas en el plan de desarrollo departamental o sus homologaciones en los catálogos del DNP, muchas de esas metas no se encontraban cómo vincularlas al KTP” (SP-03, 2021)

“Para los municipios el proceso de KPT fue un proceso traumático porque ellos habían construido un plan territorial basado en modelos anteriores, la homologación y proceso de cambio se vio como un proceso de experimentación con los municipios, de forma que les dificultó la tarea a los municipios, los municipios no han podido llevar en el plan de desarrollo homologaciones y líneas estratégicas, se evidencia la improvisación del DNP y que se está construyendo en la marcha” (SP-03, 2021)

“El plan departamental se estructuró en el aplicativo KPT propuesto por el DNP, fue compleja la articulación...Los KPT fueron una herramienta útil e interesante, ya que ayuda a direccionar y orientar la formulación, sin embargo, fue difícil su articulación” (SP-01, 2021)

“La homologación del PDSP con respecto al KPT se ha dificultado mucho. Lo que viene en el KPT cambia lo del PMGA y cambia totalmente la codificación”. (SP-03, 2021)

Igualmente, voces del MSPS señalan esta falta de articulación y armonización de procesos entre los lineamientos de los KPT, los criterios sectoriales y los procesos de planeación territorial del Ministerio.

“En cuanto al uso de los KPT en el PTS ha sido un “cortocircuito”, tienen las oficinas de planeación la línea directa con el DNP, el KPT es un referente que tienen en cuenta, el corto circuito es el enlace entre los lineamientos nacionales que se han quedado cortos en la articulación, no se han logrado las sinergias entre un proceso y otro entre el lineamiento para el plan de desarrollo en términos de la articulación, es un referente y es tenido en cuenta y se utiliza. Las oficinas de planeación no han recibido un lineamiento sobre la armonización del PTS y en el plan de desarrollo no se puntualiza el enlace entre las metodologías” (MSPS-02, 2021)

“La metodología PASE genera una cantidad de metas e indicadores que no se pueden cargar en los KPT, hay cortocircuito en los indicadores que se permite cargar y los que salían de PASE” (MSPS-02, 2021)

“Este divorcio se nota mucho en el territorio, se nota en los conceptos y procedimientos, lineamientos. Hay se ve lo que contiene el KPT en su catálogo de metas y lo que coloca una entidad territorial en su portal de salud, esos instrumentos también tienen su divorcio. Se presentaron muchas situaciones con los KPT que tienen una diferente perspectiva a la de salud” (MSPS-02, 2021)

6.3. Temas transversales

De manera asociada con la experiencia de formulación, aparecen los temas que aquí se han denominado como transversales, en la medida en que tienen incidencia en el desarrollo y en la concreción de la planeación en salud para la entidad territorial, pues estos contribuyen a que el ejercicio de la planeación cuente con mayores soportes y condiciones para su adecuada realización; así, entre estos asuntos clave en el proceso, se incluyen:



Asistencia técnica, talento humano, articulación, participación social, financiamiento y, uso y reporte de información. Adicionalmente se incluye, de manera específica, el enfoque diferencial, que inicialmente no estaba contemplado dentro de las categorías analíticas; pero dado que se incluía en las preguntas y en muchas de las respuestas se le dio gran trascendencia, se optó por ampliar su abordaje.

6.3.1. Asistencia técnica

La asistencia técnica es un elemento clave para el desarrollo de este tipo de procesos, pues a través de esta se generan y refuerzan capacidades en cuanto a lineamientos, conceptos y procesos metodológicos, entre otros. Al respecto, en lo identificado se encontró que para el año 2020 hubo debilidades en este proceso, entre estas se tienen:

En los planeamientos hechos por las secretarías de salud, un primer aspecto que sobresale, como ya se señaló en el numeral 6.1, es que la emergencia por el Covid-19 generó rupturas y cambios bruscos en cuanto a estas dinámicas. A lo que se suma, que más allá de las restricciones por la pandemia, se encuentran falencias en el apoyo técnico que desde las instancias nacionales se debía dar, las cuales tuvieron y tienen incidencia y requieren ser repensadas de cara a fortalecer futuros procesos para atender eventos similares.

En algunos casos se manifiesta que sí hubo una asistencia técnica desde el MSPS para los PTS, aunque es muy reiterado que esta fue muy rápida y sin continuidad y seguimiento, en otros casos se señala que no se recibió y que se trabajó con lo conocido años atrás cuando se tuvo capacitación al personal de planta. Al respecto de esto último, vale destacar, y lo señalaron en algunas entrevistas, que el aprendizaje adquirido y la memoria institucional se pierden en razón a la rotación de personal, especialmente contratista.

“El Ministerio vino un par de veces, pero todo muy limitado. Antes de la pandemia hubo algunas indicaciones del Ministerio, después no. No hubo un seguimiento estructurado como asistencia técnica, no continuó” (SS-08, 2021)

“El personal de planta que tiene la Secretaría lleva bastante tiempo y es conocedora del que hacer. El apoyo del MSPS ... llegó al finalizar el primer semestre de 2020, posterior a haber presentado el primer borrador del PTS a la Asamblea departamental” (SS-04, 2021)

“No recibimos asistencia técnica en esta ocasión de nadie, la capacitación de hace 8 años sobre PASE, entonces trabajamos con la información que se tenía y los documentos...” (SS-09, 2021)

De todas maneras, desde el MSPS se reconoce que en esta ocasión hubo debilidades en la asistencia técnica.

“Si hubo asistencia técnica, sin embargo, fue tardía y no fue tan oportuna en el 2020, a 30 de abril tenían plazo para entregar a las Asambleas y Concejos, entre febrero y marzo se dio la asistencia técnica, no se pudo abordar todos los pasos. Se debía hacer la versión preliminar conjunto con el plan de desarrollo en el primer trimestre del año, la asistencia llegó para marzo fue muy puntual en los aspectos metodológicos de la ruta lógica y que estuviera circunscrita al plan de desarrollo. Se hizo una presentación general y el seguimiento por teléfono y correo electrónico, asistencia en aspectos metodológicos pero la falencia estuvo en que no se realizó acompañamiento técnico sobre como quedarían las prioridades en salud y como aterrizarlas en estrategias” (MSPS-02, 2021)



Adicionalmente, se reconoce que en el MSPS persisten problemas de coordinación y articulación entre las dependencias participantes en el proceso de planeación territorial, que permitan tener una asistencia técnica más integral y sincronizada.

“...hay una debilidad en aterrizar las metas y no hay coordinación interna en el ministerio para dar la asistencia técnica desde las diferentes direcciones. La asistencia debe darse en el primer semestre del nuevo gobierno y articular las diferentes direcciones del Ministerio de Salud..., es constante el destiempo y la desarticulación” (MSPS-02, 2021)

“Deben tenerse claros los procedimientos para el fortalecimiento de capacidades, hay que bajar articuladamente lo que exige articular en el ministerio, el PDSP es el llamado a articular y eso también implica armonización con el DNP” (MSPS-01, 2021)

“Asistencia técnica integrada e integral para llegar a los territorios, primero hay que articular entre las dependencias y en lo interinstitucional a nivel nacional para llegar a los territorios, ejemplo con Hacienda y con DNP” (MSPS-01, 2021)

“Se debe dar con toda política, se debe hacer el acompañamiento a las entidades territoriales, no solamente es arrojar algo y usted mire como lo hace, en eso hemos fallado en muchas ocasiones, y esas son las observaciones que nos hacen las entidades territoriales y los actores del sistema...sentados en los escritorios hacen lineamientos sin tener en cuenta las complejidades y las características que tienen los diferentes actores y territorios...” (MSPS-03, 2021)

Respecto de MAITE, en general destacan que hubo capacitación a finales del 2019 y a comienzos del 2020 pero que en general este proceso se interrumpió y que hay poco conocimiento de su continuidad, pues no hay seguimiento a lo hecho ni nuevo acompañamiento. De manera adicional, se reporta que no hay orientación en temas de cómo se articulan los PTS y MAITE.

“Se obtuvo asistencia técnica de... referente del Ministerio de Salud para el proceso de MAITE. Se tuvo una reunión en el despacho con el secretario y con la referente del Ministerio para hacer un compromiso de desarrollar de acuerdo a la normatividad reciente todo lo que implicaba en términos de planeación y construcción del MAITE” (SS-03, 2021)

“Del 2019 hacía acá no ha habido asistencia técnica. Se generó la Resolución 2626 y quedamos stand by” (SS-08, 2021)

“En MAITE no está tan presente. En cuanto al MAITE se recibió asistencia para la formulación de este, a pesar de esto falta en el seguimiento” (SS-06, 2021)

“Cuando se hizo el lanzamiento del MAITE... fue una experiencia exitosa...una vez iniciada la pandemia, el proceso de MAITE quedó en espera, aunado en el cambio de la Resolución 1147” (SS-04, 2021)

“En el cuatrienio anterior el acompañamiento... fue muy grande; sin embargo, el año pasado...comunicaron con el Ministerio para que les empezaran a hacer acompañamiento y la respuesta que dieron en ese momento... era que por pandemia el tema MAITE estaba cerrado; ... enviamos oficios al Ministerio en octubre diciéndoles que requeríamos acompañamiento, no nos contestaron y hasta el momento no hemos tenido respuesta alguna” (SS-01, 2021)

En este sentido, también desde el MSPS se reconoce que en el 2020 la asistencia técnica asociada con el MAITE decayó y que no la hubo en relación con la articulación entre PTS y MAITE.



“No hubo la asistencia técnica en el MAITE, se esperó articular, pero no se dio retroalimentación. Hubo problemas aquí en el Ministerio para la articulación en la asistencia técnica, en estos temas de MAITE y PTS. Ya cuando hicimos lo de marzo, sólo con la 1536” (MSPS-01, 2021)

Sobre los KPT, se presenta diversidad de respuestas, en algunos casos se señala que sí hubo asistencia a través de la dependencia de planeación del territorio; que se dieron situaciones en que no había suficiente conocimiento por quienes transmitieron la información; en otros que no se dio asistencia técnica o que no conocían la información, o que fue tardía pues ya se había avanzado en la formulación, además hay aseveraciones que se refieren a la no correspondencia en asuntos como los indicadores.

“En planeación departamental la gente no tenía la capacitación ni la fortaleza para acompañarnos, desde el DNP tampoco la hubo” (SS-01, 2021)

“Lo del KPT se conoció hasta el año anterior, cuando conocimos lo de los KPT ya habíamos avanzado, no fue oportuno” (SS-09, 2021)

“...con los KPT algunos indicadores no coinciden con los indicadores a nivel departamental” (SS-06, 2021)

Por su parte las secretarías de planeación no tienen una asistencia técnica asociada con el tema de la planeación en salud o en relación con el sector, estas destacan la asistencia técnica que reciben desde el DNP y que en esta ocasión estuvo relacionada con los KPT la cual a su vez transmiten a las secretarías sectoriales y a los municipios.

“Se recibió asistencia técnica por parte del DNP a través de jornadas de capacitación que se extendieron hacia los municipios. Los KPT fueron una herramienta útil e interesante, ya que ayuda a direccionar y orientar la formulación, sin embargo, fue difícil su articulación, se debería tener cuenta que se necesita tiempo para la adaptación de nuevos procesos y la inclusión de todos los actores involucrados” (SP-01, 2021)

“Con profesionales de cada sector se hizo articulación para el plan de desarrollo y el plan de salud. Sobre los KPT un profesional estuvo en contacto con ellos y se trabajó en alianzas con los sectoriales” (SP-02, 2021)

“Hubo acompañamiento por parte del DNP, constante vínculo y comunicación con ellos, pues el KPT era nuevo para ellos”. (SP-03, 2021)

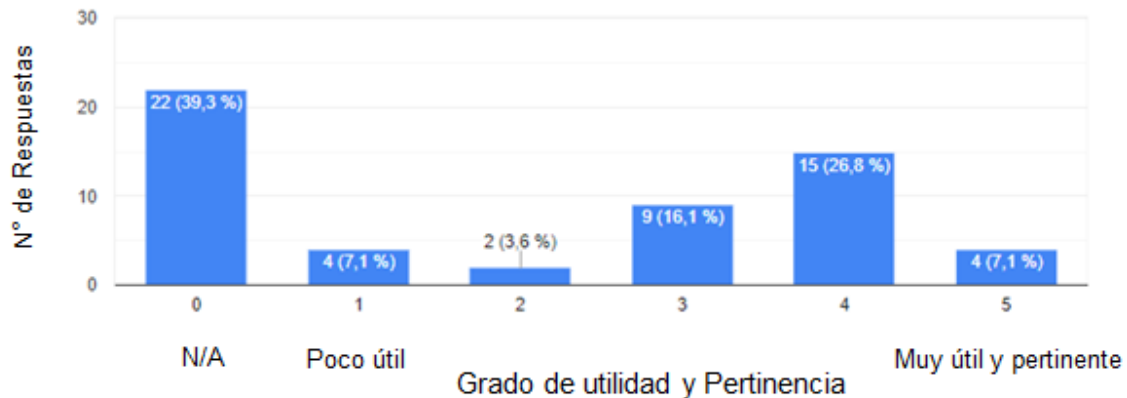
En cuanto a los otros actores: EPS, ESE y sectores indígenas, de manera casi unánime, se manifiesta que no reciben asistencia técnica para la participación en los procesos de planeación territorial. Así, algunas EPS señalan que no saben si en el nivel central de sus empresas se recibe asistencia, hay ESE que responden que se ha tenido contacto con funcionarios para el abordaje de la planeación más no asesoría, y por su parte desde los sectores indígenas se señaló que no se había tenido ningún tipo de asistencia técnica para este proceso.

De manera adicional, en lo referente a la asistencia técnica, en las respuestas que se obtuvieron en el sondeo, se encuentra:



En relación con la pregunta de si se recibió asistencia técnica por parte del MSPS y el grado de pertinencia y utilidad de esta para la formulación de la Planeación territorial en salud de su Departamento / Distrito, se encontró lo siguiente:

Gráfico 5.
Respuestas sobre recepción y pertinencia asistencia técnica sobre Planeación Territorial en Salud

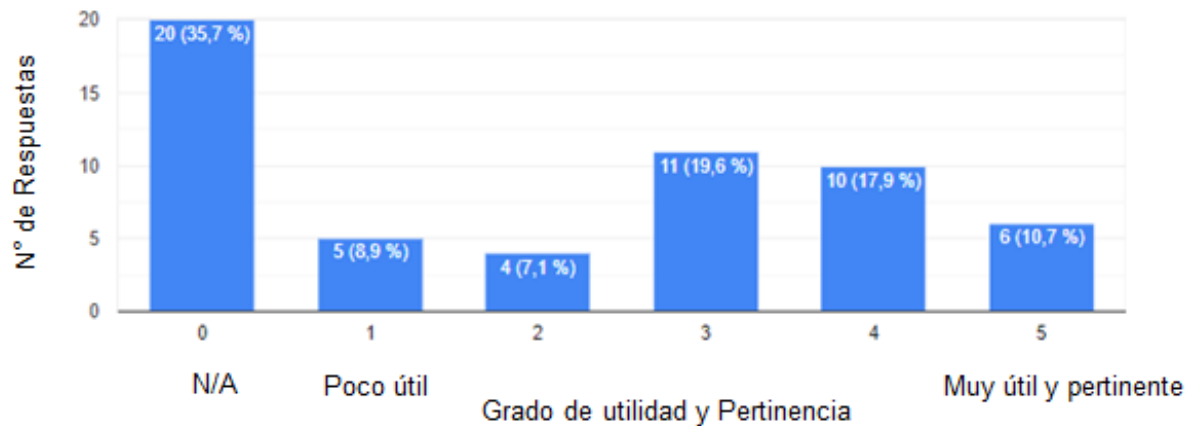


Fuente: Elaboración GESEPP

En el Gráfico 5 se puede observar que 39,3% de las respuestas calificaron la pregunta cómo No Aplica; cuando se hace el detalle de esos 22 registros se puede apreciar que 4 respuestas corresponden a dos secretarías de salud, lo cual implicaría que estas entidades no recibieron asistencia técnica por parte del MSPS. De otra parte, en cuanto a la pertinencia y utilidad se encuentra que el 26,8% de las respuestas presentan un grado de utilidad y pertinencia de 4, aquí es importante indicar que 10 de esos registros corresponden a 4 secretarías de salud. Asimismo, se presentan 4 registros con un grado de utilidad y pertinencia de 5, de estos 4 registros, 3 corresponden a secretarías de salud y 1 registros a 1 ESE. De lo anterior se desprende que hay un número importante de personas de secretarías de salud que manifiestan que la asistencia técnica es útil e importante, no obstante, preocupa que existan voces desde secretarías de salud que manifiestan no haberla tenido.

En relación con la pregunta de si recibieron orientaciones por parte del DNP para el uso del Kit de Planeación Territorial (KPT) y el grado de pertinencia y utilidad de estas en la formulación de la Planeación Territorial en Salud, se encontró lo siguiente:

Gráfico 6.
Respuestas sobre recepción y pertinencia sobre orientaciones KPT



Fuente: Elaboración GESEPP

Las respuestas respecto a la recepción y pertinencia de orientaciones sobre el KPT, muestra que el 35,7% presentan una calificación de 0, es decir para estos 20 registros la pregunta no aplicaría, pues no recibieron orientaciones a este respecto. Al realizar el detalle de esos 20, se encuentra que 10 registros corresponden a 6 EPS, 4 registros corresponden a 3 ESE, 5 registros corresponden a 4 secretarías de salud y 1 a una secretaría de planeación. Por su parte, con una calificación de 3 se encuentran el 19,6% del total de registros, al detallar estos 11 registros se encuentran que 9 registros corresponden a 5 secretarías de salud y 2 registros a 2 EPS. Finalmente, 6 registros presentan una calificación de 5, al detallarse estos registros se encuentra que 4 registros corresponden a 2 secretarías de salud, 1 corresponde a una secretaría de planeación y 1 a una ESE. Así, se evidencia que hay un importante número de personas que en el territorio no conocieron el tema de los KPT, entre ellos de las secretarías de salud y aún de planeación, los cuales deberían haber estado informados sobre este asunto, y además hay un alto registro (entre las columnas 2 y 3) que dejan ver que no hay satisfacción (por utilidad y pertinencia) respecto a la información recibida, lo cual concuerda con apreciaciones reflejadas en lo cualitativo.

6.3.2. Talento humano

Dado que los procesos de planeación requieren de liderazgo, orientación, capacidad técnica para la ordenación de la secuencia lógica entre realidades y la búsqueda del deber ser, es necesario que las entidades territoriales cuenten con el personal suficiente, con la debida capacidad y en la oportunidad requerida.

Sin embargo, en lo manifestado desde las dependencias de salud, se encuentran diferentes falencias. De ahí que sea reiterado que se señale que el personal de planta no es suficiente, que gran parte de las personas que participan de estos procesos están por contrato y que se presenta una alta rotación del talento humano o que su no continuidad afecta las dinámicas de trabajo; a lo que se agrega, en el caso específico de la planeación en salud, que al ser realizada a comienzos de una vigencia y de un nuevo gobierno, con frecuencia



no se cuenta con este personal de manera oportuna, es decir desde el inicio del respectivo año.

“Hace falta mucho talento humano, porque son demasiadas obligaciones, no solamente es un plan territorial, ..., el acompañamiento, la asesoría a los municipios, en ese sentido se necesita más talento humano y más recursos. Y que... no sea un talento humano que rote, que tenga una estabilidad para dar acompañamiento a esa historia, que se pueda hacer toda una trazabilidad a un proceso, pero a veces al rotar el personal, que haya cambio eso genera que se pierda mucho en información o no haya continuidad de un proceso que pudo haber sido un valor agregado para el departamento, para un plan de desarrollo y para un plan territorial” (SS-01, 2021)

“...en salud tenemos una falta de personal capacitado, rotación de personal cada dos años aproximadamente” (SS-04, 2021)

“Hay restricciones, la carga laboral, hay que tener en cuenta que la secretaría es el talento humano, pero hay discontinuidad y se quiebran los procesos” (SS-08, 2021)

“La planeación se dificulta porque no somos muchas las personas dedicadas a este tema. Hay pocos funcionarios de planta y la contratación de apoyos es demorada” (SS-09, 2021)

No obstante, en algunos casos se señaló que, hay personal de planta que tiene conocimientos y experiencia en estos procesos y que es así como se logra suplir parte de las necesidades del proceso.

En lo planteado por los otros actores, dependencias de planeación, EPS, ESE y sectores indígenas, en general hay reconocimiento de que el talento humano de las secretarías de salud tiene capacidad profesional y competencias; sin embargo, también señalan que en las secretarías de salud también hay inconvenientes en razón a que el personal es limitado en número, tiene alta rotación y que hay momentos en que no se cuenta con estas personas, estas últimas situaciones en razón a que son contratistas

De manera coincidente con muchos de estos planteamientos, asociados con el talento humano en las entidades territoriales para los procesos de planeación, desde el MSPS, se reconocen estas barreras.

“...hay un tema que viene desde antes de la pandemia y es que la formulación está en manos de los nuevos funcionarios y equipos que llegan por los nuevos periodos de gobierno, hay mucho talento humano que se ha desvinculado, si bien hay talento humano de planta hay nuevas vinculaciones y estos que llegan no conocen el proceso, la metodología que está vigente, esto trae problemas en la implementación de la metodología y la articulación integral con los planes de desarrollo, es una dificultad la capacidad instalada”. (MSPS-02, 2021)

“En la formulación de los PTS en los territorios hay problemas con la continuidad del talento humano, personas que fueron formadas con el despliegue de PASE a la equidad en el 15 y 16 ya habían cambiado al año pasado, por tanto, no había un equipo robusto, que tuviera la misma formación en la metodología, y con el tema de la virtualidad esto se hizo más complicado. ... Departamentos con baja capacidad institucional, con pocas personas de planta, procesos de contratación difíciles y no se cuenta para hacer lo étnico y allá es más complicado hacer cualquier cosa” (MSPS-01, 2021)

“Las dificultades cuando se empiezan a formular los PTS es la rotación de personal, porque todo ese despliegue que hacemos para el fortalecimiento de las capacidades se pierde en las entidades, porque es un tema de contratación, porque en cada gobierno se pierde lo que



hacemos con ellos, se parte de cero, entonces se pierde lo técnico, se pierde lo metodológico, se pierde todo...” (MSPS-03, 2021)

6.3.3. Articulación

Busca identificar si existe interacción entre diferentes instancias o actores y entre el proceso de planeación territorial en salud con otros lineamientos de planeación que son clave para incorporar en la formulación y que se asocian con el principio de articulación señalado en los diferentes lineamientos normativos y de política. En primer lugar, en cuanto a las instancias o actores territoriales, es decir: i) al interior de las secretarías de salud; ii) entre esta y la dependencia de planeación territorial para el proceso de formulación del plan territorial de salud; iii) entre la dependencia de salud y las demás instituciones sectoriales para la identificación de acciones de incidencia en los determinantes sociales y iv) con los demás actores públicos y privados concernidos. En segundo lugar, sobre la articulación con: i) los otros procesos de planeación en la entidad territorial (PDT y MAITE); ii) con las directrices de los KPT y iii) con las demás políticas nacionales de incidencia, como el PND, el PDSP y los ODS.

En cuanto a la articulación al interior de las secretarías de salud, en general se plantea que hay un esfuerzo por coordinar entre las diferentes dependencias e involucrar las labores misionales en especial las que están asociadas con las dimensiones del PDSP.

En relación con la articulación con la dependencia de planeación de la entidad territorial, se reporta que esta se dio en razón a que existe un imperativo de enlazar, hacer congruente y presentar a la instancia de aprobación en el mismo tiempo tanto el PDT como el PTS.

No obstante, es reiterado el señalamiento de que este proceso presentó tensiones, pues se manifiesta que en la institución que rige la planeación no todos conocen el sector salud y el PDSP como uno de los principales marcos referenciales; igualmente, que no se conoce la metodología PASE y que se tienen lógicas o formas diferentes en la identificación de metas e indicadores asociados.

“Se formó un equipo de planeación territorial en salud con planeación departamental, se trabajó orientada en el KPT y se participó en la planeación departamental” (SS-08, 2021)

“Hubo un acercamiento muy estrecho con planeación distrital, se trabajó de manera constante, hubo un funcionario de planeación de manera permanente en el proceso. Hubo discusiones técnicas por desconocimiento en salud y por el enfoque de ellos” (SS-07, 2021)

“Tiende a primar más la planeación departamental que nuestro enfoque en salud y en esta medida es más el esfuerzo que hay que hacer, pues los equipos de planeación departamental no tienen el abordaje del sector salud. La planeación muy instrumentalizada en esa coordinación con planeación departamental, respecto de PASE conocemos su dinámica, pero planeación no tiene la misma perspectiva del sector salud” (SS-08, 2021)

En consonancia con estos planteamientos, respecto de las problemáticas existentes para la articulación entre las secretarías de salud y planeación, también se señala desde el MSPS:

“Los PTS se deben tener como parte integral de los Planes de Desarrollo Territorial, parecieran dos procesos paralelos y deberían ser uno, hay que tener claro cómo se articulan y como se retoman las líneas del PDT y se adecuan a la salud. El proceso debería estar más apropiado por las oficinas de planeación para lograr una mayor articulación, el sector salud



es el que tiene que llamar y convocar para las competencias del plan de desarrollo y el PTS, las secretarías y alcaldías deberían encargarse de las convocatorias. ..., falta de apropiación de los otros sectores en su quehacer frente a los determinantes sociales ... Sobre la coordinación con planeación, más dificultades que los logros en este proceso, este proceso debería ser más apropiado por las oficinas de planeación de las entidades territoriales” (MSPS-02, 2021)

“El divorcio entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Planeación se nota mucho. Los de salud comentan que planeación me dice que ponga esto, es que del DNP nos dijeron” (MSPS-01, 2021)

“La Secretaría de Salud y la Secretaría de Planeación no se hablan...son el reflejo de nosotros, hasta ahora nosotros nos estamos hablando aquí al interior del Ministerio, cada quien está por su lado en asistencia técnica, con un discurso diferente a los territorios ...muy pocas entidades territoriales hacen el plan territorial articulados con la oficina de planeación, ellos nos dicen que hacen la planeación territorial y la oficina de planeación se los cambia...o llaman a la oficina de planeación y no se sienta, como lo hacen algunos actores” (MSPS-03, 2021)

A la vez, se indica que no es fácil la articulación con los demás sectores pues no existe claridad sobre los compromisos que se derivan del PDSP y su incidencia en los determinantes sociales de la salud, que no hay voluntad, o que hay un impedimento en esos momentos de inicio de gobierno y es que cada instancia está ocupada en la formulación de su plan y desarrollando los procesos propios.

Lo anterior, sin desconocer que hay experiencias y esfuerzos de articulación de acciones conjuntas. No obstante, en lo que se refiere a la articulación con otros actores del sector salud, como son las EAPB, es reiterada la mención a que es difícil la coordinación y que muchos de sus acercamientos se limitan a la provisión de información obligatoria o a lo que tiene que ver con gestiones específicas, pero no a promover procesos de construcción de un escenario futuro favorable al bienestar y estado de salud en general de la población de la entidad territorial.

“No hay intersectorialidad para intervenir los DSS, no hay ese compromiso, no se tiene ese nivel de intersectorialidad, no hemos logrado esa articulación para incidir en condicionantes” (SS-08, 2021)

“La intersectorialidad es un asunto muy complejo, cada entidad esta con su plan, cada uno opta por ejercitar lo que tiene a cargo lo que se le ha encomendado a la entidad, y se requiere tiempo para conversar con los otros sectores, muy difícil consolidar una estrategia intersectorial que mejore el bienestar de la gente” (SS-08, 2021)

“Hay dificultades en la articulación con las IPS-EAPB, es necesario que se involucren más. Estas consideran que se manejan solas” (SS-07, 2021)

“Se procura ajustar, armonizar instrumentos, pero no hay articulación entre la institucionalidad, el relacionamiento se hace, pero no hay claridad de lo que tienen otros sectores” (SS-08, 2021)

“Se evidencia que no se ha logrado una sensibilización adecuada a todos los demás sectores respecto al logro de metas colaborativas...” (SS-04, 2021)

Desde el MSPS, también se ve con preocupación esta debilidad en la articulación con los otros sectores.

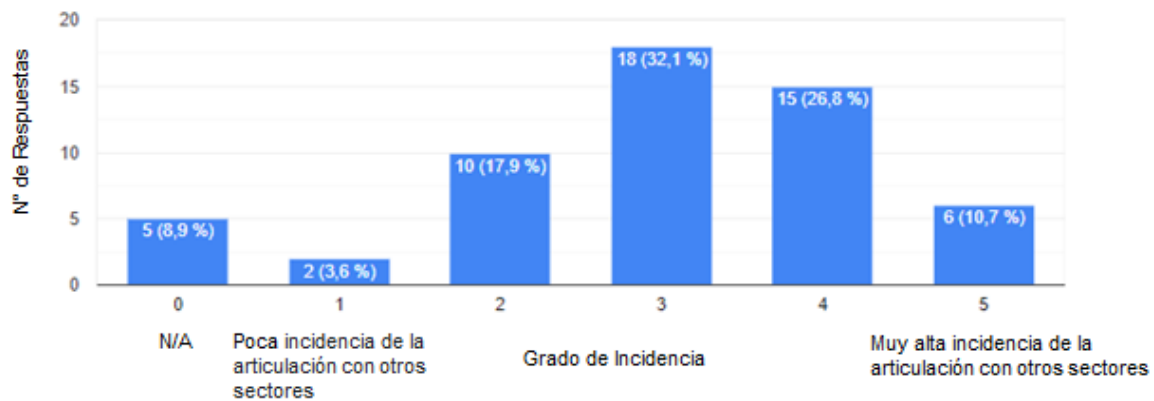


“En la planeación se hacen procesos paralelos, falta de apropiación de los otros actores sobre el impacto de su quehacer en salud” (MSPS-02, 2021)

“Con otros actores del sector hay mucha complejidad para la articulación, aunque eso también depende de los territorios, en muchos lugares las oficinas de la EPS están centralizadas en otros lugares, con las IPS, a veces no se ejerce la autoridad sanitaria frente a los otros sectores. Complicado con los otros sectores. La articulación se da dependiendo de las dimensiones, ...en la práctica no se sabe cómo están actuando, no se percibe si las entidades territoriales han podido cambiar esos determinantes sociales de la salud, incluso desde el ministerio no es clara esa identificación si los DSS fueron abordados y se impactaron” (MSPS-01, 2021)

Sobre este tema y teniendo en cuenta el concepto de determinantes sociales, en el sondeo, en relación con la pregunta sobre sí se dio articulación con otros sectores de la administración para la formulación de la Planeación Territorial en Salud de su Departamento/Distrito y la incidencia de esta, se encontró lo siguiente:

Gráfico 7.
Respuestas sobre articulación y grado de incidencia en los DSS



Fuente: Elaboración GESEPP

En el Gráfico 7, se puede observar la percepción respecto a la articulación y el grado de incidencia con otros sectores en la formulación del Plan Territorial de Salud; encontrándose que el 32,1% de las respuestas presentan una calificación de 3, al detallarse se encuentra que 8 de los registros corresponden a siete secretarías de salud, 2 registros corresponden a una secretaría de planeación, los restantes 8 registros corresponden a otras entidades como EPS, ESE y un Consejo Regional Indígena. De la misma manera, el 26,8% de los registros presentaron un grado de incidencia de 4, representados en 15 registros, de los cuales, 9 registros corresponden a seis secretarías de salud, 4 registros a tres secretarías de planeación y las restantes corresponden a ESE y EPS. Lo anterior, permite señalar que hay un número importante de respuestas (entre las columnas 3 y 4) que destacan que hay algún tipo de coordinación y que esta tiene alguna incidencia, aunque igualmente también pesa el bajo o nulo registro de la coordinación incidencia; esto de todas maneras contrasta con un escenario en el cual debería tener un gran peso la coordinación y la incidencia, más cuando los DSS son un referente fundamental para el mejoramiento de condiciones de salud de la población.



En cuanto a la articulación entre lineamientos de planeación y de política, se reconoce que a nivel territorial hay una articulación entre el PTS con el PDT en la medida en que son dos procesos simultáneos y que se deben presentar conjuntamente. Sin embargo, como se detalla en lo relacionado con superposición de procesos (numeral 6.3), si es bastante explícito que entre el PTS y MAITE no hay una articulación y que aparecen como procesos paralelos, que generan confusión y que inclusive son reiterativos pues gran parte de lo señalado en MAITE ya se encuentra en los PTS. Aunque hay señalamientos de que, terminando el plan anterior, el MAITE se pensó inicialmente como una posibilidad de jalonamiento de metas rezagadas.

“MAITE no se ha incorporado, no se logra insertar en el PTS” (SS-08, 2021)

“No ha habido apoyo para la articulación entre MAITE y PTS” (SS-08, 2021)

“MAITE y PTS no se complementan, no hay interacción entre MAITE y PTS. Lo del MAITE está en el plan de acción del PTS, no se le ve una finalidad a MAITE eso ya está en el PTS, es como repetir lo que ya tenemos. Aquí falta claridad” (SS-09, 2021)

“MAITE, se cruza, genera tensiones hasta en el uso de términos y no se reconocían los avances de los PTS y las rutas existentes. Siempre fuimos muy críticos cuando estaban armando la resolución de MAITE por el uso de algunos términos que eran igual en el PTS... desafortunadamente el MAITE no reconocía los desarrollos que ya tenía las entidades territoriales en sus PTS. Muchas tensiones, que también quedaron en el congelador porque nunca se reconocieron. El uso de los términos en esa resolución (2626) muy conflictiva” (MSPS-01, 2021)

Sobre la articulación con elementos de política nacional, como son el PND, el PDSP y los ODS, se considera que, sí se tienen en cuenta y se busca articular en la planeación en salud, específicamente en los PTS, pues son referente para identificar líneas estratégicas, metas y aún para la formulación de los proyectos específicos.

Desde las secretarías de planeación, igualmente, se da cuenta de la interacción con las secretarías de salud para la interacción de los planes de desarrollo territorial con los planes de salud. Aunque se señala reiteradamente que es más un acompañamiento o coordinación en ciertos aspectos y no una participación en el detalle de la formulación del PTS.

La información de los demás actores es disímil respecto de la articulación desde sus entidades para la formulación de los PTS. Algunos desde las EPS señalan que en estos casos son más proveedores de información. Desde las ESE hay un mayor nivel de articulación lo que se debe a su mayor relación con la entidad territorial y desde los sectores indígenas se manifiesta una nula articulación. También se destaca la falta de articulación entre procesos de planeación, con otros lineamientos de política y en lo relacionado con acciones intersectoriales.

6.3.4. Participación

La participación está concebida como una actividad fundamental en los procesos de planeación territorial en salud. De manera específica en la Resolución 1536 de 2015, dentro de las “responsabilidades de las autoridades de planeación integral en salud” se fijan las de “Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del Plan Territorial en Salud” (Art.5) e igualmente se señala allí que “El Plan Territorial en Salud debe ser formulado de manera participativa... (Art. 6); también y asociado con esta resolución, en la estrategia PASE a la Equidad desde el



alistamiento institucional, se prevé los pasos relacionados con movilización de actores institucionales y comunitarios (pasos 4 y 5) con el fin de concretar la participación de estos diferentes sectores. En la Resolución 2626 de 2019 para el MAITE, también se incluye el tema de la participación, dado que se señala que el MAITE esta “conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada...” (Art. 6), lo que implica procesos de interacción y definiciones con representantes de instituciones y comunidades.

De manera adicional, existe una política de participación social en salud, que fue adoptada por el MSPS a través de la Resolución 2063 de 2017¹⁵, en la cual se señalan diversos lineamientos para el desarrollo de la garantía de participación en el sector, entre otros el que hace mención a que “Las entidades territoriales asumen la garantía y gestión sobre los procesos de participación social en salud, en cuanto a la operación de la PPSS y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias de participación, respetando su autonomía” (Art. 3).

Al respecto, en lo planteado desde las secretarías de salud, se encuentra que este proceso para los PTS, en el año 2020, se dio de manera disímil. Algunos señalan que se había avanzado en la participación y que fue amplia en los primeros meses antes de las restricciones por la pandemia.

“El proceso fue ampliamente participativo uno de los actores claves dentro de la formulación fue la comunidad, cada mesa estaba constituida no solamente por referentes de la secretaría distrital de salud sino también por diferentes sectores y la misma comunidad” (SS-03, 2021)

“Se alcanzó a realizar toda la concertación antes de la pandemia. Los resultados finales presentados a la Asamblea no pudieron ser concertados con la comunidad, debido a la pandemia (tercer momento)” (SS-04, 2021)

Aunque, si bien en muchas respuestas tanto de las secretarías de salud como de parte de los demás actores (planeación, EPS, ESE), se señala que si hubo actividades de participación, también se hace mención a bastantes inconvenientes, una de ellas es la afectación ya mencionada como efecto de la pandemia por el Covid y las dificultades asociadas a los nuevos mecanismos virtuales, y por otra parte las barreras que con frecuencia se presentan y que están ligadas a múltiples factores como: Disponibilidad de recursos para su financiamiento; posibilidades de movilización; talento humano con conocimientos para su abordaje, retroalimentación y capacidad de incidencia. En el caso de los indígenas, se encuentra una postura crítica frente al proceso de participación, pues se señala que no se les involucró.

“Sin embargo, por la pandemia se recurrió a la flexibilidad con la virtualidad... que afectó en la participación del PTS” (ESE-04, 2021)

“Si se hizo por zonas, participación y se recogían elementos y eran incorporados, pero no se hizo una validación territorial posterior, para salud se hacía necesaria la retroalimentación” (SS-08, 2021)

“Si consideramos que con lo de la pandemia por COVID se han afectado los procesos de participación para la conexión e interacción de los diferentes actores. La virtualidad no suple la presencialidad, donde las personas están ahí se puede debatir” (EPS-04, 2021)

¹⁵ Por la Cual se adopta la Política de Participación Social en Salud -PPSS



Hay otros planeamientos desde el MSPS que señalan debilidades en el proceso de participación, lo cual se debe también a diferentes factores, entre ellos mayor visibilidad del PDT frente al PTS, bajo número de participantes, falta de involucramiento de representantes de otros sectores y dificultades asociadas a la interacción virtual.

“Se queda corto, muy corto el proceso de participación. El protagonista es el plan de desarrollo y como son procesos paralelos entonces la participación no está equiparable en ambos. En el marco de los determinantes sociales, el DNP debe estar vinculado y apropiarlo para desarrollar una planeación integral que incluya el sector salud, le hace falta liderazgo de la importancia de la participación y empoderamiento” (MSPS-02, 2021)

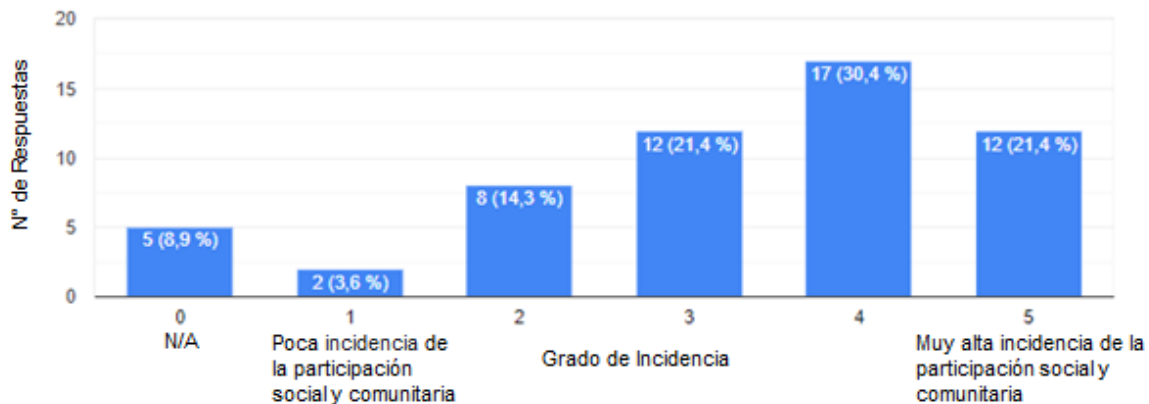
“El primer proceso de formulación de los PTS fue más participativo, ahora con lo virtual no es lo mismo” (MSPS-01, 2021)

“La participación es más teórica que real, si uno se atiene a la metodología se supone que debe haber mesas con los representantes de los diferentes sectores, pero en salud hay una persona o un equipo que hace la planeación, pero no se planea con los otros sectores, eso limita el ejercicio y los alcances de lo participativo que está en la metodología, eso no se da en la planeación” (MSPS-01, 2021)

En cuanto al MAITE, algunas secretarías señalan que convocaron a diferentes actores y existen ESE que reportan participación. Sin embargo, en los otros actores (EPS, indígenas) se encuentra que hay desconocimiento al respecto o simplemente que no fueron convocados a participar. Por lo cual, el MAITE en los momentos en que se trabajó aparece más como un ejercicio bastante endógeno en el ámbito de las algunas secretarías de salud y con cierta participación de las ESE, sin desconocer que también hay experiencias donde se vinculó a EAPB y a municipios.

Adicionalmente a todo lo anterior, en el sondeo, frente a la pregunta de si hubo participación social y comunitaria y su grado de incidencia en el proceso de formulación de la Planeación Territorial en Salud, se encontró lo siguiente:

Gráfico 8.
Respuestas sobre participación social y comunitaria y grado de incidencia en la planeación territorial en salud



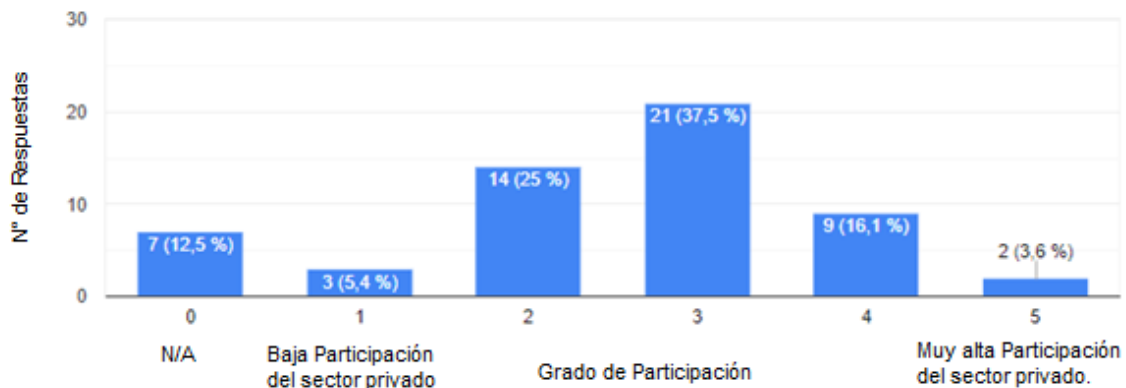
Fuente: Elaboración GESEPP



En la Gráfica anterior se puede observar el grado de incidencia de la participación social y comunitaria en la planeación territorial en salud, encontrándose que el 30,4% (17 registros) fueron calificados con 4, al realizarse el detalle de estos, se encuentra que 13 corresponden a siete secretarías de salud, 1 registro corresponde a una secretaría de planeación, y los restantes 3 registros corresponden a dos ESE y 1 EPS. Seguidamente, las calificaciones de 3 y 5 presentan el mismo número de registros con una participación de 21,4% del total; cuando se detalla los registros con la calificación máxima de 5, se encuentra que 7 corresponden a cinco secretarías de salud, 3 registros corresponden dos secretarías de planeación y otros 2 registros corresponden a dos EPS. Lo anterior, daría cuenta de que la percepción sobre los procesos de participación y el grado de incidencia de esta en la formulación del plan territorial de salud es aceptable. Sin embargo, aquí incide mucho la visión desde la institucionalidad oficial, pues como se destacó de las entrevistas los actores por fuera de estas como los indígenas ponen en cuestión el ejercicio de la participación en estos procesos.

Al preguntar por la participación del sector privado (empresarios, actores privados del sector salud, ONG, etc.) en el proceso de formulación de la Planeación Territorial en Salud y el grado de incidencia en la formulación de la Planeación Territorial en Salud, se encuentra:

Gráfico 9.
Respuestas sobre participación del sector privado e incidencia en la planeación territorial en salud



Fuente: Elaboración GESEPP

En el Gráfico 9 se aprecia que el grado de participación con el mayor número de registros es 3 con un 37,5% (21 registros). Detallándose la composición de estos registros por organización se encuentra que 12 corresponden a seis secretarías de salud, 1 registro a una secretaría de planeación, los restantes 8 corresponden a cuatro ESE, una EPS y un Consejo Regional Indígena. Por su parte, con un grado de participación de 2 se encuentra el 25% (14 registros), de estos, 5 registros corresponden a cuatro EPS, 3 a dos ESE otros 3 corresponden a dos secretarías de salud, otros 2 registros a una secretaría de planeación y 1 registro a 1 Consejo Regional Indígena. Esto implicaría que en general se observa participación del sector privado, pero que aún es débil, más si se tienen en cuenta el poder de incidencia que podría tener, así hay mucho espacio por mejorar esos procesos de participación.



6.3.5. Financiamiento

La formulación del PTS requiere el desarrollo de una serie de acciones que necesitan financiamiento, en especial si se lleva a cabo una metodología participativa en la cual hay que financiar la movilidad, la logística integrada por alquiler de espacios, materiales, refrigerios, entre otros.

Al respecto, la información desde las secretarías de salud indica que sólo en algunos lugares se dispone de recursos para estos procesos, pues de manera reiterada se plantea que no hay un rubro específico y que esto genera muchas barreras para un adecuado proceso de formulación: al inicio de año hay problemas de disponibilidad de recursos, no hay claridad de donde o como financiar la movilidad de representantes de comunidades, las gestiones al interior de la institución son difíciles, los materiales tienen que financiarlos los mismos funcionarios y contratistas, etc.

“No hay un rubro específico para la planeación, hay uno sobre logística y movimientos institucionales, se estiran para todos los componentes” (SS-02, 2021)

*“...no existen los recursos necesarios para poder hacer todas las actividades necesarias”
“En 2016 sí se asignó un recurso para el apoyo en la planeación, de ahí en adelante no. En 2020 se formuló con la planta, no hay un rubro asignado”*

“No se tienen recursos para estos procesos y se necesitan porque hay costos de desplazamientos, logística, espacios, refrigerios, hay que mandar a hacer material, etc.” (SS-09, 2021)

6.3.6. Uso y reporte de información

Se puede asegurar que el uso de información pertinente y oportuna es un pilar fundamental para una buena formulación en la planeación, pues de este insumo depende una acertada comprensión de la realidad, un diagnóstico adecuado de la situación de salud de la población y sus determinantes sociales, así como para una mejor definición de lineamientos estratégicos.

En general, desde las secretarías de salud se reporta claridad respecto de fuentes de información para la formulación de la planeación territorial en salud, pues se tiene en cuenta la información sectorial como son los ASIS, la caracterización hecha por las EAPB, el SIVIGILA, entre otras, y además se tiene en cuenta información proveniente de otras instituciones a nivel territorial y nacional.

“Para el PTS se utilizó la caracterización dada por cada EAPB, el ASIS, el perfil epidemiológico del departamento y todos los insumos que tenían los municipios que fue uno de los valores agregados que tenía la administración para formular ese plan, se determinó a través de la resolución 1536. Para MAITE se utilizó la misma información” (SS-01, 2021)

“Para determinantes sociales se utilizaron los instrumentos detectados por cada uno de los sectores (Acueducto, vivienda, etc.) que ayudaron a ese diagnóstico inicial y su variación respecto a los ejercicios 2016-2019, impactos positivos en esos determinantes, y todos los instrumentos sectoriales, como ASIS, principalmente. En este sentido, el MSPS sí ha otorgado instrumentos importantes, como SISPRO, indicadores de ENSIN, pero es importante mencionar que las cifras que no tienen una valoración y actualización periódica no son de gran utilidad” (SS-04, 2021)



En general, las otras instituciones (planeación, EPS, ESE) reiteran que las secretarías de salud hacen uso de las fuentes de información propias del sector e igualmente utilizan la de otros sectores e instituciones tanto territoriales como nacionales. Además, refieren que acorde con la normatividad y con acciones de coordinación, las EPS y ESE son proveedoras de información para estos planes de salud.

En este sentido, desde el MSPS, se evidencia que se ha avanzado respecto del conocimiento y uso fuentes de información, lo cual es resultado de la apropiación que al respecto se ha tenido por parte de los funcionarios de las entidades territoriales; aunque también se informa que aún hay muchas falencias para su abordaje, para el análisis, así como para la incorporación de información de otros sectores y flujo de información entre otras entidades nacionales y al interior del Ministerio.

“En la información del sector salud no hay dificultad, las entidades territoriales la pueden consultar también elaboran sus ASIS propios, la dificultad más grande está en realizar la situación actual de las otras dimensiones, por un lado, por la disponibilidad de información y por la falta de capacidad técnica propia del sector, por ejemplo, el análisis de la información demográfica. Para las otras dimensiones que involucran a otros sectores, se evidencia que en el abordaje de la información se quedan cortos en el análisis de la información que se tiene” (MSPS-02, 2021)

“Es importante que se conozcan las fuentes de información de los otros sectores, a veces salud también es separada de los otros sectores y no conoce los planes de su misma entidad territorial y por eso también la coordinación interinstitucional se dificulta, no se conoce y eso dificulta lo de incidir en los DSS” (MSPS-01, 2021)

Lo anterior, sin desconocer que igualmente hay problemas ligados a los cambios de personal, al flujo de información y aún porque la consolidación de información o la elaboración de planes son contratados.

“Hay diferentes tipos de problemas con la información, al darse los cambios no se reconocen las personas y los procesos. Y los sistemas de información, las personas que llegan no los conocen... Hay también problemas con el flujo de información departamentos municipios” (MSPS-01, 2021)

“A veces no se conoce la misma información de la entidad, por parte de referentes, hay problemas, ¿uno se pregunta quién planeó? Y es que se contratan las elaboraciones del ASIS del PTS, se encuentran planes muy parecidos entre municipios, o planes donde las metas no tienen que ver con la información de los cubos” (MSPS-01, 2021)

También se señalan retos para el mismo Ministerio y para otras instituciones nacionales como el DNP, que puedan facilitar los procesos, pues aún sigue existiendo falta de claridad en algunos abordajes de la información.

“Los indicadores es otra dificultad, muy limitada la información y capacidad para abordar esto. Una dificultad, el DNP solicitó al Ministerio de Salud cuales son los indicadores que deben cargar al sistema las entidades territoriales, esta batería de indicadores es limitada, algunos indicadores no pueden estar asociados con el plan de desarrollo, tanto en los indicadores de resultado y los de productos... Falta una estandarización al interior del ministerio de los productos y los resultados, falta pensar en facilitar este proceso desde el Ministerio de Salud”. (MSPS-02, 2021)



Por otra parte, las secretarías de salud, en su mayoría manifiestan que hay retroalimentación desde el Ministerio respecto de la información que reportan. Un planteamiento adicional por resaltar, hecho desde una de las secretarías, está relacionado con que “*Se adolece de un sistema de información asociado a la intersectorialidad*” (SS-08, 2021), situación que se enlaza con el PDSP y con la incidencia en los determinantes sociales de la salud.

Finalmente, en referencia a la información, aparecen algunas voces críticas, como la de los sectores indígenas que mencionan desconocimiento de su situación, o la de otros actores que señalan que aún hay que trabajar en la unificación de criterios y en la compatibilización de información.

6.3.7. Enfoque diferencial

Dada la heterogeneidad poblacional existente en los diferentes contextos territoriales en razón a las múltiples diversidades identificadas, entre otras, las de género, étnicas, grupos etarios, discapacidad, víctimas, migrantes, etc., el abordaje diferencial se convierte en un elemento fundamental de la planeación, pues a través de este se reflejan esas particularidades, las necesidades específicas y se plantean alternativas y acciones en consecuencia, lo que a su vez tiene que ver con que los planes tengan un sentido incluyente, sean consecuentes con los mandatos asociados e incorporen lo que se ha definido en los lineamientos de política asociados con este enfoque.

Desde las secretarías de salud, se señala que hay esfuerzos por tener en cuenta este enfoque y porque este se vea reflejado en la planeación; no obstante, también se destaca que hay grandes debilidades en su abordaje, pues es un asunto en el que, a pesar de la existencia de lineamientos desde el Ministerio, aún se está a nivel de documentos pues hay falencias en el conocimiento de cómo materializarlo y en las opciones metodológicas para su aplicación.

“En el PTS y en el PAS si se tuvo en cuenta el enfoque diferencial, se tocaron temas relacionados con las poblaciones vulnerables y por cursos de vida, se han incluido acciones específicas. Este... también contempla el enfoque diferencial con poblaciones indígenas, NARP, víctimas y en discapacidad. Hay en la secretaría comité para el enfoque diferencial y cada coordinador tiene que hacer énfasis en el enfoque” (SS-07, 2021)

“Siempre hemos tenido en cuenta esas diferencias existentes en el departamento, la única comunidad con la que hemos tenido dificultades es con la comunidad afro..., nuestro plan de desarrollo es incluyente en temas especiales, en discapacidad y en otros. ... En las rutas se hizo una convocatoria para enfoque diferencial, algunas poblaciones no asistieron otras si lo hicieron, pero nosotros en la práctica cuando vamos a ver la atención que brinda las EPS y las IPS, a nuestra población, ahí es que desaparece la atención diferencial...” (SS-01, 2021)

“Es importante mencionar que no se tuvo un adecuado enfoque diferencial, ... se identifica que no existe el conocimiento adecuado para atender las particularidades de cada una de las 22 comunidades, recuperación de sabiduría ancestral, etc. ... la intervención dada por la institucionalidad no toma en cuenta la cosmogonía de cada una de las comunidades” (SS-04, 2021)

“Sobre el enfoque diferencial si se tiene en cuenta, hay dificultades para la operativización del tema. Hay necesidad de profesionales como sociólogos, antropólogos que ayuden a comprender esas comunidades, sus miradas y cosmovisión... Pero hay que profundizar más



en esto y llegar mejor a estas comunidades para impactar factores de riesgo que tienen estas comunidades e incidir en los determinantes de la salud. Hay que trabajar más con ellos” (SS-09, 2021)

En igual sentido, algunas dependencias de planeación, EPS y ESE hacen referencia a que se incorpora el enfoque diferencial. En el caso de las voces desde el sector indígena, estas son más críticas, ya que hacen referencia a que el enfoque está en el discurso, en la teoría o en la norma, pero en la práctica hay un desconocimiento de las diferencias y particularidades.

“El enfoque diferencial: en la teoría si existe, pero en la práctica no se ve reflejado no está claro...” (OI-02, 2021)

“Sensibilización hacia las comunidades indígenas y las condiciones en las que viven. Teniendo en cuenta diferencias culturales y de género, actividades teniendo en cuenta enfoque diferencial, los planes se formulan, se ejecutan y se evalúan de manera “occidental” no se tiene en cuenta la diferencia del pueblo indígena...” (OI-01, 2021)

Respecto del enfoque diferencial, en las voces del MSPS también se manifiesta la preocupación por que este aún está en un discurso, pero son muchas las falencias para aplicarlo en los planes y acciones concretas, a pesar de que en las entidades territoriales se sabe que este es un imperativo y tiene que ver con sus realidades.

“Las discusiones sobre el enfoque están muy en lo conceptual” (MSPS-02, 2021)

“... Desde el Ministerio no han sido asertivos en dar unos lineamientos técnicos que les permitan a las entidades territoriales entender cómo se “mastica”, de cómo se da esto; desde el Ministerio aún no sabe cómo operacionalizar en el territorio. En esto estamos en deuda. En las entidades territoriales hay una claridad sobre que al contar con una alta presencia de grupos indígenas debe incluirse el enfoque diferencial, hay una deuda histórica con eso, el tema del SISPI y la Circular 011, se han impulsado desde Promoción Social, pero no se logra articular, se ha trabajado un poco más son procesos que se dan de manera paralela y aislada que no quedan articulados al PTS...” (MSPS-02, 2021)

“Desde la Dirección se ha impulsado el enfoque diferencial, sobre todo en lo étnico, la Circular 11 se ha movido mucho, igual en otros enfoques diferenciales. En algunas entidades territoriales le quedan a uno dudas, a veces se hace como una tarea. La estrategia tiene elementos para reconocer esto, pero quedan inquietudes si se lleva a cabo el proceso, muchas veces no se refleja en lo decidido. ... Para esto hay problemas con recurso humano, recursos financieros, abordaje de la diversidad de pueblos, diversidad de organizaciones y líderes, esto complejiza, porque tiene que hablar con los líderes de los diferentes grupos” (MSPS-01, 2021)

7. CONCLUSIONES

Con el fin que las conclusiones tengan correspondencia con la lógica expresada en la matriz de consistencia, a continuación, se presentan siguiendo el orden de las preguntas orientadoras del presente estudio.

7.1. Sobre cómo se llevó a cabo el proceso de planeación

La pregunta orientadora planteada fue: ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de planeación territorial en salud para el actual periodo de gobierno en lo relacionado con la formulación



de los PTS, MAITE y su articulación con los Kit de Planeación Territorial del DNP? Dado que esta pregunta cuenta con tres componentes, a continuación, se aborda cada uno de ellos.

En primer lugar, los procesos de formulación de los Planes Territoriales de Salud (PTS) fueron realizados en los tiempos definidos normativamente y se desarrollaron de manera paralela y articulada con los planes territoriales de desarrollo. No obstante, se evidencia que el proceso presentó algunas dificultades, entre las cuales sobresalen:

- El cumplimiento de los tiempos y procesos de participación consulta y aprobación, se vieron afectados por la pandemia por Covid, especialmente en razón a las medidas de confinamiento.
- Tensiones entre las dependencias de salud y las de planeación, pues hay especificidades del sector salud asociadas al SGSSS, el PDSP, la metodología PASE, entre otras, que no son del dominio de las áreas de planeación.
- El abordaje de lo previsto en los procesos, momentos, pasos y actividades incluidas en la metodología PASE es complejo; lo que hace que no se alcance a desarrollar en su totalidad dado los ritmos de los procesos de participación y el tiempo limitado para presentación y aprobación por parte de las Asambleas o Consejos.
- Es débil el involucramiento por parte de otros actores del sector salud como las EAPB, es más, se encontró que en las EAPB hay desconocimiento de estos procesos o, según lo dicen otros actores del sector, se consideran independientes a estas actividades.
- Es deficiente la participación en la planeación en salud de entidades estatales de otros sectores, por no conocimiento sobre su incidencia en la situación de salud, se encuentran inmersos en sus propias agendas o no muestran interés sobre el papel de la intersectorialidad en los determinantes sociales de la salud (DSS).

En segundo lugar, en referencia a la formulación del MAITE, hubo avances en el año 2019, en razón al impulso que se le dio desde el Viceministerio de Salud. Sin embargo, esta formulación presentó inconvenientes de continuidad en el año 2020. Entre las razones, se encuentran:

- El Ministerio no continuó el acompañamiento y se rompió el contacto con los interlocutores.
- El proceso de planeación se centró en el PTS que se presentaba a las Asambleas y Concejos junto con el PDT.
- Fue expedida la Resolución 1147 de 2020 por parte del Ministerio y se está a la espera de nuevas determinaciones.
- Los procesos asociados con la relación MAITE y PTS no son claros y en el momento existe incertidumbre respecto de cómo proceder frente al MAITE.

El tercer aspecto, tiene que ver con el relacionamiento del PTS y MAITE con los KPT, para lo cual se descarta la interacción de MAITE con KPT ya que no aparecen relacionados en las normas, directrices, ni en los abordajes que hicieron las dependencias de planeación territorial.

Se reconocen los KPT como una herramienta importante adelantada por el DNP que aporta a la planeación territorial. Sin embargo, se señalan diferentes falencias en la interacción



con el proceso de formulación de los PTS, pues hay un problema de concordancia entre lo que se solicita desde planeación tanto territorial como nacional en cuanto a metas e indicadores.

7.2. Aspectos Críticos

La pregunta formulada en relación con este tema fue: ¿Qué aspectos críticos se identifican en el proceso de planeación territorial en salud en relación con la formulación del PTS, MAITE y uso del Kit de Planeación Territorial?

Al respecto, gran parte de los aspectos críticos tienen que ver con los temas transversales a la formulación. Así:

7.2.1. Asistencia técnica

En cuanto a la formulación de los PTS, fue bastante limitada, en razón a que:

- No fue un proceso oportuno por parte del Ministerio y además fue rápido y sin continuidad.
- El proceso se vio afectado por la emergencia derivada de la pandemia del Covid.
- Diferentes actores señalaron problemas de articulación y coordinación en el nivel nacional que generaron mensajes y/o procesos superpuestos o contradictorios.
- Las secretarías de planeación no han tenido asistencia técnica sobre la planeación en salud, lo que afectó y afecta la interacción entre los dos sectores.
- Se evidenció desconocimiento de estos procesos de planeación territorial en salud, por parte de EPS, sectores indígenas y algunas ESE.
- Bastante precario el involucramiento en los procesos de planeación en salud por parte de un actor que se supone clave en este ejercicio como son los CTSSS.

En relación con el MAITE, la asistencia técnica venía dándose al final del 2019 y a inicios del 2020, y se suspendió sin explicaciones al territorio de la continuidad de este proceso.

Al respecto de los KPT, las oficinas de planeación si tuvieron asistencia técnica por parte del DNP, pero para el sector salud no hubo una línea homogénea de socialización y generación de conocimiento, algunos plantearon no haberla tenido, otros que fue tardía y que se dio a través de la dependencia de planeación. Además, se señalaron problemas de suficiencia en el conocimiento por parte de quienes la transmitieron.

7.2.2. Talento humano

Se presentan muchos inconvenientes en relación con el talento humano necesario, en razón a:

- Insuficiencia en las plantas de personal.
- La alta rotación de personal debido a la vinculación por contrato genera pérdidas en conocimiento y afecta los procesos.
- Con frecuencia, al comienzo de la vigencia de un nuevo gobierno, no se cuenta con el talento humano para realizar los procesos de planeación en salud.



7.2.3. Articulación

En materia de articulación se identificaron algunos aspectos críticos. Entre estos:

- Hay dificultades en la articulación entre dependencias de planeación y de salud de la entidad territorial, asociadas a que en las áreas de planeación hay desconocimiento del sector salud y a que existen en estas entidades diferentes formas para la identificación de metas e indicadores.
- La articulación con los demás actores del sector, como las EAPB, es difícil, pues hay debilidad en el compromiso de estas y muchas veces el relacionamiento se limita a la provisión de información obligatoria o a gestiones específicas.
- Se presentan dificultades en la articulación intersectorial a fin de estructurar una planificación coordinada para responder a compromisos derivados del PDSP e incidir en los DSS.
- Para los actores no hay una articulación entre el PTS y el MAITE y por tanto son dos procesos paralelos, que son reiterativos y que generan confusión.

7.2.4. Participación

Se presentaron afectaciones a la participación en el proceso de planeación en salud llevado a cabo en 2020. Al respecto:

- Incidencia negativa para el ejercicio de la participación, por la pandemia por Covid, pues se generaron barreras por las medidas de aislamiento y otros relacionados con debilidad de conocimientos y falta de accesibilidad a mecanismos virtuales.
- Persistieron barreras para la participación, asociadas a la disponibilidad de recursos para el financiamiento de los gastos relacionados con la movilización de las personas, disponibilidad de talento humano para el apoyo los procesos; y otros, que tienen que ver con capacidad de incidencia por parte de quienes hacen la interlocución con la institucionalidad.
- El sector indígena destacó que no se les convocó a participar de la planeación y que en los casos en que han hecho sugerencias no han sido tenidas en cuenta.
- Se señaló que la participación sigue siendo un discurso y que esta tiene serias deficiencias para materializarse en procesos de incidencia.

7.2.5. Financiamiento

Se señaló, de manera predominante, que no hay recursos específicos para financiar las actividades asociadas con los procesos de planeación: Movilización de representantes de comunidades, contratación de sitios y otros aspectos logísticos como equipos y materiales.

7.2.6. Uso y reporte de información

En las secretarías de salud hay conocimiento y claridad respecto de las diferentes fuentes de información requeridas para la formulación de la planeación territorial en salud, y en los otros actores respecto de la que se debe aportar. No obstante, se mencionó que se presentan problemas asociados a: cambios de personal de contrato, oportunidad del flujo de información que se recibe, y debilidades en el conocimiento y en el análisis de información de otros sectores y su incidencia en los DSS; respecto de esto último surge un



planteamiento importante y es que “se adolece de un sistema de información asociado a la intersectorialidad”.

Persisten preocupaciones, en los sectores indígenas, por carencia de información diferencial de sus especificidades.

7.2.7. Enfoque diferencial

Respecto de este enfoque, que se relaciona con la diversidad poblacional (género, etnias, grupos etarios, discapacidad, víctimas, migrantes, etc.) se reconoce que aún no hay una materialización de éste, en la planeación en salud, ni acciones concretas para incidir frente a las barreras e inequidades que afectan a la población diversa. Entre los problemas, se encuentra:

- Hay normas y lineamientos que plantean un “deber ser” respecto del enfoque diferencial en la planeación territorial en salud, pero no se sabe cómo aplicarlo en acciones concretas que atiendan las diversas necesidades y particularidades de la población y los territorios.
- No se cuenta con personal especializado en el tema y que este dedicado a trabajar con estas comunidades.
- Desde el sector indígena, se señala que este enfoque no es tenido en cuenta, pues no se concreta en inclusión y acciones específicas según particularidades y necesidades.

7.3. Factores de éxito

La pregunta planteada fue: ¿Qué factores de éxito o nuevas iniciativas se evidencian en el proceso de planeación territorial en salud en relación con la formulación del PTS, MAITE y el uso del Kit de Planeación Territorial?

En general no se identificaron manifestaciones de procesos novedosos o transformadores de la dinámica de planeación. Sin embargo, si se plantearon algunos factores que influyen positivamente en la misma:

7.3.1. Formulación

- Hay claridad de la importancia de los procesos de planeación en salud, como un ejercicio que permite contar con una hoja de ruta para la atención de situaciones problema y/o necesidades de la población del territorio.
- A pesar de la coyuntura de pandemia, se realizaron los procesos de formulación de los PTS.
- Se reconoce la necesidad de desarrollar procesos metodológicos para contar con diagnósticos y lineamientos estratégicos, en ese sentido existen, por ejemplo, aprendizajes derivados del uso de PASE a la Equidad.
- La experiencia, permite visualizar, por parte de diferentes actores del nivel nacional y territorial, la necesidad urgente de hacer una revisión y articulación de lineamientos e instrumentos de planeación: PTS-MAITE-KPT.



7.3.2. Temas transversales

7.3.2.1. Asistencia técnica

Se rescató la asistencia técnica que se recibió inicialmente (años atrás) con PASE a la Equidad y con el MAITE en 2019.

7.3.2.2. Talento humano

Se destacó que, gracias al talento humano de planta, que tiene estabilidad, se pudo sortear parte del proceso de planeación, sobre todo en la etapa inicial.

7.3.2.3. Articulación

Se reconocen algunas experiencias de articulación exitosas al interior de las secretarías de salud y de estas con las dependencias territoriales de planeación. Igualmente, entre secretarías y las ESE, lo cual generó sinergias que enriquecieron la planeación en salud. Igualmente se considera importante que la planeación en salud se realice de manera articulada con los PDT.

Existe reconocimiento de la necesidad de usar los diferentes instrumentos de planeación y políticas del ámbito nacional (PND, PDSP, ODS) y se procuró incorporarlos como elementos para la definición de líneas estratégicas del PTS.

7.3.2.4. Participación

Cuando los procesos de participación iniciaron desde el comienzo de año, se logró un mejor y más amplio ejercicio de interacción con actores y de captación de visiones y propuestas para la formulación de los PTS.

7.3.2.5. Financiamiento

En los casos en que se dispuso de recursos para la formulación del PTS, se facilitó la realización de actividades, en especial las de participación y lo que este proceso requiere.

7.3.2.6. Uso y reporte de información

En gran parte de las entidades hay conocimiento y claridad respecto del usos de fuentes de información, sectorial y de otros, para la formulación de la planeación territorial en salud. Lo anterior, está asociado con un proceso de apropiación de conocimiento en el sector.

Hay mejor y más clara retroalimentación desde el Ministerio respecto de la información que reportan, lo que ayuda al fortalecimiento del trabajo en las entidades territoriales.

7.3.2.7. Enfoque diferencial

Se reconoce que en los territorios existe un contexto poblacional heterogéneo y que en consecuencia es fundamental la incorporación de un enfoque diferencial en la formulación de la planeación, lo que permitió que en la planeación se tuvieran en cuenta algunos elementos asociados.



8. RECOMENDACIONES

8.1. Formulación y Superposición de procesos

Frente a la formulación de la planeación territorial en salud que tienen que hacer departamentos, distritos y municipios, y a la superposición de procesos, surgen recomendaciones que se deben abordar desde el nivel nacional, dadas las funciones, entre otras derivadas de la Ley 715 de 2001 que se mencionó en el marco normativo (2.1), en las cuales se hace mención a competencias que tienen que ver con formular políticas, coordinar la ejecución, seguimiento y evaluación de planes, expedir regulaciones, dar asesoría y asistencia técnica, etc. (Art. 42).

Si bien, la próxima formulación de estos planes deben realizarse en el primer semestre del año 2024, para hacer los ajustes necesarios y dar directrices oportunas, hay que iniciar un abordaje inmediato desde el nivel central. Para lo anterior, existe una oportunidad coyuntural que hay que aprovechar, pues es un escenario propicio, y es la formulación del PDSP 2022-2031.

Así, de manera general se tiene:

- Respecto del MAITE, se deben superar las incertidumbres existentes y dar respuesta a las expectativas e interrogantes que existen en las entidades territoriales acerca de su aplicabilidad. Para ello, desde el MSPS se tiene que tomar decisiones frente a su continuidad o fusión en nuevos lineamientos.
- Determinar si la metodología PASE a la Equidad en Salud continuará guiando la formulación de los PTS. Esto requiere de su revisión y ajuste, pues a pesar de ser bastante amplia y contar con cierto posicionamiento en los territorios, es compleja, y de difícil implementación considerando el tiempo limitado y las capacidades.
- Adelantar un proceso de socialización y articulación de roles y responsabilidades al interior del MSPS y de las secretarías de salud, fortaleciendo además de la etapa de planeación, las etapas posteriores de implementación, seguimiento y toma de decisiones. Lo que se debe hacer, a través de un plan para el efecto, desde el momento en que se tomen decisiones sobre el MAITE, sobre la metodología PASE y aún sobre los nuevos lineamientos para la planeación territorial en el marco del PDSP 2022-2031.
- Llevar a cabo un proceso de coordinación a nivel nacional, entre el MSPS y el DNP, para unificar lineamientos asociados a la articulación entre los PDT, los PTS y KPT. Para lo cual, es necesario un trabajo de análisis y concertación de directrices unificadas.
- Generar compromisos por parte de otros actores del sistema de salud (EAPB, IPS y ARL) para que, de acuerdo con las disposiciones, se involucren y aporten en la formulación de la planeación territorial en salud. Lo que requiere que el MSPS adelante un proceso de socialización para generar compromisos y que los niveles centrales de las EAPB transmitan a sus operadores a nivel territorial las directrices asociadas; a la par las secretarías de salud deben replicar el llamado y generar acuerdos de trabajo.
- Implementar estrategias para la activación de una instancia territorial de participación e incidencia en las políticas sectoriales en salud. Para esto, el MSPS, en una labor articulada con las secretarías o direcciones de salud territorial, debe revisar si en la práctica los CTSSS se encuentran en funcionamiento y aportan a la



formulación y desarrollo de las políticas, planes, programas y proyectos en salud, tal como fue concebido desde la Ley 100 de 1993. Y según hallazgos, generar una nueva reglamentación

- Impulsar que las diferentes instituciones sectoriales, en el ámbito territorial, contribuyan a la planeación en salud y aporten a la inclusión de líneas de acción intersectoriales que impacten los DSS. Lo que requiere de definiciones y compromisos entre las instituciones que conforman la CISP y su escalamiento a sus pares en las entidades territoriales.

8.2. Temas transversales

8.2.1. Asistencia técnica

Respecto de la asistencia técnica, como acción fundamental para el fortalecimiento de competencias en el talento humano, para la cualificación de procesos y para una interacción coordinada entre actores nacionales y territoriales, se plantea:

- Definir y articular temas estratégicos para la planeación territorial en salud (PDSP, KPT, metodología, sistemas de información, etc.) y llegar con asistencia técnica articulada a las entidades de salud y de planeación territoriales. Para lo cual se requiere de realizar procesos de coordinación entre las dependencias del MSPS y de este con el DNP, y definir planes de asistencia técnica integral y conjunta.
- Escalar la asistencia técnica a municipios para evitar vacíos de información o cambios en el mensaje. Esto exige el uso de herramientas electrónicas y procesos virtuales por parte de profesionales del MSPS y estructurar formas expeditas y continuas de acompañamiento.
- Disponer de contenidos para ser consultadas continuamente por las instituciones, por el personal de planta y contratistas, otros actores y aún por las comunidades para el desarrollo y la participación en la planeación territorial en salud. Se deben diseñar cajas de herramientas que contengan las temáticas fundamentales del ejercicio de la planeación territorial en salud, para ser dispuestas en red.
- Dar asistencia técnica con la mayor oportunidad posible, al iniciar los periodos de gobierno de los mandatarios territoriales, pues el ejercicio de formulación de la planeación territorial y sectorial comienza paralelamente y se limita a 5 meses.
- Brindar asistencia técnica de forma permanente y acompañar otras etapas del proceso de planeación, promoviendo la implementación de ciclos de mejoramiento continuo PHVA.

8.2.2. Talento humano

Las personas delegadas para participar en la conducción y gestión del proceso de formulación de los planes territoriales en salud juegan un papel trascendente en la concreción de la hoja de ruta que guiará la acción de las instituciones del sector y aún de otros involucrados para el avance en el mejoramiento de situaciones que afectan la concreción del derecho a la salud en el territorio. En su labor se dan acciones de consecución y análisis de información, gestión intra e interinstitucional, direccionamiento y acompañamiento de procesos de participación, desarrollo de metodologías y abordaje de enfoques, entre otros. Por tanto, este se identifica como un componente clave, respecto del cual se recomienda:



- Fortalecer la capacidad institucional, asumiendo la planeación como un proceso continuo y no coyuntural. Para lo cual se debe contar con una dependencia o un área o un coordinador permanente del tema (depende de la capacidad de la entidad territorial), en donde esté asignado talento humano con las competencias requeridas para el ejercicio, en lo posible de planta, y que los contratistas estén el mayor tiempo posible y accedan a la asistencia técnica.
- Asignar talento humano para el seguimiento y monitoreo, como parte de la planeación continua. Esto exige que las dependencias de salud asuman esta acción como estratégica, asociada con determinar que tanto se van cumpliendo los lineamientos, las acciones y las metas previstas, y hacer los llamados necesarios para su logro.

8.2.3. Articulación

La articulación se ha identificado como un elemento esencial para la coherencia, generación de sinergias, optimización de esfuerzos y recursos, y mayores impactos; tanto en el ejercicio de la planeación territorial en salud como en relación con la incidencia en los DSS. Como se refirió en el numeral 2.3 sobre articulación y ejercicio armónico, esta se correlaciona con el principio de coordinación dispuesto en la Ley 152 de 1994 u “Orgánica del plan de desarrollo”.

- Articular, entre el MSPS y el DNP, los criterios de identificación de metas e indicadores asociados con la planeación sectorial en salud. Para lo cual es necesario, compatibilizar los procesos de planeación territorial abordados en los PTS y en los KPT.
- Llegar de manera articulada y oportuna a las entidades territoriales tanto para la formulación de los planes de salud como para su implementación. Exige que al interior del MSPS se realicen procesos de planeación conjunta para la asistencia técnica.
- Determinar lineamientos a seguir respecto de la articulación intersectorial para la incidencia nacional y territorial en los DSS. Lo que requiere de definiciones asociadas a la formulación del PDSP, y en el marco de la CISP y de la evaluación institucional que sobre esta se está haciendo.
- Vincular en el territorio a los otros actores del sistema de salud a que contribuyan en los procesos de planeación territorial en salud. Para lo cual, es necesario que las secretarías de salud con el apoyo de los mandatarios regionales realicen la gestión de acercamiento e involucramiento.

8.2.4. Participación

En Colombia, normativamente, la participación es un derecho asociado con la injerencia e incidencia de los actores sociales en la definición de las políticas públicas y de los planes asociados. Tal como ya se ha señalado, para el sector salud y de su planeación en los diferentes niveles, existen lineamientos y disposiciones asociadas. Dado que en estos momentos hay inquietudes de la afectación por la pandemia, por la emergencia de la virtualidad y aún porque se detecta que en algunos lugares esta se ha quedado en el discurso o en el simple cumplimiento de formalidades, se recomienda:

- Activar la participación social, comunitaria y de los diferentes actores en la planeación en salud. Esto implica que, desde el MSPS, se realice una fuerte



actividad de socialización en las entidades territoriales de la política de participación prevista en la Resolución 2063 de 2017, se incorpore como un lineamiento para la planeación territorial asociada con el desarrollo de los componentes del nuevo PDSP.

- Establecer mecanismos de participación efectiva que involucren a la ciudadanía en el proceso de planeación territorial. Lo que exige convocatorias con voceros cualificados y de incidencia de la ciudadanía, en el caso particular del sector poblacional étnico, es necesaria la convocatoria e involucramiento de sus instancias representativas.

8.2.5. Financiamiento

- Disponer recursos para el financiamiento del proceso de formulación de los PTS. Para ello, las secretarías de salud deben apropiarse recursos para su financiamiento.

8.2.6. Uso y reporte de información

La consolidación, análisis, uso adecuado y oportuno de información es fundamental como insumo para la planeación, e igualmente en el seguimiento y monitoreo, y reporte a otras instancias. De lo identificado, se tiene como recomendaciones:

- Unificar criterios a nivel nacional, asociados con indicadores y tipos de reporte. El MSPS y el DNP deben realizar dicha compatibilización y socializarlos oportunamente con secretarías de salud y de planeación territorial para una apropiación institucional y una adecuada coordinación.
- Continuar y fortalecer desde el MSPS, la interacción para la retroalimentación sobre la información cargada periódicamente, pues se identifica que esto ha incidido en el uso de la información y, mejoramiento y cualificación de los reportes. En consecuencia, desde el MSPS se debe tener una programación de interacción regular con las entidades territoriales
- Fomentar el desarrollo de visiones integradoras de la información intersectorial y su incidencia en los DSS. Para lo cual, el MSPS debe impulsar estudios piloto, que lleven a la construcción de baterías de indicadores de carácter intersectorial y su incidencia en la salud. Lo anterior, está asociado con implementar acciones enfocadas a la gestión del conocimiento.
- Inclusión de enfoque diferencial en los registros de información. Para lo cual, el MSPS, en los desarrollos metodológicos y operativos sobre el enfoque diferencial, debe incluirse lo relacionado con información poblacional específica

8.2.7. Enfoque diferencial

Es una exigencia derivada del deber ser plasmado en múltiples lineamientos jurídicos y de política, y de la realidad diversa en términos poblacionales y socioculturales. Por tanto, se requiere:

- Diseñar metodologías y procesos operativos para el abordaje y concreción del enfoque diferencial. Esto requiere que el MSPS defina procedimientos, para que este enfoque se traduzca en acciones con recursos y con la debida participación de los sujetos de derechos.



- Desarrollar procesos piloto de aplicación del enfoque diferencial. Se pueden abordar con determinados grupos étnicos y otros sectores, para luego replicar en otras entidades territoriales y que sean extensibles a diferentes poblaciones. El MSPS, debe contemplar el apoyo a estos procesos.

De manera adicional y compilando las conclusiones y recomendaciones, a continuación, se presenta un cuadro resumen de estas, las cuales son presentadas por categorías de análisis e incluyen tres columnas: la primera relacionada con las conclusiones, la segunda contiene las recomendaciones y una tercera que se denomina requerimientos, en que para los casos en que se considera necesario, incluyen planteamientos de acciones asociadas al cómo proceder.



CATEGORÍA: FORMULACIÓN Y SUPERPOSICIÓN DE PROCESOS		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> •Afectación en el cumplimiento de los tiempos y procesos de participación, consulta y aprobación, en razón a medidas de confinamiento por Covid. •Identificación de tensiones entre las dependencias de salud y planeación, en razón al desconocimiento por parte de las áreas de planeación, en cuanto a las especificidades del sector salud asociadas al SGSSS, el PDSP y la metodología PASE. •Complejidad de la metodología PASE para el abordaje de los procesos, momentos, pasos y actividades en la planeación territorial, sumado al tiempo limitado para la presentación y aprobación por parte de las Asambleas o Consejos. •Débil involucramiento por parte de las EAPB en los procesos de Planeación Territorial en Salud. Se encontró que en las EAPB hay desconocimiento de estos procesos o se consideran independientes a estas actividades. •Deficiente participación de las entidades estatales de otros sectores en la Planeación Territorial en Salud, por desconocimiento de su incidencia en la situación de salud y por priorización de agendas propias, que no reconocen el papel de la intersectorialidad en los determinantes sociales de la salud (DSS). •Suspensión del acompañamiento por parte del Ministerio, rompió contacto con interlocutores en el territorio. •Focalización del acompañamiento en el proceso de planeación del PTS que se presenta a las Asambleas y Consejos junto con el PDT. •Expedición de la Resolución 1147 de 2020 por parte del Ministerio, que suspendió avances del MAITE hasta la definición de nuevas determinaciones. •Falta de definiciones por parte del MSPS frente a como proceder frente a los procesos asociados con MAITE y PTS. 	Definir por parte del MSPS orientaciones a seguir por parte de las entidades territoriales frente al MAITE	Decidir por parte del MSPS frente a la continuidad o nuevos lineamientos del MAITE.
	Determinar si la metodología PASE a la Equidad en Salud continuará guiando la formulación de los PTS.	Revisar y ajustar la metodología PASE, considerando posibilidades de simplificación de la complejidad y tiempos de ejecución acordes con los tiempos de la planeación territorial.
	Fortalecer procesos de articulación entre las dependencias responsables de la Planeación Territorial en Salud del MSPS y coordinar con las Secretarías de Salud el acompañamiento en las etapas de planeación, implementación y seguimiento para la toma de decisiones.	Formular orientaciones y lineamientos de planeación territorial en el marco del nuevo PDSP 2022-2031, una vez se tomen decisiones frente a MAITE y la metodología PASE.
	Llevar a cabo un proceso de coordinación a nivel nacional, entre el MSPS y el DNP, para unificar lineamientos asociados a la articulación entre los PDT, los PTS y KPT.	Promover el trabajo articulado entre el MSPS y el DNP, para la concertación y definición de directrices unificadas entre las dos instituciones.
	Generar compromisos por parte de otros actores del sistema de salud (EAPB, IPS y ARL) para que, de acuerdo con las disposiciones, se involucren y aporten en la formulación de la planeación territorial en salud.	Adelantar por parte del MSPS un proceso de socialización para generar compromisos con la EAPB del nivel central, y promover que dichas directrices sean transmitidas a nivel territorial en articulación con las Secretarías de Salud.
	Implementar estrategias para la activación de una instancia territorial de participación e incidencia en las políticas sectoriales en salud.	Revisar de manera articulada entre el MSPS y las secretarías o direcciones de salud territorial, si en la práctica los CTSS se encuentran en funcionamiento y aportan a la formulación y desarrollo de las políticas, planes, programas y proyectos en salud, tal como fue concebido desde la Ley 100 de 1993. Y según hallazgos, generar una nueva reglamentación.
	Promover la participación efectiva de las diferentes instituciones sectoriales en el ámbito territorial, que contribuyan a la planeación en salud y aporten a la inclusión de líneas de acción intersectoriales con impacto en los DSS.	Promover en el marco de la CISP, la definición de compromisos y acciones intersectoriales entre las entidades que la conforman, así como la gestión de las mismas con sus pares en las entidades territoriales.



CATEGORÍA: ASISTENCIA TÉCNICA		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidad por parte del Ministerio en los procesos de asistencia técnica, son procesos rápidos y sin continuidad. • Afectación del proceso a causa de la emergencia derivada de la pandemia del Covid. • Dificultades de articulación y coordinación en el nivel nacional, que generan mensajes contradictorios y superpuestos. • Ausencia de asistencia técnica sobre planeación en salud, para las secretarías de planeación lo que afecta su interacción con las secretarías de salud. • Desconocimiento de los procesos de planeación territorial en salud, por parte de las EPS, sectores indígenas y algunas ESE. • Bajo involucramiento en los procesos de planeación en salud por parte de los CTSSS. 	Definir temas estratégicos para la planeación territorial en salud (PDSP, KPT, metodología, sistemas de información, etc.) y coordinar y articular las asistencias técnicas desarrolladas por el MSPS para las entidades de salud y de planeación territorial.	Realizar procesos de coordinación entre las dependencias del MSPS y de este con el DNP, y definir planes de asistencia técnica integral y conjunta.
	Programar y realizar asistencia técnica a los municipios para evitar vacíos de información o desviaciones en el mensaje.	Promover desde el MSPS el uso de herramientas electrónicas y procesos virtuales para brindar acompañamiento permanente y de forma expedita.
	Disponer de contenidos para ser consultados continuamente por las instituciones, por el personal de planta y contratistas, otros actores y aún por las comunidades para el desarrollo y la participación en la planeación territorial en salud.	Diseñar cajas de herramientas que contengan las temáticas fundamentales del ejercicio de la planeación territorial en salud, para ser dispuestas en red.
	Brindar asistencia técnica con la mayor oportunidad posible, al iniciar los periodos de gobierno de los mandatarios territoriales, pues el ejercicio de formulación de la planeación territorial y sectorial comienza paralelamente y se limita a 5 meses.	
	Brindar asistencia técnica de forma permanente y acompañar otras etapas del proceso de planeación, promoviendo la implementación de ciclos de mejoramiento continuo PHVA.	

CATEGORÍA: TALENTO HUMANO		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente planta de personal en los territorios • Alta rotación de personal en los territorios debido a los tipos de vinculación por contrato, lo cual genera pérdidas del conocimiento transferido y afecta los procesos. • Ausencia de talento humano para realizar los procesos de planeación en salud, al comienzo de la vigencia de cada nuevo gobierno. 	Fortalecer la capacidad institucional territorial, asumiendo la planeación como un proceso continuo y no coyuntural. Es decir brindando apoyo a las diferentes etapas: Planeación, ejecución, seguimiento y apoyo a la toma de decisiones.	Recomendar que la asistencia técnica brindada por el MSPS sea suministrada a personal de planta idealmente o generar acciones para minimizar la rotación de contratistas. Lo anterior, con el ánimo de fortalecer la capacidad técnica en materia de planeación en salud de los territorios.
	Asignar talento humano para el seguimiento y monitoreo, como parte de la mejora continua.	Sensibilizar a las dependencias de planeación, para que asuman la planeación en salud como una función estratégica, así mismo, incentivar los procesos de seguimiento y monitoreo para el cumplimiento de lineamientos, acciones y metas previstas para la toma de decisiones oportunas.



CATEGORÍA: ARTICULACIÓN		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la articulación entre las dependencias de planeación y de salud de la entidad territorial, asociadas a que en las áreas de planeación hay desconocimiento del sector salud y a que existen en estas entidades diferentes formas para la identificación de metas e indicadores. • Dificultades en la articulación con los demás actores del sector, como las EAPB, en razón a la debilidad en el compromiso de estas. En muchas ocasiones, el relacionamiento se limita a la provisión de información obligatoria o a gestiones específicas. • Dificultades en la articulación intersectorial a fin de estructurar una planificación coordinada para responder a compromisos derivados del PDSP e incidir en los DSS. • Falta de articulación entre el PTS y el MAITE, son dos procesos paralelos, reiterativos y que generan confusión. 	Promover la articulación entre el MSPS y el DNP, para la definición de criterios de identificación de metas e indicadores relacionados con la planeación sectorial en salud.	Homologar y alinear los procesos de planeación territorial abordados en los PTS y en los KPT.
	Coordinar al interior del MSPS la prestación de las asistencias técnicas, para garantizar que se brinda acompañamiento articulado y oportuno a las entidades territoriales tanto para los procesos de formulación de los planes de salud como para su implementación y seguimiento.	Coordinar al interior del MSPS los procesos de planeación territorial en salud y articular las asistencias técnicas.
	Brindar desde el MSPS lineamientos a seguir en relación con la promoción de acciones de articulación intersectorial para la incidencia nacional y territorial en los DSS.	Promover desde la CISP y PDSP (2022-2031) la definición de acciones intersectoriales articuladas.
	Promover en el territorio, la vinculación de otros actores del sistema de salud que contribuyan en los procesos de planeación territorial en salud.	Gestionar desde las Secretarías de Salud y con apoyo de los mandatarios regionales, gestiones de participación e involucramiento en los procesos de planeación territorial en salud.

CATEGORÍA: PARTICIPACIÓN		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Afectación de los procesos de participación a causa de la pandemia por Covid, se generaron barreras a partir de las medidas de aislamiento, sumado a la debilidad en conocimientos y falta de accesibilidad a mecanismos virtuales. • Barreras para la participación por falta de recursos para el financiamiento de gastos de movilización de las personas, talento humano para el apoyo los procesos; y otros, relacionados con la capacidad de incidencia por parte de quienes hacen la interlocución con la institucionalidad. • El sector indígena manifestó que no se les convocó a participar de la planeación y que en los casos en que han hecho sugerencias no fueron sido tenidas en cuenta. • Falta de materialización efectiva de los procesos de participación e incidencia. 	Activar la participación social, comunitaria y de los diferentes actores en la planeación en salud.	Incluir un nuevo lineamiento de planeación territorial en el marco del nuevo PDSP para fortalecer los procesos de participación, previstos en la Resolución 2063 de 2017.
	Establecer mecanismos de participación efectiva que involucren a la ciudadanía en el proceso de planeación territorial.	Desarrollar convocatorias desde las entidades territoriales dirigidas a voceros cualificados y con incidencia ciudadana, en el caso particular del sector poblacional étnico, es necesaria la convocatoria e involucramiento de sus instancias representativas.



CATEGORÍA: FINANCIAMIENTO		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
Falta de recursos específicos para financiar las actividades asociadas con los procesos de planeación: Movilización de representantes de comunidades, contratación de sitios y otros aspectos logísticos como equipos y materiales.	Disponer recursos para el financiamiento del proceso de formulación de los PTS.	Apropiar recursos desde las secretarías de salud para su financiamiento.

CATEGORÍA: USO Y REPORTE DE INFORMACIÓN		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> •Problemas asociados a: Rotación de personal de contrato, falta de oportunidad en la información, falta de conocimiento y capacidad de análisis de la información de otros sectores y su incidencia en los DSS. •Ausencia de un sistema de información asociado a la intersectorialidad. •Carencia de información diferencial de las especificidades de los sectores indígenas. 	Unificar criterios a nivel nacional, asociados con indicadores y tipos de reporte.	Consensuar, armonizar y articular entre el MSPS y el DNP lineamientos, tipos de reporte e indicadores que deben reportar las secretarías de salud y de planeación territorial.
	Fortalecer desde el MSPS procesos de retroalimentación de la información reportada, fortalecimiento de la capacidad de análisis, uso de la información y toma de decisiones oportuna.	Definir un plan de trabajo desde el MSPS que promueva una interacción regular con las entidades territoriales en materia de retroalimentación y seguimiento.
	Fomentar el desarrollo de visiones integradoras de la información intersectorial y su incidencia en los DSS.	Impulsar desde el MSPS, la realización de un estudio piloto, que lleven a la construcción de baterías de indicadores de carácter intersectorial y su incidencia en la salud, implementar acciones enfocadas a la gestión del conocimiento.
	Incluir el enfoque diferencial en los registros de información.	Incluir requerimientos de información poblacional específica en los desarrollo metodológicos y operativos y registros de información que gestione el MSPS.

CATEGORÍA: ENFOQUE DIFERENCIAL		
CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES	REQUERIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> •Falta de claridad, frente a cómo se materializan las normas y lineamientos del enfoque diferencial en la planeación territorial en salud. •No se cuenta con personal especializado en temas de enfoque diferencial, que se encuentre dedicado a trabajar con las comunidades. •El enfoque diferencial no se concreta en inclusión y acciones específicas según particularidades y necesidades, según lo manifiesta la población indígena. 	Diseñar metodologías y procesos operativos para el abordaje y materialización del enfoque diferencial.	Definir desde el MSPS, acciones concretas, con recursos y responsables que promuevan la debida participación de los sujetos de derechos.
	Desarrollar procesos piloto de aplicación del enfoque diferencial.	Pilotear con determinados grupos étnicos y otros sectores, modelos de aplicación del enfoque diferencial y replicar en otras entidades territoriales para que sean extensibles a diferentes poblaciones.



ANEXOS

Anexo 1.

Tabla complementaria mapa de actores según nivel y funciones y/o competencias

PLAN	NIVEL	ACTOR	FUNCIONES Y/O COMPETENCIAS
PTS	Nacional	MSPS	42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación. 42.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 42.4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud." (Art. 42-Ley 715 de 2001).
	Departamental o Distrital	Secretaría, dep/to u oficina de planeación	Apoyar de manera coordinada con la Dirección o Secretaría de salud la preparación del PTS (Derivado del Art. 41 de la Ley 152 de 1994)
		Dirección o Secretaría de Salud	43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional. (Art. 43-Ley 715 de 2001). Res. 1536 de 2015. Planeación integral para la salud. A cargo de las ET (Art. 1).
		Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	Organismo que deberá ser consultado para la realización de aportes (Art. 5-Res. 1536 de 2015)
		Consejo de Política Social	Organismo que deberá ser consultado para la realización de aportes (Art. 5-Res. 1536 de 2015)
		EPS/EAPB	Encargados de elaborar la caracterización poblacional (Art. 13 y 14 Res. 1536 de 2015) Diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida... ajustados a las prioridades territoriales en materia de salud pública (14.2) Realizar las acciones de gestión del riesgo individual de sus afiliados (14.3) Concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del PTS, en articulación con las entidades territoriales de salud, ..., en el marco de sus competencias (14.4)
		ARL	Encargados de elaborar la caracterización poblacional (Art. 13 Res. 1536 de 2015) Realizar las acciones de gestión del riesgo individual de sus afiliados de origen laboral (15.2) Concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del PTS, en articulación con las entidades territoriales de salud, ..., en el marco de sus competencias (14.4)
	Otros actores organizativos, institucionales y empresariales identificados	De acuerdo con la Actividad 4 "Caracterización de actores" del Paso 1 de la metodología PASE en cada caso y según particularidades se identificaran los actores clave a participar en el proceso según requerimientos (Página 43).	
MAITE	Nacional	MSPS	42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación. 42.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 42.4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud." (Art. 42-Ley 715 de 2001). Acompañamiento a las ET (Art. 3. Res. 2626 de 2019) en la planeación, formulación y adopción (Art.9 Res. 2626 de 2019)
	Departamental o Distrital	Dirección o Secretaría de Salud	Planeación, formulación y adopción (Art.9 Res. 2626 de 2019) Responsable de la implementación y seguimiento (Art. 3. Res. 2626 de 2019)
		EAPB	Responsable de la implementación y seguimiento (Art. 3. Res. 2626 de 2019)
		IPS	Responsable de la implementación y seguimiento (Art. 3. Res. 2626 de 2019)
		Otros actores convocados	De acuerdo con el Art. 6 de la Res. 2626 de 2019, el MAITE "es el conjunto de acciones y herramientas que a través fde acuerdos institucionales y comunitarios orienta de forma articulada la gestión..."



Anexo 2. Fichas de caracterización entidad territorial

ESTUDIO PLANEACION TERRITORIAL EN SALUD					
Título: Ficha de caracterización territorial de xxxxxxxxxxxxxx	Dependencia: Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	Autor: Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública	Fecha:		
FECHA DE ELABORACION	dd/mm/aaaa				
DATOS GENERALES					
Nombre Entidad Territorial	XXXXXXX	Categoría departamental 2019		No. de municipios	XX
Región PND					
Naturaleza de la DTS:					
Nombre del Gobernador :	XXXXXXX				
Nombre del Secretario(a) /Director(a) de Salud:					
Organigrama DTS					
POBLACION					
Total población en el departamento					
Porcentaje población departamento del total nacional					
Densidad poblacional					
Poblacion urbana/rural					
Total población hombres					
Total población mujeres					
<small>Fuente: DANE. Proyección población nacional https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/series-de-poblacion</small>					
Pertenencia Etnica			Resguardos indígenas		
Población indígena		No. de Pueblos:		No. de Resguardos indígenas en el territorio	
Población negra, mulata o afrocolombiana				Población en resguardos indígenas	
Población raizal				No. de territorios colectivos comunidades negras	
Población rom				<small>Fuente: DANE</small>	
Población palenquero					
Población etnica total					
<small>Fuente del capitulo población: https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/91000</small>					
SALUD					
Valores País			Perfil Epidemiológico Valores Departamento		
<small>Fuente: Cubo indicadores. Cálculos Bodega de Datos de SISPRO. Consultado el 21 de Agosto de 2019</small>					
AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD					
	Total afiliados	% de afiliados del total	Contributivo (%)	Subsidiado (%)	Excepción (%)
TOTAL EPS:					2.17%
<small>Fuente: MSPS. Cifras del aseguramiento en salud con corte a Julio de 2019. Nota: ** Afiliados movilidad contributivo https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx</small>					
Población Pobre No Afiliada certificada con corte a Julio de 2019		<small>Nota: La PPNA corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN que se encuentra en los puntos de corte establecidos en la resolución 3778 de 2011, y que no se encuentra afiliada al SGSSS ni cubierta por los regímenes especiales y de excepción. El dato se calcula con las cifras del año anterior, esto es para el año 2018, corresponde a la aplicación de la metodología de estimación sobre datos al cierre de la vigencia 2017.</small>			
<small>Fuente: MSPS. Cifras del aseguramiento en salud con corte a Julio de 2019</small>					
OBSERVACIONES					
<small>Carrera 13 N° 32- 76 - Código postal 110311, Bogotá D.C. Teléfono: (57-1) 3305000 – Línea gratuita: 018000960020 – fax: (57-1) 3305050 – www.minsalud.gov.co.</small>					



**ESTUDIO “PLANEACIÓN TERRITORIAL EN SALUD”
INFORMACIÓN POBLACIONAL DIFERENCIAL ENTIDADES TERRITORIALES DE LA
MUESTRA
Departamento de ...**

I. Población étnica

1. Población Indígena

1. Total población Indígena	
2. Porcentaje respecto del total indígena nacional*	
3. Porcentaje respecto del total población departamento*	
4. No. de pueblos indígenas	
5. Nombre de los pueblos indígenas**	
6. No. resguardos***	

* Población indígena nacional, según censo 2018 DANE: 1.905.617. Población total departamento, censo 2018: ...

** “Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica” elaborado por el DANE en 2007 (Pág.: 21).

*** DANE. Tabla de resguardos indígenas por municipio 2018

2. Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP)

1. Total población NARP	
2. Porcentaje respecto del total NARP nacional*	
3. Porcentaje respecto del total población departamento*	
4. No. Títulos Colectivos de Comunidades Negras (TCCN)	

* Población NARP nacional, según censo 2018 DANE: 2.982.224. Población total departamento, censo 2018:

II. Víctimas del conflicto armado

Acorde con la información de la Unidad de Víctimas contenida en el RUV, con corte a 31-01 de 2021 se tiene*:

	Víctimas por ubicación**	Sujetos de atención***
Total		
Porcentaje respecto a total nacional		

*Tomado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>

**Víctimas por ubicación: “Personas reconocidas en el marco de la Ley 1438/2011, que de acuerdo con la última ubicación conocida vive en el territorio”. A nivel nacional son: 9.106.309.

***Víctimas sujetos de atención: “Personas reconocidas en el marco de la Ley 1438/2011, que pueden acceder efectivamente a las medidas de atención y/o reparación. No presentan novedades por fallecimiento a causa o no del hecho victimizante, identificadas con números de documento válidos y han solicitado ayuda humanitaria directamente o a través de un familiar, que de acuerdo con la última Ubicación Conocida vive en el territorio”. A nivel nacional son: 7.344.338.

III. Migrantes

Enfatiza en la migración venezolana por su alto impacto. Se incluyen datos generales y específicos de atención en salud.



BIBLIOGRAFÍA

Departamento Nacional de Planeación. 2018. *Documento CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia.* Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES-.

Departamento Nacional de Planeación. 2019. *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad.* Imprenta Nacional de Colombia.

McNall Miles, Foster-Fishman Pennie G. 2007. *Methods of Rapid Evaluation, Assessment, and Appraisal.* Michigan State University. American Journal of Evaluation, Vol. 28 No. 2, June 2007 151-168.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú.* Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-. 2014. *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos.* Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. *Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021).* Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales -OAPES- Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública.

Naciones Unidas-Asamblea General. 2015. Resolución Aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. A/Res/70/1. Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Normatividad citada

Constitución Política de Colombia.

Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

Ley 152 de 1994. “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”.

Ley 715 de 2001. “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”.

Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones”.



Ley 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

Resolución 1841 de 2013. “Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021”.

Resolución 1536 de 2015. “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”.

Resolución 2063 de 2017. “Por la Cual se adopta la Política de Participación Social en Salud -PPSS”.

Resolución 2626 de 2019. “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE”.

Resolución 1177 de 2020. “Por la cual se modifican los artículos 9 y 10 de la Resolución 2626 de 2019 en relación con la ampliación de unos pasos”