

Plan Decenal de Salud Pública **PDSP 2012-2021**
Estrategia **PASE** a la Equidad en Salud

LINEAMIENTOS
METODOLÓGICOS,
TÉCNICOS Y
OPERATIVOS



Plan Decenal de Salud Pública **PDSP 2012-2021**
Estrategia **PASE** a la Equidad en Salud

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS, TÉCNICOS Y OPERATIVOS





ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

CLAUDIA MILENA CUÉLLAR SEGURA
Directora (E) de Epidemiología y Demografía

DOLLY ESPERANZA OVALLE
Directora de Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC



Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021
Estrategia PASE a la Equidad en Salud

La salud en Colombia la construyes tú

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS, TÉCNICOS Y OPERATIVOS

ELABORACIÓN

Ministerio de Salud y Protección Social

Martha Lucía Ospina Martínez
Jacqueline Acosta de la Hoz
Ruth Nancy Londoño de M.
Sandra Liliana Fuentes Rueda

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Paulo Javier Lara Amaya
Maritza Pomares Quimbaya
Lina Margarita Bravo Ardila

Universidad Externado de Colombia UEC

Norma Lilia Rubiano
Juan Andrés Castro

ISBN: 978-958-8903-45-3

Colaboraron

En el Ministerio de Salud y Protección Social

Equipo Técnico

Dirección de Epidemiología y Demografía

Margie Simone Martínez
Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández
Alba Liliana Navarrete Ávila

Análisis de Situación de Salud

María Belén Jaimes Sanabria
Luz Stella Ríos Marín
Sonia Liliana Guzmán Rodríguez
Astrid Berena Herrera López
Claudia Marcela Moreno Segura

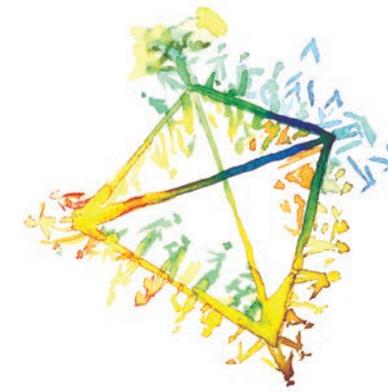
Equipo Técnico

*Oficina de Tecnologías de la Información
y la Comunicación TIC*

Patricia Delgado Rodríguez
Luz Emilse Rincón Medrano
Luz Dary Baquero

Coordinación Grupo de Comunicaciones

Ricardo Adolfo Amórtegui González



En el Fondo de Población de las Naciones Unidas

Julio Cesar Vergel Garnica
Gloria Milena Gracia Charry
Natalia Andrea Rincón Pardo
Alan Aguía Agudelo
Diana Carolina Franco Medina

En la Universidad Externado de Colombia

Alejandro González
Oscar Rodríguez Cortés
Fabián Gerardo Díaz
José Rafael Navarro Rubiano
Orlando Velasco
Sandra Paola Agudelo
Ivonne Montaña
Linamaría Martínez
Daniel Torres
Nadia Cabrera
Jhon Alexander Viasús Rodríguez

Asesor editorial

William Castaño Marulanda

Agradecimientos especiales

*El Ministerio de Salud y Protección Social,
UNFPA y la Universidad Externado de Colombia
agradecen los aportes realizados
por las siguientes personas en el
Ministerio de Salud y Protección Social*

Enior Fernando Prieto Murillo
Rodrigo Antonio Hernández
Lida Rocío Gutiérrez R.
Sonia Liliana Guzmán
Luz Stella Ríos
Claudia Milena Cuellar S.
Martha Ospino
Ana María Cortés
Cesar Augusto Jaramillo

Carlos Mauro Vanegas
Amanda Valdés
Luis Alfredo Ruiz Devia
Martha Lucia Tafur
Lizeth Adriana González

De igual forma, agradecen las recomendaciones elaboradas por el Grupo de Asistencia Territorial Unificada (ATU) conformado por:

Olga Clemencia Henao
Margarita Lucia Gómez Echeverry
Christian Jiménez Ramírez
Héctor Enrique Villota Romo
Adriana Otero Perdomo
Jenny González Vargas
Ibett Cristina Manrique Forero
Sugey Henríquez
Helia Fenora Neira Zapata
Ligia Herrera Mestre
Diana Milena Castañeda Hernández
Claudia Lily Rodríguez Neira
Jaime Vargas Salamanca
Luis Alfonso Sierra
Cilia Yaneth Gómez
Marlon Fernando Tejedor Bonilla

Un agradecimiento muy especial a los equipos municipales y departamentales del Meta

Pablo Andrés Rodríguez
Municipio Guamal: Sec. Planeación

Soraya Rincón Navarrete
Municipio Guamal: Coordinación PST

Yuri Andrea Carvajal
Municipio El Castillo: Coordinación PST

Irma Rocío Galvis
Departamento del Meta: Equipo de Gestión

Luz Helena Páramo
Departamento del Meta: Sec. Salud

Yesica Lorena Patarroyo
Municipio Mesetas: Coordinación PST

Andrés Ardila
Municipio de Mesetas: Planeación y GELP & D

Luz Derly Ortiz Cocuy
Municipio Vista Hermosa: PTS y Sisben

Yolima Parrado Ortiz
Municipio Vista Hermosa: Coordinadora de PTS

Diana Londoño
Municipio Vista Hermosa: Comunitario

Realización editorial y gráfica

Cometa Cooperativa

Coordinación editorial

Diego Alvarez Campos

Diseño, diagramación e ilustración

María Cristina Rueda Traslaviña
Wilson Martínez Montoya

Equipo didactización

Nelson Amaya
Camilo Zambrano
Laura Hernández Zuluaga
Paola Vargas
María Cristina Rueda Traslaviña
Diego Alvarez Campos

ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|---|
| AIEPI | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia | IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| APS | Atención Primaria en Salud | ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| ARL | Administradoras de Riesgos Laborales | IVC | Inspección, Vigilancia y Control |
| ASIS | Análisis de Situación de Salud | MFMP | Marco Fiscal de Mediano Plazo |
| ATU | Asistencia Territorial Unificada | MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| BIT PASE | Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía | OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| BVS | Biblioteca Virtual en Salud | PAC | Programa Anual Mensualizado de Caja |
| CDSS | Comisión de Determinantes Sociales | PDSP | Plan Decenal de Salud Pública |
| CONPES | Consejo Nacional de Política Económica y Social | PDT | Plan de Desarrollo del Territorio |
| DNP | Departamento Nacional de Planeación | PFT | Plan Financiero Territorial en Salud |
| EDA | Enfermedad Diarreica Aguda | PNSAN | Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional |
| EGI | Estrategias de Gestión Integrada | POA | Plan Operativo Anual |
| ENT | Enfermedades No Transmisibles | POI | Planes Operativos de Inversiones |
| EPS | Entidades Promotoras de Salud | POS | Plan Obligatorio de Salud |
| ESE | Empresas Sociales del Estado | POT | Plan de Ordenamiento Territorial |
| IAAS | Infecciones Asociadas a la Atención en Salud | PTS | Planes Territoriales de Salud |
| ICA | Instituto Colombiano Agropecuario | SGP | Sistema General de Participaciones |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos | SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| IRCA | Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano | SISPRO | Sistema Integral de Información de la Protección Social |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio | SIVIGILA | Sistema Nacional de Vigilancia |
| OMS | Organización Mundial de la Salud | SSR | Salud Sexual y Reproductiva |
| | | TIC | Tecnologías de la Información y la Comunicación |
| | | UEC | Universidad Externado de Colombia |
| | | UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de la Ley 152 de 1994, Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011, y el artículo 2 de la Resolución 1841 de 2013, reglamentó mediante la Resolución 1536 de 2015, el proceso de planeación integral para la salud. Además, observando el principio de autonomía territorial, adoptó, entregó y transfirió a los departamentos, distritos y municipios, la *Estrategia Pase a la Equidad en Salud*. Este documento es el resultado de meses de trabajo entre las diferentes direcciones técnicas del Ministerio de Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Universidad Externado de Colombia.

La *Estrategia PASE a la Equidad en Salud* se desarrolla dentro del Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido como “el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud”. La estrategia plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permitirán a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los Planes Territoriales de Salud.

Además, inscribe la acción dentro de las competencias misionales de la autoridad sanitaria, reconociéndola y fortaleciéndola para la construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la función planificadora del Estado en el territorio. Logra este propósito mediante la transferencia de elementos de la gestión pública que permitan mejorar el reconocimiento y la comprensión de los escenarios reales y la respuesta para la transformación de dichos contextos por medio de la formación activa de los agentes que intervienen en la planificación territorial,

facilitando de esta forma la formulación de un Plan Territorial de Salud con visión de futuro 2021, y con alcance en la gestión de forma gradual en cada uno de los períodos de gobierno territorial involucrados.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 22, 27, 30, 35 y 43 de la Resolución 1536 de 2015, facilita a los responsables de los procesos de planeación integral en salud, las herramientas tecnológicas denominadas “tablas de trabajo 3M10P”, desarrolladas en Excel y la Plataforma Web y fuera de línea del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud –SISPRO, con las cuales es posible pasar del discurso a la acción, convirtiéndose ésta última en el canal de integración de la información al Sistema de Información en Salud. Lo anterior permite disponer salidas parametrizadas para monitorear y evaluar la gestión y los resultados obtenidos en los territorios, articulándose con el Sistema de Evaluación y Calificación del Desempeño y a la Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.

A partir de este momento, todas las administraciones territoriales disponen de las herramientas que, respetando su autonomía, les permitirán elaborar los Planes Territoriales de Salud armonizados con los instrumentos de planeación territorial, bajo los contenidos mínimos y la estructura básica definidos en la Ley 152 de 1994, y con la articulación de los diferentes niveles de gobierno y comunidad.

El Ministerio de Salud se complace en poner a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los *Lineamientos Conceptuales*, los *Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos* y la *Planeación y gestión integral en salud en el marco del PDSP 2012-2021*, de la *Estrategia PASE a la Equidad en Salud* didactizados, los cuales serán, junto con las herramientas tecnológicas, los insumos claves para avanzar hacia la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible y sustentable, sueños que todos hemos inscrito en la *visión de salud para Colombia al 2021*.

En esta publicación entregamos los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos para la planeación integral en salud.



Introducción

El presente documento contiene los Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, expuestos a través de los procesos necesarios para la formulación integral de Planes Territoriales de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Resolución 1536 de 2015.

Este documento presenta los *Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos* para que las entidades territoriales adelanten el ejercicio de planeación integral en salud, vinculando los instrumentos y herramientas para que, de manera participativa y por medio del reconocimiento de las características y necesidades de los territorios, contribuyan al logro de las metas del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021: la equidad en salud, la afectación positiva de los determinantes de la salud y la mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad.

Estos lineamientos incluyen una secuencia de cinco procesos que se encuentran inscritos en el marco del ciclo de la gestión pública en los componentes de planificación e implementación, estos son: Alistamiento Institucional, Ruta Lógica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud (PTS), Gestión Operativa, Sistema de Monitoreo y Evaluación, y Rendición de Cuentas. El presente texto da cuenta de los tres primeros procesos, los otros dos serán abordados en publicaciones posteriores.

Los lineamientos que aquí se presentan están dirigidos a las entidades territoriales, en particular a los equipos territoriales responsables de la formulación participativa de PTS bajo las directrices establecidas por el PDSP. Con ellos se busca que los territorios puedan responder, a través de los PTS, a sus características y necesidades propias, y contribuir así con el logro de tres grandes objetivos en salud: 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) lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Los *Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos* que se presentan en este documento se desarrollaron a través de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Universidad Externado de Colombia (UEC).

Estos lineamientos hacen parte de un conjunto de documentos que sirven de apoyo en los procesos de formulación de planes territoriales de salud, y en los procesos de asistencia técnica, por lo que su uso no supe el proceso presencial de formación de capacidades. Cabe anotar que el lineamiento conceptual y metodológico se complementan mutuamente. Igualmente, el Ministerio ha dispuesto un conjunto de herramientas tecnológicas para la planeación integral en Salud: SISPRO, ASIS, 3M10P y SME que facilitan la consulta y disposición final de la información.



El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 43 de la Resolución 1536 de 2015, pone a disposición de los responsables de la planeación integral en salud, ayudas tecnológicas denominadas “tablas de trabajo 3M10P”, desarrolladas en Excel, las cuales son útiles para ayudar a organizar la información que deberá ser ingresada a la Plataforma Web del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud -SISPRO-, según lo establecido en los artículos 22, 27, 30 y 35 de la mencionada Resolución.

Estrategia PASE a la Equidad en Salud

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud es un conjunto de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral del PTS. La Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de PTS, de acuerdo con el PDSP 2012-2021.

Dado que el PDSP representa un cambio de paradigma en la forma de comprender la salud y la planeación territorial, y su desarrollo e implementación en las entidades territoriales exige el desarrollo de nuevos conocimientos, destrezas, información y herramientas, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud incluye cuatro elementos que deben combinarse armónicamente a fin de lograr no solo la formulación técnica de PTS, sino también, la generación de capacidades y competencias en las entidades territoriales para la planeación en salud, con el fin de asegurar su integralidad y transectorialidad, así como la participación activa de las administraciones y de la sociedad civil en la producción colaborativa de nuevo conocimiento. 

FIGURA 1. Componentes Estrategia PASE a la Equidad en Salud



Lineamientos metodológicos para la planeación integral en salud

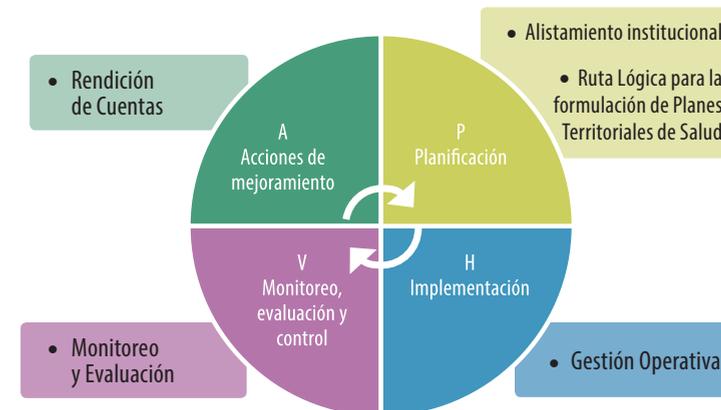
La secuencia metodológica en el marco del ciclo de gestión pública

Ya que desde el nivel nacional se han adoptado normas técnicas de gestión de calidad basadas en procesos, el ciclo de gestión de los PTS se inscribe en el marco de la metodología conocida como PHVA: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar.

Cada una de estas cuatro etapas se desarrolla a través de una serie de procesos a partir de los cuales se despliegan los momentos, pasos y actividades para el desarrollo del ciclo de la gestión pública.

A continuación, bajo la metodología PHVA se expresa la forma como se despliegan los procesos de: 1. Planificación. 2. Implementación. 3. Monitoreo, evaluación y control en los procesos. 4. Las acciones de mejoramiento establecidas en el marco de la gestión pública.

FIGURA 2. Ciclo de gestión integral de la salud



Los lineamientos que aquí se exponen tienen como objetivo brindar las orientaciones necesarias para poner en práctica la primera etapa, es decir, la planificación, que se desarrolla a través de los procesos de Alistamiento Institucional y Formulación de PTS; y parcialmente se desarrolla la etapa de implementación a través del Componente Operativo y de Inversiones en Salud del PTS y el Plan de Acción en Salud (PAS).

TENGA EN CUENTA

Con el fin de materializar la propuesta conceptual a través de los desarrollos metodológicos, pedagógicos y técnicos, los presentes lineamientos describen la secuencia de procesos, momentos, pasos y actividades que, de forma paralela, configuran los elementos para la puesta en marcha de las orientaciones pedagógicas dirigidas a los equipos que brindan asistencia técnica en las diferentes entidades territoriales del país.

REFERENCIAS

Lineamientos Conceptuales Estrategia PASE a la Equidad en Salud (MSPS-UNFPA-UEC, 2015).



RECUERDE

La secuencia metodológica asume una serie de principios y fundamentos que buscan la comprensión integral en los procesos de planeación, de suerte que la metodología se expresa en una secuencia lógica, sistemática y ordenada, de procesos, momentos y pasos para los que se dispone de una batería de herramientas técnicas y tecnológicas que permiten a los grupos de trabajo territoriales la concreción satisfactoria de planes coherentes, consistentes e integrales.



TENGA EN CUENTA

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 22, 27, 30, 35 y 43 de la Resolución 1536 de 2015, facilita a los responsables de los procesos de planeación integral en salud las herramientas tecnológicas denominadas “tablas de trabajo 3M10P”, desarrolladas en Excel y la Plataforma Web y fuera de línea del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud –SISPRO, con las cuales es posible pasar del discurso a la acción, convirtiéndose ésta última en el canal de integración de la información al Sistema de Información en Salud –SISPRO.

Tres grandes hitos en la implementación del PDSP

En el horizonte del PDSP existen tres grandes hitos que marcarán la formulación de PTS desde la perspectiva del PDSP:

- 1 Durante el periodo **2012-2015** las entidades territoriales realizaron un proceso de armonización del PDSP a las condiciones del Plan de Desarrollo (PD) y PTS vigentes.
- 2 En el periodo **2016-2019**, con la presencia de nuevos mandatos locales y nuevos PD, se realizará la formulación de nuevos PTS acordes con el PDSP.
- 3 En el periodo **2020-2023** se establecerán nuevos PTS y se evaluará el impacto de la ejecución del PDSP.

Las orientaciones metodológicas que se presentan en la Figura 3, contribuirán con la comprensión de los tres procesos o grandes hitos en la implementación del PDSP:

FIGURA 3. Periodos de gobierno territorial. Las tres generaciones de los PTS.



Fuente: Lineamientos Conceptuales. Estrategia PASE a la Equidad en Salud, 2014.

Contexto: preparación de condiciones institucionales

Con el propósito de implementar el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en el país, el Ministerio de Salud adelantó entre 2013 y 2014 una estrategia de preparación de condiciones institucionales para adaptar, armonizar y adoptar el PDSP en los territorios.

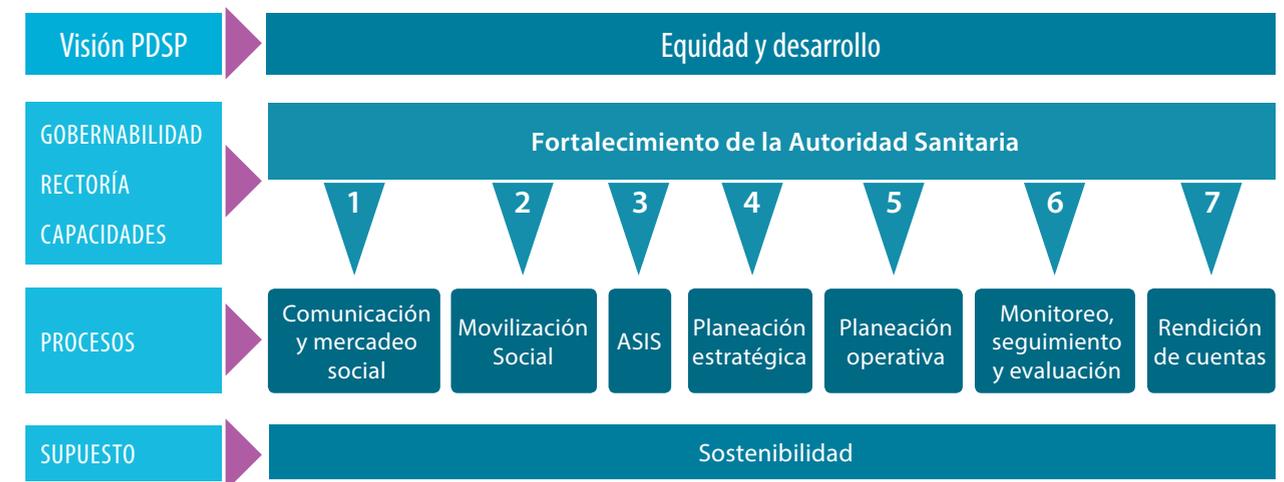
La estrategia contempló el desarrollo de un modelo de Asistencia Técnica Regional Unificada (ATRU) que se llevó a cabo mediante la firma del Convenio 310 de 2013 con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Además, de manera simultánea se adelantó el proceso de adaptación del Modelo BIT-PASE y de la estrategia de Asistencia Técnica y Formación Activa “PASE al Desarrollo” para la formulación de los planes territoriales e institucionales de salud en el marco del PDSP, junto con los instrumentos para la gestión del desarrollo en el ámbito territorial, para lo cual se firmó el Convenio 745 de 2013 y 084 de 2014 con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).



REFERENCIAS

Balance, interacciones y tensiones entre la dinámica Poblacional, Ambiental, Social y Económica (Véase: www.pasealdesarrollo.org)

FIGURA 4. Estrategia de preparación de condiciones institucionales para adaptar, armonizar y adoptar el PDSP en los territorios



Fuente: Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado para la implementación del PDSP, 2012-2021 (MSPS y OPS 2013c).

Los principales resultados del proceso de Alistamiento Institucional del PDSP

Agosto 2013-2015

Posicionamiento regional del PDSP

Entre agosto de 2013 y junio de 2014 se visitaron todos los departamentos y los distritos de Bogotá D.C., Cartagena, Barranquilla y Santa Marta. Se socializó el PDSP y se desplegó la asistencia técnica en los municipios priorizados.

Resultados de este proceso:

4.597 Funcionarios asistieron a la capacitación.

Se logró el acompañamiento, asistencia y capacitación en 100 de los 152 municipios priorizados (66%) donde además se han transferido capacidades básicas tendientes a formular el PDSP 2012-2021.

Acuerdos políticos e institucionales

Se firmaron actas para consolidar los acuerdos de compromiso con las gobernaciones, distritos y municipios priorizados. De igual forma, se conformaron equipos integrados por funcionarios de comunicación y planeación.

Identificación de potencialidades y oportunidades de mejora a los planes de salud territoriales

Se realizó la autoevaluación de los procesos de planeación integral en salud a partir de los PTS 2012-2015 y los PD vigentes. Esto permitió que las entidades territoriales se autorreconocieran en sus procesos de planeación.

Además, durante la asistencia técnica regional unificada participaron las distintas dependencias o direcciones sectoriales y se obtuvieron 36 documentos de análisis crítico o a profundidad de las potencialidades y oportunidades de mejora para incluir en el proceso de planeación integral en salud.

Migración del PTS 2012-2015 a la estructura del PDSP

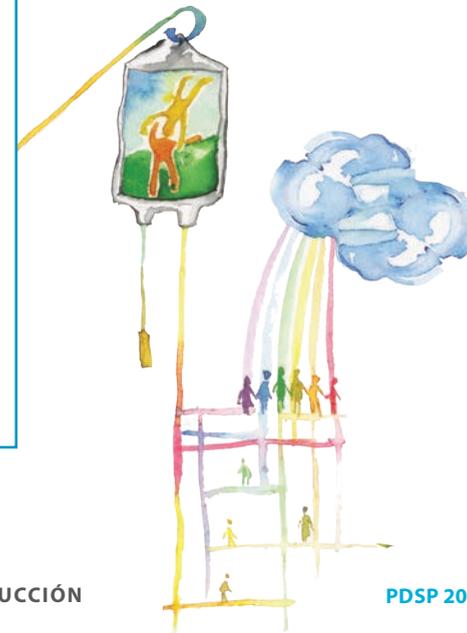
Se realizó el diligenciamiento del aplicativo para la migración de los PTS departamentales y distritales 2012-2015, con el objetivo de documentar la línea de base de planeación que permita medir el salto cualitativo, cuando se armonicen dichos planes bajo la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

Avance del proceso de comunicación y mercadeo social

Se realizó la construcción y adaptación de las herramientas e instrumentos de relacionamiento con stakeholders (aquellos actores interesados y afectados por la implementación de la Estrategia), generando y construyendo el “kit de comunicaciones y análisis de matriz vinculante”.

Armonización PTS (2012-2015) con la metodología PASE a la Equidad en salud

Se implementó la estrategia PASE a la Equidad en Salud y se brindó asistencia técnica a las entidades territoriales para realizar el proceso de planeación integral en salud y adelantar la armonización de los PTS en la herramienta tecnológica de planeación integral en salud dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.



TENGA EN CUENTA

Los resultados obtenidos en esta primera fase de preparación de condiciones institucionales se convierten en el insumo fundamental para las etapas siguientes, como son: la implementación de la Ruta Lógica para la planeación integral en salud, la Gestión Operativa, el Sistema de Monitoreo y Evaluación, y la Rendición de Cuentas.

Estrategia **PASE** a la Equidad en Salud:

Secuencia Metodológica para la Planeación Integral en Salud

El presente documento aborda la Secuencia Metodológica de los procesos de Alistamiento Institucional, Ruta Lógica para formulación de PTS y la Gestión Operativa para la planeación integral en salud. El proceso de Monitoreo y Evaluación así como el de Rendición de Cuentas serán parte de otras publicaciones que dispondrá el Ministerio de Salud.



Primer proceso
Alistamiento institucional

1. Momento de Organizar

PASO 1 Generación de condiciones político-institucionales

- ACTIVIDAD 1. Incidencia y diálogo político
- ACTIVIDAD 2. Designación del equipo técnico
- ACTIVIDAD 3. Elaboración Plan y Cronograma de Trabajo
- ACTIVIDAD 4. Caracterización de actores

PASO 2 Definición de recursos para la Planeación Integral en Salud (PTS)

- ACTIVIDAD 5. Identificación de recursos disponibles

PASO 3 Sondeo de información y análisis de situación en salud (ASIS)

- ACTIVIDAD 6. Elaboración-actualización de ASIS y caracterización de población afiliada a las EAPB
- ACTIVIDAD 7. Sondeo de instrumentos de planeación vigentes

2. Momento de Dinamizar

PASO 4 Movilización de actores institucionales

- ACTIVIDAD 8. Convocatoria actores institucionales
- ACTIVIDAD 9. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud

PASO 5 Movilización de actores comunitarios

- ACTIVIDAD 10. Convocatoria actores comunitarios
- ACTIVIDAD 11. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud



Segundo proceso
Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud

1. Momento de Identificar

PASO 1 Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

- ACTIVIDAD 1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio
- ACTIVIDAD 2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica
- ACTIVIDAD 3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

PASO 2 Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

- ACTIVIDAD 4. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud y ASIS
- ACTIVIDAD 5. Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

PASO 3 Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio

- ACTIVIDAD 6. Identificación de tensiones en salud
- ACTIVIDAD 7. Valoración y validación de tensiones

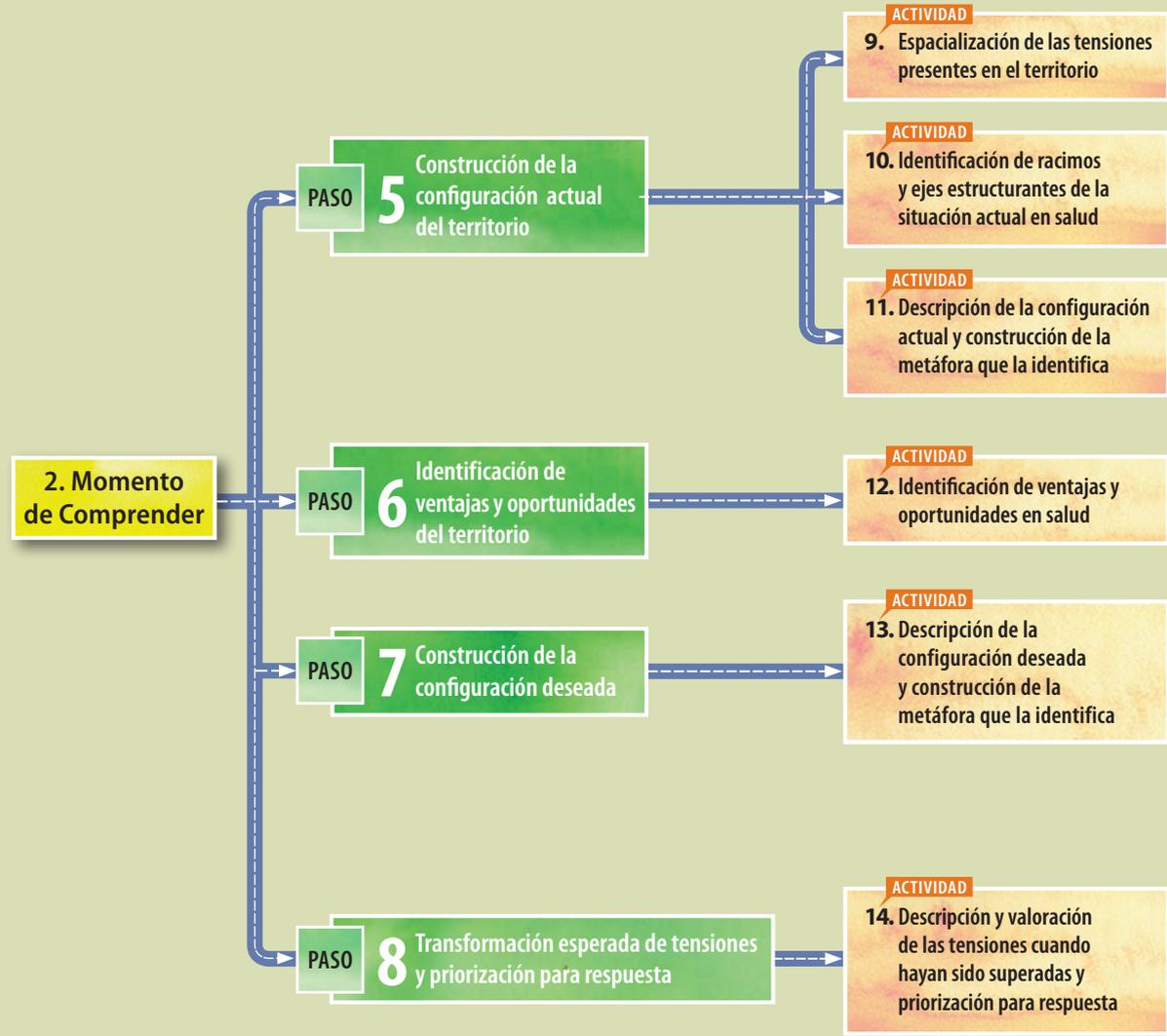
PASO 4 Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión

- ACTIVIDAD 8. Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para comprensión

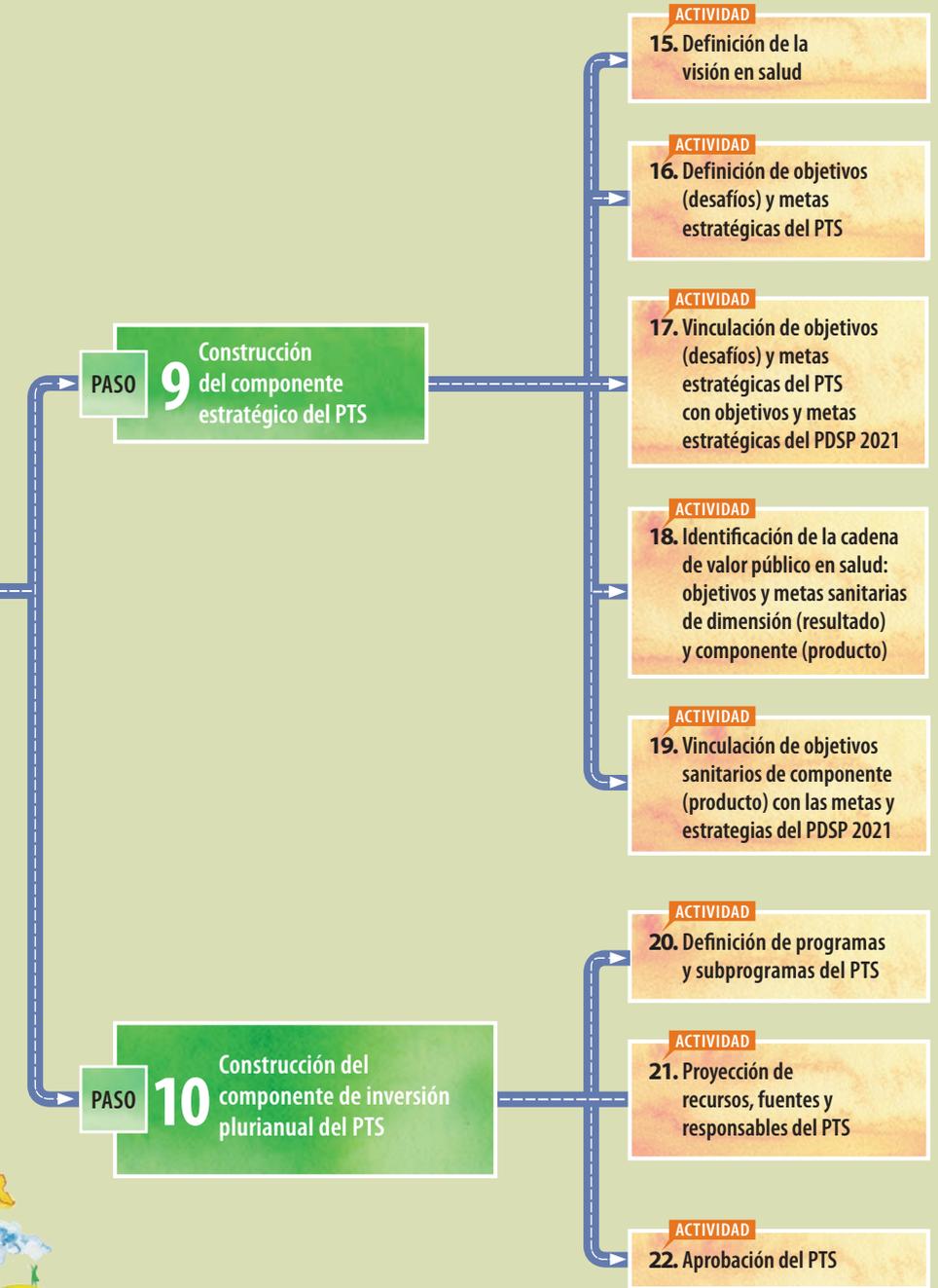
2. Momento de Comprender *Se desarrolla en la pág. 26*

3. Momento de Responder *Se desarrolla en la pág. 27*





3. Momento de Responder



Tercer proceso
Gestión operativa

1. Momento de Programar

PASO 1
Elaboración
Componente
Operativo Anual
de Inversiones
en Salud (COAI)

- ACTIVIDAD
1. Identificación de insumos para la programación de recursos
- ACTIVIDAD
2. Consolidación del COAI en salud
- ACTIVIDAD
3. Socialización y aprobación del COAI en Consejo de Gobierno

PASO 2
Elaboración
Plan de Acción
en Salud (PAS)

- ACTIVIDAD
4. Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS)
- ACTIVIDAD
5. Elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS)
- ACTIVIDAD
6. Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS)



Cuarto proceso
Monitoreo y Evaluación

- 1. Momento de Monitorear
- 2. Momento de Evaluar

Quinto proceso
Rendición de Cuentas

- 1. Momento de Organizar
- 2. Momento de Socializar



TENGA EN CUENTA
Los procesos de monitoreo y evaluación, y rendición de cuentas serán parte de otras publicaciones que dispondrá el Ministerio de Salud.



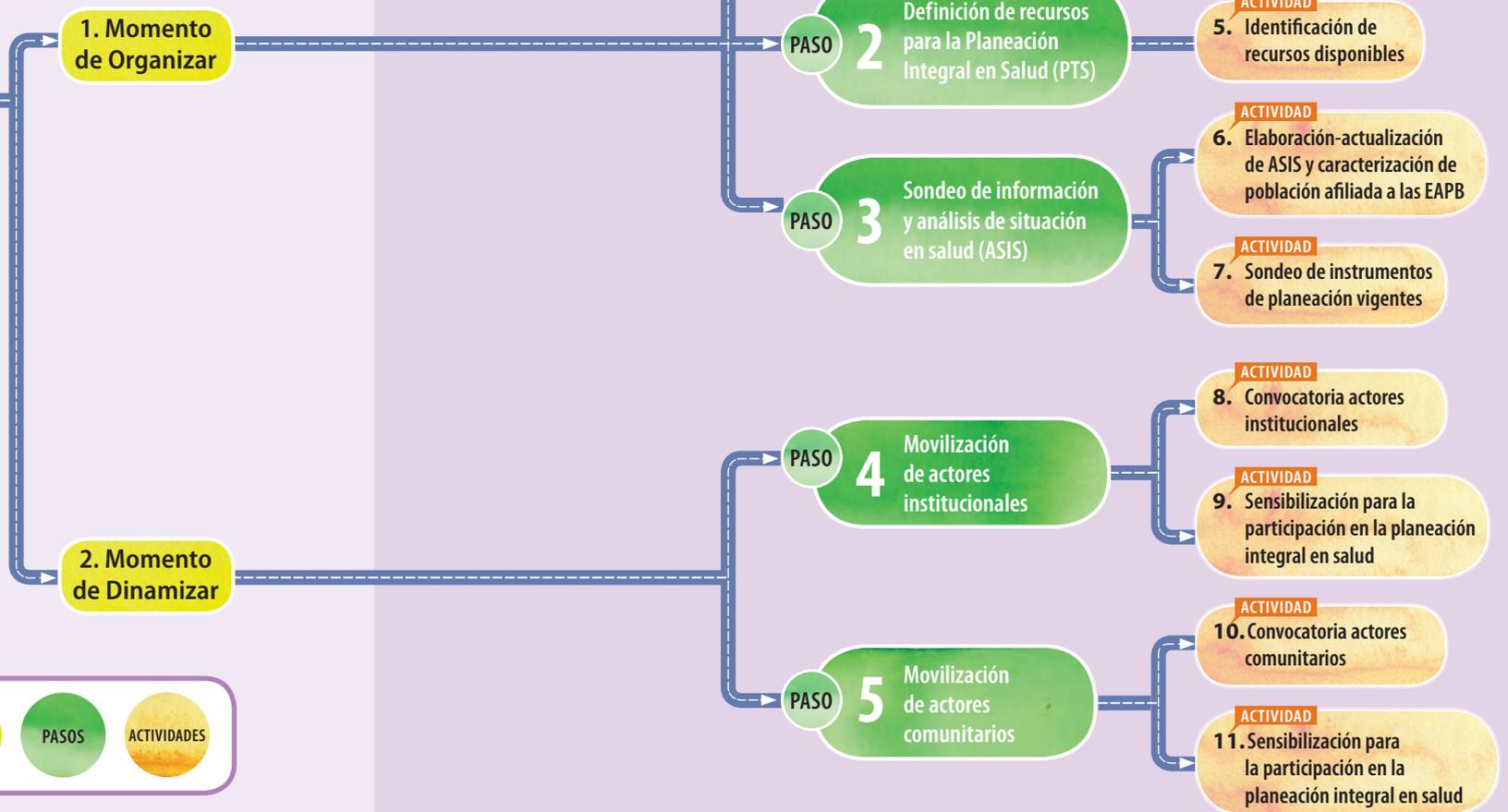
CONTENIDO DEL CAPÍTULO I

- ▶ Momento de organizar
- ▶ Momento de dinamizar

I. Primer proceso: **ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL**

En este capítulo se presenta el primer proceso de la Secuencia Metodológica para la Planeación Integral en Salud, en el que se definen los lineamientos y pasos que debe seguir cada entidad territorial para llevar a cabo el proceso de planeación integral en salud.

Primer proceso
Alistamiento institucional



Primer proceso: Alistamiento Institucional

En este primer proceso se definen los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos, así como la secuencia de pasos que debe realizar cada una de las entidades territoriales antes de llevar a cabo el proceso de planeación integral en Salud.

El proceso de **Alistamiento Institucional** comprende la preparación de la entidad territorial en salud para la formulación de los PTS, en cabeza del gobernador o alcalde, y el secretario de salud, quien haga sus veces o lo represente.

El **objetivo** fundamental de este proceso es **generar las condiciones político-institucionales para garantizar que el proceso de formulación del PTS sea participativo y transectorial**; además de responder a la normatividad vigente, debe contribuir con el cumplimiento de las metas previstas en el PDSP.

Uno de los atributos fundamentales de los PTS, en concordancia con las disposiciones del PDSP, es su carácter altamente participativo; razón por la cual, en esta fase de alistamiento institucional se deben promover las acciones necesarias para **garantizar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios** en el proceso de formulación del PTS.

El proceso de alistamiento institucional se lleva a cabo en dos Momentos: **Organizar** y **Dinamizar**, que implican un grado importante de simultaneidad, convergencia y armonización.

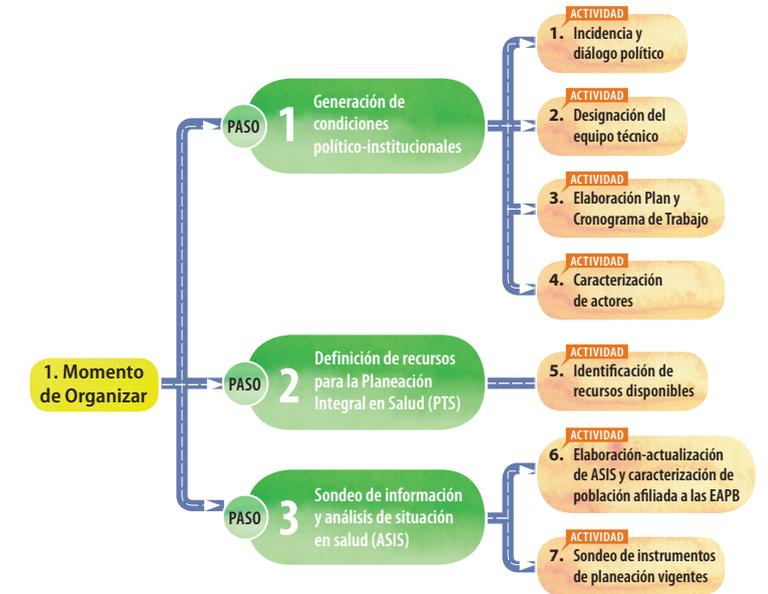


PARA COMPRENDER

El proceso de alistamiento institucional debe adelantarse en los primeros quince días del período de gobierno y articularse con la agenda programática para la formulación de los planes de desarrollo.

Momento de organizar

El momento de 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.



1. PASO 1: Generación de condiciones político-institucionales

OBJETIVO

Generar las condiciones político-institucionales en el territorio para la planeación integral en salud (PTS), articulado al proceso de formulación del Plan de Desarrollo Territorial.

ACTIVIDADES A REALIZAR

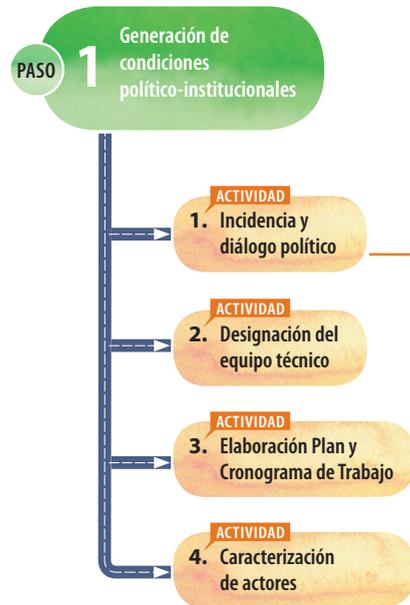
1. Incidencia y diálogo político.
2. Designación del equipo técnico.
3. Elaboración del plan y cronograma de trabajo
4. Caracterización de actores.

PRODUCTOS

Al finalizar el paso 1, las entidades territoriales contarán con i) un equipo técnico conformado, ii) un plan de trabajo que formalizará el proceso de planeación en salud, y iii) un mapa de actores institucionales y comunitarios para el proceso de formulación del PTS.

TENGA EN CUENTA

El alistamiento institucional es fundamental para el éxito de los procesos de planificación territorial, en especial la planeación integral en salud.



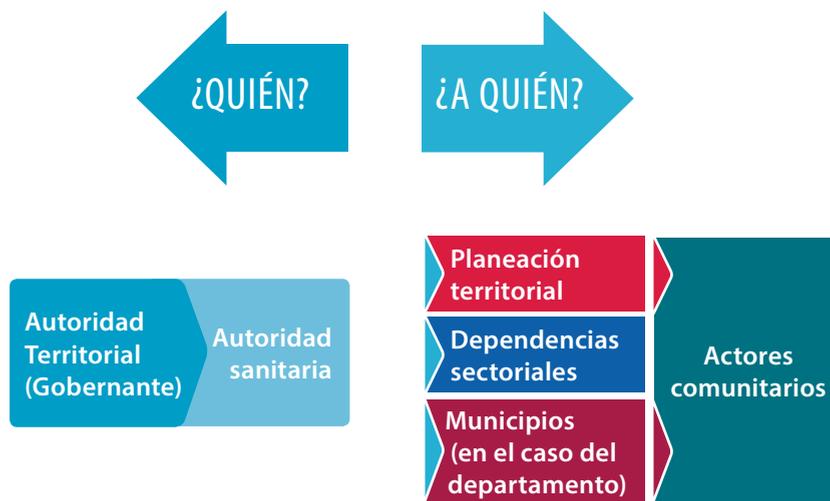
ACTIVIDAD 1: Incidencia y diálogo político

El primer paso para avanzar hacia la formulación del PTS es la **generación de condiciones político-institucionales** que le sean favorables, es decir, que se reconozca el compromiso adquirido por parte del gobernante, quien debe liderar la movilización de todos los sectores de la sociedad con el apoyo de la autoridad sanitaria y planeación territorial como responsable del proceso técnico. Esta actividad implica un alto grado de compromiso y posicionamiento de la autoridad sanitaria y la generación de procesos de diálogo político con las administraciones territoriales y con los demás sectores, con el fin de movilizar la voluntad de actuación institucional en el proceso de formulación del PTS.

La **incidencia** se comprende aquí como un proceso de promoción de apoyos, gestión para influir y multiplicar, para lograr las apuestas y grandes cambios planteados por el PDSP. En este marco, la abogacía del proceso de planeación integral en salud debe enfocarse en dos aspectos: *quién debe hacer la incidencia y ante quién.*

RECUERDE

El proceso de incidencia y diálogo político debe estar en cabeza de la autoridad sanitaria y planeación territorial, quien es responsable de promover el posicionamiento del PDSP con la autoridad territorial para, a partir de allí, avanzar en la definición de la ruta de trabajo que conducirá a la formulación participativa del PTS, en el marco del proceso de elaboración del Plan de Desarrollo Territorial.



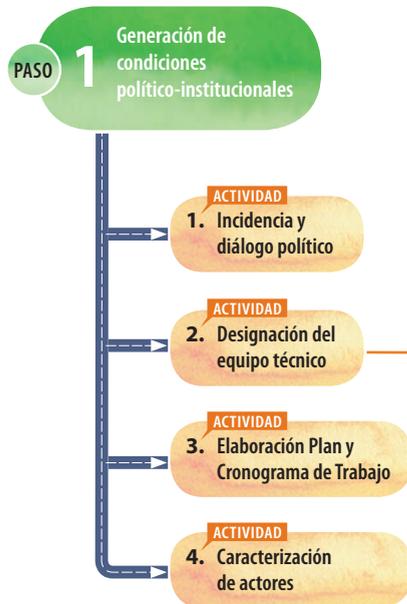
De acuerdo con el diagrama anterior, **el líder natural del proceso de incidencia en el ejercicio de planeación integral es la autoridad territorial** que, a partir de su voluntad política, da las directrices y convoca a través de su equipo de gobierno la implementación del proceso.

Desde esta perspectiva, el ejercicio de incidencia técnica y política debe tener como resultado los siguientes elementos clave, que permitirán la materialización del ejercicio de planeación y la gran apuesta de un trabajo que convoca a todos los sectores y actores frente al desarrollo integral propuesto por la Estrategia PASE a la Equidad.

Resultados esperados del proceso de incidencia técnica y política

- Reconocimiento del compromiso político
- Liderazgo y movilización de los sectores y actores del desarrollo
- Ruta de trabajo acordada
- Materialización de procesos de cooperación técnica
- Posicionamiento autoridad sanitaria
- Procesos de diálogo político con gobiernos territoriales (en el caso del departamento)

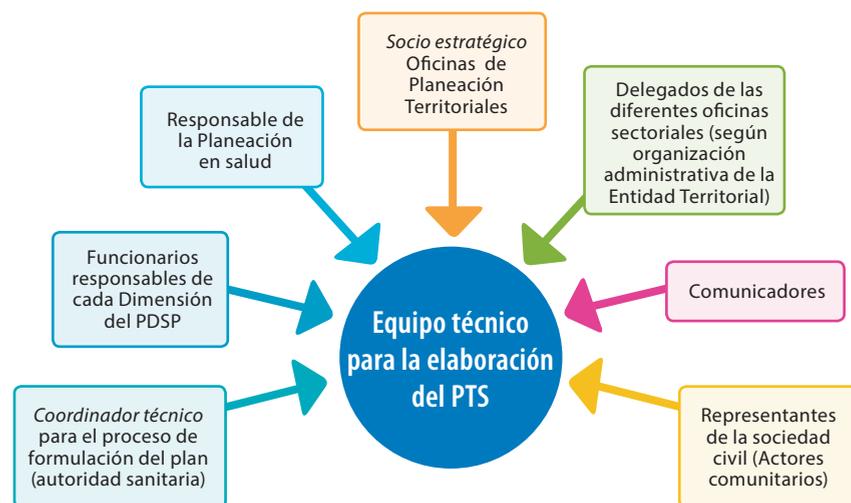




ACTIVIDAD 2: Designación del equipo técnico

La designación del equipo técnico debe partir del nuevo enfoque integral de la planeación en salud y, dado su carácter transectorial, debe contar con el compromiso y la responsabilidad de todos los sectores institucionales, teniendo como socio estratégico a las Oficinas de Secretarías de Planeación Territorial o quien haga sus veces.

A continuación se plantea una organización mínima para la conformación del equipo. Cada entidad territorial, en el marco de su estructura administrativa y de su autonomía, debe garantizar como mínimo la participación de los siguientes actores:



De acuerdo con el esquema anterior, se sugiere que los equipos técnicos se conformen por personal que cumpla con las características descritas a continuación, y se recomienda que los mandatarios territoriales designen y formalicen la conformación de los equipos a cargo de la elaboración del plan.

Características de los actores del equipo técnico

Funcionarios responsables del sector salud:

1. Conocimiento de las dinámicas y políticas del sector
2. Competencias en el manejo de información
3. Conocimiento de procesos de planeación en salud

Funcionarios o delegados de las diferentes oficinas sectoriales:

1. Conocimiento de las dinámicas y políticas de su respectivo sector
2. Responsables de hacer seguimiento a las metas del plan de desarrollo del sector
3. Competencias en el manejo de información de su respectivo sector
4. Conocimiento de procesos de planeación en el sector

Funcionarios o delegados de las Oficinas de Planeación Territoriales:

1. Conocimiento y manejo de los sistemas de evaluación del desempeño integral
2. Responsable de hacer seguimiento a las metas del PD
3. Conocimiento en sistemas de información
4. Responsables de brindar asistencia técnica a los municipios (en el caso del departamento)
5. Competencias en el manejo de información transectorial
6. Conocimiento de las dinámicas del territorio

Representantes de la sociedad civil y organizaciones:

1. Instancias de participación activas y formalmente constituidas
2. Conocimiento y participación en procesos de planeación
3. Representantes de los distintos sectores, conocedores de las dinámicas territoriales.
4. La entidad territorial debe convocar la participación de las instancias consultivas de Planeación Integral en Salud, tales como: el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y el Consejo de Política Social.



RECUERDE

Una de las principales características, así como una de las mayores virtudes del PDSP, es que amplía el marco de comprensión de la salud y deja de ser un ámbito que compete de manera restringida a un sector específico para pasar a ser competencia de todos los sectores institucionales, con la participación de actores comunitarios.

TENGA EN CUENTA

Aunque el proceso de formulación del PTS involucra diversos actores y sectores institucionales y sociales, se debe contar con un referente o coordinador para la elaboración y formulación del mismo.

Recomendaciones para la conformación de los equipos funcionales de planeación

Es fundamental que en el proceso de conformación de los equipos de planeación integrales se tengan en cuenta las siguientes recomendaciones para garantizar un equipo consolidado y organizado:

Recomendaciones para la conformación de los equipos transectoriales de planeación integral en salud

- Formalización de equipos técnicos por parte del gobernante.
- Garantizar la permanencia en el proceso de planeación. En lo posible promover que la autoridad sanitaria (secretario de salud o quien haga sus veces) lidere el proceso.
- Definición de roles y responsables (de manera articulada con el proceso de formulación del PD).
- Acuerdos para la elaboración, concertación y aprobación de plan y cronograma de trabajo.
- Entrega del documento de planeación integral en salud que se elabora en la «Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline» al Secretario de Planeación de la ET, o quien haga sus veces, para que lo incluya en el plan de desarrollo territorial.

Una vez conformado el equipo técnico, es importante que se realice un ejercicio de planeación del proceso de formulación de los PTS, con el propósito de garantizar las condiciones logísticas y operativas de la estrategia. En este sentido, es fundamental tener en cuenta lo siguiente:



RECUERDE

El artículo 5 de la Resolución 1536 de 2015 establece las responsabilidades de las autoridades de planeación integral para la salud: i) Dirigir y orientar los procesos de planeación, ii) Convocar la participación de las instancias consultivas de planeación, iii) Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del PTS, iv) Asegurar que el PTS esté armonizado con el PDSP, el MFMP, el Plan Financiero Territorial de Salud (departamentos y distritos) y el presupuesto de la ET, v) Articular el PTS con el PDT y el POT y los demás planes del territorio, vi) Realizar el monitoreo y evaluación a la ejecución y al cumplimiento del PTS y vii) Realizar la rendición de cuentas en salud.

Ejercicio de planeación del proceso de formulación de los PTS

- Planeación conjunta de actividades con el coordinador del PD que haya designado el mandatario en cumplimiento de la Ley 152 de 1994.
- Identificación de los actores que van a participar en el proceso de planeación integral en salud.
- Preparación y organización de la convocatoria (en lo posible que coincida o se haga de manera conjunta con el coordinador del PD).
- Identificación de los requerimientos en materiales y lugares de reunión para el buen desarrollo de los talleres.
- Planeación de las jornadas de trabajo a partir de la ruta lógica para la formulación del PTS.

ACTIVIDAD 3: Elaboración plan y cronograma de trabajo

Una de las actividades principales del proceso de Alistamiento Institucional es la elaboración y concertación del Plan y Cronograma de trabajo que guiará el proceso de planeación integral en salud (PTS) conforme a lo señalado en la Resolución 1536 de 2015, y en el marco de la planeación del desarrollo (PD) Ley 152 de 1994. Es así como el plan de trabajo del PTS estará alineado con la agenda para la formulación del PD, y se irá ajustando de acuerdo con las necesidades, momentos y orientaciones que vayan surgiendo durante el proceso. **El plan de trabajo se debe considerar como un documento flexible y adaptable a las condiciones del contexto territorial al inicio de periodo de gobierno.**

El plan de trabajo permite trazar la ruta para la formulación y para la provisión de asistencia técnica a las entidades territoriales (en el caso de los departamentos); además es el insumo para la organización de actividades, tiempos y procesos, de acuerdo con la ruta establecida para la formulación de PTS. A manera de ejemplo se presenta el **Formato 1: Plan y cronograma de trabajo**, donde podrá consignarse la información que debe tomarse en consideración para la elaboración del plan de trabajo.

TENGA EN CUENTA

De acuerdo con el artículo 26 de la Resolución 1536 de 2015, las entidades territoriales realizarán la planeación estratégica y de inversión plurianual cada 4 años en armonía con la agenda de formulación del Plan de Desarrollo.



Formato 2: Información básica para la caracterización de actores

A continuación se presenta la estructura de formato para la caracterización de actores, sin embargo cada entidad territorial puede crear y utilizar los formatos que considere necesarios.

| Formato 2: información básica para la caracterización de actores | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| Tipo de actor | | | | Nombres | Apellidos | Tipo de documento | No. de identificación | Dirección | Municipio | Departamento | Institución |
| Sectoriales | Transectoriales | Comunitarios | Ciudadano | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

RECUERDE
Este instrumento va a permitir que se cuente con equipos territoriales que brinden el máximo nivel de conocimiento y experiencia sobre la salud y los territorios, así como de compromiso y responsabilidad en la toma de decisiones acordes con las necesidades de cada territorio.

TENGA EN CUENTA
La caracterización de actores debe reportarse en la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Una vez identificados los actores, el equipo técnico territorial debe definir los momentos y actividades en los cuales participa cada uno y organizar la información correspondiente para **preparar las condiciones** de su participación durante el proceso de planeación integral en salud.



PASO 2. Definición de recursos para la planeación integral en salud (PTS)

OBJETIVO Definir y garantizar los recursos que se requieren para adelantar la formulación del PTS

ACTIVIDADES A REALIZAR 1. Identificación de recursos disponibles.

PRODUCTOS Al finalizar el Paso 2, los equipos territoriales contarán con un balance de los recursos disponibles para la elaboración del PTS, el cual permitirá implementar el plan de trabajo diseñado para el proceso de planeación integral en salud.

PASO 2 Definición de recursos para la Planeación Integral en Salud (PTS)

ACTIVIDAD 5 Identificación de recursos disponibles

TENGA EN CUENTA
Los equipos territoriales deben tener a su disposición un espacio adecuado para el trabajo de formulación, y contar con insumos mínimos de recursos técnicos y tecnológicos que permitan el desarrollo del proceso de formulación del PTS.

ACTIVIDAD 5: Identificación de recursos disponibles

Una vez conformados y designados los equipos territoriales, **es importante que desde las administraciones territoriales se brinden las orientaciones sobre los recursos físicos y financieros disponibles para emprender los procesos de planeación.** Es necesario tener en cuenta en el caso de los departamentos, que debe contarse con recursos suficientes para desplazarse a otras entidades territoriales o dentro de la misma, para lo cual deben disponer de recursos para los procesos de concertación institucional y de consulta social y comunitaria.

En relación con la ejecución del plan de trabajo, **se requiere que la Autoridad Sanitaria coordine y se articule con las oficinas de planeación en la identificación de recursos disponibles para los procesos de planeación (PTS y PD),** razón por la cual es necesario participar en los espacios que se definan para tal fin. En este sentido, resulta de vital importancia disponer de la agenda de elaboración del presupuesto y tener siempre presente la línea de tiempo trazada por el PDSP que se evidenció al comienzo de la exposición de los presentes lineamientos.

PARA COMPRENDER
Ya que el nivel intermedio de gobierno tiene dentro de su competencia brindar asistencia técnica a los municipios, es importante que los equipos departamentales definan la estrategia para apoyar el proceso de planeación integral en salud en los municipios.

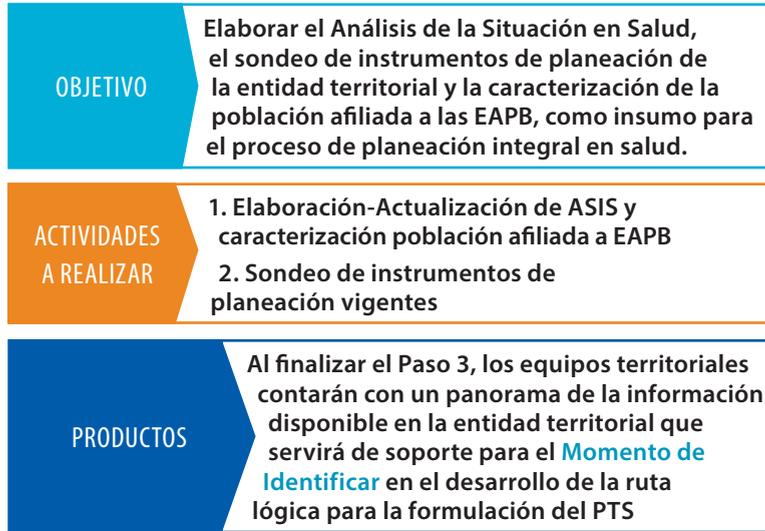
Con base en los resultados de los pasos anteriores, las administraciones departamentales, distritales y municipales formalizan a través de una acta de acuerdo de voluntades institucionales, las orientaciones y el cronograma establecido para la formulación del PTS, considerando el equipo humano, las funciones, los tiempos, los recursos, etc.

Acta de acuerdos

Cada entidad territorial puede crear y utilizar los formatos de acta que considere necesarios para documentar los acuerdos. Sin embargo, **el equipo territorial como mínimo debe registrar los compromisos, responsables, fechas de cumplimiento y el producto esperado por cada compromiso.** Adicionalmente, es necesario establecer una persona responsable de hacer seguimiento y gestión de los acuerdos, para asegurar que el cronograma y plan de trabajo se ejecute conforme a lo planteado o se resuelvan de manera oportuna las barreras que sean identificadas.



PASO 3. Sondeo de información y Análisis de Situación en Salud (ASIS)



ACTIVIDAD 6: Elaboración-Actualización de ASIS y caracterización población afiliada a EAPB

Es importante que el equipo técnico haga un balance de la información disponible en la entidad territorial para la planeación en salud. Como primera medida, **se deben tener en cuenta la elaboración de los ASIS y la caracterización poblacional desarrollada por las EPS, realizados bajo los lineamientos metodológicos definidos por el MSPS.**

La importancia del ASIS radica en que genera la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros para el ASIS, como: la definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia; la formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud; la evaluación de su pertinencia y cumplimiento; y la construcción de escenarios prospectivos de salud (MSPS, 2013b).

PASO 3 Sondeo de información y análisis de situación en salud (ASIS)

- ACTIVIDAD 6.** Elaboración-actualización de ASIS y caracterización de población afiliada a las EAPB
- ACTIVIDAD 7.** Sondeo de instrumentos de planeación vigentes

TENGA EN CUENTA

El equipo territorial debe hacer el análisis de situación de salud y caracterización de la población, bajo el modelo de determinantes de salud establecidos en los capítulos uno y dos de la Resolución 1536 de 2015. Esto es fundamental para que la entidad territorial cuente con insumos para el proceso de Planeación Integral en Salud bajo la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

RECUERDE

Los **Análisis de Situación en Salud** en profundidad, por dimensiones del PDSP, se elaboran cada cuatro años y los ASIS generales cada año, de conformidad con lo establecido en el Artículo 11 de la Resolución 1536 de 2015

PASO 3 Sondeo de información y análisis de situación en salud (ASIS)

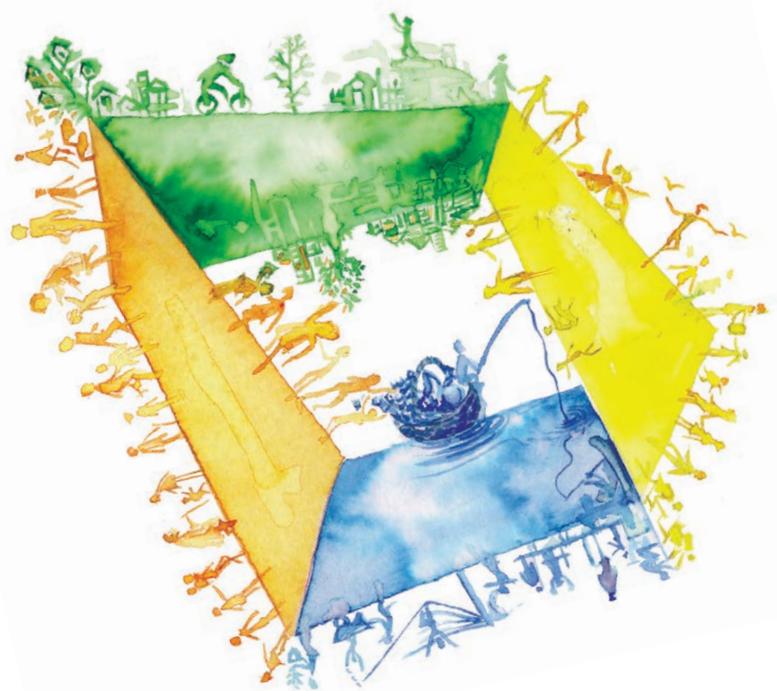
ACTIVIDAD 6. Elaboración-actualización de ASIS y caracterización de población afiliada a las EAPB

ACTIVIDAD 7. Sondeo de instrumentos de planeación vigentes

ACTIVIDAD 7: Sondeo de instrumentos de planeación vigentes

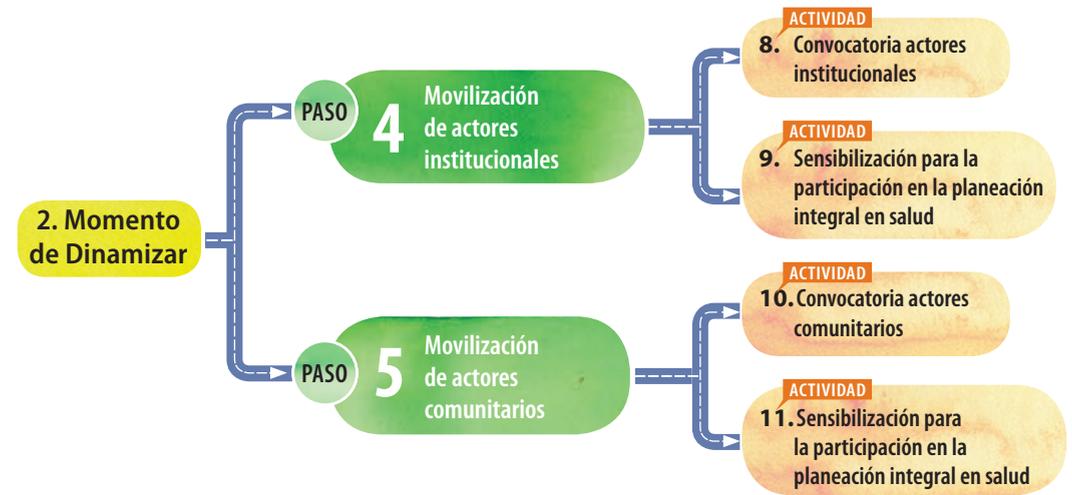
Es importante que se reconozca el estado actual de los sistemas de información y la disponibilidad de fuentes adicionales a las empleadas por el sector salud. Para ello, tal como se menciona más adelante en la ruta metodológica, es importante hacer un reconocimiento de los instrumentos de planeación que se encuentran vigentes en la entidad territorial; entre ellos: el PD, el POT, el Plan de Gestión de Riesgo, el Plan Financiero Territorial y el Marco Fiscal de mediano plazo, entre otros.

Dichos planes permitirán identificar las situaciones generales presentes en la entidad territorial y brindarán información relevante para una aproximación a la situación en salud.



TENGA EN CUENTA
En el sondeo de instrumentos de planeación vigentes, el mandatario territorial, si lo considera necesario, puede revisar y ajustar su Plan de Ordenamiento Territorial en relación con el ejercicio de incorporación de la gestión del riesgo. Lo anterior en cumplimiento del Decreto 1807 del 19 de septiembre de 2014.

Momento de Dinamizar



El momento de Dinamizar hace referencia a la movilización y establecimiento del compromiso de los actores en función de la formulación de los PTS. Incluye dos pasos básicos: en primer lugar, la movilización de actores institucionales y en segundo, la movilización de actores comunitarios.

La movilización de actores requiere el diseño e implementación de una estrategia de comunicación que genere un impacto frente al proceso de planeación en salud, para lo cual a continuación se presentan algunas recomendaciones para la estrategia de comunicaciones que se desea implementar.

Formas de actuar de la comunicación PASE a la equidad en salud

| QUÉ | A QUIÉN | EN QUÉ MOMENTO (RUTA LÓGICA) | CÓMO |
|-----|---|--|--|
| | Actores sectoriales y transectoriales | Alistamiento institucional y de la gestión operativa. | Generando diálogos técnico-políticos con la autoridad sanitaria y con la territorial, que deriven en actos administrativos que formalicen el proceso de adopción de Pase a la Equidad en Salud. |
| | Actores comunitarios | Para la identificación de las condiciones actuales del territorio, la metáfora futura y la exigibilidad. | Convocando instancias de participación legalmente constituidas por medios y comunicaciones oficiales. |
| | Medios, academia, ciudadanía en general | Para compartir la situación de salud actual, la metáfora de la salud ideal. | A través de estrategias informativas donde los públicos de interés conozcan el estado de salud actual, así como el ideal hacia el cual avanza el territorio, a través de Pase a la Equidad en Salud. |
| | A todos los actores | La visión, el plan formulado, las metas a corto, mediano y largo plazo. | A través de estrategias informativas, eventos y rendición de cuentas, el ideal de salud que se ha trazado el territorio con su PTS para alcanzar la exigibilidad de lo establecido. |

PASO 4. Movilización de actores institucionales

OBJETIVO
Convocar y sensibilizar a los actores institucionales para que se involucren de manera activa en el proceso de planeación integral en salud bajo la metodología PASE a la Equidad en Salud.

ACTIVIDADES A REALIZAR
1. Convocatoria.
2. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud.

PRODUCTOS
Al finalizar el Paso 4, los equipos territoriales contarán con una agenda concertada para la participación de los actores institucionales sectoriales y transectoriales en el proceso de formulación del PTS, de acuerdo con el artículo 5 de la Resolución 1536 de 2015 y articulados a la planeación del desarrollo.

PASO 4 Movilización de actores institucionales

- ACTIVIDAD 8. Convocatoria actores institucionales
- ACTIVIDAD 9. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud

RECUERDE Como se señala en los Lineamientos conceptuales, dentro de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud la participación comunitaria y transectorial se entiende como un proceso inherente a la planeación, que permite lograr consensos sobre el desarrollo y el territorio; en esa medida, las decisiones en materia de salud deben ocupar un lugar privilegiado en los procesos de planeación, participación y desarrollo.

ACTIVIDAD 8: Convocatoria actores institucionales

La formulación estratégica del PDSP plantea metas que comprometen a la institucionalidad en su conjunto, por lo tanto, **es importante que dentro del sector salud se movilice la participación de las diferentes áreas o dependencias en las que se encuentra organizado: salud pública, aseguramiento, etc.**, y que se tome en cuenta que el ejercicio de rectoría de la Autoridad Sanitaria implica un amplio compromiso del sector en la planeación integral en salud.

Esta convocatoria debe considerar la agenda acordada con el coordinador del plan de desarrollo (Ley 152 de 1994) y en lo posible involucrar a los mismos actores institucionales convocados en dicho proceso. Por lo tanto, **el plan y cronograma de trabajo elaborado en la actividad 3 debe ser la hoja de ruta en esta convocatoria.**

PASO 4 Movilización de actores institucionales

ACTIVIDAD 8. Convocatoria actores institucionales

ACTIVIDAD 9. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud

ACTIVIDAD 9: Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud

Para lograr la movilización de los actores institucionales transectoriales en el proceso de planeación integral en salud, **es fundamental que los equipos territoriales incluyan en la agenda de sensibilización la presentación y socialización de la Resolución 1536 de 2015 y de la estrategia PASE a la Equidad en Salud**, haciendo énfasis en la contribución de todos los sectores para el logro de la equidad en salud.

De manera complementaria, al finalizar esta actividad el equipo territorial y los representantes de los demás sectores deben determinar los acuerdos de participación y vinculación en el desarrollo de la ruta lógica para la planeación integral en salud, en el marco de la formulación del plan de desarrollo.

El equipo territorial debe desarrollar la agenda de sensibilización a los actores institucionales en la cual se logren como mínimo los siguientes objetivos:

- Incidir en la agenda de planeación transectorial vinculando el proceso de planeación integral en salud.
- Generar condiciones de diálogo entre los diferentes sectores frente a la apuesta en salud.
- Visibilizar acuerdos alcanzados y contribuciones de los sectores en el proceso de planeación.
- Acordar estrategias de abogacía e incidencia en políticas públicas.

Se recomienda que el proceso de sensibilización desarrolle como mínimo:

- Presentación de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud
- Acuerdos de vinculación al proceso de planeación integral en salud
- Socialización de acuerdos

RECUERDE

Para el proceso de planeación es necesario contar con la concurrencia de todas las dependencias bajo el liderazgo del mandatario territorial.

PASO 5. Movilización de Actores Comunitarios

OBJETIVO

Convocar y sensibilizar a los actores comunitarios (gremios, organizaciones no gubernamentales – ONG, organizaciones de víctimas, academia, etc.) para que se involucren de manera activa en el proceso de planeación integral en salud bajo la estrategia PASE a la Equidad en Salud.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Convocatoria actores comunitarios.
2. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud.

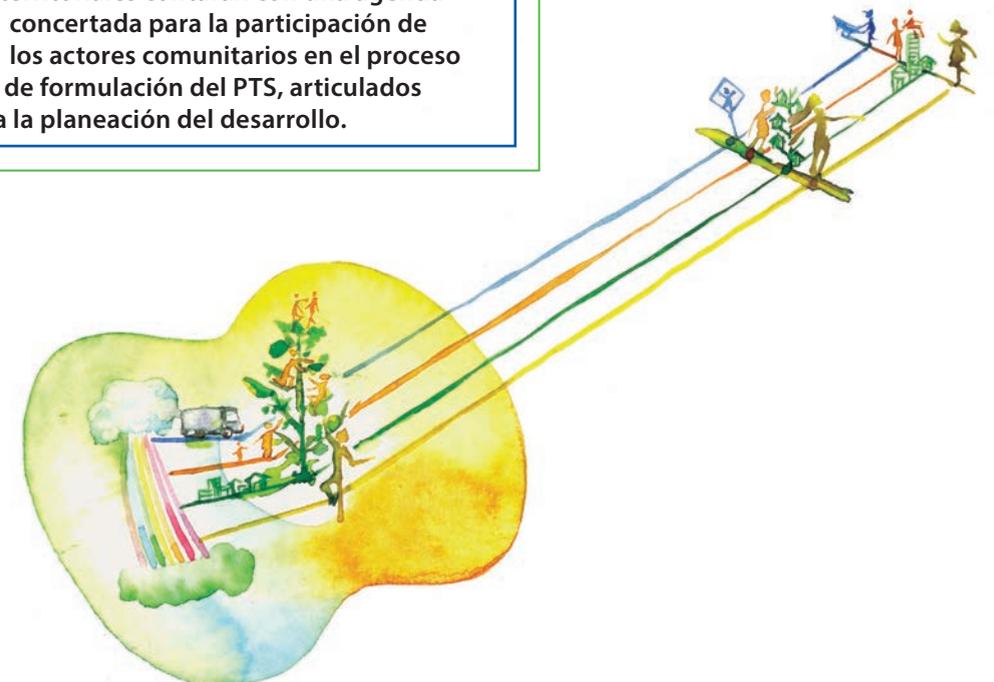
PRODUCTOS

Al finalizar el Paso 5, los equipos territoriales contarán con una agenda concertada para la participación de los actores comunitarios en el proceso de formulación del PTS, articulados a la planeación del desarrollo.

PASO 5 Movilización de actores comunitarios

ACTIVIDAD 10. Convocatoria actores comunitarios

ACTIVIDAD 11. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud





ACTIVIDAD 10: Convocatoria actores comunitarios

El propósito de esta actividad es realizar el proceso de convocatoria de los actores comunitarios, es decir, los representantes de los ciudadanos, organizaciones de base comunitaria y organizaciones no gubernamentales, que el equipo territorial identificó en la caracterización de actores (Actividad 4), con el fin de promover la participación dando cumplimiento al parágrafo del Artículo 6 de la Resolución 1536, que establece que **el PTS debe ser formulado de manera participativa y teniendo en cuenta las políticas públicas y sociales del territorio**, buscando impactar positivamente los determinantes de la salud.

Para conectar a los sectores sociales y comunitarios se deben promover estrategias comunicativas e informativas en el interior de cada entidad territorial, que permitan, en primera instancia, visibilizar el PDSP como política pública que compete a todos los sectores de la sociedad y, en segunda instancia, que convoque la participación de actores sociales y comunitarios, institucionales y del sector privado, hacia la participación en las decisiones de planeación territorial en materia de salud.

La convocatoria es vital para el proceso de vinculación de los actores comunitarios al proceso de planeación integral, por ello, el equipo territorial debe definir una estrategia de comunicación que permita precisar el alcance del proceso, el rol de los participantes y tener una motivación clara para que los actores se vinculen al proceso de planeación.



ACTIVIDAD 11: Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud

El objetivo de esta actividad es desarrollar una sesión de contextualización y sensibilización del papel de la comunidad frente a los procesos de planeación y definición de políticas públicas que contribuyan con el logro de la equidad en salud en su territorio.

Es importante tener en cuenta los siguientes elementos para el desarrollo del proceso de sensibilización:

- **Motivar la participación de actores sociales, comunitarios y privados en la planeación integral en salud**, de manera coordinada con el proceso de formulación de los planes de desarrollo de las entidades territoriales (departamentos, distritos, municipios).
- **Promover estrategias comunicativas e informativas sobre el PDSP y el proceso de planeación integral en salud** (Resolución 1536 de 2015).
- **Acordar una agenda de participación**, con el fin de tener claridad sobre el alcance de dicha participación y dar una respuesta clara al interrogante: ¿participar para qué?, y sobre cuál es el grado de incidencia de los actores comunitarios en la definición del componente estratégico y de inversión plurianual del Plan Territorial en Salud.

TENGA EN CUENTA

Según el PDSP, la participación social en salud es el proceso a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los ámbitos, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir. Además reconoce la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en el ejercicio de prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud.





CONTENIDO DEL CAPÍTULO II

- ▶ Momento de Identificar
- ▶ Momento de Comprender
- ▶ Momento de Responder



II. Segundo proceso: **RUTA LÓGICA PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES TERRITORIALES DE SALUD**

En este capítulo se presenta la secuencia metodológica que permite a los equipos territoriales, elaborar los PTS de acuerdo con las necesidades de cada territorio.

Segundo proceso

Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud

1. Momento de Identificar

PASO 1 Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

- ACTIVIDAD 1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio
- ACTIVIDAD 2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica
- ACTIVIDAD 3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

PASO 2 Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

- ACTIVIDAD 4. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud y ASIS
- ACTIVIDAD 5. Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

PASO 3 Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio

- ACTIVIDAD 6. Identificación de tensiones en salud
- ACTIVIDAD 7. Valoración y validación de tensiones

PASO 4 Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión

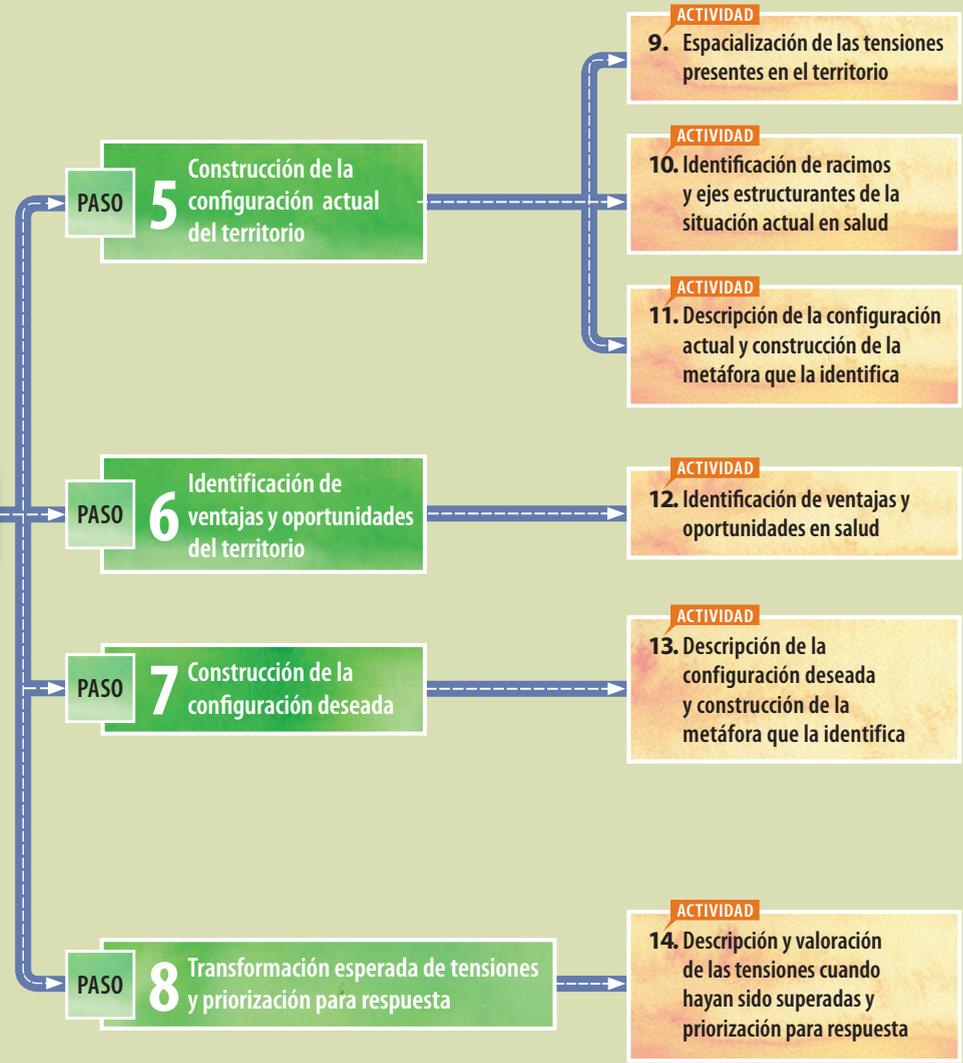
- ACTIVIDAD 8. Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para comprensión

2. Momento de Comprender

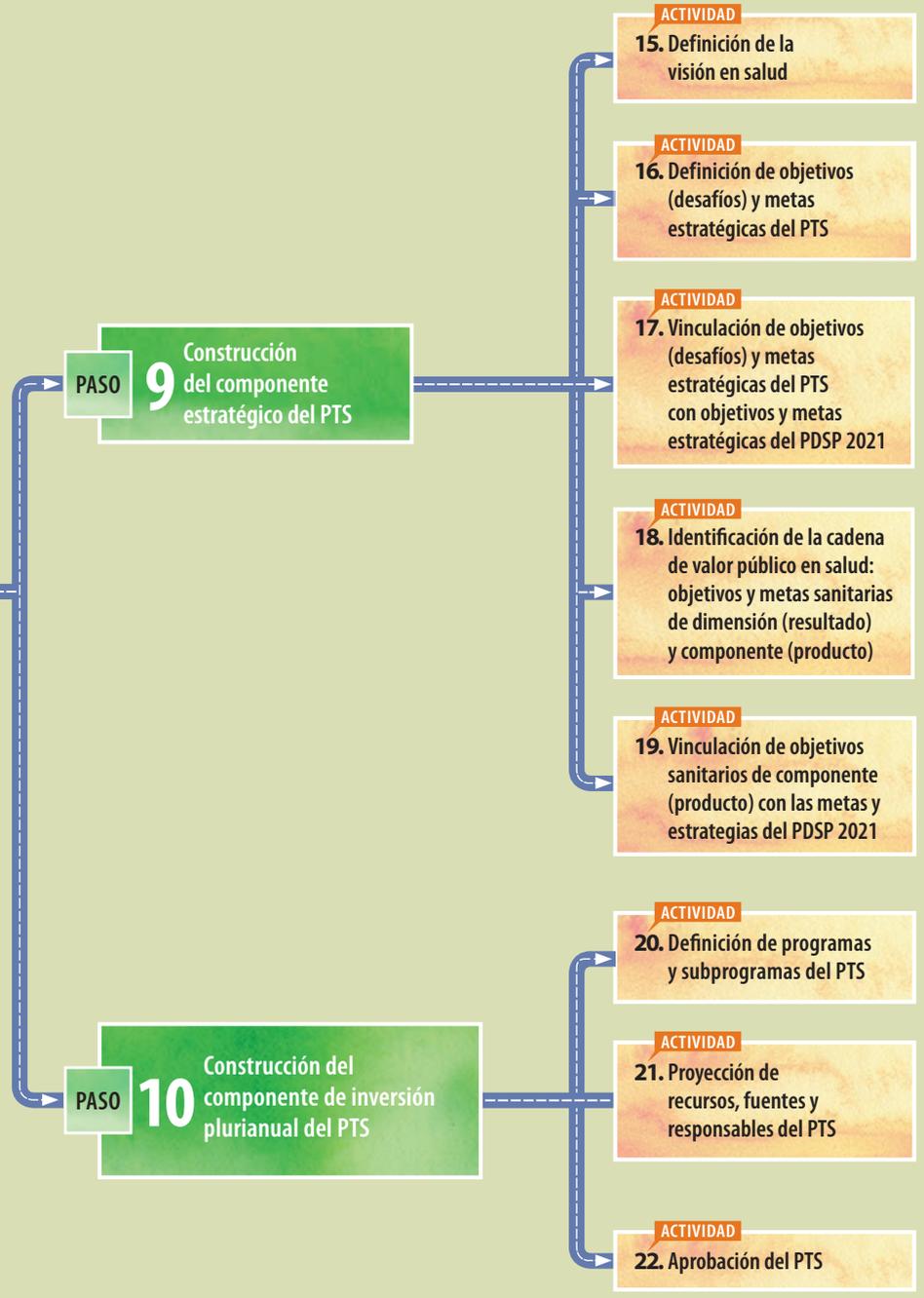
3. Momento de Responder



2. Momento de Comprender



3. Momento de Responder

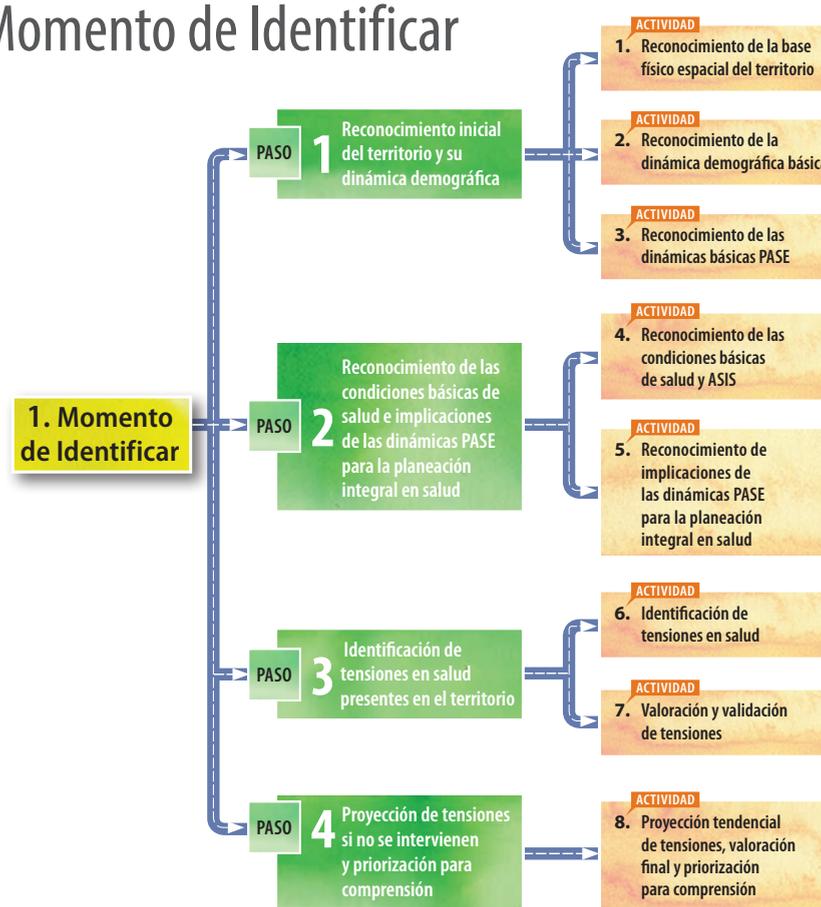


Segundo proceso: Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud

La ruta lógica brinda una secuencia metodológica, que permite a los equipos territoriales, la elaboración del PTS de manera integral, pertinente y coherente, de tal forma que responda a las necesidades de cada uno de los territorios.

Para facilitar la formulación de PTS se ha establecido una secuencia lógica de tres momentos y diez pasos mediante la realización de una serie de actividades para la formulación de PTS de acuerdo con las características señaladas.

Momento de Identificar



El objetivo de esta ruta es brindar los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos para que los equipos a cargo del PTS cuenten con una batería de herramientas que les permita realizar una lectura integral del territorio, comprender las dinámicas que jalonan las condiciones de salud vigentes y responder conforme a las características propias de cada una de las entidades territoriales del país.

El **Momento de Identificar** es el primer eslabón en esta secuencia lógica. Una de las virtudes y de los objetivos principales de la Estrategia PASE es 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.

El **Momento de Identificar** se desarrolla en cuatro pasos, cuyas actividades buscan brindar un panorama claro sobre las condiciones actuales de la entidad territorial en cada una de sus dimensiones del desarrollo PASE (Poblacional, Ambiental, Social y Económica) y de las interacciones con la situación de salud presente en el territorio expresadas desde las 8 dimensiones prioritarias y las dos transversales consideradas en el PDSP.

Paso 1: Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

El reconocimiento inicial del territorio permite que los equipos territoriales encargados de la elaboración del PTS identifiquen las condiciones básicas físico-espaciales y algunos de los indicadores de referencia con las cuales aproximarse a un reconocimiento integral, de acuerdo con las dinámicas de desarrollo vigentes en cada una de las entidades territoriales.



PASO 1 Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

- ACTIVIDAD
1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio
- ACTIVIDAD
2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica
- ACTIVIDAD
3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

PASO 1. Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

OBJETIVO Realizar un reconocimiento inicial de: las condiciones vigentes en el territorio en cada una de las dimensiones PASE; de las características físico-espaciales y de los instrumentos de planeación vigentes en la entidad territorial.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio.
2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica.
3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE.

INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

PRODUCTOS Al finalizar el Paso 1, los equipos territoriales contarán con una batería de información, tanto de los instrumentos de planeación que se encuentran vigentes (con sus respectivos anexos); como de un reconocimiento de la entidad territorial en su base físico-espacial (mapas), y una batería de indicadores básicos e información de las dimensiones PASE que permitirá reconocer las condiciones iniciales del territorio para la planeación en salud. De la misma forma, los equipos territoriales habrán realizado un reconocimiento de la dinámica básica demográfica.

A continuación se desarrollarán por separado todas y cada una de las actividades propuestas.

ACTIVIDAD 1: Reconocimiento de la base físico espacial del territorio
Esta actividad consiste en el reconocimiento de la estructura básica físico-espacial de la entidad territorial.

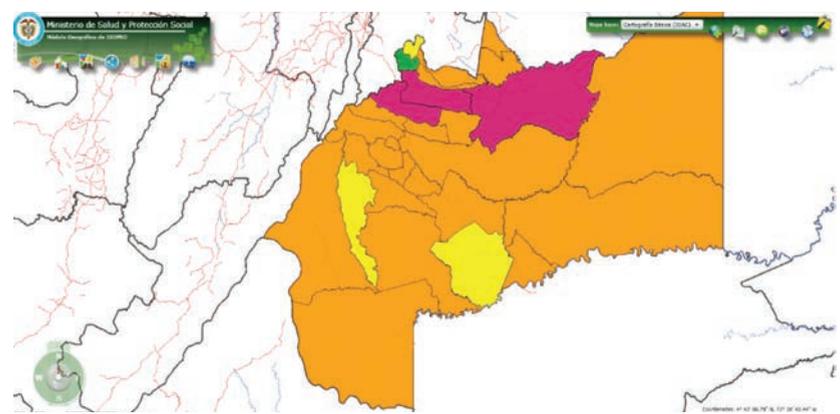
Para realizar esta actividad, los equipos territoriales podrán realizar bosquejos y aproximaciones que consolidarán en un solo mapa la expresión de las 4 dimensiones del desarrollo en el territorio.

Es necesario tener presente que el Sistema Integral de Información de Protección Social (SISPRO) dispone de un módulo geográfico que permite referenciar variables e indicadores espacializados en el territorio; incluso cuenta con tablas de referencia que despliegan la información según áreas geográficas, que permiten la comparación con otros niveles de gobierno superiores al municipal, lo que se convierte en un insumo importante para el desarrollo de este paso. No obstante, es necesario precisar que esta herramienta cobra mayor utilidad en el caso de los departamentos que podrán hacer comparaciones entre los municipios y microterritorios dado el nivel de despliegue de la información.

Es necesario precisar que este paso de reconocimiento inicial del territorio no pretende ser un ejercicio exhaustivo de ubicación cartográfica mediante sistemas de información geográfica. Se busca que sea un proceso social que pueda ser realizado en mapas elaborados a mano, para lograr que el equipo territorial empiece el proceso de apropiación del territorio.

TENGA EN CUENTA
Otros instrumentos como el Plan de Ordenamiento Territorial -POT- utilizan cartografía que puede ser empleada como referencia para el proceso de elaboración del reconocimiento inicial del territorio, así como los que se derivan de los procesos de evaluación, revisión o ajuste del Plan de Ordenamiento Territorial.

FIGURA 5. Mapa de referencia Departamento del Meta



Fuente: Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado para la implementación del PDSP, 2012-2021 (MSPS 2013c).

Para adelantar la actividad de reconocimiento de la base físico-espacial del territorio, se sugiere que los equipos, colectivamente y con los mapas disponibles, identifiquen y, de ser posible, localicen los elementos que se describen a continuación:

ELEMENTOS DE POBLACIÓN Y TERRITORIALES

- Límites administrativos del territorio (municipal, distrital, departamental).
- División administrativa de la entidad territorial (veredas, corregimientos).
- Localización de grupos de población en el municipio (dispersa o concentrada).
 - Ubicación de la cabecera municipal.
 - Ubicación de centros poblados y otros asentamientos.
- Localización de grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, comunidad rom o raizales).
- Localización de grupos de población en áreas de frontera.

Elementos biofísicos

- Clima
- Hidrografía
- Relieve
- Cobertura vegetal

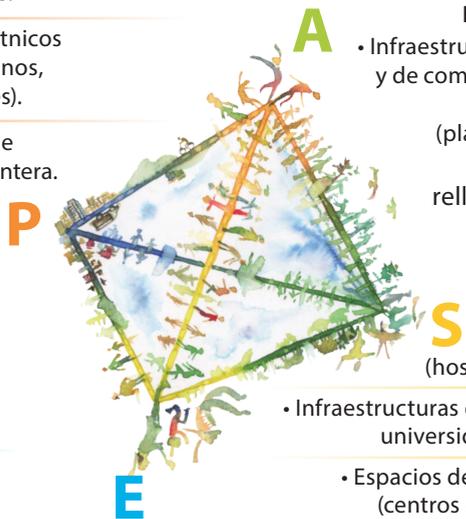
ELEMENTOS AMBIENTALES

Zonas de amenazas y de riesgo

- Localización de grupos de población en áreas de amenazas (inundación, deslizamiento) y riesgo (vulcanológico, tecnológico).

Elementos del ambiente construido

- Infraestructura vial, transporte, espacio público y de comunicación (aeropuertos, puertos, etc.).
 - Infraestructura de servicios públicos (plantas de tratamiento de agua potable, tratamiento de aguas residuales, relleno sanitario, centrales eléctricas).



LOCALIZACIÓN DE LAS PRINCIPALES ZONAS DE PRODUCCIÓN ECONÓMICA

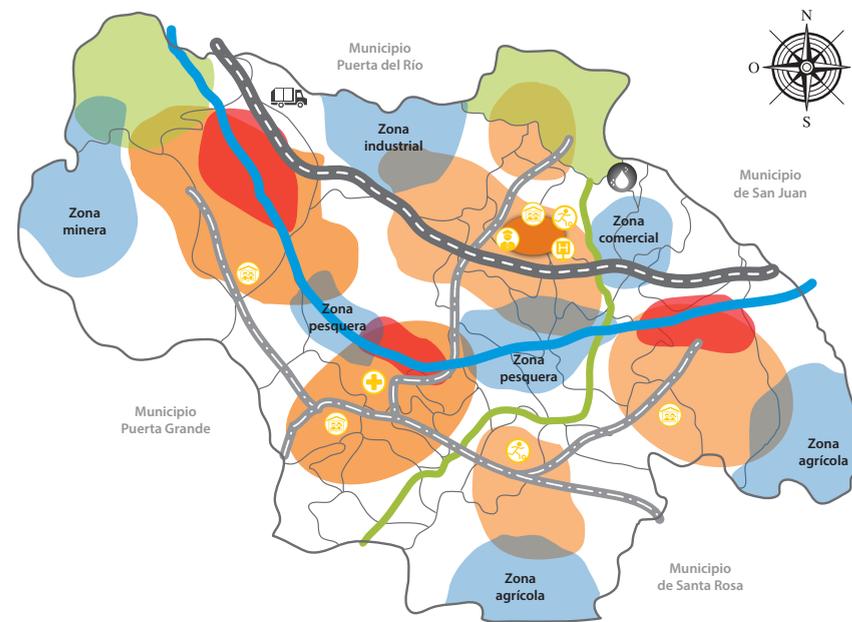
- Ubicación de las zonas de producción agrícola y pecuaria.
- Ubicación de las zonas de producción industrial, minero-extractiva y otros.
- Ubicación de centros financieros, comerciales y de servicios.
- Ubicación de zonas de actividad turística.

Elementos del ambiente construido

- Infraestructuras de salud (hospitales, centros de salud, etc.).
- Infraestructuras educativas (escuelas, colegios, universidades, centros culturales, etc.).
 - Espacios de cultura, deporte y recreación (centros culturales, centros deportivos, áreas de patrimonio histórico y cultural).
- Infraestructuras de bienestar y protección (hogares de primera infancia, casas de juventud, centros para adultos mayores, etc.).
- Infraestructuras institucionales, seguridad y justicia (centros administrativos).
- Infraestructuras de interés económico o social (plazas de mercado, centros de acopio, centros de sacrificio y faenado).

INFRAESTRUCTURAS PRINCIPALES DE CARÁCTER PÚBLICO PARA PROVISIÓN DE BIENES Y SERVICIOS SOCIALES

FIGURA 6. Ejemplo de espacialización del territorio



CONSULTE
Para ampliar la información consulte los lineamientos conceptuales de la estrategia PASE a la Equidad en Salud, capítulos 3 y 4.

Convenciones

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|--|--|--|
| POBLACIÓN Y TERRITORIO | | Cabecera municipal | ELEMENTOS AMBIENTALES | | Zona de reserva |
| | | Centros poblados | | | Zona de riesgo |
| ZONAS DE PRODUCCIÓN ECONÓMICA | | Zona de producción agrícola | ELEMENTOS AMBIENTALES | | Ambiente construido: - Vías en buen estado |
| | | Zona pesquera | | | - Vías en mal estado |
| | | Zona de explotación minera | INFRAESTRUCTURAS DE SERVICIOS SOCIALES | | Planta de tratamiento de agua |
| | | Zona comercial | | | Relleno sanitario |
| | | Zona industrial | | | Hospitales |
| | | | | | Centros de salud |
| | | | Estaciones de policía | | |
| | | | Instituciones educativas | | |
| | | | Campos deportivos | | |

TENGA EN CUENTA
Tal como se evidencia en el ejemplo de la Figura 6, algunos elementos de referencia para el reconocimiento básico del territorio no pueden ser espacializados, por lo que se recomienda indicar al margen del mapa elementos tales como clima o población total, entre otros.

PASO 1 Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

- ACTIVIDAD 1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio
- ACTIVIDAD 2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica
- ACTIVIDAD 3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

ACTIVIDAD 2: Reconocimiento de la dinámica demográfica básica

El reconocimiento de la dinámica demográfica básica permite identificar los procesos de cambio y transformación de las pautas de reproducción biológica y social de la población. La noción de dinámica demográfica supera la concepción estática que tradicionalmente se ha asumido en los procesos de planeación y busca dimensionar y reconocer a la población como una entidad activa en constante transformación. 



REFERENCIAS
Véase: Lineamientos Conceptuales Estrategia PASE a la Equidad en Salud. MSPS/UNFPA/UEC.

CONSULTE
Se recomienda ver los videos Las poblaciones humanas y La dinámica demográfica, la bañera, en: www.pasealdesarrollo.org

La dinámica demográfica incluye las tendencias recientes en la natalidad y en la mortalidad. Estos dos fenómenos se compensan, de manera que el saldo es el crecimiento vegetativo de la población, que puede ser positivo o negativo dependiendo del crecimiento o decrecimiento que sufra la población. Pero este crecimiento puede modificarse también cuando los habitantes abandonan el lugar (emigran) o llegan a residir en él (inmigran), por lo que es necesario establecer también el saldo migratorio, que puede ser positivo o negativo dependiendo de la pérdida o ganancia de población que sufra el territorio. Cuando se resta el saldo migratorio del crecimiento vegetativo se obtiene el crecimiento total de la población (positivo o negativo). 

Para el reconocimiento de la dinámica demográfica básica se recomienda consultar el capítulo demográfico del ASIS. En términos de planeación de la salud, estos datos son de suma importancia porque permitirán evaluar si la oferta de servicios e infraestructura existente será suficiente, en el mediano plazo, para responder al crecimiento de la población, si es adecuada para las características de esta última y si está localizada adecuadamente.

Para el reconocimiento de los componentes básicos de la Dinámica Demográfica  se debe tener en consideración:

- El tamaño de la población o número de residentes habituales en el territorio.
- El crecimiento de la población o su ritmo de pérdida y ganancia en un año, así como los componentes que explican ese crecimiento: la natalidad, la mortalidad y la migración.
- La estructura o la forma como se distribuye la población de acuerdo con variables como edad o sexo, y su composición en grupos especiales como etnias o grupos socioculturales de relevancia para la planeación.
- La distribución geográfica que es la forma como se asienta la población en zonas urbanas y rurales (cabecera-resto).

Para el desarrollo de esta actividad también puede consultar la información demográfica disponible en SISPRO y el DANE. Luego los equipos territoriales realizarán una lectura crítica de la información preguntándose, por ejemplo: ¿Si la dinámica de crecimiento que propone la información es acorde con la dinámica de crecimiento: con qué cuenta la entidad territorial? ¿El tamaño de la población que proyecta el DANE es acorde con el tamaño con que cuenta el municipio o la entidad territorial? ¿Qué situaciones se han presentado en la entidad territorial que explican la diferencia entre la información y la situación actual?

A partir de esta información y preguntas orientadoras se construirán tablas similares a las que se relacionan a continuación.

CONSULTE
Para una mayor comprensión de la Dinámica Demográfica se recomienda consultar la "Guía para el análisis demográfico local", disponible en http://unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/dinamicasdemografia.pdf

CONSULTE
Guía conceptual y metodológica para la construcción de ASIS de las entidades territoriales.

Tabla 1. Ejemplo de la dinámica demográfica básica del territorio

Ejemplo de Lectura de Dinámica Demográfica Actual
Municipio: Cucunubá - Código Dane # 25224

| TABLA 1: CRECIMIENTO Y DINÁMICA DE LA POBLACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Componentes | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| TAMAÑO | 7.887 | 7.754 | 7.623 | 7.494 | 7.368 | 7.244 | 7.122 | 7.013 | 6.902 | 6.791 | 6.683 | 6.576 | 6.471 | 6.368 |
| NACIMIENTOS | 122 | 97 | 94 | 120 | 119 | 104 | 119 | 121 | 145 | 137 | 153 | 129 | 120 | 104 |
| DEFUNCIONES | 21 | 11 | 28 | 28 | 31 | 44 | 43 | 35 | 33 | 41 | 44 | 34 | 19 | 44 |
| CREC VEG | 101 | 86 | 66 | 92 | 88 | 60 | 76 | 86 | 112 | 96 | 109 | 95 | 101 | 60 |
| CREC TOTAL | -133 | -131 | -129 | -126 | -124 | -122 | -108 | -112 | -110 | -109 | -107 | -105 | -103 | |
| MIGRACIÓN | -219 | -197 | -221 | -215 | -185 | -198 | -194 | -224 | -206 | -218 | -202 | -206 | -163 | |

Fuente: TAMAÑO 2005: DANE población conciliada 2005. TAMAÑO 1998-2004: Cálculos UEC con base en DANE censos 1993 y 2005 ajustados. NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES: DANE. Estadísticas vitales con repartición de "sin información" por UEC.

Lectura:

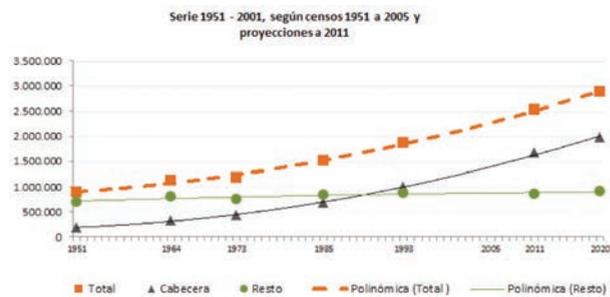
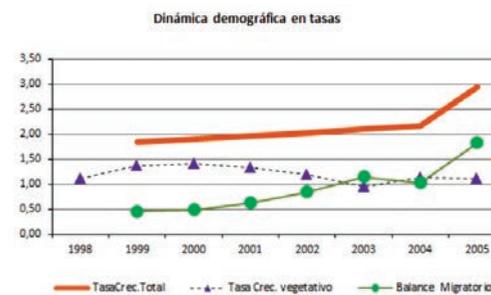
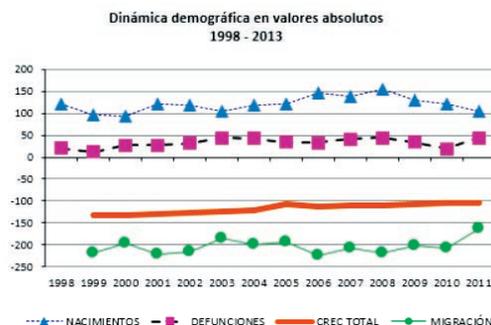
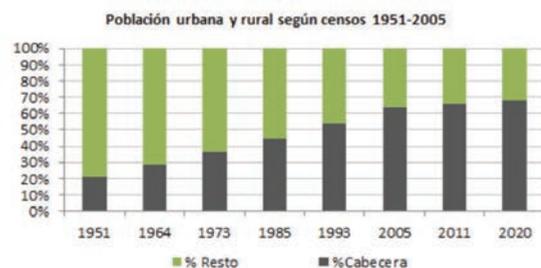
| TABLA 2: TASAS DE LOS COMPONENTES DEMOGRÁFICOS | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Componentes | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | |
| TB Natalidad | 1,55 | 1,79 | 1,86 | 1,78 | 1,69 | 1,46 | 1,60 | 1,58 | |
| TB Mortalidad | 0,43 | 0,41 | 0,45 | 0,44 | 0,50 | 0,51 | 0,47 | 0,47 | |
| Tasa Crec. Vegetativo | 1,12 | 1,38 | 1,41 | 1,34 | 1,19 | 0,95 | 1,13 | 1,11 | |
| Tasa Crec. Total | | 1,83 | 1,90 | 1,79 | 2,03 | 2,10 | 2,16 | 2,93 | |
| Balance Migratorio | | 0,45 | 0,49 | 0,62 | 0,84 | 1,15 | 1,03 | 1,82 | |

Fuente: Cálculos propios con base en la tabla 1 "CRECIMIENTO Y DINÁMICA DE LA POBLACIÓN" de este documento.

Lectura:

| TABLA 3: EVOLUCIÓN DEL RATIO CABECERA-RESTO 1951-2020 | | | | | |
|---|-----------|-----------|---------|------------|---------|
| Censo | Total | Cabecera | Resto | % Cabecera | % Resto |
| 1951 | 892.660 | 188.534 | 704.126 | 21,12% | 78,88% |
| 1964 | 1.122.213 | 323.722 | 798.491 | 28,85% | 71,15% |
| 1973 | 1.176.003 | 425.357 | 750.646 | 36,17% | 63,83% |
| 1985 | 1.512.928 | 674.888 | 838.040 | 44,61% | 55,39% |
| 1993 | 1.875.337 | 1.004.510 | 870.827 | 53,56% | 46,44% |
| 2005 | 2.280.037 | 1.458.654 | 821.383 | 63,98% | 36,02% |
| 2011 | 2.517.215 | 1.666.577 | 850.638 | 66,21% | 33,79% |
| 2020 | 2.887.005 | 1.974.289 | 912.716 | 68,39% | 31,61% |

Fuente: DANE censos de población y proyecciones de población publicadas en WEB a marzo de 2010.



Lectura:

ACTIVIDAD 3: Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

Para cumplir con el propósito de hacer un reconocimiento integral de la entidad territorial los equipos territoriales, mediante ejercicios colaborativos, **deben identificar, organizar y discutir la información y los indicadores disponibles en la entidad territorial**, siguiendo los planteamientos de las dimensiones PASE (Poblacional, Ambiental, Social y Económica).

Para tal efecto, **los equipos territoriales deben acceder:**

1. En primer lugar, **a las fuentes de información oficial: el SISPRO, el ASIS y la información consignada en el PDSP**, fuentes que cuentan con una batería de indicadores que brindarán una parte importante de la información.
2. En segundo lugar, **a fuentes como el DANE y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) que proveen información que da cuenta de diversas condiciones o situaciones con un nivel de desagregación que permite que las entidades territoriales identifiquen su situación básica.**
3. En tercer lugar, se debe tener **presente la información de referencia de carácter local que cumpla con estándares mínimos de calidad y confiabilidad**, o aquella que se encuentre consignada en los procesos de planeación previos.

De acuerdo con lo anterior, y en primera medida, **los equipos territoriales deben dar cuenta del estado de la situación de su base poblacional vigente en el territorio**. En este caso, como mínimo, se debe tener en cuenta la información de crecimiento, tamaño y estructura de la población, así como la forma en que se distribuye en el territorio, tal y como se muestra en la Tabla de trabajo 2: Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE. En este caso, la guía para la construcción de ASIS aporta insumos importantes sobre indicadores, fuentes de datos y periodicidad de la información que permitirá orientar la construcción de una parte importante de esta matriz.

PASO 1 Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

ACTIVIDAD 1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio

ACTIVIDAD 2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica

ACTIVIDAD 3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE

CONSULTE

Para comprender mejor las dimensiones PASE se puede consultar el capítulo 3 de los *Lineamientos Conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud*.

Tabla 2. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (Poblacional)

| Componentes del desarrollo | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | | | |
|----------------------------|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| | 1 Componentes asociados a las competencias sectoriales | 2 Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | 3 Indicadores del municipio | 4 Indicadores del departamento | 5 Indicadores nacionales | 6 Fuente y año de los indicadores |
| Demografía | Tamaño | Urbano | | | | |
| | | Rural | | | | |
| | Crecimiento | Natalidad | | | | |
| | | Mortalidad | | | | |
| | | Mortalidad por grandes causas | | | | |
| | | Inmigración | | | | |
| | | Emigración | | | | |
| | | Edad y sexo | | | | |
| | Grupos específicos: infancia, adolescencia, juventud y adultos mayores (distinguiendo hombres y mujeres), víctimas | | | | | |
| | Pueblos y comunidades: afros, indígenas, rom (por edad y sexo) | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Para el diligenciamiento de la Tabla 2A, en la primera parte se hace de una descripción de la información poblacional territorial:

En la columna 1: *Componentes asociados a las competencias sectoriales*, se encuentran los componentes mínimos de la dinámica demográfica: tamaño, crecimiento, estructura, movilidad y distribución junto con algunas de las variables que permiten dar cuenta de la dinámica.

En la columna 2: *Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial*, se realiza una breve descripción de la situación presente en la entidad territorial (por ejemplo, en términos de movilidad: creciente población desplazada que ha llegado a la cabecera municipal proveniente de otras entidades territoriales).

En la columna 3: *Indicadores del municipio*, se consignan los principales indicadores de referencia para la entidad territorial (por ejemplo: 300 personas en situación de desplazamiento han llegado durante los últimos cinco años).

En la columna 4: *Indicadores del departamento*, se establecen los indicadores de referencia de otros ámbitos de gobierno, es decir, para el caso de los municipios se tendrán como referencia los datos del departamento y para el caso de los departamentos se tendrán como referencia los datos de la nación.

En la columna 5: *Indicadores nacionales*, se establecen los indicadores de referencia de la nación. En este caso, es necesario tener presente que en muchos de los indicadores se han establecido metas de carácter nacional o se cuenta con indicadores agregados (por ejemplo: en el caso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se cuenta con indicadores agregados de carácter nacional; en el caso de los indicadores de empleo se deben consultar las cifras agregadas del DANE, etc.).

En la columna 6: *Fuente y año de los indicadores*, se establecen la fuente y el año de los indicadores (por ejemplo: el Registro Único de Víctimas).



RECUERDE

Las “tablas de trabajo 3M10P”, desarrolladas en Excel, son útiles para organizar, preparar y disponer de la información necesaria, suficiente, coherente, pertinente y completa, de la que tratan los artículos 22, 27, 30 y 35 de la Resolución 1536 de 2015 y que deberá ser cargada a la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline del SISPRO.



TENGA EN CUENTA

En la segunda parte de la Tabla 2 (páginas 72 a 74 de este documento) se hace una descripción similar a la anterior, pero teniendo como referencia los otros indicadores de acuerdo con las dimensiones ambiental, social y económica. Tenga presente que no todos los casos cuentan con información disponible, así que, si esta eventualidad ocurre, quedará el espacio para ser documentada. Además, aunque no se cuente con los indicadores, se debe incluir la descripción en la columna 2: Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial.

Continuación... **Tabla 2. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (Poblacional)**

| Componentes del desarrollo | (1) Componentes asociados a las competencias sectoriales | (2) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (6) Fuente y año de los indicadores |
|----------------------------|--|--|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | (3) Indicadores del municipio | (4) Indicadores del departamento | (5) Indicadores nacionales | |
| Demografía | Estructura | Grupos de población en condición de vulnerabilidad o discriminación manifiesta (discapacitados, reintegrados, víctimas del desplazamiento entre otros) | | | | |
| | Distribución | Población localizada en cabecera/centros poblados, corredores habitacionales, veredas, corregimientos (considerando la estructura de la población) | | | | |
| | Movilidad | Desplazamiento forzado y movilidades temporales (considerando edad, sexo, etnia y distribución en el territorio) | | | | |
| | Morbilidad | Principales causas de morbilidad presentes en el territorio | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Para el desarrollo de este ejercicio, los equipos territoriales deben apoyarse en el ASIS y en los diagnósticos territoriales que se encuentran en los documentos de soporte de los diferentes documentos de planeación del municipio.

Es necesario tener presente que la información desarrollada en este Paso precisa y complementa la primera descripción del territorio elaborada en la actividad de reconocimiento de la base físico-espacial del territorio. Se recomienda que los aspectos considerados en dicho Paso sean incorporados en el desarrollo de este ejercicio. Los indicadores incluidos en el presente Paso pueden ser especializados y con ello complementado el paso anterior.



TENGA EN CUENTA

Los equipos territoriales deben identificar aquellos indicadores básicos para cada una de las demás dimensiones: Ambiental, Social y Económica.

Utilizar las preguntas orientadoras.

Ver Repositorio Institucional Digital – RID, catálogo de indicadores:
<http://goo.gl/N029eL>

Continuación... **Tabla 2. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (Ambiente)**

| Dimensiones PASE | (1) Componentes asociados a las competencias sectoriales | (2) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (6) Fuente y año de los indicadores |
|--|--|--|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | (3) Indicadores del municipio | (4) Indicadores del departamento | (5) Indicadores nacionales | |
| Ambiente Natural | Medio ambiente y recursos naturales | | | | | |
| | Emisiones | | | | | |
| | Condiciones del aire | | | | | |
| | Áreas de riesgo y amenaza (inundaciones, incendios, vulcanismo, movimientos de masa) | | | | | |
| | Clasificación y delimitación del territorio (delimitación del suelo urbano, expansión, rural, rural-suburbano, protección) | | | | | |
| Síntesis Dimensión Ambiente Natural | | | | | | |
| Ambiente Construido | Servicios públicos domiciliarios | | | | | |
| | Saneamiento básico | | | | | |
| | Espacio público | | | | | |
| | Movilidad (vías de acceso) | | | | | |
| | Vivienda | | | | | |
| Síntesis Dimensión Ambiente Construido | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 2. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (Social)**

| Dimensiones PASE | (1) Componentes asociados a las competencias sectoriales | (2) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (6) Fuente y año de los indicadores |
|---------------------------------|--|--|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | (3) Indicadores del municipio | (4) Indicadores del departamento | (5) Indicadores nacionales | |
| Infraestructura Institucional | Infraestructuras de seguridad y justicia | | | | | |
| | Educación | | | | | |
| | Recreación y deporte | | | | | |
| | Cultura | | | | | |
| | Pobreza | | | | | |
| Social Infraestructura de Salud | Salud | | | | | |
| | Bienestar y protección social (jardines infantiles, casa de juventud, ancianatos, centros para personas en condiciones de vulnerabilidad, situación de desplazamiento, víctimas de la violencia, etc.) | | | | | |
| Síntesis de Dimensión Social | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.



Continuación... **Tabla 2. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE (Económica)**

| Dimensiones PASE | (1) Componentes asociados a las competencias sectoriales | (2) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (6) Fuente y año de los indicadores |
|--|--|--|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | (3) Indicadores del municipio | (4) Indicadores del departamento | (5) Indicadores nacionales | |
| Económica | Principales actividades económicas | | | | | |
| | Distribución de la tierra | | | | | |
| | Cultivos agrícolas | | | | | |
| | Infraestructura de desarrollo económico agrario, distribución, transformación y comercialización | | | | | |
| | Infraestructura de desarrollo económico, industrial o empresarial | | | | | |
| | Acceso a Canasta SAN | | | | | |
| Síntesis Dimensión Económica | | | | | | |
| Político-administrativo | Estructura administrativa de la entidad territorial | | | | | |
| | Espacios de participación comunitaria presentes en el municipio | | | | | |
| | Categoría de municipio | | | | | |
| | Acciones institucionales o interinstitucionales para el fortalecimiento en salud en el municipio | | | | | |
| Síntesis Dimensión Político-administrativa | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

PASO 2. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

OBJETIVO

Realizar un reconocimiento básico de las condiciones en salud y las implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Reconocimiento de condiciones básicas de salud.
2. Reconocimiento de las implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud.

INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

1. Tabla 3: Reconocimiento de condiciones básicas en salud.
2. Tabla 4: Implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud.
3. Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

PRODUCTOS

Al finalizar el paso 2, los equipos territoriales contarán con un reconocimiento de las condiciones básicas en salud y de las implicaciones de las dinámicas básicas PASE para la planeación integral en salud. A su vez, contarán con un panorama claro sobre las condiciones iniciales en salud, en relación con las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública y el ASIS. Los resultados de este paso serán los insumos para la realización del Paso 3.

PASO 2 Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

ACTIVIDAD 4. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud y ASIS

ACTIVIDAD 5. Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud



A continuación se desarrollarán por separado todas y cada una de las actividades propuestas.

PASO 2
Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

ACTIVIDAD 4. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud y ASIS

ACTIVIDAD 5. Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

Para una formulación adecuada del PTS es necesario realizar un reconocimiento inicial de las condiciones de salud presentes en la entidad territorial a cuya transformación deberán contribuir las propuestas estratégicas del nuevo plan. La identificación de las condiciones básicas de salud se realiza acotando la descripción a las ocho dimensiones prioritarias y las dos transversales del PDSP y las competencias en materia de salud pública y planeación integral del desarrollo territorial.

ACTIVIDAD 4: Reconocimiento de las dinámicas básicas de salud y ASIS

La identificación de la situación de salud vigente en el territorio, que se soportará, en gran parte, en la información contenida en los ASIS, será un insumo fundamental para reconocer el estado de la población en cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP y sus tendencias en el tiempo. Así mismo, su lectura aportará elementos clave para el diagnóstico territorial en salud. La comparación de los indicadores básicos de la localidad con los del nivel departamental o nacional permitirá, además, tener un punto de referencia para establecer la posición del territorio dentro de la región de la que hace parte.

RECUERDE
Una herramienta tecnológica para la planeación integral en salud que permite acceder a la información disponible en ASIS es el Repositorio Institucional Digital (RID): <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

CONSULTE
Para conocer más acerca de las dimensiones de la salud se recomienda consultar el PDSP páginas 169 a 301.

TENGA EN CUENTA
El análisis de situación en salud se define como una metodología analítica –sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud– enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de salud que los generan. Es necesario tener presente la Resolución 1536 artículos 8, 9 y 10.



En esta actividad se utilizarán los elementos e indicadores priorizados en el ASIS, organizados de acuerdo con las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, los cuales permitirán tener una panorámica inicial de las condiciones de salud para abordar en el proceso de formulación del PTS.

Al igual que en la actividad anterior, para este reconocimiento se cuenta con la Tabla 3: Reconocimiento de condiciones básicas de salud que permite, de forma sintética, dar cuenta de algunos de los indicadores relevantes de referencia (ver páginas siguientes):

RECUERDE
Es necesario precisar que el ASIS se considera como un conjunto de procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis y que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio; incluye los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los causan, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. (MSPS 2013a).

TENGA EN CUENTA
La identificación de las condiciones básicas de salud será realizada por los equipos territoriales, acotando la descripción con base en las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales de salud del PDSP y las competencias en materia de salud pública.
Ver Repositorio Institucional Digital – RID, subserie indicadores de salud, catálogo de indicadores: <http://goo.gl/2LMMnA>

Tabla 3: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud

| 0 Dimensiones | 1 Componentes | 2 Áreas de observación | 3 Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | | 7 Fuente y año de los indicadores |
|---|--|--|---|---|-----------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| | | | | 4 Indicadores del municipio | 5 Indicadores del departamento | 6 Indicadores nacionales | | |
| 1. Dimensión salud ambiental | Hábitat saludable | Acceso al agua potable y coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo | | | | | | |
| | | Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos | | | | | | |
| | | Calidad del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta | | | | | | |
| | | Urbanismo, ruralidad y espacios públicos | | | | | | |
| | | Movilidad | | | | | | |
| | | Condiciones de vivienda | | | | | | |
| | | Riesgo biológico | | | | | | |
| | | Riesgo químico | | | | | | |
| | | Riesgo relacionado con el uso de tecnologías | | | | | | |
| | | Responsabilidad social empresarial | | | | | | |
| | | Adaptación e implementación de políticas nacionales e internacionales en salud ambiental | | | | | | |
| | | Reglamento sanitario internacional | | | | | | |
| | Protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos | | | | | | | |
| | Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales | Carga ambiental de la enfermedad | | | | | | |
| Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

En la columna 0: Dimensiones, se encuentran las dimensiones prioritarias y transversales.

En la columna 1: Componentes, se encuentran los componentes de cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.

En la columna 2: Áreas de observación, se identifican las áreas de observación prioritarias para dar cuenta de la situación de los componentes. Las áreas de observación corresponden a aquellos aspectos fundamentales que son necesarios y pertinentes observar en los componentes de cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, pues es allí donde se expresan sus objetivos. En el caso en que los equipos territoriales identifiquen situaciones que den cuenta del componente pero que no se asocian a ninguna de las áreas de observación se podrán involucrar como nuevas áreas emergentes.

En la columna 3: Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial, se hace una descripción de la situación actual de la entidad territorial en cada una de las áreas de observación. Se deben incorporar todas aquellas situaciones o condiciones que están presentes en la entidad territorial, incluyendo aquellas cuyos indicadores muestren un nivel aceptable u óptimo con respecto al departamento o la nación.

En la columna 4: Indicadores del municipio, se establecen los indicadores de referencia de la entidad departamental, municipal o distrital. Si se cuenta con indicadores desagregados según grupos poblacionales de interés deben ser considerados en la dimensión transversal del PDSP gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

En la columna 5: Indicadores del departamento, se describen los indicadores de referencia del nivel departamental.

En la columna 6: Indicadores nacionales, se describen los indicadores del nivel nacional.

En la columna 7: Fuente y año de los indicadores, se establece la fuente y año de los indicadores. Se recomienda que las fuentes sean las mismas empleadas por ASIS y contenidas en el SISPRO. Si se dispone de otras fuentes en el territorio se podrá hacer uso de ellas, siempre y cuando cumplan con los mínimos criterios de calidad y validez de la información.

Continuación... **Tabla 3: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud**

| (0) Dimensiones | (1) Componentes | (2) Áreas de observación | (3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (7) Fuente y año de los indicadores |
|---|---|--|--|--|--|----------------------------------|--|
| | | | | (4) Indicadores del municipio | (5) Indicadores del departamento | (6) Indicadores nacionales | |
| 2. Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles | Modos, condiciones y estilos de vida saludables | Entornos saludables | | | | | |
| | | Infraestructuras, espacios, bienes y servicios saludables | | | | | |
| | | Modos y estilos de vida saludables | | | | | |
| | Condiciones crónicas prevalentes | Empoderamiento y corresponsabilidad social | | | | | |
| | | Servicios de salud individuales y colectivos | | | | | |
| | | Servicios socio-sanitarios | | | | | |
| | Carga de la enfermedad | | | | | | |
| 3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental | Promoción de la salud mental y convivencia | Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social | | | | | |
| | | Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social | | | | | |
| | | Entornos protectores para la salud mental y la convivencia social | | | | | |
| | | Factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos | | | | | |
| | | Atención psicosocial y en salud mental a población víctima del conflicto armado | | | | | |
| | Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia | Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales, así como del impacto en salud mental de las diferentes formas de violencia | | | | | |
| Redes institucionales y comunitarias para la atención psicosocial de víctimas del conflicto armado | | | | | | | |

TENGA EN CUENTA
En ausencia de información cuantitativa, la entidad territorial debe reportar que no cuenta con información o que no aplica (N.A), pero en ningún caso deberán quedar casillas vacías.



Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 3: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud**

| (0) Dimensiones | (1) Componentes | (2) Áreas de observación | (3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (7) Fuente y año de los indicadores |
|--|---|---|---|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | (4) Indicadores del municipio | (5) Indicadores del departamento | (6) Indicadores nacionales | |
| 4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | Disponibilidad y acceso a los alimentos | Oferta de acceso al grupo de alimentos prioritarios | | | | | |
| | Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos | Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos | | | | | |
| | Calidad e inocuidad de los alimentos | Modelo de inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas (resolución 1229 de 2013) | | | | | |
| 5. Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos | Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género | Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género sectorial e intersectorial | | | | | |
| | Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos | Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en salud sexual y reproductiva | | | | | |
| | | Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro) | | | | | |
| | | Servicios integrales en salud sexual y reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes | | | | | |
| | | Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual | | | | | |
| | Acceso universal a prevención y atención integral para infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/SIDA | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.



Continuación... **Tabla 3: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud**

| (0) Dimensiones | (1) Componentes | (2) Áreas de observación | (3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (7) Fuente y año de los indicadores |
|---|---|--|---|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | | (4) Indicadores del municipio | (5) Indicadores del departamento | (6) Indicadores nacionales | |
| 6. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles | Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas | Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo | | | | | |
| | | Carga de enfermedades desatendidas | | | | | |
| | | Carga de enfermedades infecciosas por ETA y EDA | | | | | |
| | | Vigilancia y control de condiciones nuevas y reemergentes | | | | | |
| | | Carga de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) | | | | | |
| | Enfermedades inmunoprevenibles | Gestión integral del Plan ampliado de Inmunizaciones | | | | | |
| | | Carga de enfermedades inmunoprevenibles | | | | | |
| | Condiciones y situaciones endemo-epidémicas | Carga de enfermedades transmitidas por vectores | | | | | |
| | | Atención integral de enfermedades transmitidas por vectores | | | | | |
| | | Carga de enfermedades zoonóticas | | | | | |
| | | Atención integral de enfermedades zoonóticas | | | | | |
| | 7. Dimensión Salud Pública en Emergencias Y Desastres | Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres | Información y conocimiento del riesgo en emergencias y desastres | | | | |
| Reducción del riesgo de desastres | | | | | | | |
| Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales | | Capacidades básicas de vigilancia y respuesta (Reglamento Sanitario Internacional 2005) | | | | | |
| | | Suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y componentes sanguíneos | | | | | |
| Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres | | Atención integral, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencia y desastres. | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 3: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud**

| (0) Dimensiones | (1) Componentes | (2) Áreas de observación | (3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (7) Fuente y año de los indicadores |
|---|--|--|---|---|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| | | | | (4) Indicadores del municipio | (5) Indicadores del departamento | (6) Indicadores nacionales | |
| 8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral | Seguridad y salud en el trabajo | Poblaciones laborales en el sector rural, formal e informal de la economía | | | | | |
| | | Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales | | | | | |
| | | Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores informales de la economía | | | | | |
| | | Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral | | | | | |
| | Situaciones prevalentes de origen laboral | Carga de enfermedad de origen laboral | | | | | |
| 9. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables | Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes | Niños, niñas y adolescentes | | | | | |
| | Envejecimiento y vejez | Envejecimiento y vejez | | | | | |
| | Salud y género | Salud y género | | | | | |
| | Salud en población étnica | Poblaciones étnicas | | | | | |
| | Discapacidad | Discapacidad | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 3: Reconocimiento de las condiciones básicas de salud**

| (0) Dimensiones | (1) Componentes | (2) Áreas de observación | (3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (7) Fuente y año de los indicadores |
|---|---|---|---|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | (4) Indicadores del municipio | (5) Indicadores del departamento | (6) Indicadores nacionales | |
| 10. Dimensión transversal fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud | Fortalecimiento de la autoridad sanitaria | Regulación | | | | | |
| | | Conducción | | | | | |
| | | Gestión administrativa y financiera | | | | | |
| | | Vigilancia epidemiológica y sanitaria e IVC del sistema | | | | | |
| | | Aseguramiento en salud y Protección | | | | | |
| | | Provisión adecuada de servicios de salud | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

RECUERDE

Es necesario incluir aquellas situaciones o condiciones de salud cuyos indicadores presentan un nivel óptimo o controlado y no solo mostrar aquellas situaciones que muestran alguna dificultad. Estas condiciones permitirán posteriormente, identificar liberadores de las tensiones.

CONSULTE

En los Lineamientos Conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud se explicó de qué manera la salud es resultado del juego de interacciones entre las dimensiones del desarrollo y las prioritarias y transversales del PDSP y se detallaron las formas en que la dinámica demográfica puede expresarse y actuar sobre las condiciones de salud de la población disponible en **Lineamientos Conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Capítulo IV.**

Para la realización de este ejercicio se recomienda revisar dicho apartado y ver el video sobre “La dinámica demográfica, la bañera” en http://pasealdesarrollo.org/?page_id=93



RECUERDE Las áreas de observación corresponden a aquellos aspectos fundamentales que son necesarios y pertinentes de observar en los componentes de cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, pues allí es donde se expresan sus **objetivos**.

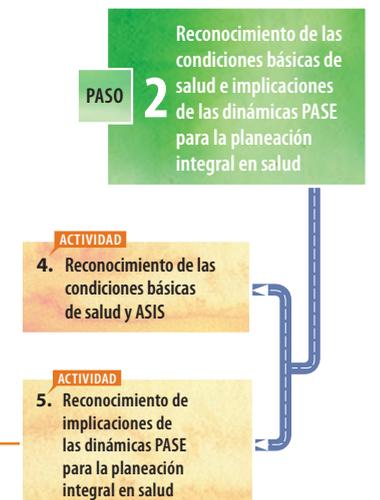
Ejemplo 1: Tabla 3 diligenciada. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud

| (0) Dimensiones | (1) Componentes | (2) Áreas de observación | (3) Breve descripción de la situación presente en la entidad territorial | Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual del territorio | | | (7) Fuente y año de los indicadores |
|---------------------------|-------------------|---|--|---|--|---|--|
| | | | | (4) Indicadores del municipio | (5) Indicadores del departamento | (6) Indicadores nacionales | |
| Dimensión salud ambiental | Hábitat saludable | Acceso al agua potable y coberturas de acueducto, aseo y alcantarillado | La cobertura de acueducto en el casco urbano es aceptable; sin embargo, el agua que se suministra no está tratada dado que, aunque existe una planta de tratamiento de agua potable que fue construida en 2003, actualmente no se encuentra en funcionamiento. | 98,98 % de cobertura que corresponde a 1145 personas. | El departamento de Meta registra una cobertura de 75,41 %. | 94,2 % en áreas urbanas y de 47,1 % en áreas rurales. | Fuente municipal: PD M 22 12-2014. Fuente departamental: Censo de población, Diagnóstico de cumplimiento del derecho humano sí agua. (...) Defensoría del Pueblo. Fuente nacional: Censos de población 2005. |

Algunos de los campos establecidos en la Tabla 3, no tienen asociado un indicador de referencia de carácter cuantitativo. En estos casos se puede realizar una descripción cualitativa de la situación que permita ilustrar las condiciones vigentes en el territorio y que darán cuenta de aspectos que, en el corto o mediano plazo, tendrán que ser documentados. Algunos de los indicadores sugeridos para la dimensión ambiental vinculados con las características del aire (emisiones de gases o material particulado) no se encuentran disponibles para los niveles municipales, por tal razón los equipos territoriales podrán hacer una descripción de situaciones presentes en cada una de las entidades territoriales [por ejemplo: en las zonas rurales del Municipio X no existe cobertura de gas natural y persiste la práctica de cocinar con estufas de leña o carbón, situación que afecta a más de 60 familias (250 personas) que se encuentran en riesgo por enfermedades respiratorias].

ACTIVIDAD 5: Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud

Se debe realizar un reconocimiento de las implicaciones que tiene la dinámica demográfica en los resultados de salud por cada dimensión del PDSP. En el caso específico de la planeación territorial en salud, se debe realizar un ejercicio de reconocimiento sobre las implicaciones que tiene la dinámica demográfica. Estas hacen referencia a los efectos que tiene cada una de las dinámicas del desarrollo sobre la salud de la población y para la planeación territorial en salud, requiriendo la acción de la entidad territorial a futuro. Este ejercicio servirá como insumo para la identificación de tensiones en el Paso 3.



RECUERDE

Las implicaciones entre las dimensiones del desarrollo y las del PDSP pueden considerar aspectos tanto positivos como negativos para la planeación integral en salud de la población, que serán útiles para la transformación esperada tensiones.

Pero no sólo la dinámica demográfica tiene implicaciones para la planeación territorial en salud, sino también en las otras dimensiones (Ambiental, Social y Económica) entran en relación e interactúan con las dimensiones prioritarias del PSDP.

De acuerdo con lo anterior, una vez realizado el ejercicio de identificación de las implicaciones de la dinámica demográfica, **se propone**

replicar el ejercicio con las demás dimensiones del desarrollo, de manera que no solamente la dinámica poblacional, sino también la ambiental, la social y la económica puedan ser leídas a la luz de las implicaciones que cada una de éstas tiene para las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP. Para la realización de este ejercicio se usará la estructura de contenidos de la Tabla 4: Implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud:

Tabla 4: Implicaciones de las dinámicas PASE en las condiciones de salud de la población

| Dimensiones del desarrollo | Dimensión salud ambiental | Dimensión vida saludable y condiciones trasmisibles | Dimensión Convivencia social y salud Mental | Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | Dimensión Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos | Dimensión Vida Saludable y enfermedades Transmisibles | Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres | Dimensión Salud y Ámbito Laboral | Dimensión transversal: Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables | Dimensión Transversal: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria |
|----------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|--|----------------------------------|---|--|
| Poblacional | | | | | | | | | | |
| Ambiental | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | |
| Institucional | | | | | | | | | | |
| Económica | | | | | | | | | | |

Las áreas de riesgo y de amenaza ambiental, así como las condiciones de movilidad, generan estrés emocional, intolerancia, falta de solidaridad, incremento de la agresividad, baja productividad, demanda de servicios de salud mental y de protección y justicia.

Ejemplo 2: Tabla 4 (Implicación de la Dinámica Poblacional en la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos)

| Dimensiones del desarrollo | Dimensión salud ambiental | Dimensión vida saludable y condiciones trasmisibles | Dimensión Convivencia social y salud Mental | Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | Dimensión Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos | Dimensión Vida Saludable y enfermedades Transmisibles | Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres | Dimensión Salud y Ámbito Laboral | Dimensión transversal: Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables | Dimensión Transversal: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria |
|----------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|--|----------------------------------|---|--|
| Poblacional | | | | | | | | | | |
| Ambiental | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | |
| Institucional | | | | | | | | | | |
| Económica | | | | | | | | | | |

Dada la estructura de población que incluye un número creciente de jóvenes, éstos podrían estar generando nuevas demandas sobre los recursos e infraestructuras para los programas de promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva.

TENGA EN CUENTA

En el caso de la dimensión poblacional, la pregunta que orienta el ejercicio que se observa en la Tabla 4 es:

¿Qué implicaciones tiene para la administración municipal, departamental o distrital y la planeación en salud el tamaño, crecimiento, estructura, distribución y movilidad de la población en cada una de las dimensiones del PDSP?

Por ejemplo: la creciente población de jóvenes podría crear nuevas demandas sobre los recursos e infraestructuras para los programas de promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva. La entidad territorial en la actualidad cuenta con una estructura poblacional que incluye un número considerable de jóvenes que han generado una presión importante sobre los programas de promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva. Se requiere de mayor infraestructura para servicios amigables en salud y programas de atención diferencial para adolescentes y jóvenes.

De manera análoga al ejemplo de la Tabla 3 la pregunta que se hace en la Tabla 4 es: **¿Qué implicaciones tienen las condiciones de la base ambiental (natural y construida) para cada una de las dimensiones del PDSP?**

Por ejemplo: la presencia de zonas de amenaza y riesgo por deslizamiento implica la planificación de la gestión integral del riesgo de desastres en la entidad territorial.

En el caso de la dimensión social **¿Qué implicaciones tiene la dinámica sociocultural para cada una de las dimensiones del PDSP?**

Por ejemplo: si hay presencia de conflicto armado en la entidad territorial ésta puede demandar servicios de atención psicosocial para víctimas del conflicto.



Ejemplo 3: Tabla 4 (Implicación de la Dinámica Ambiental en la Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres)

| Dimensiones del desarrollo | Dimensión salud ambiental | Dimensión vida saludable y condiciones trasmisibles | Dimensión Convivencia social y salud Mental | Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | Dimensión Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos | Dimensión Vida Saludable y enfermedades Transmisibles | Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres | Dimensión Salud y Ámbito Laboral | Dimensión transversal: Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables | Dimensión Transversal: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria |
|----------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|--|----------------------------------|---|--|
| Poblacional | | | | | | | | | | |
| Ambiental | | | | | | | La presencia de zonas de amenaza y riesgo por deslizamiento en la entidad territorial, está generando la necesidad de aumentar los recursos de inversión para el fortalecimiento de los programas de gestión integral de riesgo de desastres, que aún son insuficientes. | | | |
| Social | | | | | | | | | | |
| Institucional | | | | | | | | | | |
| Económica | | | | | | | | | | |

Ejemplo 4: Tabla 4 (Implicación de la Dinámica Social en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental)

| Dimensiones del desarrollo | Dimensión salud ambiental | Dimensión vida saludable y condiciones trasmisibles | Dimensión Convivencia social y salud Mental | Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | Dimensión Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos | Dimensión Vida Saludable y enfermedades Transmisibles | Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres | Dimensión Salud y Ámbito Laboral | Dimensión transversal: Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables | Dimensión Transversal: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria |
|----------------------------|---------------------------|---|--|---|---|---|--|----------------------------------|---|--|
| Poblacional | | | | | | | | | | |
| Ambiental | | | La persistencia del conflicto armado en la zona rural, ha generado un número significativo de personas víctimas de desplazamiento, que han sobrepasado la capacidad de respuesta de los programas de atención integral, especialmente en atención psicosocial. | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | |
| Institucional | | | | | | | | | | |
| Económica | | | | | | | | | | |

Por último, en el caso de la dimensión económica ¿Qué implicaciones tiene la dinámica económica para cada una de las dimensiones consideradas en el PDSP?

Por ejemplo: los cambios en los patrones de producción que pasó de pequeños productores a monocultivos extensivos han promovido que los alimentos deban ser traídos de otras regiones con lo cual ha disminuido la disponibilidad y acceso a los alimentos.

Preguntas orientadoras

- Si las condiciones o situaciones identificadas en la **dimensión económica del desarrollo** persisten en el tiempo, ¿Qué demandas o exigencias enfrenta o podría enfrentar la administración territorial?
- Si las condiciones o situaciones identificadas en la **dimensión social del desarrollo** persisten en el tiempo, ¿Qué demandas o exigencias enfrenta o podría enfrentar la administración territorial?



Ejemplo 5: Tabla 4 (Implicación de la Dinámica Económica en la Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional)

| Dimensiones del desarrollo | Dimensión salud ambiental | Dimensión vida saludable y condiciones trasmisibles | Dimensión Convivencia social y salud Mental | Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional | Dimensión Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos | Dimensión Vida Saludable y enfermedades Transmisibles | Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres | Dimensión Salud y Ámbito Laboral | Dimensión transversal: Gestión diferencial de Poblaciones Vulnerables | Dimensión Transversal: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria |
|----------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|--|----------------------------------|---|--|
| Poblacional | | | | | | | | | | |
| Ambiental | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | |
| Institucional | | | | | | | | | | |
| Económica | | | | | | | | | | |



Los cambios en los patrones de producción (que pasó de pequeños productores a monocultivos extensivos) implican la necesidad de traer alimentos de otras regiones, esto ha disminuido la disponibilidad y acceso a dichos productos.



PASO 3 Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio

ACTIVIDAD
6. Identificación de tensiones en salud

ACTIVIDAD
7. Valoración y validación de tensiones

Paso 3: Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio

Para la comprensión integral del estado de salud de la población en un territorio es necesario identificar y comprender las tensiones que se presentan entre las dinámicas PASE y entre estas y las condiciones de salud de la población. **La identificación de tensiones es una actividad estructural en el proceso de formulación del PTS** pues de esta dependerán la construcción de configuraciones territoriales, la visión y el componente estratégico del PTS.

La identificación de tensiones exige el reconocimiento de los factores que las originaron (generadores), de los factores que las refuerzan (reforzadores) así como de aquellos que las contrarrestan y de las implicaciones que tienen en distintas áreas del desarrollo local. **La identificación de tensiones facilita y ordena la actividad para la identificación de los determinantes de la salud.**

Como se ha mencionado en el apartado 4.7 de los Lineamientos Conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, una tensión en salud se define como como **“el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias y transversales para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población”**.

CONSULTE
Video sobre “Las tensiones en las interacciones entre las dimensiones del desarrollo” en www.pasealdesarrollo.org



TENGA EN CUENTA

Una tensión en salud expresa la forma en que se materializan las condiciones y situaciones presentes en el territorio y los determinantes de la salud en el estado de salud de la población (ver Lineamientos Conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud).

PASO 3. Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio

OBJETIVO

Realizar una identificación y una valoración inicial de las tensiones en salud presentes en la entidad territorial.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Identificación de las tensiones en salud.
2. Valoración y validación de tensiones.

INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

1. Tabla 5. Identificación y valoración tensiones en salud.

PRODUCTOS

El Paso 3 proporciona a los equipos territoriales la identificación de las tensiones presentes en la entidad territorial. De este modo se obtiene una primera aproximación a la comprensión de la situación en salud.

RECUERDE

Una tensión en salud no es equivalente a un problema de salud, es mucho más. Éste, por lo general, se entiende como una dificultad, un estado indeseable, una carencia, una limitación, una situación que impide el disfrute de la salud. Una tensión en salud se define como **“el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población”**.

TENGA EN CUENTA

Las tensiones en salud surgen cuando la relación entre cualquier par de dimensiones del desarrollo no fluye de manera armónica, es decir, cuando el intercambio de bienes, servicios, información, poder, tecnología, etc., resulta desigual y genera presiones indeseables o dañinas en alguno de los aspectos de la salud del colectivo poblacional.

Según la perspectiva adoptada en el PDSP, **la salud se entiende como el resultado del juego de interacciones que se da entre las dimensiones del desarrollo en un territorio y un tiempo determinados**. Por ello, no basta con identificar los eventos de salud y los indicadores que los describen.

Para abordar la planeación integral de la salud y responder a los determinantes de la misma, es necesario **comprender de qué manera las condiciones y situaciones presentes en el territorio interactúan con la salud y la determinan**, de suerte que pueda hacerse claridad sobre la configuración específica de salud propia de cada territorio. El análisis de tensiones facilita esta tarea.

PASO 3 Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio

ACTIVIDAD 6. Identificación de tensiones en salud

ACTIVIDAD 7. Valoración y validación de tensiones

ACTIVIDAD 6: Identificación de tensiones en salud

En un sentido estricto, la identificación de una tensión en salud se logra cuando se describen las interacciones o secuencias de acontecimientos, condiciones, circunstancias y cadenas de determinación que se vinculan entre sí dando lugar a un evento o una situación problemática en salud. Es en este punto donde la información que se ha identificado en los pasos anteriores cobra sentido.

Para el desarrollo de esta actividad hay que tener en cuenta:

1. La identificación de tensiones consiste en el reconocimiento de los eventos o situaciones problemáticas en salud. En los pasos anteriores, reconocimiento de las condiciones de las dimensiones prioritarias e identificación de implicaciones, ya fueron reconocidas.

Ejemplo: Presencia de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas.

La descripción del evento siempre incluye un valor numérico o cualitativo que expresa la magnitud, la población a la cual corresponde esa medida y la fecha de la estimación.

2. Se identifican las relaciones y/o interacciones inequitativas o desiguales entre dos o más de las dimensiones del desarrollo. Para ello es conveniente identificar al menos dos polos entre los que se da la relación.



3. Se identifican los generadores de la situación problemática en salud, reconociendo la dimensión del desarrollo de la que proviene.

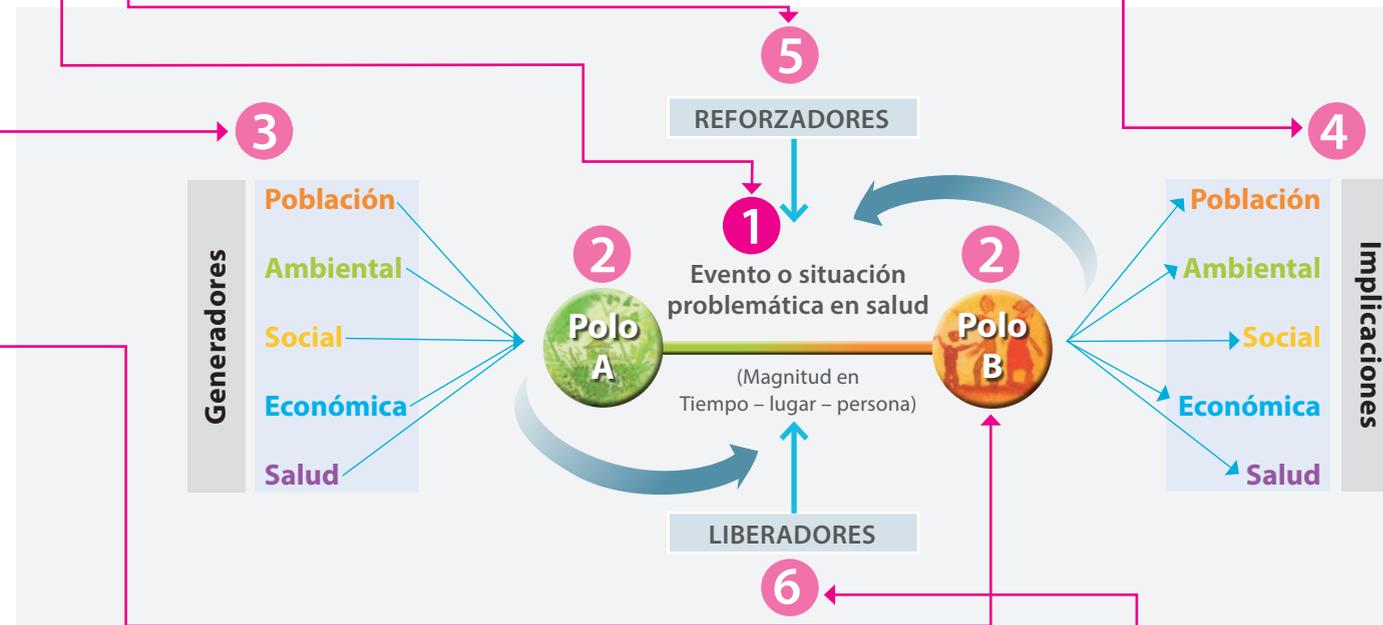
Ejemplo: Falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua y redes de alcantarillado insuficientes

4. Se reconocen los efectos que tendrá la situación problemática en salud sobre el territorio, al igual que la dimensión del desarrollo a la cual está asociado el efecto. En caso de tener varias, habrá que priorizar la que mayor peso tenga por énfasis e impacto.

Ejemplo: Presión sobre los sistemas de urgencias, déficit en crecimiento y desarrollo y problemas nutricionales de niños y niñas.

5. Se identifican los reforzadores o aquellas situaciones o condiciones presentes en el territorio o fuera de él, que agravan la situación. **Ejemplo:** debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua.

FIGURA 7. Componentes para la identificación de tensiones y preguntas orientadoras



6. Se identifican los liberadores o aquellas situaciones o condiciones presentes en el territorio o fuera de él, que contribuyen a mitigar o disminuir el impacto de la tensión. **Ejemplo:** en el municipio de Rocadura se cuenta con sala de rehidratación.

Fuente: Figura, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.



PARA COMPRENDER

Ante cada una de las anteriores preguntas que conllevan a la identificación de los componentes de la tensión, es necesario tener presentes aquellas situaciones que pueden emerger como parte de las funciones básicas que hacen parte de la dimensión transversal de fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Se consideran en el PDSP funciones básicas de la Autoridad Sanitaria: la regulación, conducción, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas, garantía del aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud.

La estrategia PASE a la Equidad adopta la definición de determinantes de la salud propuesta en el PDSP, que los entiende como: aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, la calidad de vida, el desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que al actuar e interactuar en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población (Whitehead y Dahlgren 2006, citados en Ministerio de Salud y Protección Social 2013: 74).

Una definición operacional para efectos de la identificación de los determinantes en territorios específicos incluye **el reconocimiento de aquellas situaciones o condiciones que impactan positiva o negativamente la salud de la población y que tienen su origen en cualquiera de las dimensiones del desarrollo**, de manera que un evento o una cadena de eventos en salud pueden estar determinados por alguna de las dinámicas demográficas, ambientales, sociales o económicas, o por un conjunto de ellas cuando actúan de manera simultánea.

La descripción de una situación problemática debe responder a las siguientes preguntas:

- ▶ ¿Qué evento en salud se encuentra presente en la entidad territorial?
- ▶ ¿Qué elementos de la dimensión poblacional, ambiental, social o económica se encuentran asociados a dicho evento?
- ▶ ¿Qué factores o elementos presentes en la entidad territorial o fuera de ella generaron el evento?, ¿desde cuando se presenta?
- ▶ ¿Qué efectos sobre la población o el territorio genera la situación presente?
- ▶ ¿Cuál es la magnitud del evento?
- ▶ ¿Qué elementos presentes en el territorio o fuera de él contribuyen a agravar la situación?

Tenga en cuenta que **la descripción completa de una tensión incluye, además de los elementos identificados anteriormente, una magnitud, una temporalidad y una localización geográfica.**

La magnitud de la situación se expresa en indicadores que han sido consignados en el reconocimiento de las condiciones básicas en salud que se desarrolló en la actividad 4.

La localización geográfica hace referencia al lugar o lugares donde se presenta la tensión o, en su defecto, aquellos lugares donde la presencia de la situación tiene mayor relevancia.

Por último, es necesario tener presente que en la planeación territorial en salud, el PDSP ha considerado una dimensión transversal que contempla grupos específicos de población que pueden ser afectados. En este caso es necesario describir qué grupos son los más afectados.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo quedaría la descripción inicial de la tensión

La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado, ha generado que los habitantes de las veredas Cune y Guachal no cuenten con agua apta para el consumo humano, lo que ha conllevado a que en el municipio se presenten tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles con mortalidad de 58.96/100.000 y morbilidad de EDA de 72,1% para menores 5 años y 54.2% de casos de consulta por parasitarias en infancia (SIVIGILA, 2005). El personal de salud refiere que algunos de los niños y niñas que han consultado por enfermedades infecciosas y parasitarias presentan problemas nutricionales y retraso en el crecimiento, que ocurre desde la fundación del municipio en 1956.

Se observa debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua.

Por otro lado, en el municipio de Rocadura se cuenta con sala de rehidratación.



CONSULTE
Se recomienda la lectura del aparte 4.7 de los Lineamientos Conceptuales Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

La identificación de determinantes se inicia con el reconocimiento de los generadores de las tensiones en salud, algunos de los cuales pueden tener tanto las características de determinantes estructurales como las de los intermediarios. Algunos determinantes pueden actuar como reforzadores o como liberadores de la tensión.

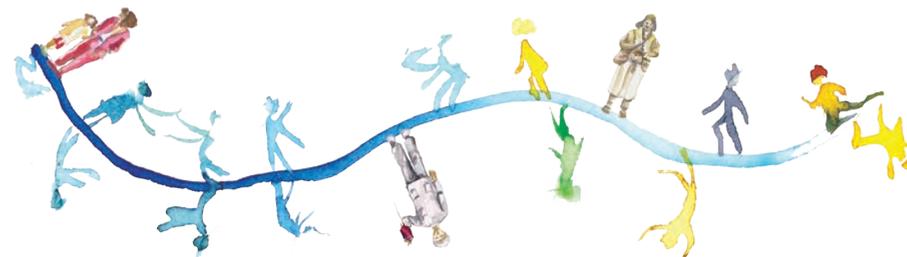
EJEMPLO 6. Componentes para la identificación de tensiones y preguntas orientadoras



| EJEMPLO | 3 GENERADORES | 2 POLO A (ambiente) | 1 EVENTOS | 2 POLO B (población) | 4 IMPLICACIONES |
|---------|---|---|---|--|--|
| | | La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua desde la creación del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado ha generado | deficiencia en la calidad de agua apta para el consumo humano lo que ha | conllevado a que en el municipio se presenten tasas elevadas de enfermedades infecciosas y transmisibles (58,6/100.000 y en menores de 5 años 72.1%) | Con mayor incidencia en población de niños y niñas |
| | 5 Reforzador: en la entidad territorial se presentan temporadas fuertes de lluvia que dificultan el control de vectores debido a encharcamientos que hace que proliferen los mosquitos transmisores. 6 Liberadores: la IPS ha dispuesto de mayores insumos para los procesos de fumigación en las zonas de mayor afectación. Se han realizado campañas para el lavado de tanques, albercas y pozos con el fin de disminuir la incidencia de las enfermedades. Localización: mayor incidencia en las veredas Cune y Guachal Temporalidad: desde la fundación del municipio en el año 1956 | | | | |

Fuente: Figura, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Es necesario tener presente que al final del ejercicio, los equipos territoriales contarán con una identificación de situaciones presentes en el territorio valoradas y jerarquizadas. Dicha valoración permitirá contar con un primer insumo para el proceso de **priorización** de tensiones que se concreta en el Paso 4: Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión.



ACTIVIDAD 7: Valoración y validación de tensiones

La **Tabla 5:** Identificación y valoración de tensiones en salud presentes en la entidad territorial, permite **describir, valorar y hacer un balance de las tensiones en salud presentes en cada uno de los territorios.**

Esta tabla está compuesta por 19 columnas que permiten la **identificación y valoración de tensiones, la asociación de cada uno de los elementos de la tensión a cada una de las dimensiones del desarrollo y de salud, la identificación y valoración de liberadores y reforzadores,** hasta llegar al balance final de la tensión.

Teniendo en cuenta la extensión de los contenidos y el número de columnas de la **Tabla 5,** en el presente apartado se desarrollará su diligenciamiento paulatinamente, de acuerdo con los números de sección:

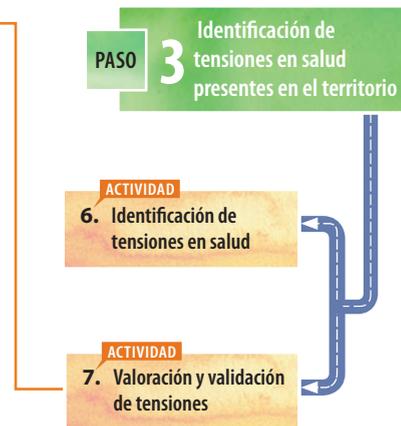


Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud

Para el diligenciamiento de la Tabla 5: identificación y valoración tensiones en salud, se debe tomar en cuenta que:

- En la **columna 0** se encuentran las dimensiones prioritarias del PDSP.
- En la **columna 1** se describe cada uno de los componentes de las dimensiones prioritarias del PDSP.
- En la **columna 2** se encuentran las áreas de observación asociadas a cada uno de los componentes del PDSP. Si bien existen unas áreas de

observación predefinidas, **es posible incorporar nuevas áreas de acuerdo con las necesidades y características de cada uno de los territorios.**

En la **columna 3** se describe la tensión en salud que hace referencia al área de observación, **solamente si se encuentra presente en cada entidad territorial.** Es decir, la descripción de tensiones en salud únicamente se realiza en aquellas áreas de observación en las que la entidad territorial efectivamente identifica situaciones que ponen en riesgo la estabilidad del territorio o que pueden considerarse conflictivas.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|---------------------------|---|----------------------------------|---|--------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|---|----------------------|---|-----------------------|--------------------|---|-----------------------|--------------------|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial | Factores Reforzadores | Dimensión involucrada | Valor R | Factores Liberadores | Dimensión involucrada | Valor L | Balance total y priorización para la comprensión |
| | | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C. Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | $(I+C+Ip+Ig) \div 4$ | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión | | $(1 \text{ a } 3)$ | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión | | $(1 \text{ a } 3)$ | Sumar columnas 12, 15 y dividir entre columna 18. Columnas $(12+15) \div 18$ |
| Dimensión salud ambiental | Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales | Carga ambiental de la enfermedad | <p>La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado, ha generado que los habitantes de las veredas Cune y Guachal no cuenten con agua apta para el consumo humano, lo que ha conllevado a que en el municipio se presenten tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles con mortalidad de 58.96/100.000 y morbilidad de EDA de 72,1% para menores 5 años y 54.2% de casos de consulta por parasitarias en infancia (SIVIGILA, 2005). El personal de salud refiere que algunos de los niños y niñas que han consultado por enfermedades infecciosas y parasitarias presentan problemas nutricionales y retraso en el crecimiento, que ocurre desde la fundación del municipio en 1956.</p> <p>Se observa debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua.</p> <p>Por otro lado, en el municipio de Rocardura se cuenta con sala de rehidratación.</p> | Ambiental | Ambiental | Poblacional | Salud | 2 | 3 | 3 | 2 | 2,5 | En la entidad territorial se presentan temporadas fuertes de lluvia que dificultan el control de vectores debido a encharcamientos que hacen que proliferen los mosquitos transmisores. | Ambiental | 3 | La IPS ha dispuesto de mayores insumos para los procesos de fumigación en las zonas de mayor afectación. Se han realizado campañas para el lavado de tanques, albercas y pozos con el fin de disminuir la incidencia de las enfermedades. | Salud | 1 | 5,5 |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud**

| 0 | 1 | 2 | 3 | | | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|---------------------------|---|---|--------------------------|--------|--------|-------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|---|-----------------------------------|--|-------------------------|--------------------|--|-----------------------|--------------------|---|----|----|----|----|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial (I+C+Ip+Ig)÷ 4 | Factores Reforzadores Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la Tensión | (Dimensión involucrada) | Valor R (1 a 3) | Factores Liberadores Elementos presentes en el territorio o fuera de el que disminuyen o contrarrestan la tensión | Dimensión involucrada | Valor L (1 a 3) | Balance total y priorización para la comprensión Balance inicial (sección 12) + reforzador(sección15)/ Liberador (sección18) | | | | |
| | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | | | | | | | | | | | | |
| Dimensión salud ambiental | Hábitat saludable | Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Calidad del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Urbanismo, ruralidad y espacios públicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Movilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Condiciones de vivienda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Riesgo biológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Riesgo químico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Riesgo relacionado con el uso de tecnologías | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Responsabilidad social empresarial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Adaptación e implementación de políticas nacionales e internacionales en salud ambiental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Reglamento sanitario internacional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hábitat saludable | Protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales | Carga ambiental de la enfermedad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
|---|---|---|---|--------------------------|--------|--------|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|---|----------------------|---|-----------------------|---------|--|-----------------------|---------|---|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial | Factores Reforzadores | Dimensión involucrada | Valor R | Factores Liberadores | Dimensión involucrada | Valor L | Balance total y priorización para la comprensión | |
| | | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C. Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | $(I+C+Ip+Ig) \div 4$ | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la Tensión | | (1 a 3) | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión | | (1 a 3) | Balance inicial (sección 12) + reforzador(sección15)/ Liberador (sección18) | |
| Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles | Modos, condiciones y estilos de vida saludables. | Entornos saludables | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Infraestructuras, espacios, bienes y servicios saludables | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Modos y estilos de vida saludables | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Empoderamiento y corresponsabilidad social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Condiciones crónicas prevalentes | Servicios de salud individuales y colectivos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Servicios socio-sanitarios | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Carga de la enfermedad | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensión Convivencia Social y Salud Mental | Promoción de la salud mental y la convivencia | Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Comportamientos individuales y colectivos para el cuidado de la salud mental y la convivencia social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Entornos protectores para la salud mental y la convivencia social | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención psicosocial y en salud mental a población víctima de conflicto armado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia | Gestión del riesgo individual y colectivo de los problemas y trastornos mentales, así como del impacto en salud mental de las diferentes formas de violencias | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Redes institucionales y comunitarias para la atención psicosocial de víctimas de conflicto armado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud**

| 0 | 1 | 2 | 3 | | | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|---|---|---|---|--------|--------|-------------|--------------------------|-------------------------|-------------|---|-----------------------------|---|---------|--|-----------------|---|-------------------------|---------|----------------------|-----------------------|---------|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | | | | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial | Factores Reforzadores | (Dimensión involucrada) | Valor R | Factores Liberadores | Dimensión involucrada | Valor L | Balance total y priorización para la comprensión |
| | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | (I+C+Ip+Ig) ÷ 4 | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la Tensión | (1 a 3) | Elementos presentes en el territorio o fuera de el que disminuyen o contrarrestan la tensión | (1 a 3) | Balance inicial (sección 12) + reforzador (sección15) / Liberador (sección18) | | | | | | |
| Dimensión seguridad alimentaria y nutricional | Disponibilidad y acceso a los alimentos | Oferta de acceso del grupo de alimentos prioritarios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos | Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Calidad e inocuidad de los alimentos. | Modelo de inspección, vigilancia y control de alimentos y bebidas (resolución 1229 de 2013) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos | Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género | Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género sectorial e intersectorial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos | Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en Salud Sexual y Reproductiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Maternidad segura (atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Acceso universal a prevención y atención integral para infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud**

| 0 | 1 | 2 | 3 | | | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
|---|---|--|---|--|--|--|--------------------------|--------|--------|-------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|---|-----------------|---|-------------------------|---------|--|-----------------------|---------|---|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | | | | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial | Factores Reforzadores | (Dimensión involucrada) | Valor R | Factores Liberadores | Dimensión involucrada | Valor L | Balance total y priorización para la comprensión | |
| | | | | | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | (I+C+Ip+Ig) ÷ 4 | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la Tensión | | (1 a 3) | Elementos presentes en el territorio o fuera de el que disminuyen o contrarrestan la tensión | | (1 a 3) | Balance inicial (sección 12) + reforzador (sección15) / Liberador (sección18) | |
| Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles | Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas | Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Carga de enfermedades desatendidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Carga de enfermedades infecciosas por ETA, EDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Vigilancia y control de condiciones nuevas y reemergentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Carga de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Enfermedades inmunoprevenibles | Gestión integral del Plan Ampliado de inmunizaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Carga de enfermedades inmunoprevenibles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Condiciones y situaciones endemo-epidémicas | Carga de enfermedades transmitidas por vectores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención integral de enfermedades transmitidas por vectores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Carga de enfermedades zoonóticas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención integral de enfermedades zoonóticas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensión salud pública en emergencias y desastres | Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres | Información y conocimiento del riesgo en emergencias y desastres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Reducción del riesgo de desastres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Capacidades básicas de vigilancia y respuesta (Reglamento Sanitario Internacional 2005) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y componentes sanguíneos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres | Atención integral, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencia y desastres. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud**

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | |
|----------------------------------|--|---|---|--------------------------|--------|--------|-------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|---|----------------------|---|-------------------------|---------|--|-----------------------|---------|---|--|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial | Factores Reforzadores | (Dimensión involucrada) | Valor R | Factores Liberadores | Dimensión involucrada | Valor L | Balance total y priorización para la comprensión | | |
| | | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | $(I+C+Ip+Ig) \div 4$ | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la Tensión | | (1 a 3) | Elementos presentes en el territorio o fuera de el que disminuyen o contrarrestan la tensión | | (1 a 3) | Balance inicial (sección 12) + reforzador (sección15) / Liberador (sección18) | | |
| Dimensión salud y ámbito laboral | Seguridad y salud en el trabajo | Poblaciones laborales en el sector rural, formal e informal de la economía | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores informales de la economía. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Situaciones prevalentes de origen laboral | Carga de enfermedad de origen laboral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.



EJEMPLO 6: Cómo realizar la descripción de tensiones en salud

| (0) Dimensiones PDSP | (1) Componentes asociados a las competencias sectoriales | (2) Áreas de observación | (3) Descripción de las tensiones en salud entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud, que generan daño o riesgo para la salud |
|---------------------------|---|----------------------------------|---|
| Dimensión Salud Ambiental | Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales | Carga ambiental de la enfermedad | <p>1.2.1.1. La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado, ha generado que los habitantes de las veredas Cune y Guachal no cuenten con agua apta para el consumo humano, lo que ha conllevado a que en el municipio se presenten tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles con mortalidad de 58.96/100.000 y morbilidad de EDA de 72,1% para menores 5 años y 54.2% de casos de consulta por parasitarias en infancia (SIVIGILA, 2005). El personal de salud refiere que algunos de los niños y niñas que han consultado por enfermedades infecciosas y parasitarias presentan problemas nutricionales y retraso en el crecimiento, que ocurre desde la fundación del municipio en 1956. Se observa debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua. Por otro lado, en el municipio de Rocadura se cuenta con sala de rehidratación.</p> |



En las **columnas 4, 5, 6 y 7** de la Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones, se selecciona la dimensión, o dimensiones, PASE (incluyendo la institucionalidad en salud) de las cuales puede provenir cada uno de los elementos de la tensión. Es decir, una vez redactada la tensión es necesario:



Además, podrá identificarse, en el caso de generadores, reforzadores o liberadores, aquellos que actúan como determinantes. Éstos se identificarán con un sub índice (e) o (i), dependiendo de su categorización como determinantes estructurales o intermediarios.

Por ejemplo: si se trata de un generador ambiental que actúa como determinante estructural se seleccionará A(e) (determinante de la Dimensión Ambiental); en el caso de un generador de orden social que actúa como determinante intermediario se seleccionará S(i) (determinante de la Dimensión Social). Este ejercicio permitirá el análisis y la síntesis del estado de salud de la entidad territorial.

TENGA EN CUENTA

Para el desarrollo de esta tarea resulta de gran utilidad preguntarse si la transformación de los generadores sería necesaria o suficiente para reducir o eliminar el daño o el riesgo en salud (se recomienda consultar la información referente a Determinantes Estructurales e Intermediarios en los Lineamientos Conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud).



Posteriormente, se identificarán como determinantes aquellas situaciones o condiciones que tienen una conexión directa y continua con el evento en salud, precediéndolo en el tiempo, y que son condiciones necesarias para que se produzca el evento en cuestión, lo que implica que su transformación también modifica al evento en salud.

EJEMPLO 7: Componentes para la identificación de tensiones en salud y preguntas orientadoras



| | 3 GENERADORES | 2 POLO A (ambiente) | 1 EVENTOS | 2 POLO B (población) | 4 IMPLICACIONES |
|----------------|---|---|--|--|---|
| EJEMPLO | La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua desde la creación del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado ha generado | deficiencia en la calidad de agua apta para el consumo humano lo que ha | conllevado a que en el municipio se presenten tasas elevadas de enfermedades infecciosas y transmisibles (58,6/100.000 y en menores de 5 años 72.1%) | Con mayor incidencia en población de niños y niñas | Y con efectos adversos por retraso en el crecimiento y desarrollo, aumento de factores de riesgo para otras enfermedades y altos costos para el sistema |
| | 5 Reforzador: en la entidad territorial se presentan temporadas fuertes de lluvia que dificultan el control de vectores debido a encharcamientos que hace que proliferen los mosquitos transmisores. | | | | |
| | 6 Liberadores: la IPS ha dispuesto de mayores insumos para los procesos de fumigación en las zonas de mayor afectación. Se han realizado campañas para el lavado de tanques, albercas y pozos con el fin de disminuir la incidencia de las enfermedades. | | | | |
| | Localización: mayor incidencia en las veredas Cune y Guachal | | | | |
| | Temporalidad: desde la fundación del municipio en el año 1956 | | | | |

Fuente: Figura, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Descripción de las columnas de la Tabla 5**

En la **columna 8** se hace una **valoración** de la **Tensión** que va de 1 a 3 (siendo "1" la menor y "3" la mayor) según su **intensidad**. Debe recordarse que la intensidad de una tensión en salud expresa la fuerza o el grado de afectación de dicha tensión sobre los actores o dimensiones del desarrollo y dimensiones prioritarias y transversales del PDSP involucradas. Esta sección responde a la pregunta *¿Qué tan grave es la tensión?*

En la **columna 9** se hace una valoración de la **cronicidad**, es decir, el tiempo que lleva presente la tensión. Al igual que en el caso anterior, la cronicidad se valora de 1 a 3, siendo "1" una aparición reciente o relativamente reciente (entre menos de un año y cinco años), "2" una aparición mediana (entre cinco y diez años) y "3" eventos que han aparecido en un tiempo superior a 10 años. Por tanto, la cronicidad responde a la pregunta *¿Hace cuánto se presenta?*

En la **columna 10** se valora el **impacto**, que hace referencia al nivel en que la tensión afecta a otras dimensiones del desarrollo y dimensiones del PDSP. *¿Qué tanto efecto tiene la tensión sobre otros actores u otras dimensiones del desarrollo y el entorno en que se produce?* Igual que en los dos casos anteriores, "1" implica un impacto bajo, "2" un impacto mediano o afectación sobre otras dimensiones del desarrollo y "3" un impacto alto.

En la **columna 11** se valora la **ingobernabilidad**. Esta medida expresa el grado en que la tensión desborda la capacidad institucional y de la sociedad para superar la tensión y restablecer el equilibrio. *¿Qué tanta capacidad de respuesta tiene la institucionalidad o el Gobierno para dar solución a la tensión?* Para valorar la ingobernabilidad se establece "3" cuando la capacidad del Gobierno es baja o nula, "2" cuando es moderada y "1" en el caso de que el Gobierno o la sociedad hayan podido dar respuestas adecuadas a la situación.

En la **columna 12** la Tabla 5 genera un primer valor de la tensión que resulta de la suma de las secciones 8 + 9 + 10 + 11 dividido por 4. Este valor es el promedio de los valores asignados.



Siguiendo con el ejemplo anterior:

EJEMPLO 8: Identificación y valoración de tensiones en salud

Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------------|--|---|--|--------------------------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|---|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial y priorización para la comprensión |
| | | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C. Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | $(I+C+Ip+Ig) \div 4$ |
| Dimensión salud ambiental | Hábitat saludable | Acceso al agua potable y coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo | <p>La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado, ha generado que los habitantes de las veredas Cune y Guachal no cuenten con agua apta para el consumo humano, lo que ha conllevado a que en el municipio se presenten tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles con mortalidad de 58.96/100.000 y morbilidad de EDA de 72,1% para menores 5 años y 54.2% de casos de consulta por parasitarias en infancia (SIVIGILA, 2005). El personal de salud refiere que algunos de los niños y niñas que han consultado por enfermedades infecciosas y parasitarias presentan problemas nutricionales y retraso en el crecimiento, que ocurre desde la fundación del municipio en 1956.</p> <p>Se observa debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua.</p> <p>Por otro lado, en el municipio de Rocadura se cuenta con sala de rehidratación.</p> | Ambiental [e] | Ambiental [i] | Poblacional [l] | Social [j] | 3 | 3 | 2 | 3 | 2,75 |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.





Continuación... **Descripción de las columnas de la Tabla 5**

En la **columna 13** se hace una descripción de las situaciones presentes en el territorio que actúan como **reforzadores**, es decir, aquellos eventos, situaciones o condiciones que están presentes y que contribuyen a agravar la situación.

► **Por ejemplo:** debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua. Los dos últimos ejemplos podrían clasificarse como determinantes estructurales, teniendo en cuenta que su modificación desborda la competencia municipal.

En la **columna 14** se identifica la dimensión PASE que tiene mayor peso en relación con el reforzador de la tensión.

En la **columna 15** se procede a valorar la intensidad del reforzador. Es decir, qué tanto agrava la situación el evento o condición presente, siendo "1" una situación que poco agrava, "2" una situación que refuerza medianamente la tensión y "3" un reforzador que agrava significativamente la tensión.

En la **columna 16** se hace una descripción de las situaciones, eventos o condiciones presentes en el territorio que ayudan a mitigar o disminuir el impacto de la tensión, actuando entonces como **liberadores**.

► **Por ejemplo:** el municipio cuenta con una sala de rehidratación.

Algunas de las situaciones en salud cuyos indicadores son óptimos pueden actuar como liberadores de las tensiones presentes en la entidad territorial.

► **Por ejemplo:** óptimas coberturas de vacunación pueden actuar como liberadores de las tensiones asociadas a enfermedades transmisibles.

En la **columna 17** se identifica la dimensión PASE que tiene mayor peso en relación con el liberador de la tensión.

En la **columna 18** se valora la intensidad del liberador, es decir, qué tanto la situación, evento o condición presente ayuda a disminuir la tensión, siendo "1" un liberador con poco impacto sobre la tensión, "2" un liberador que medianamente ayuda a superar la tensión y "3" un liberador con efecto alto para equilibrar la tensión.

En la **columna 19** se establece el balance final de la tensión que resulta de la suma del valor de la tensión (**columna 12**) más el valor del reforzador (**columna 14**) dividido por el valor del liberador (**columna 16**).

$$\text{Valor de la tensión} = \frac{\text{Tensión} + \text{Reforzador}}{\text{Liberador}}$$

La herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, asigna un color a la valoración final, a semejanza de un semáforo, dependiendo de la gravedad o nivel de prioridad de la tensión: **rojo** para tensiones con alta prioridad dado que su balance final es alto (valores entre 4 y 6), **amarillo** para tensiones con prioridad media (valores entre 2 y 3,9) y **verde** para tensiones con baja prioridad (valores inferiores a 2). Ver ejemplo 9.

La prioridad que se establece, a partir de la tonalidad del color y del valor de la tensión, orienta al equipo técnico frente a las situaciones que por su gravedad ameritan una atención prioritaria. Lo anterior no significa que se deban omitir acciones para superar las demás tensiones, si aparecen tensiones con valores muy bajos deben revisarse para definir si es pertinente o no su inclusión en el ejercicio.



EJEMPLO 9: Identificación y valoración de tensiones en salud con reforzadores y liberadores

Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|---------------------------|---|----------------------------------|--|--------------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|---|----------------------|---|-----------------------|--------------------|---|-----------------------|--------------------|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial | Factores Reforzadores | Dimensión involucrada | Valor R | Factores Liberadores | Dimensión involucrada | Valor L | Balance total y priorización para la comprensión |
| | | | | Generador | Polo A | Polo B | Implicación | I. Intensidad (gravedad) | C Cronicidad (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | $(I+C+Ip+Ig) \div 4$ | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión | | $(1 \text{ a } 3)$ | Elementos presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión | | $(1 \text{ a } 3)$ | Sumar columnas 12, 15 y dividir entre columna 18 $(12+15) \div 18$ |
| Dimensión salud ambiental | Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales | Carga ambiental de la enfermedad | <p>La falta de funcionamiento de la planta de potabilización de agua del municipio y la insuficiencia en las redes de alcantarillado, ha generado que los habitantes de las veredas Cune y Guachal no cuenten con agua apta para el consumo humano, lo que ha conllevado a que en el municipio se presenten tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles con mortalidad de 58.96/100.000 y morbilidad de EDA de 72,1% para menores 5 años y 54.2% de casos de consulta por parasitarias en infancia (SIVIGILA, 2005). El personal de salud refiere que algunos de los niños y niñas que han consultado por enfermedades infecciosas y parasitarias presentan problemas nutricionales y retraso en el crecimiento, que ocurre desde la fundación del municipio en 1956.</p> <p>Se observa debilidad institucional para la gestión del acueducto, inoperancia de la planta de tratamiento, asentamientos en zonas de reserva que impiden la prestación de los servicios, barreras geográficas para proveer servicios a todo el territorio, desertificación de las zonas productoras de agua.</p> <p>Por otro lado, en el municipio de Rocadura se cuenta con sala de rehidratación.</p> | Ambiental | Ambiental | Poblacional | Salud | 2 | 3 | 3 | 2 | 2,5 | En la entidad territorial se presentan temporadas fuertes de lluvia que dificultan el control de vectores debido a encharcamientos que hacen que proliferen los mosquitos transmisores. | Ambiental | 3 | La IPS ha dispuesto de mayores insumos para los procesos de fumigación en las zonas de mayor afectación. Se han realizado campañas para el lavado de tanques, albercas y pozos con el fin de disminuir la incidencia de las enfermedades. | Salud | 1 | 5,5 |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Este recuadro, según las convenciones para la valoración de tensiones, es de color rojo por su valor: 5.5

RECUERDE

Rojo para tensiones de alta gravedad (valores entre 4 y 6).

Amarillo para tensiones de gravedad media (valores entre 2 y 3,9).

Verde para tensiones de gravedad baja (valores inferiores a 2).

Al terminar la valoración de las tensiones, una lectura de conjunto de la Tabla 5 le permitirá identificar aquellas tensiones que revisten mayor gravedad, en qué dimensiones de la salud están concentradas, en qué poblaciones y lugares del territorio, cuáles son las dimensiones generadoras y qué implicaciones tienen en otras, permitiendo tener una primera aproximación a la comprensión integral del estado de salud de la población territorio.

Adicionalmente, se deben identificar aquellas tensiones que tienen relación con el desempeño de la autoridad sanitaria y gestión diferencial de población vulnerable. Esto le será de gran utilidad para la definición del componente estratégico y operativo.

PASO 4 Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión

ACTIVIDAD
8. Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para comprensión

Paso 4: Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión

La identificación inicial de tensiones ofrece un panorama del estado actual del territorio. Sin embargo, **la construcción de escenarios para la planeación requiere la consideración de las tendencias futuras, en este caso, de la trayectoria que seguirá la tensión en el mediano y largo plazo si no se la interviene.**

Esta proyección se realiza con el fin de contar con elementos adicionales para ponderar los valores que alcanzaría la tensión y obtener una valoración y una priorización final de las tensiones más cercana a la realidad, que facilite la comprensión del estado de la salud de la población en el territorio.

Una vez identificadas y valoradas las tensiones en salud presentes en el territorio (Paso 3) es necesario valorar su proyección en el tiempo si no se intervienen. Es decir, **estimar qué grado de intensidad, cronicidad (duración en el tiempo), impacto e ingobernabilidad alcanzaría la tensión si continuara la dinámica observada.**

Las preguntas centrales que orientan este paso son:

- ¿Qué pasa si no se interviene la tensión? ¿Se intensifica?
- ¿Se prolonga en el tiempo o tiende a desaparecer?
- ¿Seguirá impactando otras dimensiones y con mayor fuerza o, por el contrario, disminuirá su impacto?
- ¿Mejorará la capacidad de gobernar o de dar respuesta desde el Estado?



PASO 4. Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión

| | |
|---|--|
| OBJETIVO | Realizar una valoración de las tensiones presentes en el territorio si éstas no se intervienen. |
| ACTIVIDADES A REALIZAR | 1. Hacer una valoración y proyección de las tensiones si éstas no se intervienen, valorando su intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad. |
| INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS | 1. Tabla 6: Proyección de tensiones. |
| PRODUCTOS | Al finalizar el Paso 4 los equipos territoriales tendrán un panorama de todas las tensiones de acuerdo con su nivel de gravedad: alta, media y baja. |

4 Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión

ACTIVIDAD
8. Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para comprensión

ACTIVIDAD 8: Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para comprensión

Para el desarrollo de este paso es necesario volver sobre cada una de las tensiones identificadas y valoradas en el paso 3. La pregunta sobre qué pasaría si dicha tensión no se interviene, debe ocupar el centro de la reflexión de los equipos territoriales. Por consiguiente, **se debe hacer una revisión de cada uno de los elementos presentes en la tensión para proyectar cuál es su tendencia futura** en el supuesto de que no se llevarán a cabo acciones para modificar su comportamiento en el mediano ni en el largo plazo.

El desarrollo de este Paso en la Tabla 6: Proyección de tensiones, se da sobre la misma tabla de tensiones desarrollada en el paso anterior, secciones 20 a 25. Al igual que en el caso de la valoración de tensiones, la proyección de estas, si no se intervienen se realiza teniendo en cuenta los cuatro elementos de valoración que se tuvieron en el paso anterior: **intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad.**

Tabla 6: Proyección de tensiones

| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
|--|-----------------------|-------------|---|-----------------|---|
| Cómo evolucionará la tensión si no se interviene | | | | | Valor final de la tensión |
| I. Intensidad (gravedad) | Cronicidad (duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad institucional) | $(I+C+Ip+Ig)/4$ | Sumar balance total (sección 19) + valor proyectado (sección 24). Secciones 19+24 |
| | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

RECUERDE

La valoración final de las tensiones que se obtiene en esta actividad, permite jerarquizar las tensiones de acuerdo con los criterios utilizados para su calificación.

En la **columna 20** se valora la **intensidad** de la tensión si ésta no se interviene. Si la tensión tiene una tendencia a intensificarse o aumentar su intensidad de forma significativa a mediano y largo plazo se puntúa "3", en el caso de que el aumento sea mediano se puntúa con "2" y si el aumento en la intensidad es leve se puntúa "1".

En la **columna 21** se valora la tendencia de la **cronicidad**. En el caso de que la tensión tienda a permanecer en el tiempo por un largo período se dará una valoración de "3", en el caso de que la tensión tienda a desaparecer en el mediano plazo se otorgará una valoración de "2" y si la tensión desaparece en el corto plazo se valorará con "1".

En la **columna 22** se valora la tendencia del **impacto** de la tensión. En el caso de que la tensión, en el mediano y largo plazo, tienda a tener mayores impactos sobre otras dimensiones se asignará un valor de "3". En el caso de que el impacto sea mediano se otorgará un valor de "2" y en el caso de que el impacto sea leve se valorará con "1".

En la **columna 23** se valora la **ingovernabilidad** de la tensión. Si se prevé que en el mediano plazo la tensión aumentará el nivel de ingovernabilidad en la entidad territorial, se asignará un valor de "3". En el caso de que la tensión influya medianamente sobre la ingovernabilidad se valorará con "2" y en el caso de que la afectación sobre la gobernabilidad sea baja ésta se valorará con "1".

En la **columna 24** de la Tabla 6: Proyección de tensiones, se realizará el cálculo final de la tensión que resulta de la suma de los cuatro elementos (20, 21, 22 y 23) dividido por cuatro:

FIGURA 8: Cálculo del valor proyectado de la tensión si no se interviene

$$i. \text{ Intensidad} + c. \text{ Cronicidad} + ip. \text{ Impacto} + IG. \text{ Ingovernabilidad} \div 4$$

Ver página 136.





La Tabla 6 otorga un color, a semejanza de un semáforo, dependiendo de la gravedad de la tensión: **rojo** para tensiones con alta gravedad dado que su balance final es alto (valores entre 7 y 9), **amarillo** para tensiones con gravedad media (valores entre 4 y 6.9) y **verde** para tensiones con baja gravedad (valores inferiores a 3.9).

En la **columna 25** se da la valoración final de las tensiones priorizadas para la comprensión que resulta de la suma del valor inicial de ésta y el valor final proyectado (**columna 19** de la Tabla 5 + **columna 24** de la Tabla 6).

Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | |
|---------------------------|--|--|--|--------------------------|----------------|-------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------|--------------------|--|-----------------------|--------------------|---|--|--|
| Dimensiones PDSP | Componentes asociados a las competencias sectoriales | Áreas de observación | Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud | Dimensiones involucradas | | | | Valoración de las tensiones | | | | Balance inicial (I+C+Ip+Ilg)-4 | Factores Reforzadores Elementos presentes en el territorio o fuera de él que agravan la Tensión | Dimensión involucrada | Valor R (1 a 3) | Factores Liberadores Elementos presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión | Dimensión involucrada | Valor L (1 a 3) | Balance total (sección 12) + reforzador (sección 15)/ Liberador (sección 18) | | |
| | | | | Generador | Pole A | Pole B | Implicación | U. intensidad (gravedad) | C. Conciencia (Duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional) | | | | | | | | | | |
| Dimensión salud ambiental | Habitat saludable | Acceso al agua potable y coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo | Para 2012 el municipio de Rocadura cuenta con un déficit de cobertura de acueducto del 66.15% (1,2% en zona urbana y 91,4% en zona rural) y un IRCA del 62.1% indicando un nivel de riesgo alto en el consumo de agua (Fuente ASIS). En zona rural 35 de las 50 veredas no cuentan con servicio de acueducto, en las viviendas dispersas y las localizadas en centros poblados que no cuentan con servicio toman directamente el agua de fuentes naturales. El 100% de las viviendas con servicio de acueducto del municipio no cuentan con tratamiento de agua potable y la única planta de tratamiento localizada en zona urbana no está funcionando (Fuente GELPRD Rocadura y Plan de desarrollo 2012-2015). Esta situación se viene presentando históricamente por la localización dispersa de la población, mucha de ella en zonas de reserva (hay que precisar cuanta), lo cual unido al gran tamaño del territorio y las distancias hacen que los recursos disponibles y la debilidad institucional para gestión de recursos para inversión sean insuficientes para cubrir las demandas en materia de cobertura y tratamiento de agua potable en zonas rurales. En zonas urbanas la ausencia de tratamiento de agua potable está atada igualmente a la debilidad institucional y la falta de recursos para inversión. Todo lo anterior está generando impactos en la salud asociados principalmente a cargas de enfermedad asociadas a EDA (Fuente GELPRD), igualmente se advierten impactos en la disponibilidad de fuentes hídricas por sobreconsumo y manejo inadecuado de las acometidas principalmente en la vertiente oriental. | Ambiental (I) | Ambiental (II) | Populacional (II) | Social (II) | 3 | 3 | 2 | 3 | 2.75 | Limitaciones normativas de inversión en áreas de reserva, falta de control y regulación en los puntos de toma, falta de conciencia de la comunidad sobre el uso del agua, infraestructuras de acueducto obsoletas (metálicas) y deterioradas. | Social (II) | 3 | Presencia de proyectos para plan de aguas y saneamiento | Social (II) | 1 | 5.75 | | |
| | Habitat saludable | Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Calidad del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Urbanismo, ruralidad y espacios públicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Movilidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Condiciones de vivienda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Riesgo biológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Riesgo químico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Riesgo relacionado con el uso de tecnologías | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Responsabilidad social empresarial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Adaptación e implementación de políticas nacionales e internacionales en salud ambiental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Habitat saludable | Reglamento sanitario internacional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

En la siguiente imagen se aprecia cómo se sigue una secuencia numérica entre las diferentes secciones de las tablas. En este caso se resalta la Tabla 6: Proyección de tensiones, que continúa la numeración de la Tabla 5: Identificación y valoración tensiones en salud (véase la Tabla 5 completa de la página 96 a la 105).

Al final de este paso, las entidades territoriales contarán con la priorización en salud pública que se define como un orden jerárquico de importancia de las situaciones y circunstancias que afectan la salud en el territorio, frente a otras que compiten, y por tanto, ameritan los mayores esfuerzos para ser intervenidas desde la competencia del sector, los otros sectores y actores involucrados hasta aquí y describir la configuración de salud.

Tabla 6: Proyección de tensiones

| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
|--|-----------------------|-------------|---|----------------|---|
| Cómo evolucionará la tensión si no se interviniera | | | | | |
| I. Intensidad (gravedad) | Cronicidad (duración) | Ip. Impacto | Ig. Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad institucional) | (I+C+Ip+Ilg)/4 | Valor final de la tensión Sumar (sección 13) + (sección 18) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

TENGA EN CUENTA

Con estos insumos el equipo territorial podrá abordar el momento de comprensión integral del estado de salud de la población en el territorio en el que se establecerán los nexos entre todas las tensiones identificadas hasta aquí e identificar la configuración deseada.



Momento de Comprender



La comprensión integral del territorio es un momento que hace la diferencia entre pasar de la identificación de las condiciones vigentes en el territorio, a la formulación de marcos estratégicos y de inversión derivada y sustentada en la comprensión integral del territorio. Una vez que se han reconocido las tensiones en salud presentes en el territorio, es necesario entender de qué manera se relacionan unas con otras para lograr una configuración en salud, es decir la comprensión integral y sintética de las condiciones de salud presentes en la entidad territorial. El texto que la explica, la imagen y la metáfora asociada, expresan los elementos determinantes de la salud en el territorio, los nexos entre ellos (cadenas de determinación), y hacen comprensibles aquellos elementos que de manera aislada parecerían incomprensibles o fruto simplemente del azar.

PARA COMPRENDER

El momento de comprender permite entender y explicar de manera más sencilla el estado de salud en el territorio.

Durante el **Momento de Identificar** los equipos territoriales dedican su esfuerzo al reconocimiento de las situaciones, condiciones, circunstancias y eventos presentes en la entidad territorial. Sin embargo, hasta ese punto dichos elementos aparecen 'suelos', es decir, **cada uno de ellos ha sido valorado de forma aislada, sin relación alguna con los demás**. Es ahora cuando llega el momento de **relacionar para comprender**.

Es en este punto donde se hacen más evidentes las virtudes y los importantes avances que trae implícita la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, es necesario lograr una comprensión integral de las condiciones vigentes en el territorio y de la forma como se ligan unos eventos con otros, para generar una configuración de la situación en salud.

En el **Momento de Comprender** cada uno de los elementos reconocidos en el territorio durante el **Momento de Identificar** empieza a cobrar sentido al encontrarse las relaciones que los vinculan con los demás. Esto implica avanzar hacia la comprensión integral de los elementos que determinan las condiciones de salud del territorio, lo que se logra mediante la identificación de **los ejes estructurantes** alrededor de los cuales se articulan las situaciones y condiciones de salud del territorio.

Paso 5: Construcción de la configuración actual del territorio

Hasta aquí, cada una de las tensiones ha sido analizada de forma aislada, pero un buen número de ellas pueden compartir con otras, los mismos generadores, los mismos determinantes, o los mismos reforzadores y liberadores; a su vez, pueden guardar estrechas relaciones unas con otras, bien sea porque se concentran en el mismo lugar o en el mismo tipo de población, o porque su aparición precede a otras en el tiempo.

TENGA EN CUENTA

De acuerdo al modelo de PASE a la Equidad en salud el momento de comprender es fundamental porque permite entender de manera integral el territorio y generar respuestas acordes con las necesidades y particularidades del mismo.



TENGA EN CUENTA

La construcción de la configuración actual es un paso crucial para la comprensión integral del territorio y de la forma como se encuentran ligados los eventos y situaciones problemáticas en salud.

La configuración actual del territorio es única para cada caso y su construcción implica un alto grado de participación social.

RECUERDE

La construcción de una configuración en salud incluye la localización de las tensiones sobre el mapa de la localidad (georreferenciación Paso 1). Este mapa ofrece una visión de conjunto de los lugares en donde convergen conjuntos importantes de tensiones (racimos), de los puntos críticos (confluencia de tensiones con mayor valoración) y de las áreas que comparten tensiones similares.

Para lograr una comprensión integral de las condiciones vigentes en el territorio es necesario reconocer la trama de relaciones que ligan unas tensiones con otras, para dar lugar a la construcción de configuraciones territoriales de salud.

PASO 5. Construcción de la configuración actual del territorio

| | |
|---|---|
| OBJETIVO | Construir la configuración actual del territorio, de tal manera que permita identificar los grandes ejes que estructuran y determinan el estado de salud de la entidad territorial en el presente. |
| ACTIVIDADES A REALIZAR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Espacialización de las tensiones en salud. 2. Identificación de racimos y ejes estructurantes del estado de salud. 3. Descripción de la configuración actual y construcción de la metáfora que la identifica. |
| INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS | Durante este paso los equipos elaborarán un mapa en donde espacializarán las tensiones presentes en la entidad territorial. |
| PRODUCTOS | Al finalizar el Paso 5 los equipos territoriales contarán con un mapa que les brindará una visión clara sobre la configuración actual en salud del territorio, al incluir la espacialización de tensiones (racimos, ejes estructurantes y conexiones), la descripción de la configuración actual en salud y la metáfora actual. |

Una **configuración** es una organización particular de los elementos que conforman un todo, en la que cada elemento queda definido por el tipo de relaciones que guarda con los demás elementos y el lugar que ocupa en esa estructura. Una **configuración en salud**, por su parte, describe el proceso que dio lugar al estado de salud de la población en el momento presente y expresa la manera en que los determinantes ambientales, sociales, económicos y poblacionales actúan en la salud del colectivo en cuestión. 

Una configuración permite desentrañar la trama de relaciones que ligan las tensiones entre sí, así como la definición de las posibilidades de desarrollo de la localidad en materia de salud. El producto de la lectura y el análisis de configuraciones de salud es la comprensión integral de los determinantes de la salud para un territorio particular.

La lectura e interpretación de la configuración en salud es una construcción compartida, que requiere de la reflexión conjunta de los equipos territoriales y demás actores sociales e institucionales de la localidad, sobre el mapa de tensiones. En este momento, la conjunción del saber técnico y de la experticia local permitirá identificar los vínculos presentes en el territorio entre las tensiones y los puntos de concentración de las mismas, tarea que se facilitará mediante la observación de generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos, su precedencia en el tiempo y el tipo de eventos históricos que ligan unas con otras. Aquí el conocimiento de la trayectoria histórica de la entidad territorial no puede ser suplido por la información o el análisis estadístico, aunque éstos pueden aportar elementos de juicio para el análisis.

PARA COMPRENDER

Conceptualmente, una configuración es una figura (imagen) construida a partir de la organización particular de los elementos que conforman un todo, en la que cada elemento queda definido por el tipo de relaciones (conectores) que guarda con los demás y el lugar que ocupa en esa estructura.

Una configuración permite desentrañar la trama de relaciones que ligan a las tensiones entre sí, ayuda a definir las posibilidades de desarrollo de la localidad en materia de salud y resume el proceso histórico que llevó al estado actual de salud de la población. El producto de la lectura y análisis de configuraciones en salud ofrece una comprensión integral de los determinantes de la salud para un territorio particular.



PASO 5 Construcción de la configuración actual del territorio

- ACTIVIDAD 9. Espacialización de las tensiones presentes en el territorio
- ACTIVIDAD 10. Identificación de racimos y ejes estructurantes de la situación actual en salud
- ACTIVIDAD 11. Descripción de la configuración actual y construcción de la metáfora que la identifica

ACTIVIDAD 9: Espacialización de tensiones presentes en el territorio

La primera actividad para avanzar hacia la construcción de la configuración actual de la entidad territorial es la espacialización de las tensiones. Esto significa que cada una de las tensiones presentes en el territorio tiene una expresión que se hace evidente en él, además, algunas de ellas se reiterarán a lo largo de toda la entidad territorial, de presentarse este caso habrá que privilegiar aquellas zonas en las que las tensiones se den con mayor intensidad, lo que indica que **no necesariamente una tensión se localiza en un solo lugar**.



Durante la descripción y formulación de tensiones, los equipos territoriales han descrito el espacio o ubicación de cada una de ellas. Por consiguiente, **es necesario cerciorarse de que cada una de las tensiones descritas en el paso 3 cuentan con la ubicación espacial**, es decir, que respondan a la pregunta: ¿Cuál es su ubicación? En caso de que las tensiones no cuenten con esta información, será necesario volver sobre ellas y completarla, garantizando de esta forma que sea sencilla su espacialización.

Para realizar la espacialización de las tensiones es necesario contar con un croquis o cartografía básica de la entidad territorial, insumos que ya se han obtenido con anterioridad como productos de los Pasos y Actividades anteriores. Para llevar a cabo esta actividad se debe tener en cuenta que:

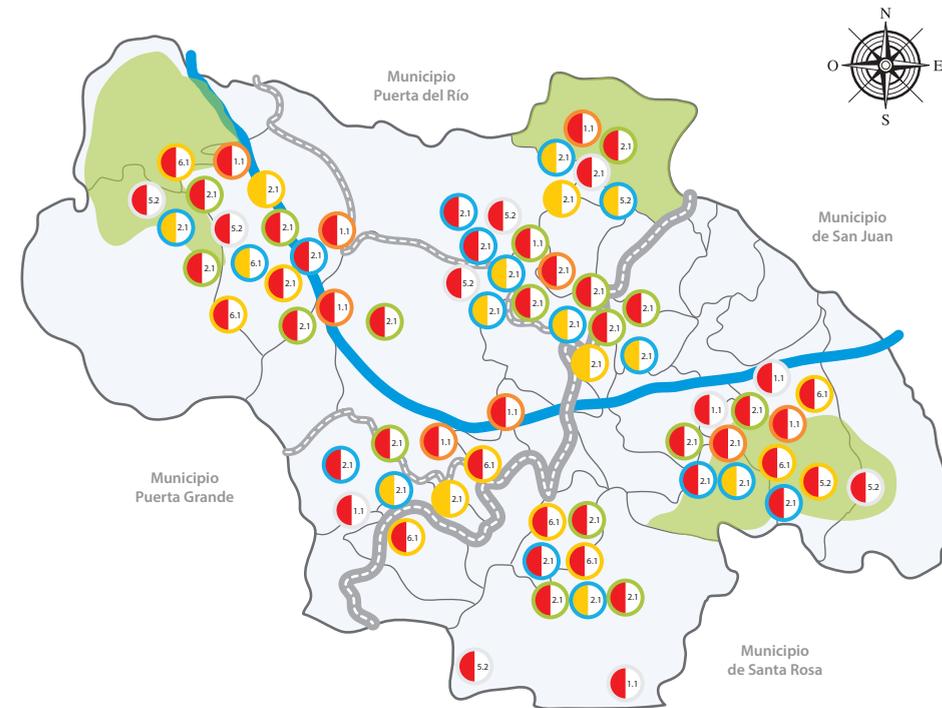
Durante la formulación de tensiones se asociaron números a las dimensiones y a los componentes, como se explicó en el Paso 3

Durante el Paso 3 se identificaron, valoraron y priorizaron tensiones de acuerdo con un semáforo establecido en la Tabla 5: Identificación y valoración de tensiones en salud.

PARA COMPRENDER
Aunque es necesario realizar una espacialización de las tensiones según las dimensiones prioritarias, es muy importante no perder de vista el reconocimiento de territorio y la espacialización de las situaciones o eventos identificados en el Paso 1.

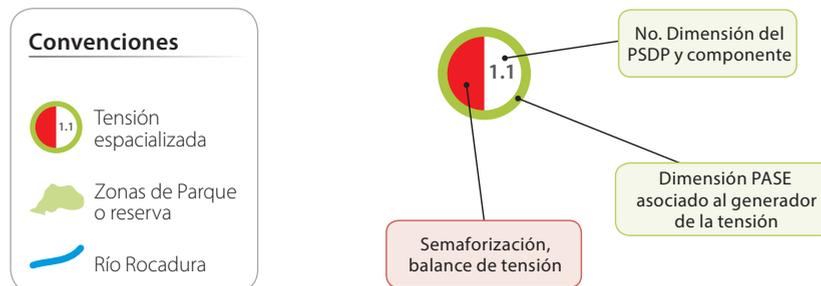
Municipio de Rocadura

Espacialización de tensiones presentes en el territorio (2014)



TENGA EN CUENTA

Por ejemplo, la espacialización de tensiones puede ser realizada sobre mapas trazados en papel o en versión digital, tal y como se muestra en el Ejemplo 10, elaborado con base en la prueba piloto realizada durante 2014 con municipios del Meta.



EJEMPLO 10: Espacialización digital

Para tener una referencia sobre los dos primeros elementos, dimensión y componente, se puede usar la siguiente tabla de referencia para la numeración:

CUADRO 1. Numeración de tensiones

| Dimensión | Componente |
|--|---|
| 1. Salud ambiental | 1. Hábitat saludable |
| | 2. Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales |
| 2. Vida saludable y condiciones no transmisibles | 1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables |
| | 2. Condiciones crónicas prevalentes |
| 3. Convivencia social y salud mental | 1. Promoción de la salud mental y la convivencia |
| | 2. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales |
| 4. Seguridad alimentaria y nutricional | 1. Disponibilidad y acceso a los alimentos |
| | 2. Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos |
| | 3. Inocuidad y calidad de los alimentos |
| 5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos | 1. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género |
| | 2. Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos |
| 6. Vida saludable y enfermedades transmisibles | 1. Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas |
| | 2. Enfermedades inmunoprevenibles |
| | 3. Condiciones y situaciones endemo-epidémicas |
| 7. Salud pública en emergencias y desastres | 1. Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres |
| | 2. Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres |
| 8. Salud y ámbito laboral | 1. Seguridad y salud en el trabajo |
| | 2. Situaciones prevalentes de origen laboral |



PASO 5 Construcción de la configuración actual del territorio

ACTIVIDAD 9. Espacialización de las tensiones presentes en el territorio

ACTIVIDAD 10. Identificación de racimos y ejes estructurantes de la situación actual en salud

ACTIVIDAD 11. Descripción de la configuración actual y construcción de la metáfora que la identifica

ACTIVIDAD 10: Identificación de racimos y ejes estructurantes de la situación actual en salud

La lectura e interpretación de la configuración en salud, integra la **construcción compartida** que requiere de la reflexión conjunta de los equipos territoriales y demás actores sociales e institucionales de la localidad sobre el mapa de espacialización de tensiones.

En este momento, **la conjunción del saber técnico y de la experticia local permitirá identificar los vínculos presentes en el territorio entre las tensiones y entre los puntos de concentración de las mismas**, tarea que se facilita mediante la observación de generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones que comparten su precedencia en el tiempo y el tipo de eventos históricos que los vinculan. En este punto, el conocimiento de la trayectoria histórica de la entidad territorial, **no puede ser suplido por la información o el análisis estadístico**, aunque estos pueden aportar elementos de juicio para el análisis.

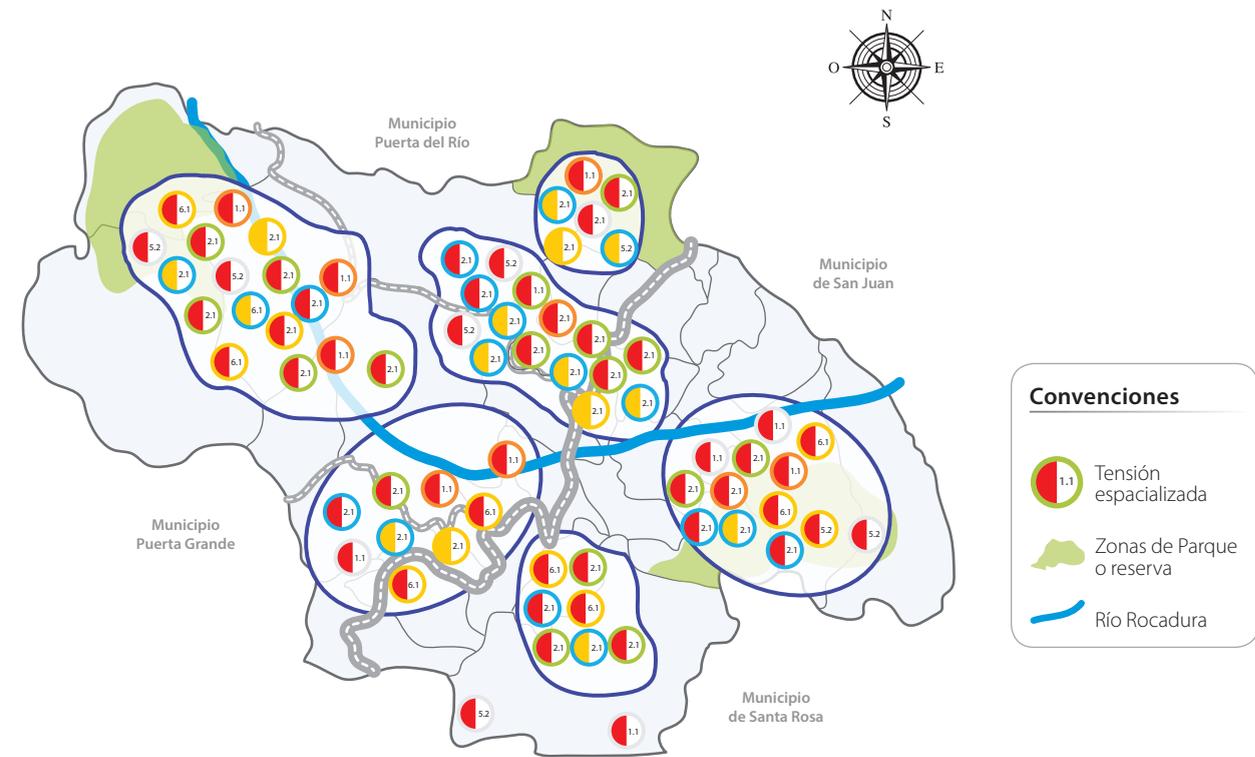
Identificación de racimos

Para la construcción de este paso, los equipos territoriales identificarán aquellos elementos presentes en las tensiones, que son compartidos de forma reiterada por las tensiones y su confluencia o superposición en zonas específicas del territorio.

Los equipos territoriales pueden realizar esta actividad, tanto con instrumentos cartográficos digitales, como con instrumentos rudimentarios, basta con un reconocimiento de las zonas en las cuales se presentan las tensiones y el consenso entre los participantes del equipo territorial para su ubicación en el territorio.

Un racimo surge de los elementos compartidos entre un conjunto de tensiones, bien sea porque comparte los mismos generadores, las mismas implicaciones, los mismos reforzadores o los mismos eventos, con lo cual, el elemento compartido permite la explicación de las condiciones de salud particulares en dicho territorio.

Municipio de Rocadura
Identificación de racimos presentes en el territorio (2014)



Fuente: Elaborado con base en la prueba piloto realizada durante 2014 con municipios del Meta.

Los racimos de tensiones se consideran la base fundamental para la construcción de los ejes estructurantes en salud y dan cuenta de la existencia de elementos determinantes de la condición de salud vigente en la entidad territorial.

En un mismo territorio pueden existir varios racimos, sin que ello signifique que exista el mismo numero de ejes estructurantes.

TENGA EN CUENTA
Un territorio particular puede no tener capacidad de respuesta sobre las situaciones o circunstancias identificadas en un eje estructurante, caso en el cual se está en presencia de un determinante estructural. Ver guía conceptual pagina 84 .

RECUERDE

La sintaxis de los ejes estructurantes está compuesta por el conjunto de sustantivos y adjetivos que definen las características del eje estructurante. Por ejemplo: “distribución desigual mundial o nacional del poder o del ingreso”, nefastas combinación de políticas o programas deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (OMS. 2009)

TENGA EN CUENTA

Por ejemplo: si en una zona, la alta morbilidad en varias dimensiones prioritarias se asocia reiteradamente a la falta o mal estado de las vías, al mal estado de las mismas, que dificulta o impide el acceso a servicios de salud; o si la desnutrición se asocia con la falta de producción de alimentos y a la falta de vías para su comercialización, se está en presencia de un eje estructurante de las condiciones de salud de una región. Actuar sobre el estado de las vías tendría, entonces, un efecto en cadena sobre la morbilidad, al mejorar el acceso a la salud, el tiempo de desplazamiento y la disponibilidad de alimentos.

Identificación de ejes estructurantes de la situación actual de salud

Los elementos compartidos por las tensiones en la construcción del racimo, darán cuenta de un eje estructurante que se define como los elementos presentes en el territorio o fuera de él, que articulan los racimos entre sí. A su vez, sintetizan los determinantes del estado de salud del territorio y permiten articular la totalidad de los elementos presentes en la configuración territorial.

Los ejes estructurantes del territorio, hacen referencia a los encadenamientos que se dan entre los elementos reiterados o identificados en los racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política del país

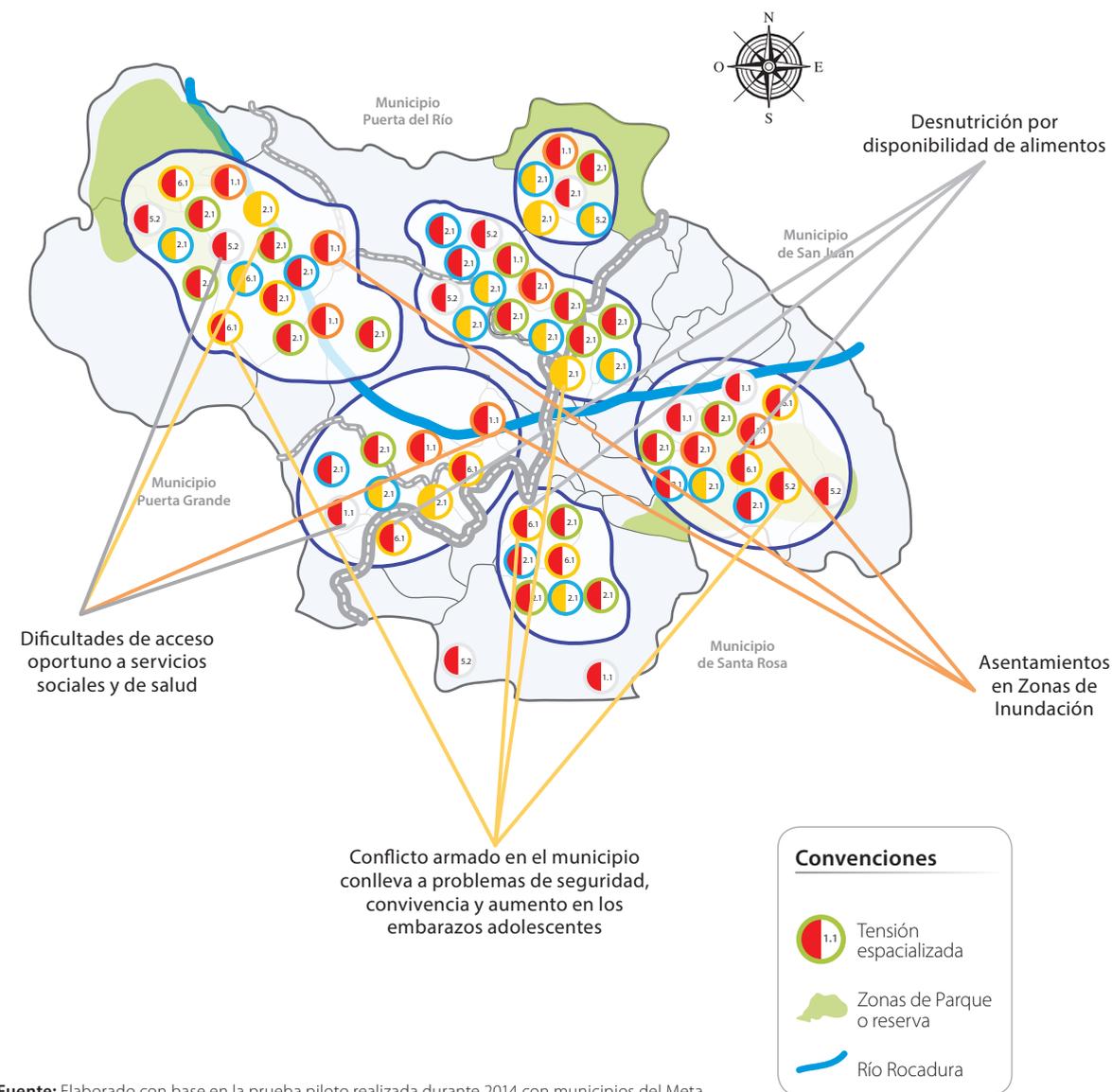
Preguntas orientadoras

Para identificar los ejes estructurantes se utilizan las siguientes preguntas orientadoras:

- En los generadores o reforzadores del racimo de tensiones ¿se identifican situaciones o condiciones de carácter estructural?, ¿estos se repiten en varios racimos?,
- ¿Qué elemento presente en las tensiones es reiterativo y determina las condiciones de salud del territorio?
- ¿Qué eventos, circunstancias o condiciones permiten ligar unas y otras tensiones de manera que puedan explicarse ciertas condiciones de salud del territorio?
- ¿Los elementos estructurantes identificados en los racimos tienen algo en común, comparten elementos con otros racimos?, ¿se generan en el mismo territorio o fuera de él?

Municipio de Rocadura

Identificación de ejes estructurantes actuales presentes en el territorio (2014)



Fuente: Elaborado con base en la prueba piloto realizada durante 2014 con municipios del Meta.

Una vez identificados los racimos y en particular aquellos elementos que se reiteran como en el ejemplo anterior, se deben buscar los encadenamientos o la forma en que ellos se relacionan entre sí y permiten comprender la forma como emergen en el territorio, dando lugar a ejes estructurantes de la situación de salud. En el ejemplo anterior:

| Ejes estructurantes actuales |
|---|
| Existen deficientes condiciones sanitarias y de conectividad en zonas urbanas y rurales, que impiden a la población el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. De igual manera, hay una frágil infraestructura y débil institucionalidad para la prestación de servicios públicos y sociales, situación que genera tensiones asociadas con altos índices de morbilidad materna, enfermedades hídricas y enfermedades transmisibles. |
| El conflicto armado que se traduce en pobres condiciones de seguridad y convivencia así como en limitados espacios y oportunidades para la educación, la recreación, el deporte y la cultura, están generando una cantidad alarmante de embarazos adolescentes. Las condiciones de violencia en el municipio se traducen en mortalidades por homicidios y en enfermedades asociadas a problemas de convivencia y salud mental. |
| El cambio de la vocación productiva del municipio, ocasionado por el latifundio y la ganadería extensiva e intensiva, ha generado condiciones de informalidad laboral al eliminar las oportunidades de trabajo en el territorio. Sumado a esto, las transformaciones económicas han hecho desaparecer la finca campesina, lo que ha llevado a que los pobladores pierdan la capacidad del autoabastecimiento de alimentos, especialmente en la zona rural, y se vean obligados a comprar los alimentos de la canasta SAN. |
| En zonas aledañas al río se generaron asentamientos pesqueros y para el desarrollo de actividades de extracción de material de construcción, derivados de la falta de oportunidades económicas en las zonas rurales. Esto ha generado situaciones de emergencias y desastres, contaminación ambiental, problemas de convivencia y efectos en la vida y la salud de las personas. |



ACTIVIDAD 11: Descripción de la configuración actual y construcción de la metáfora que la identifica

Una configuración es una figura construida a partir de un conjunto de partes que se organizan según las relaciones que guardan unas con otras. La espacialización de tensiones y la identificación de racimos y ejes estructurantes en el mapa, dan lugar al surgimiento de imágenes (figuras), a manera de una obra de arte, de suerte que los equipos territoriales pueden describirlas utilizando una metáfora.

La configuración final que se obtiene ofrece una comprensión integral y sintética de la situación de salud del territorio. El texto que la explica, la imagen y la metáfora, expresan, al asociarse, los elementos determinantes de la salud en el territorio y los nexos entre ellos (cadenas de determinación), además hacen comprensibles aquellos elementos que de manera aislada parecerían incomprensibles o fruto simplemente del azar.

PASO 5 Construcción de la configuración actual del territorio

ACTIVIDAD 9. Espacialización de las tensiones presentes en el territorio

ACTIVIDAD 10. Identificación de racimos y ejes estructurantes de la situación actual en salud

ACTIVIDAD 11. Descripción de la configuración actual y construcción de la metáfora que la identifica

RECUERDE

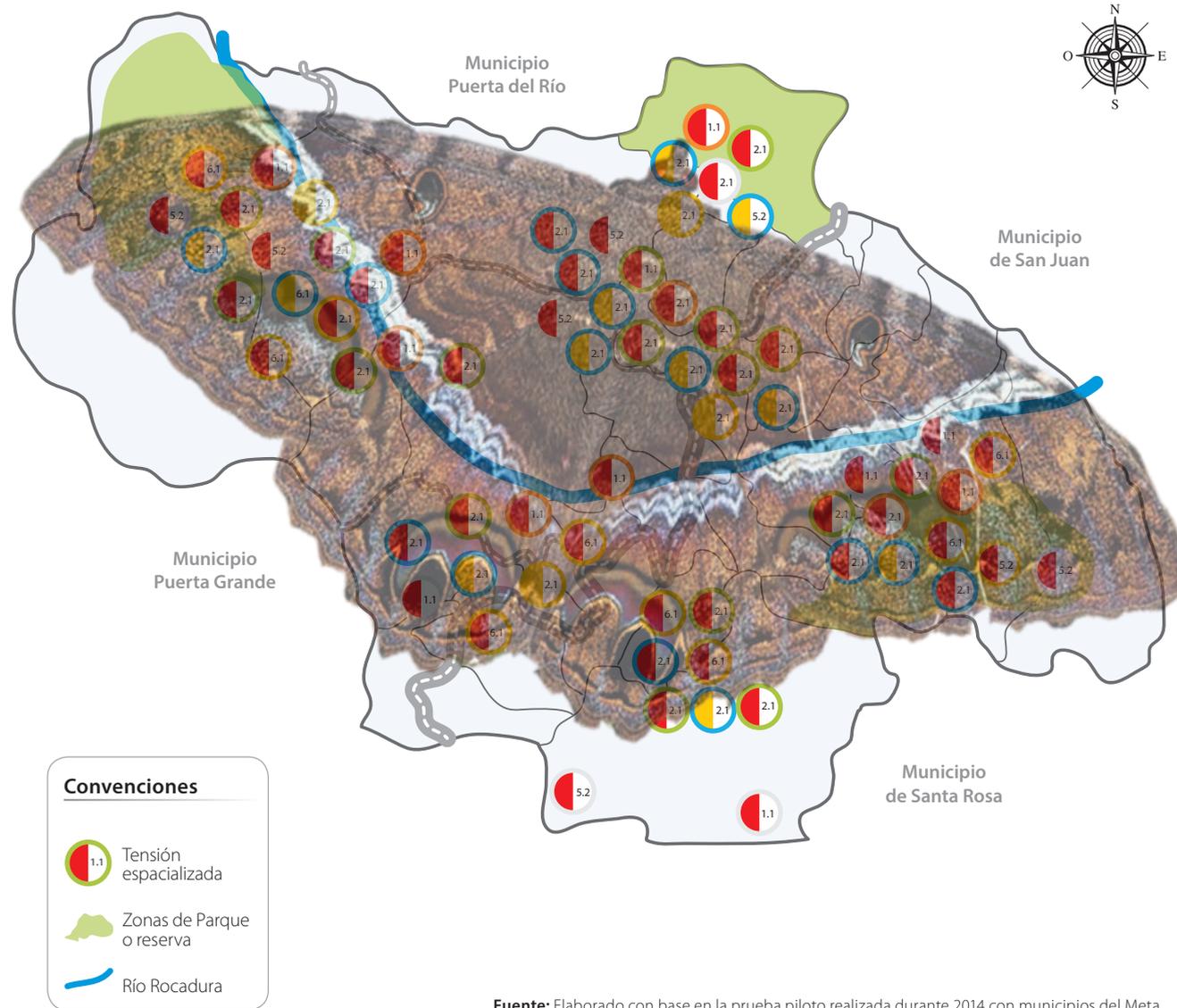
La metáfora es una figura retórica que permite describir o calificar algo a través de su semejanza o analogía con otra. El uso de esta figura literaria facilita a los equipos territoriales el trabajo de síntesis que deben realizar para obtener la configuración de salud territorial, así mismo, la metáfora facilita a los lectores la comprensión de la configuración, pues condensa y simplifica una imagen que, por lo general, resulta muy compleja debido a la superposición de distintas situaciones, tensiones y determinantes de la salud.

PARA COMPRENDER

Para la construcción de la metáfora, paso ineludible antes de avanzar en la construcción de propuestas sobre planes, programas y proyectos estratégicos, el equipo territorial deberá plantearse las siguientes preguntas: ¿La configuración de salud en el territorio es cómo...? ¿Se asemeja a...? La imagen que se elija para dar cuenta de la configuración, debe estar estrechamente ligada a la historia y cultura locales, a sus tradiciones y valores, ya que su función principal consiste en propiciar el consenso acerca de la manera como las comunidades locales conciben el desarrollo, la salud y el bienestar.

Municipio de Rocadura

Configuración actual del territorio y metáfora(2014)



Fuente: Elaborado con base en la prueba piloto realizada durante 2014 con municipios del Meta.

La Mariposa Nocturna

La configuración actual del municipio de Rocadura se asemeja a una mariposa nocturna que se ha posado en el municipio como un presagio de los problemas de morbilidad y riesgos de la salud de los pobladores.

Su cabeza se encuentra ligada al casco urbano en donde se concentra la acción de la autoridad sanitaria que se ha debilitado por efectos de la ingobernabilidad en el territorio, en la última década. El cuerpo de la mariposa extiende sus alas a las diferentes zonas del municipio en donde se presentan cuatro ejes que marcan las condiciones de salud:

El primer eje es la falta de comunicación en la zona sur del municipio genera procesos migratorios hacia otros municipios por la imposibilidad de acceso a los servicios de salud debido a las condiciones de interconexión vial.

El segundo eje tiene que ver con un riesgo enorme para la seguridad alimentaria y nutricional debido a que la despensa agrícola del municipio ha disminuido su capacidad productiva por cambios en los patrones de producción y déficit en las vías terciarias, que impiden el traslado de alimentos a la zona urbana, lo cual ha generado informalidad y problemas de salud laboral.

El tercer eje tiene que ver con el aumento de las tasas de enfermedades transmisibles e infecciosas por la falta de agua potable y de redes de alcantarillado.

El cuarto eje está asociado a las amenazas y riesgos presentes a lo largo del río y sus afluentes, debido a los asentamientos de población que se localizan en estas zonas, derivados de las dinámicas socio-económicas presentes en el territorio.

Debido a la estrecha relación entre las condiciones de salud del municipio y estos cuatro ejes, la intervención de ellos permitiría mejorar notablemente el estado de salud de la población.

TENGA EN CUENTA

Para la identificación de racimos (grupo de tensiones) identifique aquellas tensiones que se concentran en sitios específicos del territorio, o en ciertas poblaciones, aquellas que comparten elementos, bien sea la dimensión a la que están asociadas los elementos, los generadores, o los refozadores, los liberados o sus implicaciones.

PARA COMPRENDER

La descripción de una configuración territorial en salud incluye: un mapa en el que se identifican las relaciones que ligan a las tensiones encontradas en pasos anteriores; una imagen que sintetiza el estado de salud de la población y un texto que describe la configuración y su metáfora. El equipo territorial producirá los mapas y descripciones territoriales en los que identifican los vínculos entre las tensiones, los racimos y los puntos de concentración de las mismas. Se identifican los ejes articuladores o nexos existentes entre racimos de tensiones y los determinantes de las tensiones en salud.

PASO 6 Identificación de ventajas y oportunidades del territorio

ACTIVIDAD 12. Identificación de ventajas y oportunidades en salud

Paso 6: Identificación de ventajas y oportunidades del territorio

En los ejercicios anteriores se han identificado las tensiones y situaciones problemáticas que limitan el disfrute de una salud plena. No obstante, para avanzar en el ejercicio de planeación **es necesario identificar además las ventajas y oportunidades presentes en el territorio, que pueden aprovecharse para resolver de manera eficiente las situaciones críticas en salud.**

Para llevar a cabo cualquier ejercicio de planeación es necesario identificar aquellos elementos que emergen o que están presentes como ventajas comparativas y oportunidades que pueden ser potenciadas en el territorio.

TENGA EN CUENTA
El ejercicio de planeación territorial ha centrado su caracterización y comprensión en la **identificación** de las tensiones presentes en la entidad territorial.

RECUERDE
Es necesario incluir aquellas situaciones o condiciones vigentes en el territorio, cuyos indicadores tienen niveles aceptables u óptimos y que pueden actuar como liberadores. (Pasos 2 y 3)

PASO 6. Identificación de ventajas y oportunidades del territorio

OBJETIVO Reconocer las principales ventajas y oportunidades del territorio.

ACTIVIDADES A REALIZAR 1. Reconocimiento de las principales ventajas y oportunidades en salud del territorio en cada una de las dimensiones del desarrollo.

INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

PRODUCTOS El resultado de este paso debe consignarse en un texto corto donde se resuman las ventajas y oportunidades del territorio.

ACTIVIDAD 12: Identificación de ventajas y oportunidades en salud

El propósito de este paso es la identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio, que pueden aprovecharse para resolver de manera eficiente las situaciones críticas en salud, y que corresponden a elementos que están presentes o que emergen en el territorio y **pueden ser potenciados como elementos que aumentan el disfrute de una salud plena.**

Para el desarrollo de este ejercicio el equipo territorial trabajará sobre el mapa de la configuración actual y elaborará un texto que identifique las situaciones o condiciones que constituyen una **ventaja comparativa o competitiva** frente a otras entidades territoriales y que pueden provenir de cualquiera de las dimensiones del desarrollo.

Posteriormente se identificarán aquellas situaciones que surgen como **oportunidades** teniendo en cuenta características nacionales, regionales o departamentales que puedan ser aprovechadas para la superación de los desequilibrios y que al ser potenciadas, podrán contribuir con la transformación de tensiones y ejes estructurantes para avanzar hacia los escenarios deseados.

Para el desarrollo de este ejercicio es importante tener en cuenta los factores liberadores de las tensiones que pueden surgir como un elemento de ventaja u oportunidad en la entidad territorial.

EJEMPLO 11: Ventajas y Oportunidades de Rocadura

| Ventajas | Oportunidades |
|--|---|
| Zonas con disponibilidad adecuada de recursos hídricos (comparativa). | Apoyo de la cooperación internacional a las organizaciones de base comunitaria que se han consolidado en el territorio debido a la focalización del territorio por varias agencias. |
| Territorios de alta productividad: clase 1 y 2 (ventaja comparativa). | Territorio priorizado por la Nación para acompañar estrategias de maternidad segura. |
| Comunidad organizada que ejecuta procesos de veeduría ciudadana (ventaja competitiva). | Vía del nivel nacional que permitiría una posición estratégica de intercambio de productos económicos. |
| Controles de calidad de agua, puestos de salud (competitiva). | |
| Cuentan con un hospital de segundo nivel (comparativa). | |

PASO 6 Identificación de ventajas y oportunidades del territorio

ACTIVIDAD 12. Identificación de ventajas y oportunidades en salud

PARA COMPRENDER

Ventaja Comparativa: Características propias de la entidad territorial que le permiten generar mejores condiciones de vida a la población, comparada con otras entidades territoriales de condiciones similares.

Ventaja Competitiva: Características propias o emergentes de la entidad territorial que le permiten realizar actividades de forma más eficiente, logrando mejores resultados frente a otras entidades territoriales.

ACTIVIDAD

13. Descripción de la configuración deseada y construcción de la metáfora que la identifica

TENGA EN CUENTA

Para la construcción de la configuración esperada, los equipos territoriales a cargo de la formulación del plan, trabajarán sobre un nuevo croquis del territorio, en éste plasmarán la transformación que esperan lograr en cada uno de los ejes estructurantes identificados en la configuración actual, para así lograr el mejoramiento de las condiciones de vida y de desarrollo de la población, lo que permitirá la superación de las tensiones en salud identificadas.

Paso 7: Construcción de la configuración deseada

Hasta aquí el equipo dispone de una descripción detallada de la situación de salud presente en el territorio y está listo para iniciar la construcción de propuestas para su transformación. Para ello el equipo realiza un ejercicio de prospectiva, **para identificar la configuración que se desearía alcanzar en el largo plazo**, cuando los desequilibrios identificados hayan sido superados.

La configuración final que se obtiene, ofrece una comprensión integral y sintética de situación de salud del territorio cuando se haya logrado la transformación de las tensiones propuestas en el ejercicio anterior. Este paso incluye **la identificación de la imagen transformada del territorio y de los ejes estructurantes del escenario deseado y la construcción de la metáfora que identifica la situación deseada en salud**.

PASO 7. Construcción de la configuración deseada

OBJETIVO

Realizar la transformación esperada de la configuración territorial.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Construcción de la configuración deseada, los ejes estructurantes deseados y la metáfora que la identifica.

PRODUCTOS

Al finalizar este paso los equipos territoriales contarán con una idea inicial sobre los cambios esperados en el territorio y la orientación de planeación en salud que desea alcanzar la entidad territorial.

ACTIVIDAD 13: Descripción de la configuración deseada y construcción de la metáfora que la identifica

Para la construcción de la configuración deseada, se tomará cada uno de los ejes estructurantes de la situación actual en salud del territorio, **con el fin de lograr su transformación en positivo**. El equipo deberá detallar la forma como desea que se dé dicha transformación en el mediano y largo plazo, lo que permitirá avanzar hacia **la construcción de un escenario esperado o configuración deseada del territorio**.

Dichas transformaciones esperadas deben ser espacializadas en un nuevo mapa, del que surgirá la configuración deseada. Para la realización de este ejercicio, se debe seguir el mismo procedimiento empleado para la construcción de la configuración actual, es decir, **construir la imagen del territorio y describir la metáfora de la configuración deseada**.



ACTIVIDAD

13. Descripción de la configuración deseada y construcción de la metáfora que la identifica

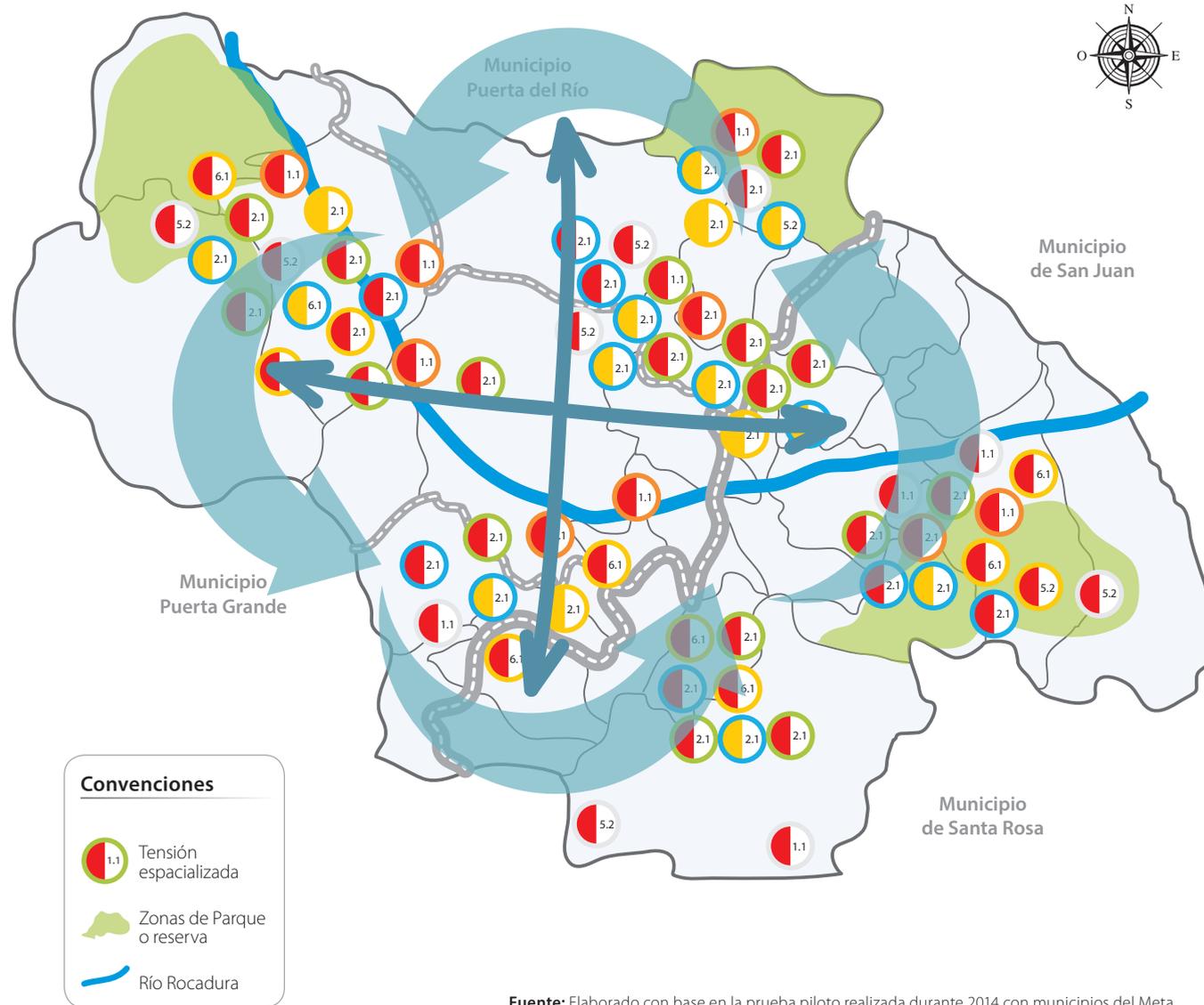
TENGA EN CUENTA

Para la realización de este ejercicio resulta de gran ayuda preguntarse para cada uno de los ejes estructurantes: ¿Cómo esperamos que se transformen en el mediano plazo? ¿Cómo esperamos en un horizonte de mediano y largo plazo, que sea la situación en salud en la entidad territorial? ¿Qué elementos deben transformarse? ¿En dónde se deberían dar las transformaciones y en qué poblaciones?

Se recomienda hacer la revisión de los ejes estructurantes de la configuración actual y confrontarlos con los de la configuración deseada a fin de garantizar la coherencia e identificar los ajustes que sean necesarios para mantener la coherencia en la ruta lógica.

Municipio de Rocadura

Identificación de ejes estructurantes transformados o deseados (2014)



Fuente: Elaborado con base en la prueba piloto realizada durante 2014 con municipios del Meta.

La construcción de la configuración deseada se realiza a partir de un marco general de interpretación que dará sentido a los acontecimientos y eventos, a medida que suceden.

El ejercicio consiste en imaginar el escenario de salud deseable y posible que orientará en el mediano y corto plazo la acción institucional y comunitaria en procura de un mejor estado de salud y bienestar. Los equipos a cargo de la elaboración, inician con una discusión sobre cómo se espera que cambien cada uno de los ejes estructurantes de la configuración actual, para luego, detallar la forma en que se desea transformar cada uno de los ejes en donde es preciso tener en cuenta las ventajas y oportunidades identificadas en la actividad 12.

Cada eje estructurante de la configuración deseada se describirá en un texto corto en el que se consigne de manera precisa, los cambios a lograr en el mediano y largo plazo. A continuación se muestran los ejes estructurantes transformados del ejemplo de Rocadura.



Ejes estructurantes transformados del municipio de Rocadura

Existen condiciones sanitarias y de conectividad en zonas urbanas y rurales que permiten el acceso oportuno, y de calidad de la población a los servicios de salud, así como una infraestructura y una institucionalidad fortalecidas que garantizan la prestación adecuada de servicios públicos y sociales aprovechando la disponibilidad de fuentes hídricas en algunas zonas del territorio, con lo cual se superan los altos índices de morbilidad materna, enfermedades hídricas y enfermedades transmisibles.

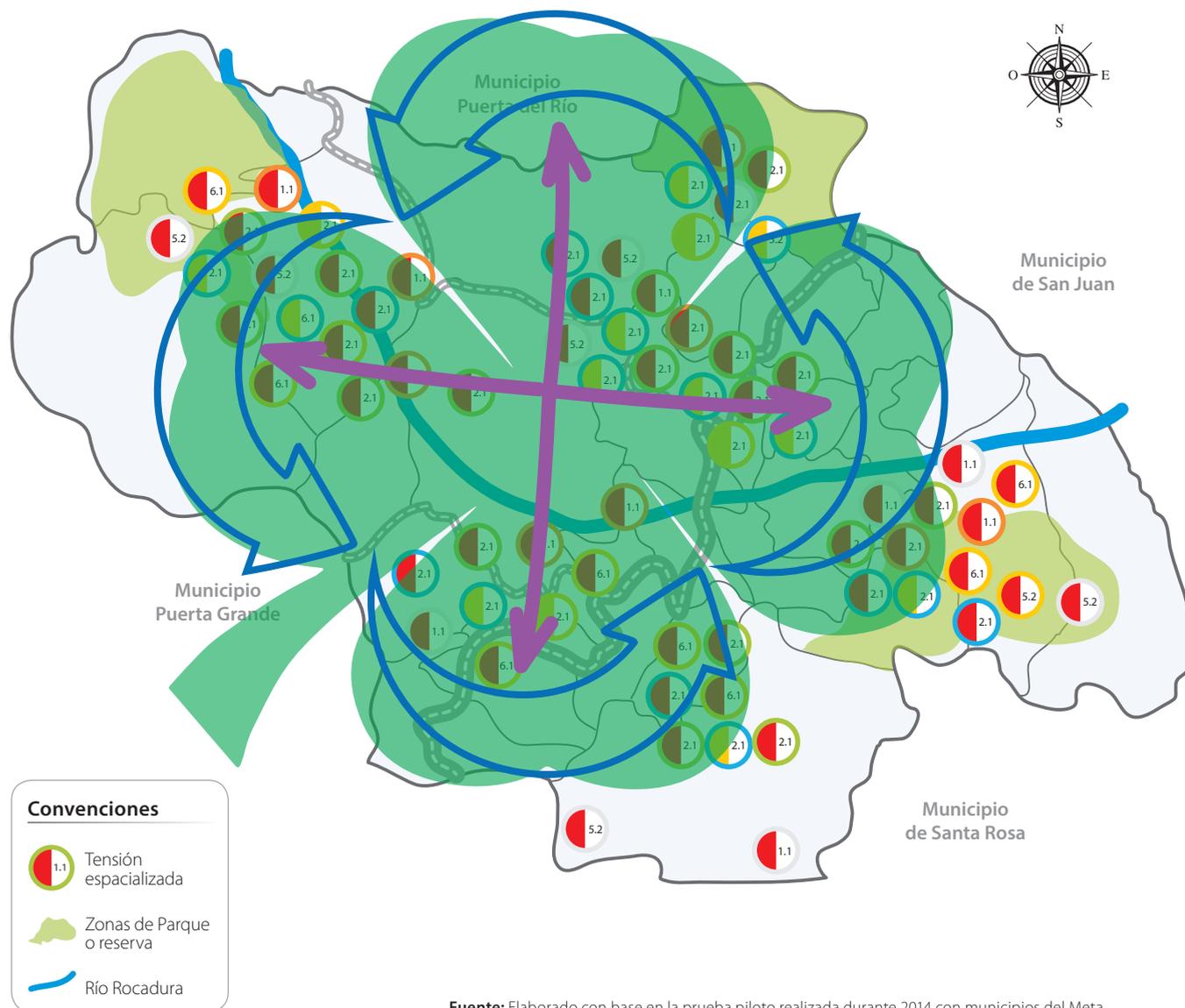
La superación del conflicto armado con el compromiso y participación de las organizaciones de base social presentes en el territorio, de la mano de la autoridad sanitaria, se traduce en mejores condiciones de seguridad y convivencia, así como en mayor acceso a espacios y oportunidades para la educación, la recreación, el deporte y la cultura, lo que contrarresta los embarazos adolescentes y genera condiciones para la convivencia, de suerte que se reducen los homicidios y las cargas de enfermedades asociadas a problemas de convivencia y salud mental.

La recuperación de la vocación productiva del municipio, aprovechando la fertilidad de los suelos tipo 1 y 2, los procesos de responsabilidad social empresarial, los programas de restitución de tierras y de apoyo a la agricultura campesina, mejoran el acceso a la tierra, la tecnología, la inversión, las condiciones de trabajo digno y la salud laboral en el territorio. Estas transformaciones económicas fortalecen la finca campesina, de manera que los pobladores recuperan la capacidad del autoabastecimiento de alimentos, especialmente en la zona rural, mejorando el contenido de la canasta SAN disponible en el territorio.

La reubicación de asentamientos en zonas aledañas al río y la formalización y tecnificación de las actividades de extracción de material de construcción y pesqueras, acompañadas de prácticas de sostenibilidad ambiental, permitirán superar las situaciones de emergencias por desastres ambientales y proteger la vida y la salud de las personas asociadas a esas actividades.

Municipio de Rocadura

Identificación de ejes estructurantes transformados (deseados) e identificación de la metáfora (2014)



Fuente: Elaborado con base en la prueba piloto realizada durante 2014 con municipios del Meta.

El trébol de 4 hojas

La configuración deseada del municipio de Rocadura se encuentra representada por un trébol de 4 hojas (símbolo de buena suerte) y el fin de los malos presagios de la mariposa negra. El trébol representa la integración, la reconexión del municipio y la gestión integral de la salud. La configuración esperada parte del tallo que otorga la fortaleza del trébol y, en este caso particular, identifica la solidez que adquiere la entidad sanitaria en los procesos de gestión, rectoría, control y conducción de la salud pública del municipio.

Las hojas del trébol representan los cuatro grandes ejes que marcan la idea esperada:

El primer eje es la mayor integración de la zona sur con el centro administrativo del municipio, hecho que se logra con el mejoramiento de la conectividad que permite que los habitantes de esta zona cuenten con los servicios de salud de complejidad disminuyendo el morbi – mortalidad evitable.

El segundo eje es la garantía de la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional con la mejora de la conexión vial del municipio y con los cambios en los patrones de producción agrícola, que permiten que los campesinos vendan sus productos y abastezcan las zonas que en la actualidad dependen de la importación de alimentos de otras zonas del país o del extranjero, impactando positivamente en la formalización y la salud laboral.

El tercer eje es la mejora de la gestión integral en salud que redunda en la acción transectorial y que permite ampliar las zonas de cobertura de acueducto y alcantarillado, incidiendo en la disminución de las tasas de enfermedades infecciosas y transmisibles asociadas a la prestación de servicios de acueducto de calidad.

El cuarto eje es la actuación transectorial en gestión del riesgo, que ha permitido que los residentes de las zonas aledañas al río, reduzcan su vulnerabilidad y que otras se reubiquen al realizarse intervenciones integrales que garantizan el no retorno a zonas en riesgo de desastre.

PARA COMPRENDER

Los ejes estructurantes esperados surgen de la visión compartida de salud y expresan los cambios que se quieren alcanzar en el largo plazo ante situaciones difíciles de superar, deben ser realizables y realistas para que constituyan un estímulo y se conviertan en referentes para el territorio.

Dichos ejes estructurantes se convertirán en el insumo principal para la construcción de desafíos en el Momento de Responder.

PASO 8 Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta

ACTIVIDAD 14. Descripción y valoración de las tensiones cuando hayan sido superadas y priorización para respuesta

Paso 8: Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta

Este es un paso fundamental en la ruta metodológica, porque es en él, donde se empiezan a otorgar insumos para la cadena de valor y sobre la forma como se podrían llegar a superar las tensiones presentes en la entidad territorial. La transformación esperada de tensiones es una transición importante en el proceso de elaboración de planes estratégicos, porque es cuando las tensiones identificadas se transforman en propuestas de desarrollo, cuando se abre paso a la posibilidad de generar escenarios prospectivos, que van materializando la respuesta a partir de la comprensión y de la configuración deseada, desarrollada en el paso anterior.

PASO 8. Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta

| | |
|---|--|
| OBJETIVO | Desarrollar el ejercicio de transformación esperada de tensiones presentes en la entidad territorial. |
| ACTIVIDADES A REALIZAR | 1. Realizar una descripción proyectada de las tensiones cuando éstas hayan sido superadas. Valorar la intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad de la tensión cuando ésta haya sido superada. |
| INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS | Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline. |
| PRODUCTOS | Al finalizar este paso, los equipos técnicos territoriales contarán con una base de los cambios esperados en el territorio y de la orientación de planeación en salud que desea alcanzar la entidad territorial. |

TENGA EN CUENTA
En este Paso se retoman los ejercicios realizados desde el Paso 3 y se avanza en la construcción de propuestas de transformación para cada una de las tensiones, las cuales se ordenan según los ejes estructurantes de la configuración deseada.

ACTIVIDAD 14: Descripción y valoración de las tensiones cuando hayan sido superadas y priorización para respuesta

La transformación de una tensión se da a partir de la modificación de los elementos que la componen, bien sea porque se ejerce influencia sobre alguno de los polos en conflicto, se modifican sus generadores, se disminuyen las implicaciones, se disminuyen los reforzadores o, por lo menos, se potencian los liberadores, de tal forma que se logre llevar a las tensiones al máximo equilibrio posible.

Para la definición de las tensiones cuando éstas hayan sido superadas, los equipos territoriales deberán volver sobre cada una de las tensiones formuladas, con base en el conocimiento del territorio y del marco de actuación tanto institucional como social, para identificar las posibilidades reales de modificación de las tensiones, de acuerdo con la disposición de recursos económicos, tecnológicos, técnicos y humanos, entre otros. Por consiguiente, la primera actividad a desarrollar es describir la tensión proyectada cuando haya sido transformada, en el mediano o largo plazo, y una vez que haya recuperado su equilibrio.

En este caso, es importante retomar algunas de las preguntas que orientaron la identificación de tensiones, particularmente en un escenario prospectivo: ¿cómo se espera que al final se encuentren los generadores, el evento y las implicaciones?, ¿cómo se esperan los reforzadores y los liberadores?, ¿qué transformaciones se esperan en la oferta de bienes y servicios?, ¿para beneficiar a quién?, ¿en dónde se localizan las intervenciones necesarias?, ¿qué magnitud se espera que tenga al final la tensión? ¿Cómo pueden actuar los liberadores en la transformación de la tensión?

Así mismo es preciso ordenar las tensiones a transformar según los ejes estructurantes de la configuración esperada.

PASO 8 Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta

ACTIVIDAD 14. Descripción y valoración de las tensiones cuando hayan sido superadas y priorización para respuesta

PARA COMPRENDER
La descripción de tensiones, elaborada en el Paso 3, así como su valoración, obtenida en el Paso 4, permitirán avanzar en la identificación de las acciones que será necesario llevar a cabo para la transformación positiva de cada tensión, restableciendo al máximo el equilibrio de la situación.

Es necesario tener presente que **la transformación esperada de tensiones hace referencia a los cambios posibles en el territorio** y que derivan de las modificaciones en cada uno de los componentes de la tensión: bien sea en los generadores, en los reforzadores, en el evento, en los polos en conflicto o en la potencialización de los liberadores.

La transformación esperada deberá tener en cuenta el marco de competencias, las ventajas y oportunidades presentes en el territorio y los recursos disponibles (físicos, técnicos y financieros) en la entidad territorial. En el caso que se desee transformar los determinantes estructurales en los cuales la entidad territorial no tiene capacidad de cambio, la acción debe estar orientada hacia la incidencia o la gestión ante otros niveles de gobierno. En caso de transformar los determinantes intermediarios, la acción estará orientada a hacer mitigación, control o mantenimiento.

Para cada una de las transformaciones esperadas de la tensión, es necesario tener en cuenta su contribución al logro de los objetivos estratégicos del PDSP, en términos de avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población, y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Para el caso de la definición de las magnitudes, es necesario considerar otros instrumentos de planeación vigentes en el territorio (dado que allí se pueden haber trazado metas específicas para la

entidad territorial), instrumentos de planeación del orden regional o nacional, que comprometan el logro de objetivos y metas con indicadores de referencia.

Al igual que en los pasos anteriores, la valoración de las tensiones cuando éstas hayan sido superadas, **se realiza bajo los mismos criterios con los cuales se valoró y se proyectó** cada una de las tensiones en los Pasos 3 y 4: **intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad.**

Para la valoración de las tensiones cuando hayan sido transformadas es necesario tener presente que, de acuerdo con la noción conceptual, una tensión no se trata de eliminar sino de llevar al máximo de equilibrio posible. Esto quiere decir, que para alcanzar el mayor equilibrio la tensión podrá permanecer en el tiempo (cronicidad) pero podrá aumentar o disminuir su intensidad o su impacto, o en otro caso, la capacidad de respuesta del Estado (gobernabilidad) habrá permitido que se restablezca cierto equilibrio de la tensión.

Para el caso de la definición de las magnitudes, es necesario considerar el establecimiento de metas que se logran concertar en el nivel sectorial y transectorial, para la formulación de otros instrumentos de planeación con mayor relevancia en el plan de desarrollo, así como otros instrumentos de planeación del orden regional o nacional, que comprometan el logro de objetivos y metas con indicadores de referencia.



TENGA EN CUENTA

Para cada uno de los casos las preguntas que deben orientar la valoración de las tensiones cuando hayan retornado al equilibrio serán: ¿Cuál será el valor final de su intensidad? ¿El de su cronicidad? ¿El de su impacto? ¿El de la ingobernabilidad? ¿Cuáles de los criterios disminuyeron, cuáles aumentaron y cuáles quedaron igual?

RECUERDE

Es necesario identificar aquellas situaciones o condiciones cuyos indicadores son aceptables u óptimos y que es necesario mantener en el mediano y largo plazo para garantizar el equilibrio de la tensión.

Tabla 7: transformación esperada de tensiones

| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
|---|---|--|------------|------------|---------|------------------|------------------|
| Ejes estructurantes de la configuración deseada | Tensiones actuales asociadas al eje estructurante deseado | Descripción de las Tensiones cuando hayan sido superadas | Intensidad | Cronicidad | Impacto | Ingovernabilidad | Balance esperado |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

- En la **columna 26** se hace necesario asociar la transformación esperada de la tensión con cada uno de los ejes estructurantes esperados que se establecieron en el paso anterior. En esta columna basta con incluir el texto del eje estructurante esperado al que se encuentra asociado cada una de las tensiones actuales que se quieren transformar.
- En la **columna 27** se traen cada una de las tensiones actuales asociadas a los ejes estructurantes deseados según corresponda.
- En la **columna 28** se describe la tensión cuando ésta haya sido superada.

En la **columna 29** se pregunta por el valor de la intensidad de la tensión cuando haya sido superada (1, 2 o 3). En este caso se deberá tener presente el valor de la intensidad cuando se formuló la tensión y se asignará el valor dependiendo como se espera que quede cuando haya sido transformada. Si cuando se formuló la tensión esta tenía una valoración de 3 en su intensidad, es necesario valorar cómo quedará cuando haya sido superada.

En la **columna 30** se pregunta por el valor de la cronicidad de la tensión cuando haya sido superada (1, 2 o 3). Al igual que en el caso de la intensidad es necesario tener presente si la tensión restablecerá su equilibrio en el corto, mediano o largo plazo. Para ello es necesario tener presente que se toman como referencia para el corto, mediano y largo plazo los criterios de planeación territorial que vincula cada una de las vigencias de periodos constitucionales; es decir, el corto plazo se considera hasta 4 años, el mediano plazo 8 años y el largo plazo 12 años.

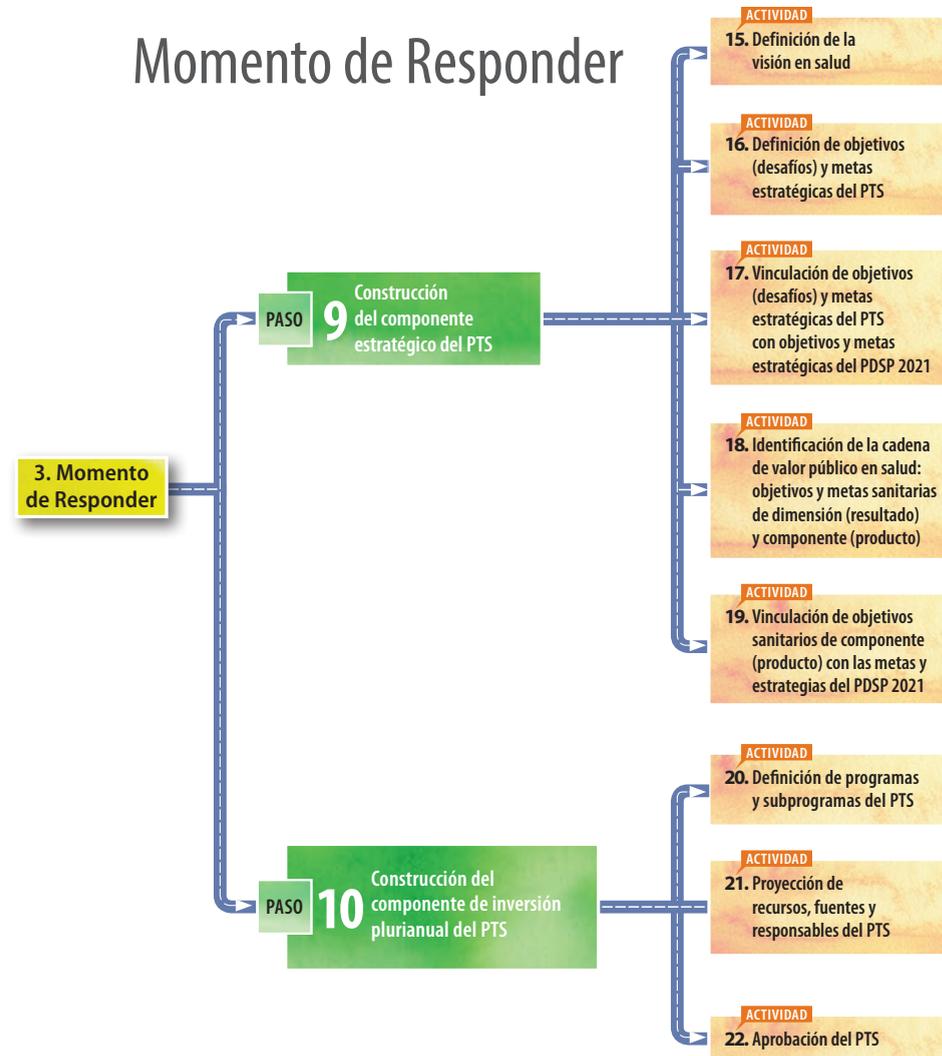
En la **columna 31** se pregunta por el valor del impacto de la tensión cuando haya sido superada (1, 2 o 3). En este caso, es necesario preguntarse si la tensión disminuirá su impacto en el corto y mediano plazo, y en ese caso, como quedará su valoración en la misma escala de 1 a 3.

En la **columna 32** se pregunta por el valor de la ingovernabilidad de la tensión cuando haya sido superada (1, 2 o 3). Se deberá pensar si el Estado, en caso de que su valoración inicial de ingovernabilidad haya sido 3, habrá recuperado su capacidad de respuesta para atender la tensión presente y cómo quedará una vez se haya superado.

En la **columna 33** se realiza el balance esperado de las tensiones, que resulta de la suma de cada uno de los elementos anteriores (intensidad + cronicidad + impacto + ingovernabilidad / 4). Este elemento lo provee automáticamente la Tabla 7.



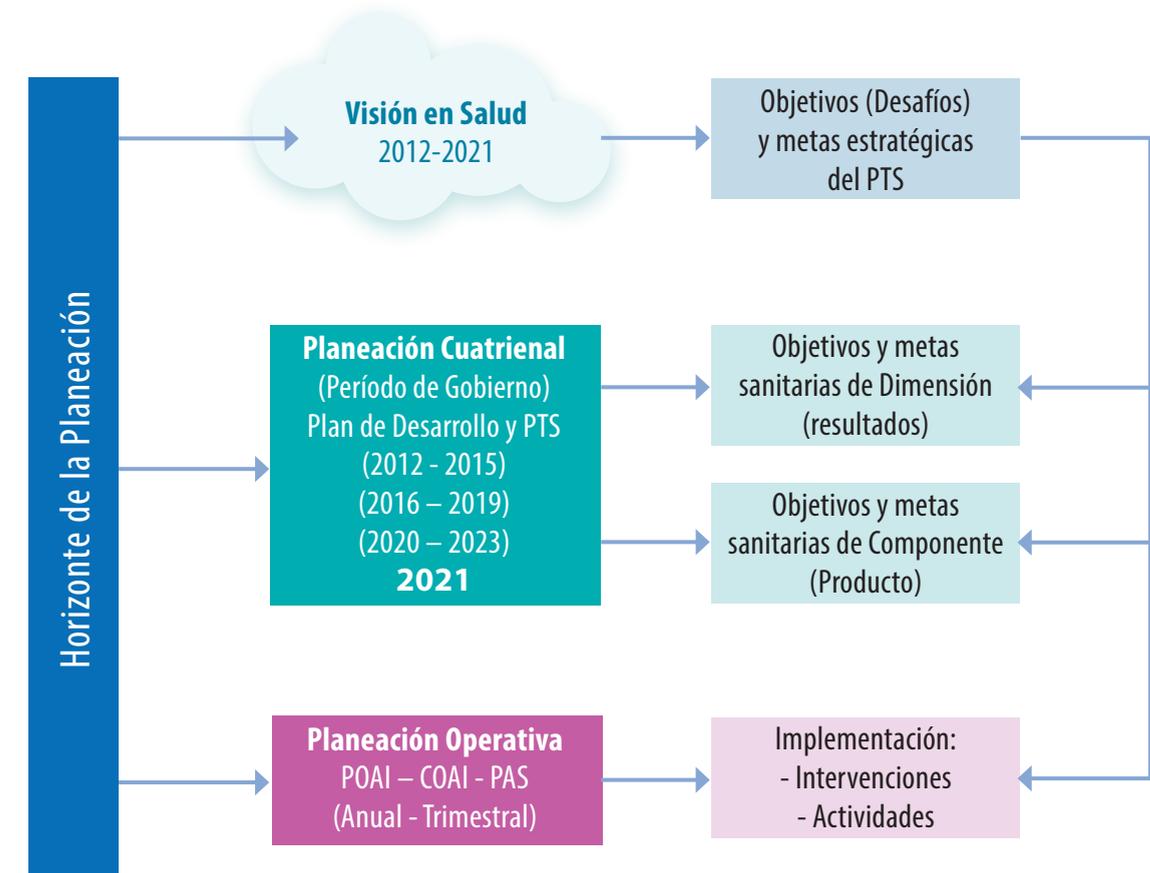
Momento de Responder



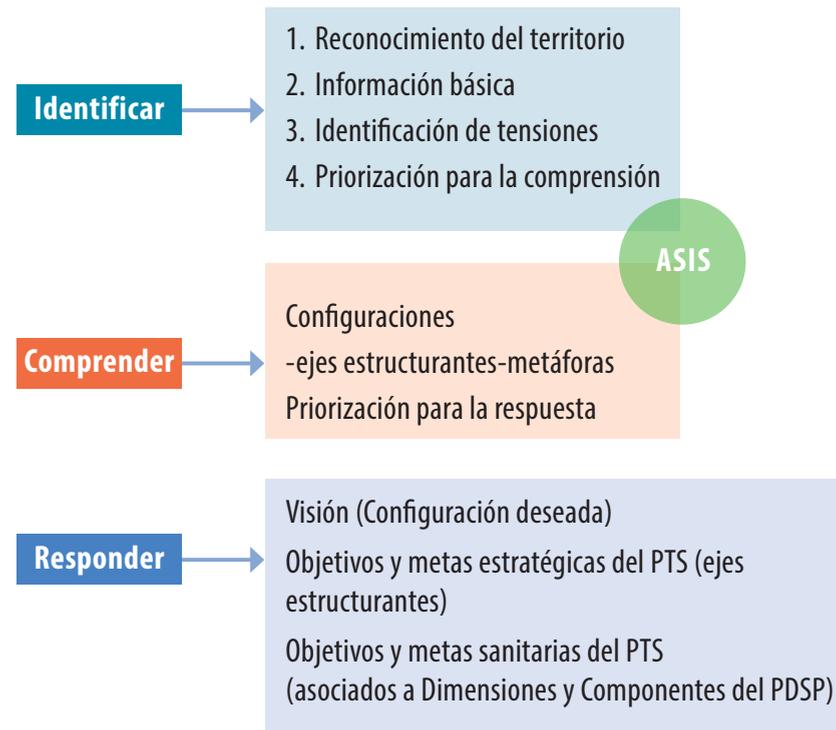
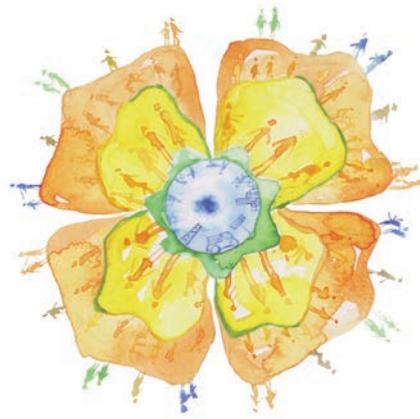
Una vez el territorio ha hecho una comprensión integral de la situación de salud y ha definido su configuración deseada, tiene claridad frente las transformaciones que deben lograrse en el corto y mediano plazo para la superación de las inequidades y la modificación de los determinantes, que aseguren el equilibrio entre la salud y las dinámicas territoriales. Estos elementos se constituyen

en el fundamento para el **momento de responder**, el cual comprende la construcción del componente estratégico y de inversión para la planeación territorial en salud.

El **momento de responder** se ubica en el horizonte de la planeación, desde la definición prospectiva que determina una apuesta de futuro (visión a 2021), hasta el establecimiento de los compromisos de gobierno que contribuirán con el logro de los propósitos de corto y mediano plazo, pasando por la fase de planeación operativa (ejecución), tal como aparece en la siguiente gráfica:



El propósito de este **Momento** es presentar de manera concreta y estructurada la proyección a futuro del territorio frente a las condiciones de salud y plantear a partir de la configuración deseada la visión en salud, los objetivos y metas estratégicas a 2021 del PTS (deben estar asociadas con los objetivos que han sido definidos en el PDSP), así como los objetivos y metas sanitarias para la planeación cuatrienal (período de gobierno) que le permita a la entidad territorial avanzar hacia el logro de los propósitos de corto y mediano plazo, indicando las estrategias y recursos a través de las cuales pretende alcanzarlos.



RECUERDE

Conforme con lo definido en la Resolución 1536 de 2015, el Componente Estratégico y Plurianual de Inversiones del Plan Territorial en Salud – PTS, debe cargarse en la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, dispuesta por el MSPS para el efecto.

El resultado del momento de responder se concreta en el Componente Estratégico y Plurianual de Inversiones del Plan Territorial en Salud – PTS, el cual surge del reconocimiento de las condiciones del territorio, el análisis de la situación de salud (identificar) y de su comprensión integral, tal como se ilustra en el siguiente diagrama:

FIGURA 9: Diagrama conceptual Momento de Responder

| Referente a 2021 (PDSP) | | Referente período de gobierno (PTS) | | | | | | | |
|--|----------------|--|----------------|--------------------------------------|-------------|----------|----------|--------------------|--------------|
| | | Componente estratégico | | Componente plurianual de inversiones | | | | | |
| Objetivos estratégicos (desafíos) y metas estratégicas | | Objetivos y metas sanitarias de Dimensión (Resultado) y objetivos y metas sanitarias de Componente (Producto). Estrategias asociadas al PDSP | | Programa | Subprograma | Proyecto | Recursos | Fuente de recursos | Responsables |
| Sector salud | Otros sectores | Sector salud | Otros sectores | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

TENGA EN CUENTA

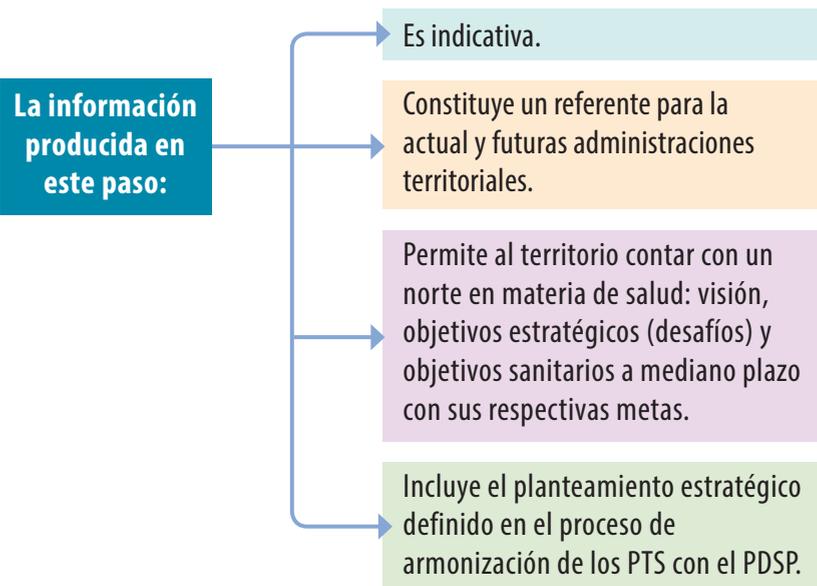
El artículo 23 de la Resolución 1536 de 2015 señala: “El componente estratégico y de inversión plurianual del PTS está orientado a construir la visión prospectiva de la salud en el territorio, los objetivos, las metas y las estrategias vinculadas a las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, acordes con el análisis de la situación de salud, la priorización en salud pública y la comprensión del territorio, con el fin de optimizar los recursos para transformarlos en servicios, agregándoles valor público y para proyectar los presupuestos plurianuales requeridos y sus fuentes dentro de un marco que garantice la sostenibilidad fiscal y el logro de las metas a largo plazo a cargo de los responsables de la ejecución”.

PASO 9 Construcción del componente estratégico del PTS

- ACTIVIDAD**
15. Definición de la visión en salud
- ACTIVIDAD**
16. Definición de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS
- ACTIVIDAD**
17. Vinculación de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS con objetivos y metas estratégicas del PDSP 2021
- ACTIVIDAD**
18. Identificación de la cadena de valor público en salud: objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado) y componente (producto)
- ACTIVIDAD**
19. Vinculación de objetivos sanitarios de componente (producto) con las metas y estrategias del PDSP 2021

Paso 9: Construcción del componente estratégico del PTS

El objetivo del Paso 9 es definir las apuestas de salud a mediano plazo para que los actores y sectores confluyan hacia la equidad en salud y el desarrollo sostenible y sustentable.



A continuación se presenta el contenido del Paso 9 y se indican algunos elementos metodológicos para su elaboración. Así mismo, se esboza con un ejemplo cada una de las actividades, con el fin de facilitar su comprensión.



PASO 9. Construcción del componente estratégico del PTS

| | |
|---|---|
| OBJETIVO | Definir la apuesta del territorio en materia de salud y los compromisos de gobierno para la gestión de corto y mediano plazo. |
| ACTIVIDADES A REALIZAR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir la visión en salud. 2. Definir los objetivos (desafíos) y metas estratégicas. 3. Vincular los objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS con los objetivos y metas estratégicas del PDSP. 4. Identificar la cadena de valor público en salud: objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado) y componente (producto). 5. Vincular los objetivos sanitarios de producto con las metas y estrategias del PDSP. |
| INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS | <ol style="list-style-type: none"> 1. PDSP. 2. Programa de Gobierno. 3. Configuración deseada. Viene del paso 7 (Momento Comprender). 4. Transformaciones esperadas en las tensiones y priorización para respuesta. Viene del paso 8 (Momento Comprender). 5. Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline. |
| PRODUCTOS | El territorio contará con el componente estratégico del PTS que contiene la visión en salud frente a la paz, equidad en salud y desarrollo humano sostenible y sustentable, objetivos y metas estratégicas (2021), objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado) y componente (producto), vinculados a las metas y estrategias del PDSP. |



PARA COMPRENDER

Los objetivos estratégicos del PDSP:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
3. Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

PASO 9 Construcción del componente estratégico del PTS

ACTIVIDAD 15. Definición de la visión en salud

ACTIVIDAD 16. Definición de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS

ACTIVIDAD 17. Vinculación de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS con objetivos y metas estratégicas del PDSP 2021

ACTIVIDAD 18. Identificación de la cadena de valor público en salud: objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado) y componente (producto)

ACTIVIDAD 19. Vinculación de objetivos sanitarios de componente (producto) con las metas y estrategias del PDSP 2021

ACTIVIDAD 15: Definición de la visión de salud

La visión de salud

Es la idea fuerza que sirve de inspiración para movilizar a los diferentes actores y sectores que intervienen en el territorio, en función de la imagen de salud pública deseable y posible. Constituye un referente para las siguientes administraciones territoriales, quienes podrán ajustarla a medida que vayan cumpliendo con las metas definidas.

Permite utilizar de manera eficiente los recursos disponibles, así como potenciar y aprovechar las capacidades y oportunidades existentes.

Permite que la formulación de políticas públicas responda a un ejercicio técnico político que refleje los intereses y acuerdos colectivos frente a los asuntos estratégicos del territorio para mejorar la salud (DNP, 2012).

Bondades

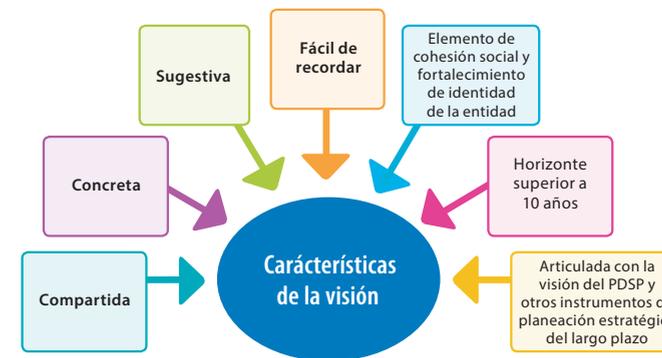
Facilita la coordinación de políticas públicas y la toma de decisiones, lo cual cobra especial relevancia dado el carácter transectorial del PTS y el tiempo previsto para el cumplimiento de los objetivos del PDSP (tres períodos de gobierno).

Para beneficiarse con las bondades de construir una visión, ésta, además de ser compartida, concreta, sugestiva y fácil de recordar, **debe formularse con fundamento en aquellos principios y valores que constituyen elementos de cohesión social y de fortalecimiento de identidad en el departamento, distrito o municipio** (DNP, 2012) (Figura 10).

PARA COMPRENDER

“Cohesión social” entendida como la capacidad que tiene la sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizando las disparidades y evitando las polarizaciones (MSPS, 2013).

FIGURA 10: Características de una visión de largo plazo



La visión en salud debe construirse a partir de las particularidades y los consensos que se generen alrededor de los sueños realizables en materia de salud, y debe contribuir con el cumplimiento de la visión de desarrollo de largo plazo del territorio y de ámbitos superiores de gobierno, entre ellos, el PDSP 2012-2021. La visión debe generar compromisos, esfuerzos y sinergias orientadas a lograr la equidad en salud, la afectación positiva de los determinantes de la salud y la mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad.

Lo anterior, en el marco del principio de coordinación, el carácter unitario del país y el origen de los PTS, el cual, tal como lo establece la Resolución 1841 de 2013, responde a la necesidad de adaptar y adoptar los contenidos definidos en la política nacional.

PARA COMPRENDER

En virtud del principio de coordinación, las autoridades administrativas (entre niveles de gobierno y al interior de cada entidad territorial) deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines del Estado. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares (Art. 6, Ley 489 de 1998 Ley de organización de la administración pública).

TENGA EN CUENTA

Para la construcción de la visión en salud es importante realizar un proceso participativo, que involucre a todos los sectores y actores involucrados en el Momento de Comprender, para que a través de un diálogo elaboren un texto corto con las posibles transformaciones que esperan alcanzar en el territorio durante un período mínimo de diez años. Se recomienda retomar la imagen de la configuración deseada (mapa), ventajas y oportunidades (ver Paso 6) y la metáfora (ver Paso 7) y extraer de ellos los elementos clave que respondan a las características anteriormente mencionadas (ver Figura 10).

PARA COMPRENDER

Se refiere a que exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen las autoridades de planeación al interior y en relación con las demás instancias territoriales.

- Para formular la visión en salud el equipo técnico territorial debe tener como insumos:
- 1 Imagen de la configuración deseada (mapa).
 - 2 Ventajas y oportunidades (paso 6).
 - 3 Metáfora que identifica la configuración deseada (paso 7).

TENGA EN CUENTA

Al iniciar cada periodo de gobierno, los equipos territoriales deben revisar la visión a 2021, y en caso de identificarse cambios importantes durante el proceso de planeación y nuevas apuestas, se puede ajustar a las condiciones identificadas durante el proceso de planeación integral en salud.

A partir de estos insumos se deben extraer los elementos claves y estratégicos que respondan a las características de la visión anteriormente señaladas, en donde se evidencie:



Con estos elementos el equipo territorial inicia la descripción del sueño esperado con frases sugestivas como: Nuestro Municipio/Departamento/Distrito en 2021 será como... En 2021 nos habremos convertido en... y seremos reconocidos por...

Ejemplo: visión de salud

En el año 2021 el municipio de Rocadura tendrá los menores índices de mortalidad materna y de embarazos tempranos de su departamento y será reconocido por los buenos hábitos alimenticios de su población. Esto se logrará gracias al acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y sociales, a la convivencia armoniosa de la población, la accesibilidad vial y el aprovechamiento de la fertilidad de la tierra, la riqueza de sus suelos, el recurso hídrico y los diferentes pisos térmicos.

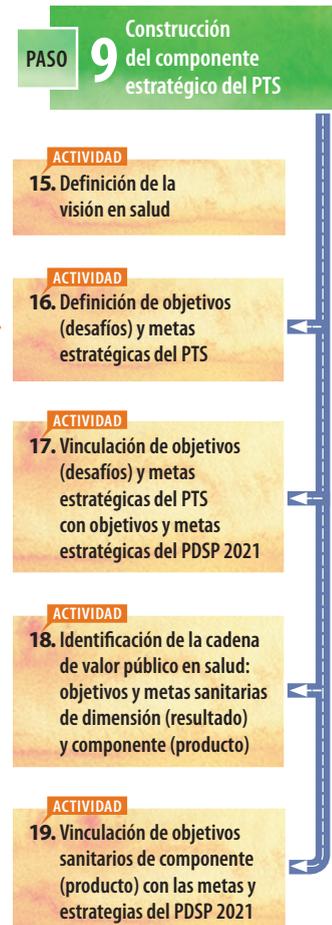
Con la visión formulada, la entidad territorial ya tiene el horizonte claro y sabe hacia dónde dirigir sus esfuerzos y tomar decisiones de política pública.

ACTIVIDAD 16: Definición de Objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS

En esta actividad el equipo territorial debe definir los objetivos y metas estratégicas que el departamento, distrito o municipio prevé alcanzar a 2021 en consistencia con la apuesta de futuro.

Objetivos Estratégicos (Desafíos)

- Son las situaciones y condiciones estructurales que se deben enfrentar de manera prospectiva para alcanzar la visión de salud; expresan los cambios que se quieren alcanzar en el mediano plazo ante situaciones difíciles de superar. Deben ser realizables y realistas para que constituyan un estímulo y se conviertan en referentes para el territorio (Ver PDSP).
- Surgen de los ejes estructurantes identificados en el escenario deseado durante el momento de comprensión de la ruta lógica de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.





Metodología

Para la formulación de los **objetivos estratégicos (desafíos)**, la pregunta orientadora es: ¿qué se espera lograr con el eje estructurante deseado? Las respuestas debe iniciar con un verbo en infinitivo (por ejemplo: garantizar, mejorar, incrementar, reducir, etc.). Deben expresar los cambios en la situación de salud que se quieren alcanzar en el mediano plazo y deben ser realizables y realistas para que constituyan un estímulo y se conviertan en referentes para el territorio.

Metodología

Para la formulación de las **metas estratégicas**, la pregunta orientadora es: ¿Cuánto debo hacer en el horizonte de tiempo fijado por el PDSP para alcanzar el objetivo estratégico del PTS? La respuesta debe iniciar con una cuantificación de lo señalado en el objetivo estratégico y de acuerdo con lo establecido en el PDSP debe contribuir al logro de 1. La equidad en salud, 2. La afectación positiva de los determinantes de la salud y 3. La mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad.



Para ilustrar lo anterior, se presenta en la Tabla 8 el siguiente ejemplo: “Mejorar las condiciones ambientales y sanitarias en las zonas urbanas y rurales, para asegurar el acceso oportuno y de calidad a los servicios sociales, y para reducir los índices de morbimortalidad materna y por enfermedades hídricas, transmisibles y no transmisibles”. Nótese que el ejemplo empieza con el verbo en infinitivo “Mejorar” y está asociado a los objetivos estratégicos del PDSP, en este caso, a las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables.

Para el diligenciamiento de la Tabla 8. Ejemplo de definición de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS, se debe considerar lo siguiente:

TENGA EN CUENTA

Las metas estratégicas son la cuantificación del objetivo (desafío) y deben señalar la magnitud esperada del cambio. Es decir que debe expresar cual es la apuesta concreta del territorio para la transformación de la situación en salud.

- En la **columna 1** se visualizan los ejes estructurantes esperados, los cuales se identificaron durante el paso 5 Momento de Comprender (Ver Tabla 7: Transformación esperada de las tensiones).
- En la **columna 2** se escriben los objetivos estratégicos (desafíos), los cuales deben redactarse conforme a lo expuesto: con verbos en infinitivo y que expresen de manera explícita si buscan avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y/o lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.
- En la **columna 3** se establecen las metas estratégicas que son la expresión concreta en tiempo y cantidad del objetivo. Deben tener como referente las metas estratégicas previstas en el PDSP.

Tabla 8: Ejemplo de definición de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS

| 1 | 2 | 3 |
|--|--|--|
| Ejes estructurantes de la configuración deseada | Objetivos estratégicos (Desafíos) | Metas estratégicas |
| Se mejorarán las condiciones ambientales, sanitarias y de conectividad en las zonas urbanas y rurales, para asegurarle a la población el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y sociales que se traduzcan en la reducción de los índices de mortalidad materna por enfermedades hídricas y transmisibles. | Mejorar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud a la población de Rocadura. | Aumentar y mejorar el acceso a los servicios de la población de Rocadura. |
| | Mejorar las condiciones ambientales, sanitarias y de conectividad en las zonas urbanas y rurales para asegurarle a la población el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud y sociales. | Garantizar saneamiento básico y un ambiente sano a la población de Rocadura. |
| Se generarán oportunidades de educación, recreación, deporte y cultura para reducir la violencia y el conflicto armado y social, lo cual se traducirá en la reducción de los embarazos tempranos y de la carga de enfermedad asociada a problemas de convivencia y salud ambiental. | Generar oportunidades de educación, recreación, deporte y cultura para reducir la violencia y mejorar la convivencia. | Aumentar el acceso de la población a los servicios básicos de educación, recreación y cultura para mejorar la convivencia. |
| Se incrementará la producción agrícola de pancoger para los mercados locales y regionales, con lo que se habrá mejorado el acceso a la canasta SAN, y se habrá reducido la ocurrencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con malos hábitos alimenticios por disponibilidad de alimentos. | Incrementar la producción agrícola de pancoger para los mercados locales y regionales. | Incrementar en un 60% la producción agrícola en el Municipio de Rocadura. |



RECUERDE

La vinculación de los objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS al PDSP se realizará a través de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.



TENGA EN CUENTA

Cada objetivo estratégico definido en el PTS debe estar asociado con un objetivo estratégico del PDSP 2012-2021:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
3. Lograr cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable. De igual manera, cada meta estratégica del PTS debe estar asociada con una meta estratégica del PDSP: 1. La equidad en salud, 2. La afectación positiva de los determinantes de la salud y 3. La mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad.

ACTIVIDAD 17: Vinculación de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS con objetivos y metas estratégicas del PDSP 2021

Hasta aquí se ha avanzado en la definición de las apuestas de mediano plazo (2021) definidas en el ejercicio de planeación integral en salud que orientarán la gestión en salud de la nueva administración y de los siguientes mandatarios, considerando las competencias, necesidades, condiciones y características del territorio. **El propósito de esta actividad es vincular los objetivos estratégicos (desafíos) del PTS a los objetivos estratégicos del PDSP para establecer la contribución que hace el territorio al cumplimiento de la política pública y objetivos trazados en el PDSP.**



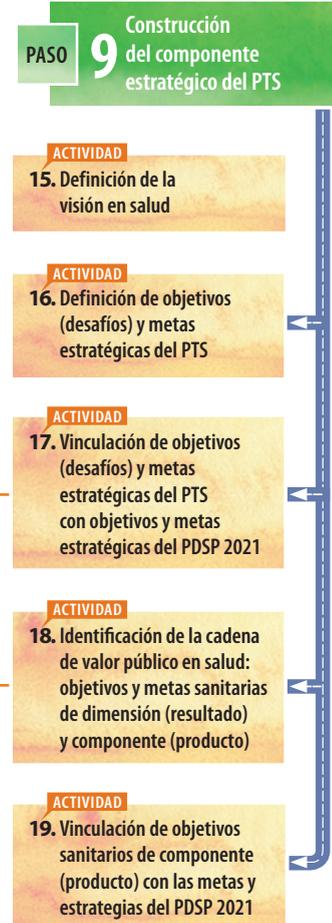
ACTIVIDAD 18: Identificación de la cadena de valor público en salud: objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado) y componente (producto)

En esta actividad se establecen los objetivos y metas sanitarias (de resultado y de producto) que el departamento, distrito o municipio se propone lograr durante el **período de gobierno** como contribución a los objetivos estratégicos de mediano plazo, definidos en los pasos anteriores y que tienen como referente la apuesta en salud a 2021 (Actividad 15).

A partir de las transformaciones esperadas de las tensiones, que se construyeron en el Paso 7: Momento de Comprender, **el equipo técnico territorial debe definir la secuencia lógica de las acciones públicas que se requieren** para alcanzar esas transformaciones. Para hacerlo es necesario partir del concepto de cadena de valor, que facilita la formulación de los objetivos y metas del PTS.

Adicionalmente, para el desarrollo de esta actividad es importante que el equipo territorial tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Identificar las apuestas del candidato electo inscritas en el Programa de Gobierno y en la impronta de gobierno.
- En el marco de la agenda definida por la entidad territorial para desarrollar la formulación del plan de desarrollo, el equipo territorial debe hacer gestión para programar reuniones con los demás sectores para que participen en el proceso de PASE a la Equidad en Salud, con el propósito de identificar las prioridades de los otros sectores y su contribución al estado de la salud de la población.



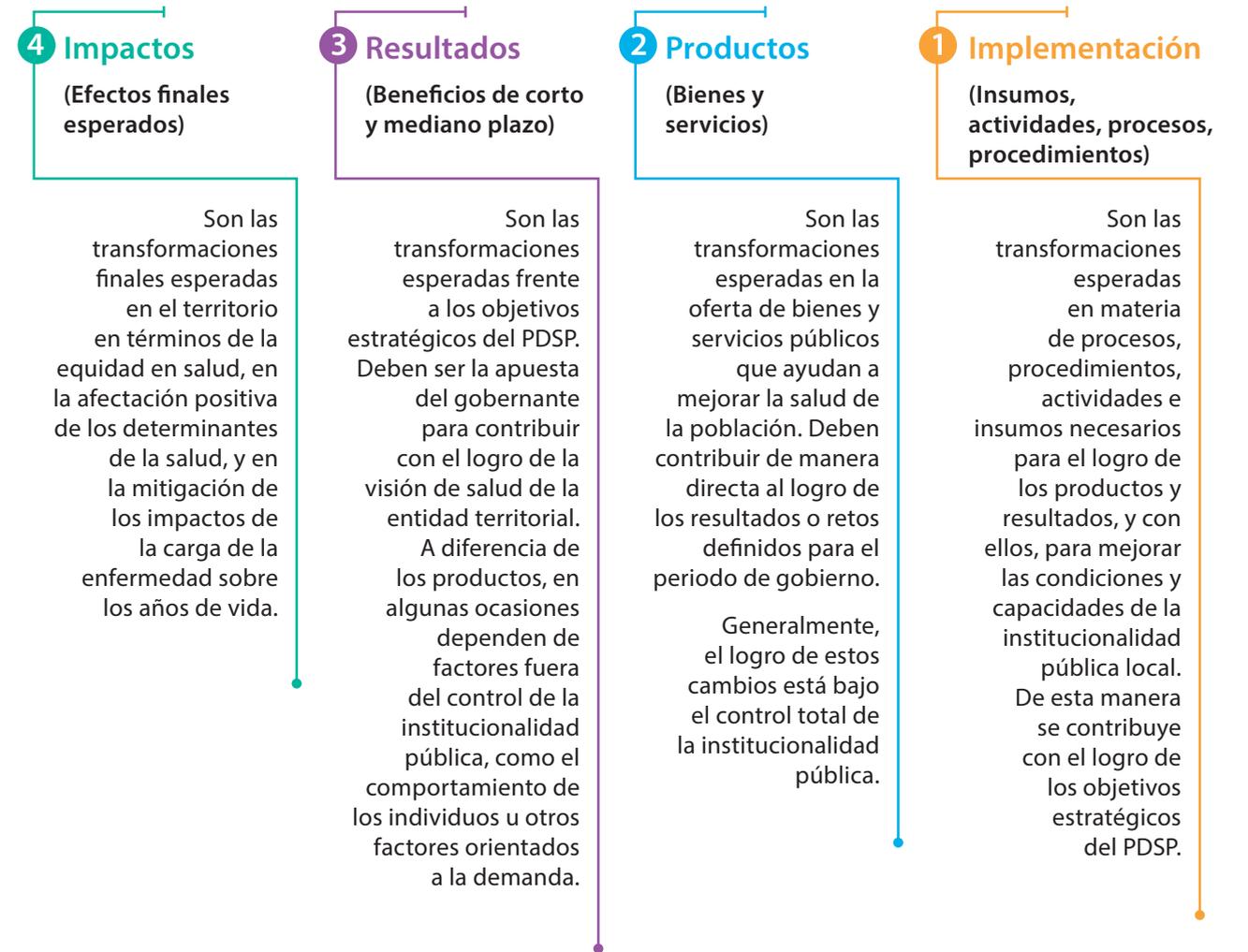
TENGA EN CUENTA
La **cadena de valor** es la relación secuencial y lógica entre insumos, actividades (procesos y procedimientos), productos (bienes y servicios) y resultados (beneficios y efectos) en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación total. (DNP 2014. Guía para la construcción y estandarización de la Cadena de valor).

Con la identificación de la cadena de valor, se busca que la entidad territorial, defina a partir de la apuesta estratégica, los resultados, productos e insumos que se requieren para contribuir con la **equidad en salud**, la **afectación positiva** de los determinantes de la salud y la **mitigación de los impactos** de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludable.

Lo anterior supone, como se ilustra en la siguiente figura, la **necesidad de identificar los eslabones de la cadena de valor**, partiendo de la visión en salud y los objetivos estratégicos que determinan los impactos esperados a 2021, para fijar los resultados y productos de la intervención pública en salud durante el periodo de gobierno territorial (4 años).



Figura 11: Cadena de valor de la intervención pública del PTS



RECUERDE

El equipo territorial no puede perder de vista que el proceso de planeación integral en salud se incorpora en la agenda de formulación de los planes de desarrollo territoriales, en los cuales confluyen todos los sectores, incluido salud. Lo anterior implica que el desarrollo de esta actividad tiene como resultado el componente estratégico del PTS que deberá ser un capítulo del Plan de Desarrollo Territorial (PDT).
Adicionalmente, las metas de resultado y de producto de otros sectores identificadas durante el proceso de planeación integral en salud, serán incluidas en la estrategia de incidencia y abogacía por parte de la autoridad sanitaria.

Metodología

Para realizar esta actividad el equipo territorial debe partir de las transformaciones esperadas de las tensiones cuando hayan sido superadas y de la priorización para la respuesta: Paso 8 (ver Tabla 7 del Momento de Comprender).

Con las transformaciones esperadas de las tensiones el equipo territorial debe definir las apuestas estratégicas de gobierno del PTS, y a partir de ellos identificar cada eslabón de la cadena de valor y definir los objetivos y metas sanitarias de resultado y producto del PTS que harán parte integral del plan de desarrollo de la respectiva vigencia.

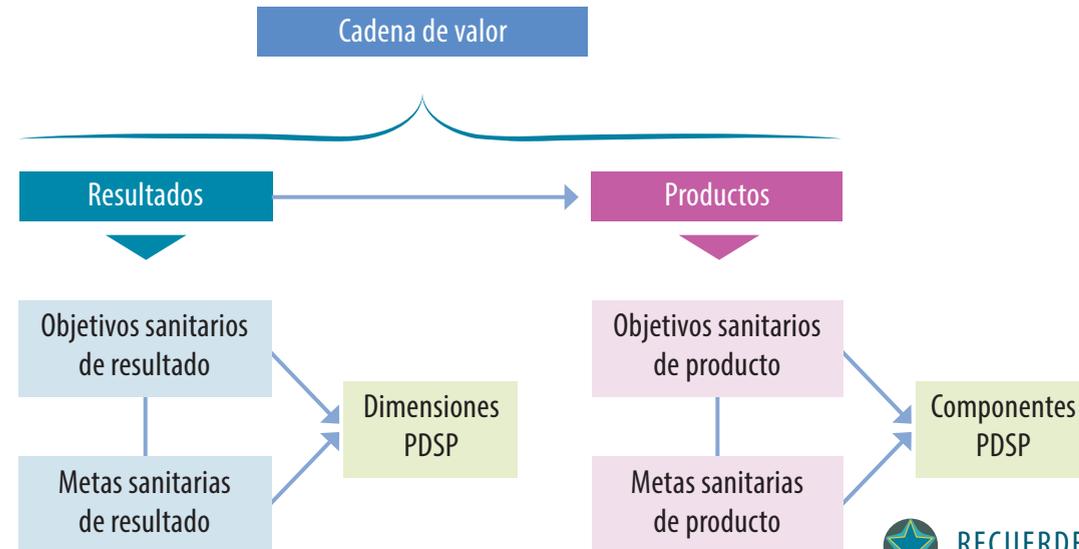
En la siguiente ilustración se resume el desarrollo de esta actividad, en donde a partir de las transformaciones esperadas de las tensiones, se definen los resultados (retos) que serán la base para desagregar cada eslabón de la cadena de valor, teniendo como resultado final los objetivos y metas sanitarias de resultado (asociados a las Dimensiones del PDSP) y objetivos y metas sanitarias de producto (asociados a los Componentes del PDSP).

TENGA EN CUENTA

El **eslabón de impacto** tiene un alcance de mediano a largo plazo y está asociado a los desafíos y al logro de los objetivos y metas estratégicas del PDSP.

Por su parte, el **eslabón de implementación** (insumos, procesos y procedimientos) es un eslabón fundamental en la cadena de valor de la intervención pública en salud, y se desarrolla en el proceso de gestión operativa, particularmente en el Plan de Acción en Salud, ver capítulo de gestión operativa.

Transformación esperada de las tensiones



En la cadena de valor del PTS debe ser visible la relación entre las transformaciones esperadas (eslabones de la cadena) y los objetivos estratégicos (desafíos) definidos en la actividad 16, con el fin de verificar que exista consistencia en el ejercicio de planeación y para garantizar que queden incorporadas las transformaciones que contribuyen de manera directa con el logro esperado. (Ver ejemplo en **Tabla 9: Ejemplo de cadena de valor de las etapas de intervención pública en salud**).

RECUERDE

En cuanto a los objetivos, el equipo técnico debe verificar que los textos de los objetivos no solo reflejen propósitos específicos, medibles, realizables, realistas y limitados en el tiempo, sino que incorporen en su sintaxis "...por lo menos tres componentes: la acción que se espera realizar, el objeto sobre el cual recae la acción y elementos adicionales de contexto descriptivo", es decir, que cumpla las características que debe tener cualquier objetivo (DNP, 2009).



PARA COMPRENDER

Propósitos específicos: deben tener claridad sobre qué, dónde, cuándo y cómo van a cambiar la situación.

Propósitos medibles: debe ser posible cuantificar sus fines y los beneficios esperados.

Propósitos realizables: debe ser posible su logro a partir de la situación inicial.

Propósitos realistas: debe ser posible obtener el nivel de cambio reflejado en el objetivo.

Propósitos limitados en el tiempo: debe ser establecido el período en el que se se espera alcanzar su meta.

Propósitos consistentes: deben relacionarse con la configuración deseada y con las ventajas y oportunidades identificadas en el Momento de Comprender.

Propósitos comprensibles: deben estar escritos con palabras sencillas para que sean de fácil comprensión.

Propósitos cuantificables: deben brindar la posibilidad de comprometerse con unas metas de resultado concretas en el período de gobierno.

Para elaborar las metas se recomienda

- 1 Identificar, para cada uno de los objetivos, **el indicador** o los indicadores que darán señales frente a su logro. Esto implica describirlo e identificar la fuente. La herramienta tecnológica de planeación estratégica: CEO incorpora algunos indicadores nacionales, departamentales y municipales que resultan de utilidad para esta actividad.
- 2 Establecer **la línea de base** de cada uno de los indicadores seleccionados, para lo cual se recomienda utilizar como insumo la Tabla 7, columna de tensiones. Es importante referenciar el año de la línea de base, dado que los indicadores se calculan con diferente periodicidad.
- 3 Estimar **el valor esperado** al finalizar el periodo de gobierno, para lo cual se recomienda utilizar como insumo la Tabla 7, columna de transformación esperada de tensiones y tomar como referente la meta prevista en el PDSP.
- 4 Definir hacia quién está dirigido el objetivo planteado en términos de población y/o territorio.
- 5 Adicionalmente, se sugiere definir, para cada indicador, si el logro esperado es responsabilidad del sector salud, o si éste es de otro sector.

En cuanto a las metas recuerde: Las metas corresponden a la cuantificación de los objetivos con los recursos disponibles, programados en un tiempo determinado. En otras palabras, son la concreción de los objetivos.

TENGA EN CUENTA

El uso de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, facilita el desarrollo de esta actividad, al permitir visualizar y clasificar las transformaciones esperadas en cada uno de los eslabones de la cadena de valor, e identificar las relaciones entre ellas. Para el uso correcto de la herramienta, deberá leer el manual del usuario.

Los indicadores son la expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características o comportamientos de la realidad, al relacionar variables que comparadas con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, facilitan evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (DANE, 2009). En este sentido, brindan claridad sobre qué se quiere lograr.

Para seleccionar el indicador o los indicadores que permitirán observar el logro de los objetivos, se recomienda utilizar la metodología CREMA desarrollada por el Banco Mundial, la cual realiza el filtro a partir de los siguientes criterios (DNP, 2009): Claro: preciso e inequívoco; relevante: apropiado al tema en cuestión; económico: disponible a un costo razonable; medible: abierto a la evaluación independiente; adecuado: ofrece una base suficiente para estimar el desempeño.

Se sugiere que para la escogencia de indicadores, se genere un consenso con los diferentes actores y sectores involucrados, frente a su medición, comprensión y fuente, así como de los supuestos que conlleva su cumplimiento. Esto contribuirá a evitar problemas de interpretación durante los procesos de ejecución, monitoreo y evaluación.

Se recomienda escoger solo los indicadores que además de reflejar el logro del objetivo, provean información adicional relevante y pertinente (Adunate 2011).

La línea de base es el valor disponible del indicador al iniciar el período constitucional de gobierno. Esta información constituye el punto de partida para establecer los valores futuros a alcanzar y para hacer un posterior monitoreo y evaluación.

La línea de base no solo da cuenta de cómo está cada uno de los indicadores al entrar en vigencia el PDSP, también permite ver los avances durante las diferentes administraciones territoriales. Si ésta no existe, debe tomarse una decisión frente a si se va a construir durante la vigencia del PTS.

El valor esperado se refiere a la magnitud estimada del indicador para un año determinado, en este caso al finalizar el periodo de gobierno. Para definirlo, en relación con los indicadores de resultado, se recomienda tomar como referencia la línea base y analizar el comportamiento histórico del indicador, su magnitud en otros territorios similares y en diferentes ámbitos de gobierno, los estándares por normas técnicas, si existen, y/o las magnitudes definidas en otros instrumentos de planeación estratégica de mediano y largo plazo.

Frente a los indicadores de producto, se trata de establecer en cuánto debe aumentar su valor para alcanzar los indicadores de resultado esperados. Dado que este valor está sujeto a los recursos financieros disponibles y a la capacidad institucional del territorio, es necesario replantear los valores esperados de los indicadores de resultado, con base en el análisis que de aquí resulte.

TENGA EN CUENTA

La cadena de valor público en salud, homologa los conceptos de objetivos y metas de resultado como objetivos y metas sanitarias de dimensión. De igual forma ocurre con los objetivos y metas de producto que son los mismos objetivos y metas sanitarias de componente. Lo anterior para facilitar la vinculación del PTS al PDSP.

TENGA EN CUENTA

En las tablas 12 y 13 se presentan algunos ejemplos de metas de indicadores de resultado y producto, respectivamente.

La sintaxis de las metas es similar a la de los objetivos y debe dar respuesta a las siguientes preguntas:

| Pregunta | Descripción |
|--|---|
| ¿En qué consiste la meta? | Define la acción a ejecutar. |
| ¿Cuál es el indicador que voy a mejorar y cuál es su magnitud? | Permite concretar el objeto de la acción que se va a ejecutar, a partir del valor actual del indicador. |
| ¿Cuál es el valor esperado del indicador al año 2021? | Es la magnitud esperada del indicador al terminar la vigencia del PDSP. |
| ¿Hacia quiénes está dirigida la meta? ¿A cuántos beneficiará? | Precisa el grupo meta. |
| ¿En dónde se concreta la meta? | Determina la localización de la meta. |
| ¿Cuál es el sector responsable del alcanzar la meta? | Brinda un panorama del papel que debe desempeñar el sector salud para el logro de las metas que se planteen |

Tabla 9: Ejemplo de Cadena de Valor público en Salud: Objetivos y Metas Sanitarias de Dimensión (Resultado) y de Componente (Producto)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
|---|---|---|--|------------------|--|------|--|-----------------------------------|--|--|---|------------------------------------|--|---|--|------------------|--------------|--|---|------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|-----------------------------------|---|
| Transformaciones esperadas de las tensiones | Objetivo Sanitario de Dimensión (Resultado) | Meta Sanitaria de Dimensión (Resultado) | Nombre del indicador | Indicador | | | Sector responsable del cumplimiento de la meta | Dimensión del PDSP | PRODUCTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | Componente del PDSP | |
| | | | | Unidad de medida | Línea de Base al iniciar período de gobierno | | | | Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Beneficiarios | | INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | Valor esperado cuatrienio | Población | Georeferenciación (Ubicación de la zona del mpio/distrito/dpto que se beneficia) | Nombre del indicador | Descripción / Fórmula | Unidad de medida | Periodicidad | Fuente | Línea de Base (viene de la anterior administración) | | Valor esperado cuatrienio | Valor año 1 | Valor año 2 | Valor año 3 | Valor año 4 | Estado (Mantenimiento, Incremento, Reducción) | | Sector responsable del cumplimiento de la meta |
| <p>El municipio de Rocardura cuenta con capacidad institucional, reflejada en i) su certificación en agua potable y saneamiento básico, ii) en el 80% del personal del sector salud (médicos y enfermeras) capacitado y adherido al enfoque de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y iii) en la solidez de la autoridad sanitaria en su función de vigilancia sanitaria de la calidad del agua (100% de intervenciones desarrolladas frente a los casos notificados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y 100% de mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano que cuentan con planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario).</p> <p>Gracias al fortalecimiento institucional y la certificación en agua potable y saneamiento básico, el municipio cumple con sus competencias y cuenta con mayores recursos para incrementar y mejorar la infraestructura del sector (tiene 2 plantas de tratamiento en funcionamiento, 50 km de redes de conducción de agua potable adecuadas en la zona urbana y 15 km de toma y distribución en la zona rural, específicamente en las 10 veredas de la zona suroccidental). De esta manera, el 83% de la población tiene acceso a agua potable, con una calidad que se encuentra en un rango de riesgo bajo (IRCA: 0,1).</p> <p>De otra parte, como consecuencia del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, i) se garantiza la atención integral a la población menor de 5 años, ii) se incrementa hasta 700 el número de niños menores de un año vacunados con rotavirus, iii) aumenta el servicio de promoción en salud comunitaria (signos de alarma, prácticas clave en manejo adecuado del agua e higiene de manos). Todo esto se deriva en una menor tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años (30%).</p> | Aumentar el acceso de la población a agua potable. | Aumentar hasta en un 83% la cobertura del servicio de agua potable de la población de la zona urbana y rural del municipio | Cobertura en Agua potable | Porcentaje | 70 | 2015 | 83 | Agua potable y saneamiento básico | Salud ambiental | Incrementar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico (redes de conducción de agua potable en la zona urbana) | Adecuar 50 km de redes de conducción de agua potable en la zona urbana, mediante obras de mantenimiento. | Población cabecera | Cabecera municipal | Km de redes de conducción de agua potable adecuados en la zona urbana | Km de redes adecuados / Total Km de redes de conducción de agua potable en la zona urbana | km | Anual | Unidad Municipal de servicios públicos | 10 | 2015 | 60 | 21 | 30 | 45 | 60 | Incremento | agua potable y saneamiento básico | Habitat Saludable |
| | Aumentar el acceso de la población a agua potable. | Aumentar hasta en un 83% la cobertura del servicio de agua potable de la población de la zona urbana y rural del municipio | Cobertura en Agua potable | Porcentaje | 70 | 2015 | 83 | Agua potable y saneamiento básico | Salud ambiental | Incrementar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico (toma y distribución en la zona rural) | Construir 15 km de toma y distribución de agua en la zona rural, específicamente en las 10 veredas de la zona suroccidental. | Población zona rural suroccidental | Las 10 veredas de la parte sur del municipio | Km de toma y distribución de agua construidos en la zona rural | Km de toma y distribución construidos en el área rural/ Total Km de toma y distribución del municipio | km | Anual | Unidad Municipal de servicios públicos | 5 | 2015 | 20 | 11 | 15 | 17 | 20 | Incremento | agua potable y saneamiento básico | Habitat Saludable |
| | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Tasa de morbilidad y mortalidad por EDA en menores de 5 años | Porcentaje | 40 | 2015 | 10 | Salud | "Gestión diferencial de poblaciones vulnerables" | Garantizar la atención integral en salud a la población menor de 5 años. | Atender de manera integral en salud al 100% de los niños menores de 5 años del municipio. | Niños, niñas y adolescentes | Municipio | Porcentaje de niños menores de 5 años que reciben atención integral en salud | Niños menores de cinco años atendidos en salud/ Total de niños menores de cinco años | Porcentaje | Trimestral | Secretaría de Salud Municipal | 75 | 2015 | 100 | 80 | 90 | 95 | 100 | Incremento | salud | "Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes." |
| | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Tasa de morbilidad y mortalidad por EDA en menores de 5 años | Porcentaje | 40 | 2015 | 10 | Salud | "Gestión diferencial de poblaciones vulnerables" | "Aumentar el número de niños y niñas menores de un año vacunados con rotavirus." | "Vacunar con rotavirus 700 niños menores de un año de la zona urbana y rural. | Niños, niñas y adolescentes | Municipio | Número de niños menores de un año vacunados con rotavirus | Número de niños menores de un año vacunados con rotavirus/ Total de niños menores de un año municipio | Numero | Anual | Secretaría de Salud Municipal | 400 | 2015 | 1100 | 520 | 600 | 900 | 1100 | Incremento | salud | "Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes." |
| | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Tasa de morbilidad y mortalidad por EDA en menores de 5 años | Porcentaje | 40 | 2015 | 10 | Salud | Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud | Desarrollar competencias, habilidades y destrezas en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Capacitar el 80% del personal del sector salud (médicos y enfermeras) y adherirlo al enfoque de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Niños, niñas y adolescentes | Municipio | Personal de la salud capacitado en AIEPI | Porcentaje de médicos y enfermeras capacitados con enfoque AIEPI/ Total médicos y enfermeras municipio | Porcentaje | Anual | Secretaría de Salud Municipal | 0 | 2015 | 80 | 60 | 71 | 75 | 80 | Incremento | salud | "Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes." |
| | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) | Porcentaje | 0,25 | 2015 | 0,1 | Salud | Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud | Fortalecer los equipos básicos de Vigilancia en Salud Pública (VSP) e Inspección Vigilancia y Control (IVC) | "Evaluar de manera preventiva el 100% de los acueductos del municipio para prevenir enfermedades por contaminación del agua" | Niños, niñas y adolescentes | Municipio | Eficacia en la Vigilancia en Salud Pública Ambiental para la prevención de enfermedades por contaminación del agua | Porcentaje de acueductos evaluados de manera preventiva que no requieren acciones de mejora en calidad de agua o que las tiene contempladas en los planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario/ Total de acueductos en el territorio | Porcentaje | Anual | Secretaría de Salud Municipal | 35,00 | 2015 | 100 | 45 | 60 | 90 | 100 | Incremento | Salud | "Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y sanitaria" |
| | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) | Porcentaje | 0,25 | 2015 | 0,1 | Salud | Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud | Fortalecer los equipos básicos de Vigilancia en Salud Pública (VSP) e Inspección Vigilancia y Control (IVC) | Garantizar que el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano, cuenten con planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario. | Población área rural y urbana | Municipio | Porcentaje de mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano que cuentan con planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario. | Porcentaje de mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano que cuentan con planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario/ Total de mapas de riesgo de calidad del agua | Porcentaje | Anual | Secretaría de Salud Municipal | 50,00 | 2015 | 100 | 60 | 70 | 90 | 100 | Incremento | Salud | "Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y sanitaria" |
| | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) | Porcentaje | 0,25 | 2015 | 0,1 | Agua potable y saneamiento básico | Salud ambiental | Mejorar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico | Construir dos (2) plantas de tratamiento de agua en la zona urbana | Población cabecera | Cabecera municipal | Plantas de tratamiento en funcionamiento en la zona urbana | "Número de plantas de tratamiento en la zona urbana" | Numero | Anual | Unidad Municipal de servicios públicos | 0 | 2015 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | Incremento | agua potable y saneamiento básico | Habitat Saludable |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

Continuación... **Tabla 9: Ejemplo de Cadena de Valor público en Salud: Objetivos y Metas Sanitarias de Dimensión (Resultado) y de Componente (Producto)**

| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
|--|---|---|--|------------------|--|------|--|--------------------------------|---|--|--|----------------------|---|---|--|------------------|--------------|---|---|------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|--------------------------------|---|--|----|----|
| Transformaciones esperadas de las tensiones | Objetivo Sanitario de Dimensión (Resultado) | Meta Sanitaria de Dimensión (Resultado) | Indicador | | | | Sector responsable del cumplimiento de la meta | Dimensión del PDSP | PRODUCTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Componente del PDSP | | | |
| | | | Nombre del indicador | Unidad de medida | Línea de Base al iniciar período de gobierno | | | | Valor esperado cuatrienio | Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Beneficiarios | | INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | Sector responsable del cumplimiento de la meta | | |
| | | | | | Valor | Año | | | | | | Población | Georeferenciación (Ubicación de la zona del mpio/ distrito/dpto que se beneficia) | Nombre del indicador | Descripción / Fórmula | Unidad de medida | Periodicidad | Fuente | Línea de Base (viene de la anterior administración) | | Valor esperado cuatrienio | Valor año 1 | Valor año 2 | Valor año 3 | Valor año 4 | Estado (Mantenimiento, Incremento, Reducción) | | | | | |
| No habrán muertes maternas por razones evitables, gracias a que se mejorarán las vías de acceso que permitirán que las mujeres del área rural del municipio se desplacen al centro de salud ubicado en la cabecera en menos tiempo, asistan a los servicios de control prenatal y tengan partos institucionales. Asimismo, se fortalecerá el centro de salud para el manejo de emergencias obstétricas y se conformarán equipos extramurales para la identificación, educación y canalización de mujeres gestantes hacia los servicios de salud. | Eliminar barreras de acceso a servicios de salud ocasionadas por el mal estado de las vías rurales del municipio. | Reducir en dos horas el tiempo de desplazamiento entre la zona sur occidental del municipio y la Cabecera | Tiempo promedio de desplazamiento entre la zona sur occidental del municipio y la cabecera | Número | 3 | 2015 | 1 | Infraestructura y obra pública | Salud ambiental | Mejorar la red vial terciaria que comunica la zona rural con el área urbana de Rocardura. | Realizar mantenimiento y adecuación de 50 km de vías terciarias en la zona sur occidental del municipio. | Población área rural | Municipio | kilometros de vías terciarias en mal estado mejoradas | kilometros de vías terciarias mejoradas/ Total km de vías terciarias del municipio | Numero | Anual | Secretaría de obras públicas y transporte | 0 | 2015 | 50 | 5 | 30 | 40 | 50 | Incremento | Infraestructura y obra pública | Habitat Saludable | | | |
| | Disminuir el número de muertes maternas por causas evitables | Reducir a cero el valor de la razón de muertes maternas por causas evitables | Razón de mortalidad materna por causas evitables | Número | 5 | 2015 | 1 | Salud | Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos | Conformar equipos extramurales para la identificación, educación y canalización a los servicios de salud, de las mujeres gestantes del área rural | Contar con un (1) programa extramural para la identificación, educación y canalización a los servicios de salud, de mujeres gestantes del área rural | Mujeres gestantes | Municipio | Programa extramural implementado | Programa extramural implementado | Numero | Anual | Secretaría de Salud Municipal | 0 | 2015 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | Incremento | salud | Modelo de atención primaria en salud | | | |
| | Disminuir el número de muertes maternas por causas evitables | Reducir a cero el valor de la razón de muertes maternas por causas evitables | Razón de mortalidad materna por causas evitables | Número | 5 | 2015 | 1 | Salud | Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos | Garantizar la disponibilidad de insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Dotar un (1) centro de salud con infraestructura e insumos para el manejo de la emergencia obstétrica. | Mujeres gestantes | Municipio | Número de centros de salud dotados con infraestructura e insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Número de centros de salud dotados con infraestructura e insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Numero | Anual | Secretaría de Salud Municipal | 0 | 2015 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | Mantenimiento | salud | Calidad de la atención: Mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud | | | |
| | Disminuir el número de muertes maternas por causas evitables | Reducir a cero el valor de la razón de muertes maternas por causas evitables | Razón de mortalidad materna por causas evitables | Número | 5 | 2015 | 1 | Salud | Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos | Capacitar y entrenar al recurso humano en salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante (guías de control prenatal, atención del parto, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstetrica, sepsis, humanización del servicio). | Capacitar y entrenar al 100% de profesionales y auxiliares de la salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante. | Mujeres gestantes | Municipio | Personal de la salud capacitado y entrenado en la atención integral y de calidad a la mujer gestante | No de profesionales y auxiliares de la salud capacitados y entrenados en la atención integral y de calidad a la mujer gestante / Total de profesionales y auxiliares de la salud | Porcentaje | Trimestral | Secretaría de Salud Municipal | 0 | 2015 | 100 | 20 | 50 | 85 | 100 | Incremento | salud | Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico | | | |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

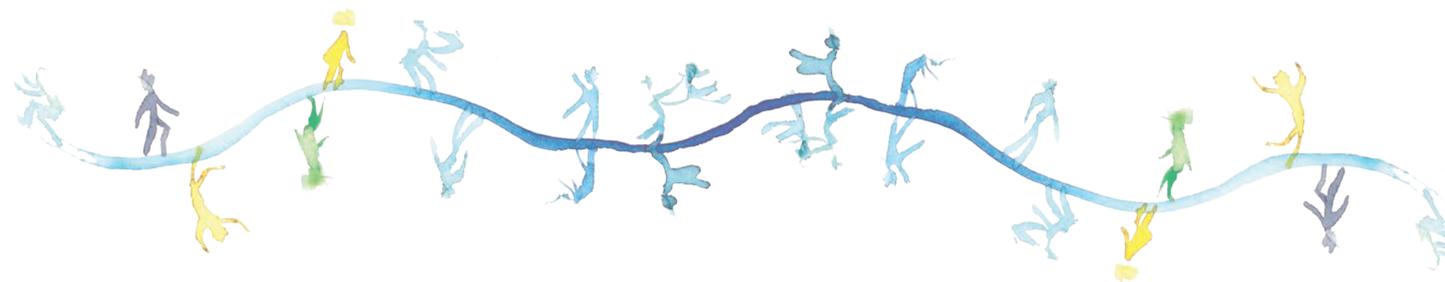
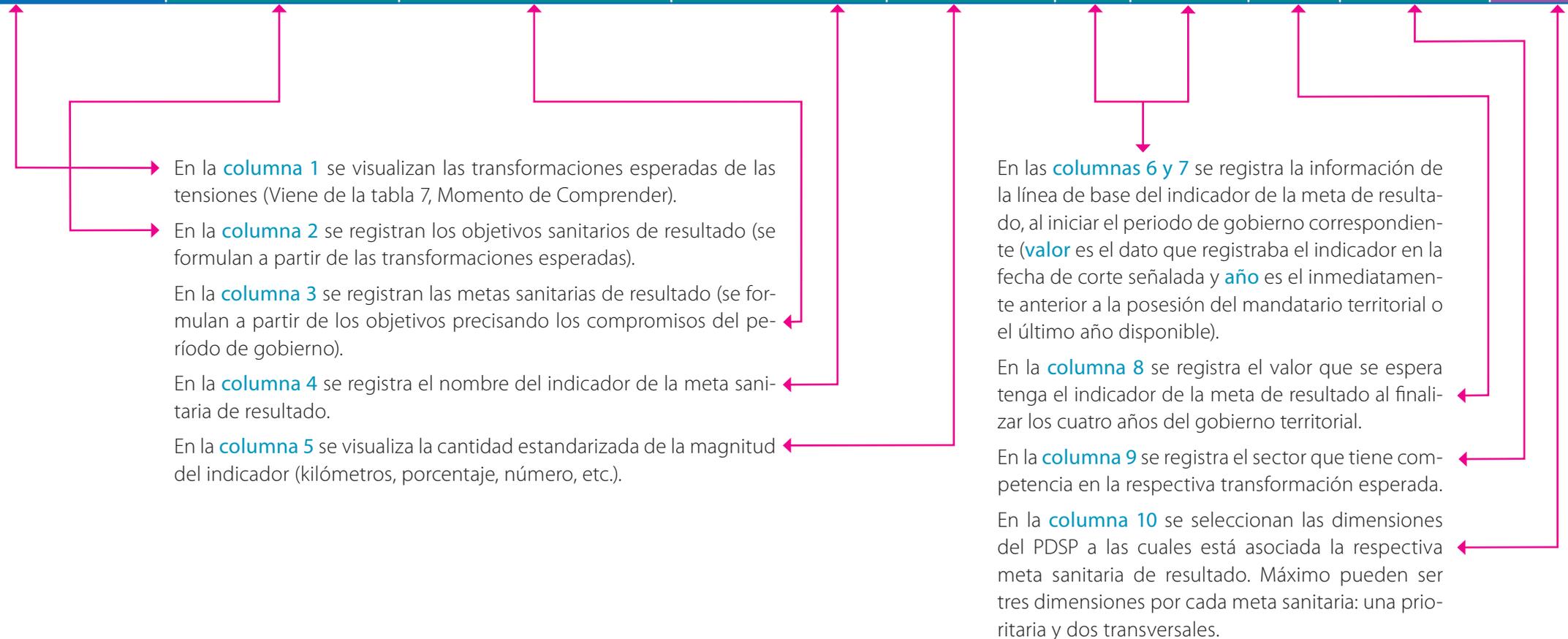


Tabla 9: Ejemplo de Cadena de Valor público en Salud: Objetivos y Metas Sanitarias de Dimensión (Resultado) y de Componente (Producto)

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|----------------------|------------------|--|-----|---------------------------|--|--------------------|----|
| Transformaciones esperadas de las tensiones | Objetivo Sanitario de Dimensión (Resultado) | Meta Sanitaria de Dimensión (Resultado) | Indicador | | | | | | | |
| | | | Nombre del indicador | Unidad de medida | Línea de Base al iniciar período de gobierno | | Valor esperado cuatrienio | Sector responsable del cumplimiento de la meta | Dimensión del PDSP | |
| | | | | | Valor | Año | | | | |



RECUERDE

Al diligenciar la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, si un objetivo sanitario de dimensión (resultado) requiere para su cumplimiento varios objetivos sanitarios de componente (producto) debe repetir en el resultado, cuántos objetivos sanitarios de producto tenga, con el fin de hacer evidente la relación.

Tabla 9: Ejemplo de Cadena de Valor público en Salud: Objetivos y Metas Sanitarias de Dimensión (Resultado) y de Componente (Producto)

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | |
|---|---|---------------|--|----------------------|-----------------------|------------------|--------------|--------|---|-----|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|----|--|---------------------|
| PRODUCTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Componente del PDSP |
| Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Beneficiarios | | INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | Sector responsable del cumplimiento de la meta | |
| | | Población | Georeferenciación (Ubicación de la zona del mpio/distrito/dpto que se beneficia) | Nombre del indicador | Descripción / Fórmula | Unidad de medida | Periodicidad | Fuente | Línea de Base (viene de la anterior administración) | | Valor esperado cuatrienio | Valor año 1 | Valor año 2 | Valor año 3 | Valor año 4 | Estado (Mantenimiento, Incremento, Reducción) | | | |
| | | | | | | | | | Valor | Año | | | | | | | | | |

En la **columna 11** se registra el objetivo sanitario de producto o componente (se formula a partir de los resultados esperados).

En la **columna 12** se registran las metas sanitarias de producto o componente (se formulan a partir de los objetivos de producto precisando el valor esperado del indicador de la meta al finalizar el período de gobierno)

En las **columnas 13 y 14** se registra la información sobre los beneficiarios de los bienes y servicios. Población es el grupo vulnerable, grupo etario o según distribución rural/urbano, entre otros. En Georeferenciación se registra el territorio (provincia, municipio, vereda, comuna, barrio, etc.) que se beneficiará al alcanzar el valor esperado del indicador.

En las **columnas 15 a 27** se registra la información del indicador de la meta de producto (i) nombre del indicador, ii) descripción del indicador o fórmula para su cálculo, iii) unidad de medida similar a la columna 5, iv) periodicidad, ya sea trimestral, semestral o anual, v) fuente de donde proviene el dato recolectado del indicador, vi) línea de base del indicador con valor y año disponible, vii) valor esperado cuatrienio, similar a columna 8, viii) programación anual del indicador de la meta de producto para lograr el valor esperado del cuatrienio y ix) se selecciona el estado del indicador de producto según corresponda).

En la **columna 28** se visualiza el sector competente del cumplimiento de la meta sanitaria de producto.

En la **columna 29** se selecciona(n) el (los) componente(s) del PDSP al (los) cual(es) está(n) asociada(s) la respectiva meta sanitaria de producto.

ACTIVIDAD 19: Vinculación de objetivos sanitarios de componente (producto) con las metas y estrategias del PDSP

Hasta aquí se ha realizado el ejercicio de planeación integral en salud de su departamento, distrito o municipio. Así como en la actividad 17 se realizó la vinculación de los objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS con los objetivos y metas estratégicas del PDSP, **esta actividad tiene como propósito establecer el vínculo entre los objetivos sanitarios de producto del PTS y las metas y estrategias definidas para cada uno de los componentes del PDSP.**

El equipo territorial debe asociar las metas sanitarias de producto del PTS con las metas sanitarias y las estrategias del PDSP 2012-2021, a través del uso de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline. Para ello, se recomienda completar la siguiente frase: Si el territorio cumple el objetivo sanitario de componente, contribuirá con el logro de la(s) siguiente(s) metas y estrategias del PDSP _____. De lo anterior se evidencia que cada una de las metas del PTS puede contribuir con el cumplimiento de una o varias metas y estrategias del PDSP.

Tabla 10: Ejemplo de vinculación del PTS con las metas y estrategias del PDSP

| 1 | | 2 | | 3 | 4 | 5 |
|--|--|--|---|---|---|---|
| PRODUCTO | | | | | | |
| Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Sector responsable del cumplimiento de la meta | Metas del PDSP | | Estrategias del PDSP | |
| Lograr la certificación en agua potable y saneamiento básico | Contar con la acreditación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 4 de la Ley 1176 de 2007 y recibir certificación en agua potable y saneamiento básico. | Agua potable y saneamiento básico | A 2021 el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud contarán con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria, buscando la protección de cuencas, la potabilización del agua y la minimización de generación de efluentes domésticos e industriales, articulando las políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico, la Política Nacional de Producción y Consumo Sostenible y estrategias como la de Producción más Limpia, educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria, entre otras. Esto responde a los compromisos relacionados con el derecho humano al agua potable y el saneamiento, y al Decenio Internacional para la Acción El agua, fuente de vida, 2005-2015. | |
| | | | A 2021 el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano elaborados contarán con los planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario encontrado. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria | |
| Fortalecer los equipos básicos de Vigilancia en Salud Pública (VSP) e Inspección Vigilancia y Control (IVC) | Evaluar de manera preventiva el 100% de los acueductos del municipio para prevenir enfermedades por contaminación del agua | Salud | A 2021 el 100% de las direcciones territoriales de salud contarán con mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria, buscando la protección de cuencas, la potabilización del agua y la minimización de generación de efluentes domésticos e industriales, articulando las políticas nacionales, tales como la Política Nacional de Agua y Saneamiento para las Zonas Rurales, la Política Nacional para la Gestión Integral del Recurso Hídrico, la Política Nacional de Producción y Consumo Sostenible y estrategias como la de Producción más Limpia, educación en Salud Ambiental y Vigilancia Sanitaria, entre otras. Esto responde a los compromisos relacionados con el derecho humano al agua potable y el saneamiento, y al Decenio Internacional para la Acción El agua, fuente de vida, 2005-2015. | |
| Fortalecer los equipos básicos de Vigilancia en Salud Pública (VSP) e Inspección Vigilancia y Control (IVC) | Garantizar que el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano, cuenten con planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario encontrado. | Salud | A 2021 el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano elaborados contarán con los planes de trabajo correctivos para reducir el riesgo sanitario encontrado. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria | |
| Mejorar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico | Garantizar la operación de dos (2) plantas de tratamiento de agua en la zona urbana | Agua potable y saneamiento básico | A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto del 99% en áreas urbanas. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria | |
| Incrementar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico (toma y distribución en la zona rural, redes de conducción de agua potable en la zona urbana) | Adecuar 50 km de redes de conducción de agua potable en la zona urbana | Agua potable y saneamiento básico | A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto o soluciones alternativas del 83% en áreas rurales. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria | |
| Incrementar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico (toma y distribución en la zona rural, redes de conducción de agua potable en la zona urbana) | Construir 15 km de toma y distribución de agua en la zona rural, específicamente en las 10 veredas de la zona suroccidental. | Agua potable y saneamiento básico | A 2021 se tendrá una cobertura del servicio de acueducto o soluciones alternativas del 83% en áreas rurales. | | Gestión Integral del Recurso Hídrico de forma intersectorial y con participación comunitaria | |
| Garantizar la atención integral a la población menor de 5 años. | Atender de manera integral en salud al 100% de los niños menores de 5 años del municipio. | Salud | En 2021 se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 x 1.000 nacidos vivos. | | Atención en salud en el marco de la atención integral a niñas, niños y adolescentes Educación en Salud Ambiental: comprende los procesos dinámicos de participación social desarrollados conjuntamente entre los organismos del Estado y la sociedad civil, dirigidos a informar, educar y comunicar, con el objetivo de promover cambios conductuales, estilos de vida y hábitos de consumo, modelos de producción limpia y sostenible, ejercicio responsable del derecho a gozar de un ambiente sano, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo, la familia y la comunidad en los entornos donde viven, estudian, trabajan e interactúan. | |
| Desarrollar competencias, habilidades y destrezas en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Capacitar el 80% del personal del sector salud (médicos y enfermeras) y adherirlo al enfoque de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Salud | A 2021 las entidades territoriales de salud (departamentales, distritales y municipales), así como las Corporaciones Autónomas Regionales - CAR, se fortalecerán orgánica y funcionalmente, en cuanto a infraestructura, talento humano, recursos financieros, equipos e insumos de oficina y/o planes logísticos estratégicos para la gestión pública de la salud ambiental. | | Atención Primaria en Salud Ambiental APSA: busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de la APS, posicionando la gestión intersectorial y la participación social en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión. | |
| Mejorar la red vial terciaria que comunica la zona rural con el área urbana. | Realizar mantenimiento y adecuación de 50 km de vías terciarias en la zona sur occidental del municipio. | Infraestructura y obras públicas | A 2021 toda persona tendrá la misma opción de acceso efectivo a los servicios de salud y a fluir eficientemente dentro de ellos de acuerdo con su riesgo, sin diferencias urbanas, rurales o de ingresos. | | Eliminación de barreras de acceso por dispersión geográfica y limitaciones en vías y medios de comunicación | |
| Conformar equipos extramurales para la identificación, educación y canalización de las mujeres gestantes del área rural a los servicios de salud | Contar con un programa extramural para la identificación, educación y canalización a los servicios de salud, de mujeres gestantes del área rural | Salud | A 2021, Colombia cuenta con cobertura universal en salud con acceso efectivo a los servicios de atención equiparables entre zona urbana y rural y entre el quintil más pobre y el quintil más rico | | Modelo de atención primaria en salud | |
| Garantizar la disponibilidad de insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Dotar un (1) centro de salud con infraestructura e insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Salud | A 2021 los servicios de salud competirán, basándose en los resultados en salud que producen, por lo que la garantía de la calidad y humanización será parte inherente de la cultura de todas las instituciones. | | Calidad de la atención: Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud | |
| Capacitar y entrenar al recurso humano en salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante (guías de control prenatal, atención del parto, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstétrica, sepsis, humanización del servicio). | Capacitar y entrenar al 100% de profesionales y auxiliares de la salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante. | Salud | A 2021 Colombia cuenta con talento humano suficiente y calificado para responder a la demanda de servicios de salud | | Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer, antes, durante y después de un evento obstétrico | |

En la **columna 1** se registra el objetivo sanitario de producto. Se formula a partir de los resultados esperados (Viene del Paso 9, actividad 18).

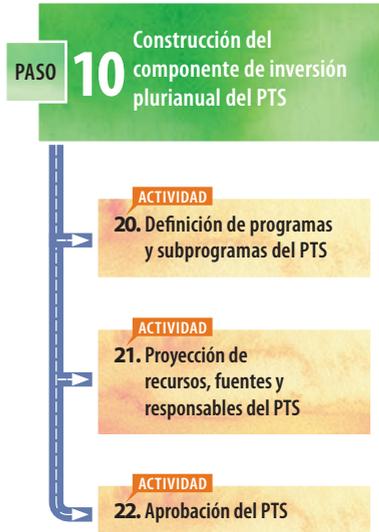
En la **columna 2** se registran las metas sanitarias de producto. Se formulan a partir de los objetivos de producto precisando el valor esperado del indicador de la meta al finalizar el período de gobierno (Viene del Paso 9, actividad 18).

En la **columna 3** se visualiza el sector competente del cumplimiento de la meta sanitaria de producto.

En la **columna 4** se seleccionan las metas del PDSP asociadas.

En la **columna 5** se seleccionan las estrategias del PDSP asociadas.

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.



Paso 10: Construcción del componente de inversión plurianual del PTS

El propósito de este paso es definir los recursos a través de los cuales el sector salud financiará las metas sanitarias que se prevé alcanzar durante el período de gobierno. Así mismo, **identificar los recursos que estarán a cargo de la transectorialidad** y que contribuirán a mejorar las condiciones de vida y salud de la población y a avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

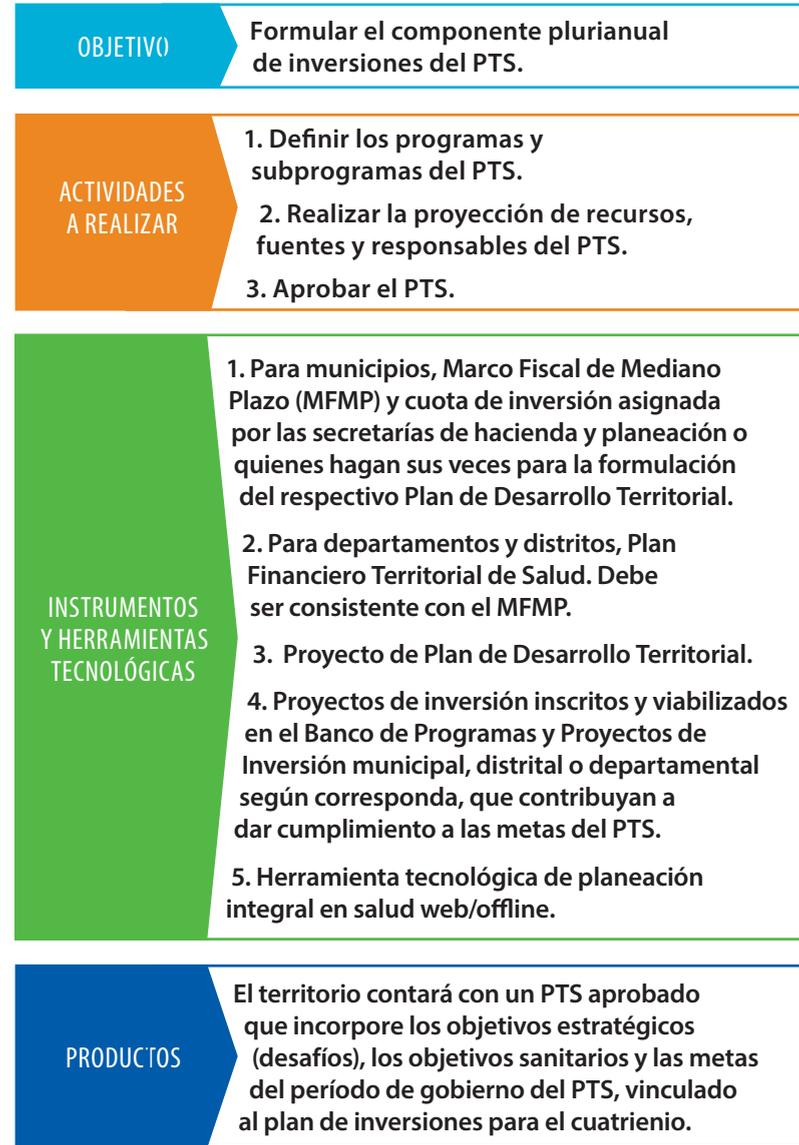
En el marco de una gestión orientada a resultados, **el componente de inversión plurianual del PTS debe definir por cada una de las metas sanitarias de componente (producto), el costo estimado para su cumplimiento así como la programación anual para su ejecución.**

De acuerdo con lo anterior y con el propósito de garantizar la viabilidad financiera de las apuestas definidas en el Componente Estratégico del PTS elaborado en el Paso 9, el Componente de inversión plurianual debe incluir la **proyección de los recursos financieros** disponibles para su ejecución, con fundamento en los instrumentos financieros de la entidad territorial (Marco Fiscal de Mediano Plazo y Plan Financiero Territorial en Salud) .



PARA COMPRENDER
El Plan Financiero Territorial en Salud debe ser formulado solo por departamentos y distritos.

PASO 10. Construcción del componente de inversión plurianual del PTS



TENGA EN CUENTA
Todos los objetivos y metas sanitarias de dimensión y de componente, hacen parte integral del Plan de Desarrollo. Los resultados de otros sectores que tengan relación directa con la situación en salud, serán objeto de las estrategias de incidencia y abogacía por parte de la autoridad sanitaria.

ACTIVIDAD

20. Definición de programas y subprogramas del PTS

ACTIVIDAD

21. Proyección de recursos, fuentes y responsables del PTS

ACTIVIDAD

22. Aprobación del PTS

ACTIVIDAD 20: Definición de programas y subprogramas del PTS

Esta actividad consiste en que el equipo territorial defina en conjunto con el coordinador del Plan de Desarrollo Territorial los programas, subprogramas y proyectos estratégicos, a través de los cuales el municipio, distrito o departamento aportará al cumplimiento de los objetivos y metas sanitarias para el cuatrienio definidas en el Paso 9.

Si bien los programas y subprogramas se definen a partir de los objetivos del Plan de Desarrollo, se sugiere que se realicen labores de abogacía para que los primeros tengan correspondencia con las metas sanitarias de resultado del PTS y los segundos con las metas sanitarias de producto del PTS.

La formulación de los programas, subprogramas y proyectos, es un mecanismo útil para la asignación de los recursos disponibles para financiar las metas sanitarias de producto, que se desarrollarán durante el período de gobierno, y brinda insumos para realizar el posterior monitoreo y evaluación del PTS.



PARA COMPRENDER

Las estrategias son la combinación de medios y recursos para alcanzar las metas. Deben fundamentarse tanto en la misión y competencias de la entidad territorial como en las prioridades y los compromisos adquiridos por los electores en el programa de gobierno.

Los programas constituyen el instrumento de planeación institucional, con el que se definen las acciones lógicas a realizar durante el período constitucional de gobierno para avanzar con los desafíos definidos en el paso anterior.

Los subprogramas buscan segmentar los programas, de acuerdo con los resultados esperados, para facilitar su ejecución y evaluación.

Los proyectos son la unidad operacional de la planeación del desarrollo que vincula recursos (humanos, físicos, monetarios) para resolver necesidades de la población. Los Proyectos de Inversión Pública contemplan actividades limitadas en el tiempo, que utilizan recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad de producción o de provisión de bienes o servicios por parte del Estado (DNP, 2013).

Para realizar esta actividad el equipo territorial debe considerar que:

- Cada objetivo y meta sanitaria de resultado da lugar a la definición de uno o más programas. Usualmente la definición de programas se realiza considerando la impronta del mandatario territorial, es decir aquello por lo cual quiere ser recordado y que ha sido incluido como la apuesta en salud en su programa de gobierno.
- Cada programa agrupa un conjunto de subprogramas/proyectos a los cuales la entidad territorial le asignará los recursos en cada anualidad.
- Para el logro de los objetivos y metas de resultado se han formulado objetivos y metas sanitarias de producto (Ver Paso 9, Actividad 18). Estas metas sanitarias de producto se agrupan en subprogramas/proyectos. Para definir los subprogramas/proyectos es útil la revisión de los proyectos registrados en el Banco de Proyectos de Inversión de la entidad territorial.

Metodología

Tabla 11: Ejemplo de Definición de programas y subprogramas del PTS

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------|---|---|---|-----------------------------------|---|---|--|--|--|
| Código Programa | Programa | Resultado | | | Código subprograma / Código Banco de Proyectos de Inversión | Subprograma / Proyecto | Producto | | |
| | | Objetivo Sanitario de Dimensión (Resultado) | Meta Sanitaria de Dimensión (Resultado) | Sector (salud – otros sectores) | | | Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Sector responsable del cumplimiento de la meta |
| 1 | Más servicios sociales para todos, mejor calidad y mayor eficiencia | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Agua potable y saneamiento básico | 1.1. | Agua potable para todos | Lograr la certificación en agua potable y saneamiento básico | Contar con la acreditación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 4 de la Ley 1176 de 2007 y recibir certificación en agua potable y saneamiento básico. | Agua potable y saneamiento básico |
| 1 | Más servicios sociales para todos, mejor calidad y mayor eficiencia | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Salud | 1.2. | Vigilancia en Salud Pública Ambiental para la prevención de enfermedades por contaminación del agua | Fortalecer los equipos básicos de Vigilancia en Salud Pública (VSP) e Inspección Vigilancia y Control (IVC) | "Evaluar de manera preventiva el 100% de los acueductos del municipio para prevenir enfermedades por contaminación del agua | Salud |
| 1 | Más servicios sociales para todos, mejor calidad y mayor eficiencia | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Salud | 1.2. | Vigilancia en Salud Pública Ambiental para la prevención de enfermedades por contaminación del agua | Fortalecer los equipos básicos de Vigilancia en Salud Pública (VSP) e Inspección Vigilancia y Control (IVC) | "Garantizar que el 100% de los mapas de riesgo de calidad de agua para consumo humano, cuenten con planes de trabajo correctivos para reducción del riesgo sanitario. | Salud |
| 1 | Más servicios sociales para todos, mejor calidad y mayor eficiencia | Mejorar la calidad del agua | Mejorar el rango de calificación del municipio en el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) hasta ubicarse en un rango de riesgo bajo (0,1) | Agua potable y saneamiento básico | 1.3. | Plantas de tratamiento de aguas residuales | Mejorar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico | Garantizar la operación de dos (2) plantas de tratamiento de agua en la zona urbana | Agua potable y saneamiento básico |
| 1 | Más servicios sociales para todos, mejor calidad y mayor eficiencia | Aumentar el acceso de la población a agua potable. | Aumentar hasta en un 83% la cobertura del servicio de agua potable de la población de la zona urbana y rural del municipio | Agua potable y saneamiento básico | 1.1. | Agua potable para todos | Incrementar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico (redes de conducción de agua potable en la zona urbana) | Adecuar 50 km de redes de conducción de agua potable en la zona urbana | Agua potable y saneamiento básico |
| 1 | Más servicios sociales para todos, mejor calidad y mayor eficiencia | Aumentar el acceso de la población a agua potable. | Aumentar hasta en un 83% la cobertura del servicio de agua potable de la población de la zona urbana y rural del municipio | Agua potable y saneamiento básico | 1.1. | Agua potable para todos | Incrementar la infraestructura del sector de agua potable y saneamiento básico (toma y distribución en la zona rural) | Construir 15 km de toma y distribución de agua en la zona rural, específicamente en las 10 veredas de la zona suroccidental. | Agua potable y saneamiento básico |
| 2 | Salud para construir el municipio soñado | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Salud | 2.1. | Atención integral para nuestros niños y niñas | Garantizar la atención integral a la población menor de 5 años. | Atender de manera integral en salud al 100% de los niños menor de 5 años del municipio. | Salud |
| 2 | Salud para construir el municipio soñado | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Salud | 2.1. | Atención integral para nuestros niños y niñas | "Aumentar el número de niños y niñas menores de un año vacunados con rotavirus. | Vacunar con rotavirus 700 niños menores de un año de la zona urbana y rural | Salud |
| 2 | Salud para construir el municipio soñado | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Salud | 2.1. | Atención integral para nuestros niños y niñas | Aumentar el servicio de promoción en salud comunitaria (signos de alarma, prácticas clave en manejo adecuado del agua e higiene de manos). | Garantizar que el 100% de UROC realicen capacitación en prácticas clave (signos de alarma, prácticas clave en manejo adecuado del agua e higiene de manos). | Salud |
| 3 | De cero a siempre | Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. | Reducir en un 30% las tasas de morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años del municipio | Salud | 3.1. | Atención integral para nuestros niños y niñas | Desarrollar competencias, habilidades y destrezas en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Capacitar el 80% del personal del sector salud (médicos y enfermeras) y adherirlo al enfoque de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Salud |
| 4 | Rocadura sin barreras de movilidad para su gente | Eliminar barreras de acceso a servicios de salud ocasionadas por el mal estado de las vías rurales del municipio. | Reducir en dos horas el tiempo de desplazamiento entre la zona sur occidental del municipio y la Cabecera | Infraestructura y obra pública | 4.1. | Construcción y mantenimiento de vías terciarias | Mejorar la red vial terciaria que comunica la zona rural con el área urbana. | Realizar mantenimiento y adecuación de 50 km de vías terciarias en la zona sur occidental del municipio. | Infraestructura y obra pública |
| 5 | Maternidad segura | Disminuir el número de muertes maternas por causas evitables | Reducir a cero el valor de la razón de muertes maternas por causas evitables | Salud | 5.1. | Atención Primaria en Salud - APS | Conformar equipos extramurales para la identificación, educación y canalización de las mujeres gestantes del área rural a los servicios de salud | Contar con un programa extramural para la identificación, educación y canalización a los servicios de salud, de mujeres gestantes del área rural | Salud |
| 5 | Maternidad segura | Disminuir el número de muertes maternas por causas evitables | Reducir a cero el valor de la razón de muertes maternas por causas evitables | Salud | 5.2. | Atención integral y de calidad para nuestras mujeres gestantes | Garantizar la disponibilidad de insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Dotar un (1) centro de salud con infraestructura e insumos para el manejo de la emergencia obstétrica | Salud |
| 5 | Maternidad segura | Disminuir el número de muertes maternas por causas evitables | Reducir a cero el valor de la razón de muertes maternas por causas evitables | Salud | 5.2. | Atención integral y de calidad para nuestras mujeres gestantes | Capacitar y entrenar al recurso humano en salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante (guías de control prenatal, atención del parto, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstétrica, sepsis, humanización del servicio). | Capacitar y entrenar al 100% de profesionales y auxiliares de la salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante. | Salud |

Fuente: Tabla de trabajo, insumo para el diligenciamiento de la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline.

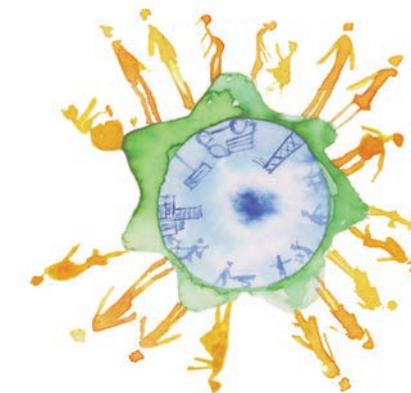


Tabla 11: Ejemplo de Definición de programas y subprogramas del PTS

| 1 | 2 | 3 | | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | 9 | 10 |
|-----------------|----------|---|---|---------------------------------|---|------------------------|---|---|--|--|--|---|----|
| Código Programa | Programa | Resultado | | | Código subprograma / Código Banco de Proyectos de Inversión | Subprograma / Proyecto | Producto | | | Sector responsable del cumplimiento de la meta | | | |
| | | Objetivo Sanitario de Dimensión (Resultado) | Meta Sanitaria de Dimensión (Resultado) | Sector (salud – otros sectores) | | | Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Sector responsable del cumplimiento de la meta | | | | |

En la **columna 1** se registra el código del programa, asignado por la Oficina de Planeación, o quien haga sus veces en la Entidad Territorial, en el marco del proceso de formulación del Plan de Desarrollo Territorial.

En la **columna 2** se registra el nombre de los programas del Plan Territorial en Salud que se van a ejecutar durante el período de gobierno y cuyo logro contribuirá con el cumplimiento de una o más metas sanitarias de Dimensión y Componente.

En las **columnas 3, 4 y 5** se registran los objetivos sanitarios de resultado, metas sanitarias de resultado y sector responsable de la transformación esperada (Viene del paso 9, actividad 18). Se debe garantizar su cumplimiento en los distintos programas.

En la **columna 6** se registran los códigos a través de los cuales se identifican los subprogramas y proyectos en la Entidad Territorial (Para el caso de los proyectos que ya estén viabilizados y registrados en Banco de Proyectos Municipal, Distrital o Departamental, se incluirá el código del proyecto asignado en el Banco).

En la **columna 7** se registra el nombre de los subprogramas/proyectos a los cuales se les asignarán recursos para su ejecución. Los subprogramas y proyectos están asociados a los objetivos y metas sanitarias de componente o producto y también se relacionan con los compromisos del Programa de Gobierno del mandatario territorial.

En las **columnas 8 y 9** se registran los objetivos y metas sanitarias de producto (vienen del Paso 9, actividad 18). Se alcanzan a través de los subprogramas/proyectos.

En la **columna 10** se registra el sector responsable del cumplimiento de la meta de componente (producto).



PASO 10 Construcción del componente de inversión plurianual del PTS

ACTIVIDAD 20. Definición de programas y subprogramas del PTS

ACTIVIDAD 21. Proyección de recursos, fuentes y responsables del PTS

ACTIVIDAD 22. Aprobación del PTS

ACTIVIDAD 21: Proyección de Recursos, Fuentes y Responsables del PTS

El propósito de esta actividad es identificar y realizar la proyección de los recursos con que cuenta la entidad territorial para el logro de los objetivos y metas sanitarias del PTS, durante el periodo de gobierno y como contribución a la apuesta de futuro de la situación de salud. Además de las actividades que se señalan a continuación, es necesario tener en cuenta la definición de programas, subprogramas y proyectos que fue realizada en la Actividad 20.

Metodología

Para realizar la proyección de recursos que financiarán la ejecución del PTS, el equipo territorial debe:

1. Identificar las fuentes de financiamiento e instrumentos de planeación financiera.
2. Realizar la proyección de los recursos por fuente.
3. Señalar los responsables de su programación y ejecución.

TENGA EN CUENTA

La programación de recursos que realice en el Componente de Inversión Plurianual debe registrarse en la misma unidad (miles, millones) que se defina para el diligenciamiento del Formato Único Territorial - FUT.

TENGA EN CUENTA

Realizar este ejercicio es clave para alinear los intereses de la Nueva Administración Territorial frente a la respuesta con visión 2021 construida con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.

Para la identificación de fuentes de financiamiento, en el marco de las competencias y recursos asignados por la Constitución y la ley a la entidad territorial, el instrumento base es el Plan Financiero Territorial en Salud en el caso de los departamentos y distritos. Por su parte, para los municipios la referencia de fuentes y usos se encuentra en lo establecido por la Resolución 4015 de 2013 o las normas que la modifiquen o sustituyan. De manera complementaria, tendrán como insumos: el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y el presupuesto municipal.

De igual manera, es importante, con base en las leyes que reglamentan las fuentes del sector salud, la Resolución 518 de 2015 y la Resolución 4015 de 2013 o las normas que la modifiquen o sustituyan, **verificar los usos de las fuentes de financiamiento, lo cual significa identificar los recursos de libre destinación y aquellos que tiene destinaciones específicas**, señalando en este último caso, hacia dónde deben orientarse.

CUADRO 2. Principales fuentes de financiamiento del PTS y sus usos

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|--|--|--|
| 1. Recursos Provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP). | 1.1. Recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para salud -SGP. | <p>1.1.1. Destinados para salud pública: acciones de salud pública, de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (10% de la asignación del SGP anual en salud).</p> <p>1.1.1.1. Porcentaje de recursos del SGP componente Salud Pública. La Subcuenta de Salud Pública Colectiva se distribuirá así: Departamentos y Distritos: Plan de Intervenciones Colectivas -PIC: Entre el 30% y el 50%. Procesos de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionados con las competencias de salud pública: Entre el 50% y el 70%. Municipios 1, 2 y 3: Plan de Intervenciones Colectivas -PIC: Entre el 40% y el 60%. Procesos de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionados con las competencias de salud pública: Entre el 40% y el 60%. Municipios 4, 5 y 6: Plan de Intervenciones Colectivas -PIC: Entre el 60% y el 70%. Procesos de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionados con las competencias de salud pública: Entre el 30% y el 40%. El porcentaje a asignar para el financiamiento del PIC y las acciones de GSP será definido por cada entidad territorial de acuerdo con las competencias y acciones a realizar. La justificación técnica y financiera de la distribución de estos recursos deberá incluirse en el PTS.</p> <p>1.1.2. Destinados al régimen subsidiado.</p> <p>1.1.3. Destinados a prestación de servicios de salud, prioritariamente en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o régimen subsidiado (el valor restante de la asignación del SGP en salud anual).</p> <p>1.1.4. Destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (aportes patronales).</p> <p>1.1.5. Destinados al pago de obligaciones que no fueren posibles por parte de las Empresas Sociales del Estado - ESE (compra de cartera). Fondo de Salvamento y Garantía del sector salud - FONSAET (Ley 1608 de 2013).</p> <p>1.1.6. Destinados a los aportes patronales.</p> <p>1.1.7. Recursos transformados SGP- Prestación (Res. 4015/2013). Son Recursos que no son necesarios para la financiación del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda del SGP-Prestación transformados al Régimen Subsidiado.</p> |
| | 1.2. Recursos del SGP - Propósito General de Libre Destinación. | 1.2.1. La entidad territorial (sólo en los casos que señalan las Leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007) determinará el monto a destinar de estos recursos en cada vigencia, en el marco del Plan Territorial de Salud. |

Continuación... **CUADRO 2.** Principales fuentes de financiamiento del PTS y sus usos

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|---|---|--|
| 2. Transferencias en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) | 2.1. Recursos del Ministerio de Salud y Protección Social transferidos a las entidades territoriales. | 2.1.1. Destinados para salud pública: acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. |
| | | 2.1.2. Destinados al régimen subsidiado: recursos de inversión para la universalización y unificación de planes de beneficio. 2.1.3. Transferencias Nacionales ETV. Recursos transferidos por la Nación a las entidades territoriales para financiar o cofinanciar programas o proyectos de inversión en salud pública, con destinación específica a la prevención de enfermedades transmitidas por vectores ETV. 2.1.4. Transferencias Nacionales Lepra. Recursos transferidos por la Nación a las entidades territoriales para financiar o cofinanciar programas o proyectos de inversión en salud pública, con destinación específica a la prevención de la Lepra. 2.1.5. Transferencias Nacionales TBC. Recursos transferidos por la Nación a las entidades territoriales para financiar o cofinanciar programas o proyectos de inversión en salud pública, con destinación específica a la prevención de la Tuberculosis. 2.1.6. Transferencias Nacionales para inversión en salud pública. |
| 3. Rentas cedidas (Departamentos) | 3.1. IVA cedido de licores, vinos y aperitivos destinado a salud (IVA licores 100% salud; vinos, aperitivos y similares 70% salud). | Transferencias 3.1.1. Destinados para la cofinanciación del Régimen Subsidiado. Del total recaudado una vez descontado el porcentaje del IVA cedido a que se refiere el párrafo 2o del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, los departamentos destinarán (artículo 8 Ley 1393 2010): <ul style="list-style-type: none"> En primer lugar, un 6% a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno. En segundo lugar a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. En caso de haber excedentes, se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud. 3.1.2. La entidad territorial determinará el monto a destinar de esta renta en cada vigencia, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y bajo lo establecido en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001. 3.1.3. Destinados a la unificación de los Planes Obligatorios en Salud del Régimen Subsidiado- RS conforme lo establece el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, se proyectará para la cofinanciación del RS el 50% de esta renta. 3.1.4. Destinados a la prestación de servicios a la población pobre no cubierto con subsidios a la demanda. |

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|-----------------------------------|---|---|
| 3. Rentas cedidas (Departamentos) | 3.2. Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones. (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010). | 3.2.1. Conforme lo establece el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, para la cofinanciación del Régimen Subsidiado se debe proyectar el 50% de esta renta. 3.2.2. Con base en la información de recaudo de esta fuente destinada a salud en el año inmediatamente anterior a la formulación del Plan, las entidades territoriales proyectarán los recursos para cada vigencia fiscal y determinarán el monto de recursos destinados a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda. |
| | 3.3. Loterías (foráneas, renta del monopolio, impuesto a ganadores, renta del monopolio, utilidades y rifas y juegos promocionales). (Ley 643 de 2001). | 3.3.1. La cofinanciación del Régimen Subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el producto de la explotación descontando, lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. |
| | 3.4. Derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chance (Leyes 643 de 2001 y 1393 de 2010). | 3.4.1. La cofinanciación del Régimen Subsidiado se proyectará conforme a lo establecido en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, es decir, el valor total menos lo destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. |
| | 3.5. Recursos transferidos por COLJUEGOS o ETESA en liquidación al Departamento- Monopolio de juegos de suerte y azar. | 3.5.1. Destinado al régimen subsidiado conforme lo establece el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, se proyectará para la cofinanciación del RS el 50% de esta renta. |
| | 3.6. Sobretasa de cigarrillos. | 3.6.1. Destinados por los Departamentos y el Distrito (artículo 7 Ley 1393 2010): - En primer lugar, a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que defina el Gobierno Nacional. - En segundo lugar, a la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado. - En caso de haber excedentes, se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud. |
| | 3.7. Seis por ciento (6%) del impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos (Ley 1393 de 2010). | 3.7.1. Para la cofinanciación del Régimen Subsidiado las entidades territoriales destinarán lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1393 de 2010. |
| | | |

Continuación... CUADRO 2. Principales fuentes de financiamiento del PTS y sus usos

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|--|--|---|
| 3. Rentas cedidas (Departamentos) | 3.8. Recursos de excedentes de rentas cedidas (Artículo 4, Ley 1608 de 2013). | 3.8.1. Los recursos destinados al fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica y el saneamiento fiscal y financiero, se deberán cuantificar e incorporar en el plan financiero territorial de salud, en el monto que se pretenda ejecutar a nivel de compromisos durante la vigencia correspondiente. |
| 4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios) | 4.1. Recursos del esfuerzo propio departamental, municipal o distrital destinados al sector salud. | 4.1.1. Destinados para acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. 4.1.2. Destinados a la financiación del régimen subsidiado. 4.1.3. Destinados por departamentos y distritos que venían aportando para el pago de la unidad de pago por capitación de la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN y otra elegible no afiliada al régimen contributivo. 4.1.4. Recursos de capital. 4.1.5. Destinados para la cofinanciación de los procesos de Gestión de la Salud Pública definidos en la Resolución 518 de 2015. |
| | 4.2. Recursos propios de la entidad territorial destinados a programas de protección social, inversión social en programas de infraestructura y mejoramiento de la calidad de vida, desarrollo urbano y rural, protección ambiental. | 4.2.1. Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; a la igualdad de oportunidades par a la prosperidad social; a la sostenibilidad ambiental y a la prevención del riesgo. |
| | 4.3. Rentas cedidas destinadas a salud, de los departamentos y el distrito capital. | 4.3.1. Destinadas al régimen subsidiado (por lo menos el 50% del total de las rentas cedidas destinadas a salud o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la Ley 1438 de 2011 esten asignando). 4.3.2. prestación de servicios de salud. |
| | 4.4. Recursos del departamento o distrito. | 4.4.1. Destinados al Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Empresas Sociales del Estado, distintos a los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE. 4.4.2. Destinados a la financiación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE. |
| | 4.5. Participación Municipal en las Rentas Departamentales. | 4.5.1. Destinadas al régimen subsidiado, la proporción es determinada por cada entidad departamental. |

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|--|--|--|
| 4. Recursos del Esfuerzo Propio Territorial (Recursos propios) | 4.6. Regalías destinadas a salud. | Valor recibido por concepto del Sistema General de Regalías por las ET, destinado a financiar proyectos o programas de salud pública. 4.6.1. Destinadas al régimen subsidiado. 4.6.2. Destinadas a prestación de servicios de salud. 4.6.3. Destinadas a salud pública. 4.6.4. Destinadas a infraestructura. |
| | 4.7. Ingresos Corrientes de Libre destinación. | 4.7.1. Son ingresos propios de la entidad territorial sin destinación específica al Sector Salud. Al respecto, es importante tener en cuenta que de acuerdo con el Artículo 49° de la Ley 1438 de 2011, las entidades territoriales no podrán disminuir los recursos que venían aportando para financiar la salud en su territorio, salvo que acrediten, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera", es decir que, a menos que se cumpla al menos una de las condiciones citadas, la entidad no podrá disminuir el valor de la financiación y en caso que los recursos de destinación específica sean insuficientes deberán concurrir con recursos de libre destinación. |
| | 4.8. Recursos del Balance. | 4.8.1. Son ingresos de capital los provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior, incluye el superávit fiscal así como la cancelación de reservas presupuestales y cuentas por pagar. El superávit, es el resultado de restar del total de ingresos efectivamente recaudados en la vigencia, el total de gastos ejecutados, es decir, los comprometidos (recaudados menos compromisos para el componente específico), esto último permite incluir como exigibilidades de caja las reservas presupuestales y cuentas por pagar. Los recursos del balance del componente mantienen la destinación específica y deben ser incorporados en su totalidad en el presupuesto de la siguiente vigencia. |
| | 4.9. Premios no cobrados. | 4.9.1. Destinados para la cofinanciación del Régimen Subsidiado. Ocurrida la prescripción extinta del derecho a la caducidad judicial sin que se haga efectivo el cobro de los premios, el 75% de los recursos que constituyen esos premios se destinaran a la unificación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los respectivos Departamentos y Distritos, los cuales haran parte del Plan Financiero. El 25% restante corresponderá al juego respectivo y será usado en el control del juego ilegal. |
| | 4.10. Otras transferencias corrientes del nivel departamental para inversión en salud pública. | 4.10.1. La entidad territorial determinará el monto a destinar de esta renta en cada vigencia, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y lo establecido en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001. |
| | 4.11. Otros recursos. | 4.11.1. Están constituidos por otros recursos de capital (no relacionados con los recursos del balance) del componente específico, impuestos territoriales u otras rentas que deban destinar las entidades territoriales para garantizar la sostenibilidad de la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, según lo establece el parágrafo 2° del artículo 48 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011; y/o los adicionales que decidan destinar tales entidades para cofinanciar el aseguramiento de los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud. |

Continuación... **CUADRO 2.** Principales fuentes de financiamiento del PTS y sus usos

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|--|--|--|
| 5. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (Municipios) | 5.1 Recursos de las cajas de compensación familiar que administran el régimen subsidiado en salud | 5.1.1. Destinados al régimen subsidiado de acuerdo con el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 (cuando no administran los recursos son consignados al FOSYGA). |
| | 5.2 Recursos de ¼ de punto porcentual de las contribuciones parafiscales de las cajas de compensación familiar para salud. | 5.2.1 Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. 5.2.2 Recursos para la unificación del plan de beneficios del régimen subsidiado. |
| | 5.3 Recursos de las cajas de compensación familiar para protección social. | 5.3.1. Destinados al fondo para el fomento del empleo. 5.3.2. Régimen de apoyo para desempleados, especialmente jefes de hogar y mujeres que tengan esa condición. 5.3.3. Destinados a fondos para el subsidio familiar de vivienda fovis. 5.3.4. Destinados a programas de infancia y adolescencia. |
| | 6.1. Subcuenta de compensación. | 6.1.1. Recursos de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo: financia el reconocimiento del pago de las UPC de los afiliados al régimen contributivo, pago de licencias de maternidad, paternidad, acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. |
| 6. FOSYGA (% destinado a ET) | 6.2. Subcuenta de promoción. | 6.2.1. Financia actividades de educación, información y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. |
| | 6.3. Subcuenta de solidaridad. | 6.3.1. Financia la afiliación de personas pobres sin capacidad de pago a través de la cofinanciación de subsidios en el régimen subsidiado de salud. |
| | 6.4. Subcuenta ECAT. | 6.4.1. Garantiza la atención integral de víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas; así como la atención en salud a la población desplazada por la violencia, entre otros eventos y acciones de promoción y prevención, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. |
| | 7.1. Recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT. | 7.1.1. Destinados a promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. 7.1.2. Destinados a la atención de los accidentes de tránsito. |
| 7. Otros Recursos departamentales y/o distritales | 7.2. Recursos de promoción y prevención de aseguradoras de riesgos laborales ARL. | 7.2.1. Destinados para promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. 7.2.2. Destinados a la promoción, prevención y atención de enfermedades laborales. |
| | 7.3. Recursos impuesto social a las armas, municiones y explosivos. | 7.3.1. Destinados a atención a mujeres víctimas de la violencia. 7.3.2. Programas de promoción y prevención. |

| Fuente | Desagregación de la Fuente | Usos |
|---|---|---|
| 7. Otros Recursos departamentales y/o distritales | 7.4. Recursos recaudados por concepto multas de la Ley 1335 de 2013. | 7.4.1. Destinados para adelantar campañas de prevención contra el cáncer y para educación preventiva sobre el consumo de cigarrillo |
| | 7.5. Recursos provenientes de las cuentas maestras del régimen subsidiado (Ley 1608 de 2013). | 7.5.1. Destinados al saneamiento fiscal y financiero de las empresas sociales del estado. 7.5.2. Destinados al pago de servicios prestados para la población pobre no afiliada 7.5.3. Destinados a mejoramiento de la infraestructura hospitalaria. |
| | 7.6. Recursos privados destinados a la inversión social del plan nacional de desarrollo: donaciones; inversión en programas de protección social. | 7.6.1. Destinados al crecimiento sostenible y competitividad; a la igualdad de oportunidades para la prosperidad social; a la consolidación de la paz; a la sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo; soportes transversales de la prosperidad democrática 7.6.2. En proceso de gestión con entidades de cooperación internacional |
| | 7.7. Rendimientos financieros, recursos del balance. | 7.7.1. Rendimientos financieros, recursos del balance |
| | 7.8. Ingresos venta de servicios de Laboratorio de Salud Pública. | 7.8.1. Ingresos por venta de servicios de los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital, destinados a la financiación para las acciones de carácter colectivo de salud pública. |
| | 7.9. Otros recursos de banca nacional y multilateral. | 7.9.1. Otros recursos de banca nacional y multilateral |
| | 7.10. Recursos de capital, ingresos corrientes de la entidad territorial, impuestos territoriales y otras rentas de las entidades territoriales. | 7.10.1. Destinados para garantizar la sostenibilidad de la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, y los adicionales. Los recursos los estimará el MSPS. 7.10.2. Destinados para financiar la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda 7.10.3. Destinados a salud pública |
| | 7.11. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales del Estado -ESE-, los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y los que destinan a la prestación de servicios en salud a través de ESE, así como los recursos de regalías que destinan a estos fines. | 7.11.1. Destinados para financiar la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. |

Fuente: Elaborado con base en las leyes que reglamentan las fuentes de financiamiento del sector salud.

A continuación se presenta la relación de las principales fuentes de financiamiento del PTS y sus usos.

Para la proyección de recursos el equipo territorial tendrá en cuenta los lineamientos establecidos por el MSPS para la formulación de los Planes Financieros Departamentales y Distritales en Salud.

En el caso de los municipios, se recomienda realizarlo por fuente, para cada vigencia y para el cuatrienio según la tendencia. Con esta proyección de recursos el equipo territorial contará con la base para la ejecución de los programas, subprogramas/proyectos identificados en la actividad 20, así como los responsables de su ejecución.

Para ello, se debe tener en cuenta que la información transectorial corresponde a la que se haya incorporado en el plan de inversiones del proyecto de Plan de Desarrollo. La sectorial, por su parte, debe definirse con mayor detalle, para lo cual se recomienda contrastar los costos de los respectivos proyectos, subprogramas y programas con los recursos disponibles (ver numeral b), por anualidad y fuente de financiamiento.

En relación con los costos de los programas con los cuales el Sector financiará las metas sanitarias del PTS que son de su competencia, **se recomienda realizar una estimación con base en los proyectos inscritos en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión, el conocimiento del Sector y del Territorio y la capacidad institucional.**

Frente a los recursos, en el caso de los departamentos y distritos se debe utilizar el Plan Financiero Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual de Inversiones aprobado. Los municipios, dado

que no cuentan con Plan Financiero de Salud, deben hacer esta estimación, con base en los techos presupuestales que les haya asignado la Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces, para la formulación del Plan Territorial de Desarrollo, los cuales deben corresponder con el MFMP.

Para la armonización de los rubros presupuestales con los programas del nuevo plan territorial de desarrollo, se deben seguir las recomendaciones que para el efecto definan las Secretarías de Hacienda y Planeación o quienes hagan sus veces.

Para facilidad de los usuarios, **la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline no solo incorpora las posibles fuentes de financiación de los PTS, sino que totaliza los recursos por vigencia, cuatrienio, fuente y programa, subprograma y proyectos.** Para el uso correcto de la herramienta deberá leer el manual del usuario, así minimiza errores y reprocesos. En la Tabla 12: Componente de Inversión Plurianual del PTS se ilustra cómo la información del Componente Estratégico del PTS se articula con el ejercicio de proyección de recursos por fuente de financiamiento del PTS.

Finalmente, **se deben identificar los responsables de la ejecución de los programas, subprogramas y proyectos**, señalando las dependencias y funcionarios que lideraran y harán seguimiento al cumplimiento de las metas sanitarias de dimensión (resultado) y de componente (producto) del PTS. Esta información permitirá adelantar acciones de incidencia, monitoreo y evaluación.



★ RECUERDE

El escenario de los PFT en salud para el primer año de gobierno, tienen como línea base el año anterior, donde los equipos territoriales deben hacer ejercicios de proyección en: metas de afiliación, acciones de salud pública y el comportamiento de las rentas según el crecimiento estimado en el MFMP que nunca será menor del IPC.

Tabla 12: Ejemplo del Componente de Inversión Plurianual del PTS

| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 | 10 | Fuentes de Financiamiento del PTS (Departamentos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 44 |
|-----------------|----------|---|--|---|---------------------------------|--|-----------------------|---|---|--|---|---|-----------------------------|----------------|-------------|--|---|---|---------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|--|---|---|---------------------------|------------------|-------------|-----------------------------|----------------|-------------|--|---|---|---------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|--|--|--|--|--|----|
| Código Programa | Programa | Objetivo Sanitario de Dimensión (Resultado) | Resultado | | Sector (salud – otros sectores) | Código subprograma /Código Banco de Proyectos de Inversión | Subprograma /Proyecto | Objetivo Sanitario de Componente (Producto) | Meta Sanitaria de Componente (Producto) | Sector responsable del cumplimiento de la meta | Año 1 | | | | Año 2 | | | | Año 3 | | | | Año 4 | | | | TOTAL CUATRIENIO | Responsable | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Sistema General de Participaciones (Salud) | Rentas cedidas (Impuestos al consumo, loterías, licores, cigarrillos, juegos) | | | | | | | Transferencias Nacionales en salud (MSPS) | Recursos propios de la ET | Sistema General de Regalías | Otros recursos | TOTAL AÑO 1 | Sistema General de Participaciones (Salud) | Rentas cedidas (Impuestos al consumo, loterías, licores, cigarrillos, juegos) | Transferencias Nacionales en salud (MSPS) | Recursos propios de la ET | Sistema General de Regalías | Otros recursos | TOTAL AÑO 2 | Sistema General de Participaciones (Salud) | Rentas cedidas (Impuestos al consumo, loterías, licores, cigarrillos, juegos) | Transferencias Nacionales en salud (MSPS) | Recursos propios de la ET | | | Sistema General de Regalías | Otros recursos | TOTAL AÑO 3 | Sistema General de Participaciones (Salud) | Rentas cedidas (Impuestos al consumo, loterías, licores, cigarrillos, juegos) | Transferencias Nacionales en salud (MSPS) | Recursos propios de la ET | Sistema General de Regalías | Otros recursos | TOTAL AÑO 4 | | | | | | |

En la **columna 1** se registra el código del programa asignado por la Oficina de Planeación, o quien haga sus veces en la entidad territorial, en el marco del proceso de formulación del Plan de Desarrollo Territorial.

En la **columna 2** se registra el nombre de los programas del Plan de Desarrollo Territorial que se van a ejecutar durante el período de gobierno y cuyo logro contribuirá con el cumplimiento de una o más metas sanitarias de Dimensión y Componente del PTS.

En las **columnas 3 y 4** se registran los objetivos y las metas sanitarias de Dimensión o resultado (vienen del Paso 9, actividad 18). Se debe garantizar su cumplimiento en los programas.

En la **columna 5** se registra el sector que tiene competencia en la respectiva meta de resultado.

En la **columna 6** se registra el código del subprograma o proyecto asignado por la Oficina de Planeación, o quien haga sus veces en la entidad territorial, en el marco del Banco de Proyectos de Inversión.

En la **columna 7** se registra el nombre de los subprogramas/proyectos a los cuales se les asignarán recursos para su ejecución. Los subprogramas y proyectos están asociados a los objetivos y metas sanitarias de componente o producto.

En las **columnas 8 y 9** se registran los objetivos y metas sanitarias de producto (vienen del Paso 9, actividad 18). Se alcanzan a través de los subprogramas/proyectos.

En la **columna 10** se registra el sector que tiene competencia en la respectiva meta de producto.

En las **columnas 11 a 42** se registra la proyección de recursos por fuente, para cada vigencia y se realiza en cada año la sumatoria de recursos proyectados para la anualidad (Ver información desagregada sobre las fuentes y usos en la Tabla de Fuentes de financiamiento del sector salud en el territorio).

En la **columna 43** se realiza la sumatoria de los recursos proyectados para el cuatrienio por cada meta.

En la **columna 44** se señala el responsable del cumplimiento de la respectiva meta.

ACTIVIDAD

20. Definición de programas y subprogramas del PTS

ACTIVIDAD

21. Proyección de recursos, fuentes y responsables del PTS

ACTIVIDAD

22. Aprobación del PTS

→ ACTIVIDAD 22: Aprobación del PTS

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, el PTS por ser parte integral del Plan de Desarrollo, se debe aprobar de manera simultánea con este último por las Asambleas Departamentales o Concejos Distritales y Municipales según el caso y deberá cargarse a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrado a este sistema.

Previo a la entrega del Plan Territorial en Salud a las Asambleas Departamentales o Concejos Municipales, el equipo territorial debe adelantar la programación de una sesión de socialización del PTS, en el marco de la agenda de presentación del Plan de Desarrollo con el Consejo de Gobierno.

Adicionalmente debe considerar que el PTS debe estar disponible para la consulta de los diferentes actores del territorio.



TENGA EN CUENTA

Después de incorporar los ajustes que resulten de la aprobación del PTS por parte de la Asamblea o el Concejo, el PTS se debe cargar a través de la herramienta de Planeación Integral en Salud web/offline del SISPRO, para ser integrada al sistema de información en salud. Así mismo, debe indicarse el número de la Ordenanza o Acuerdo, según corresponda, y las fechas de aprobación y cargue.

**RECUERDE**

Los equipos territoriales tendrán que cargar la información a más tardar el 30 de Junio del inicio del periodo de gobierno, a través de la plataforma habilitada del SISPRO, de acuerdo con el Artículo 27 de la Resolución 1536 de 2015.





CONTENIDO DEL CAPÍTULO III

- ▶ Elaboración Componente Operativo Anual de Inversiones – (COAI)
- ▶ Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)

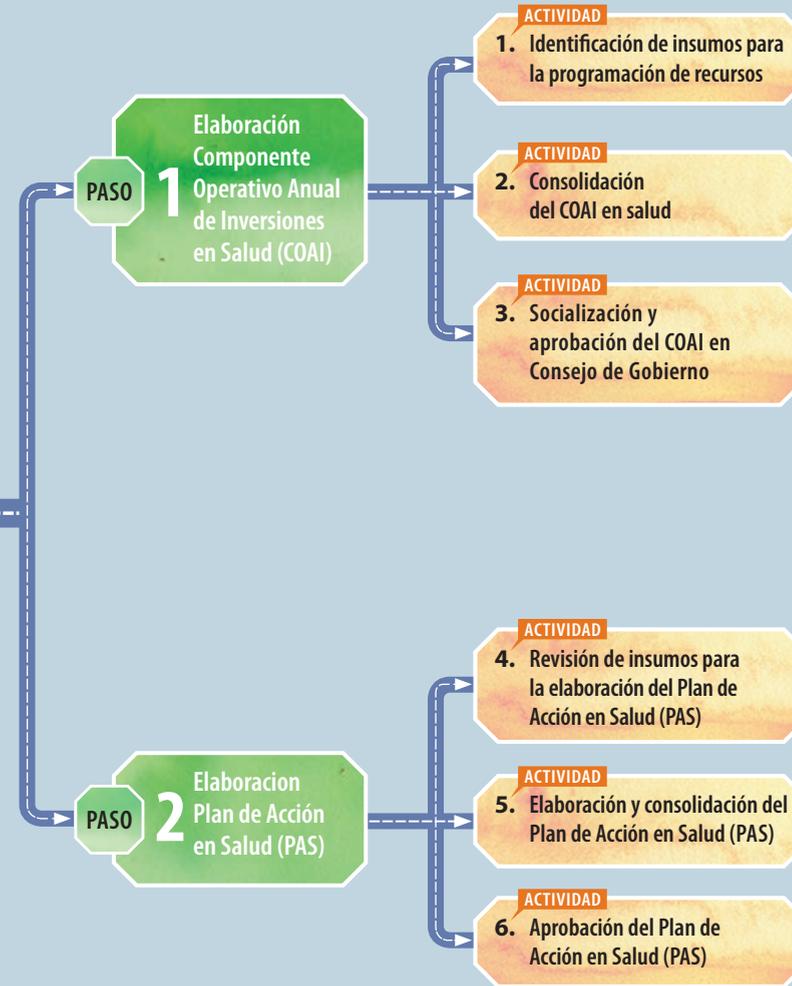
III. Tercer proceso: Gestión Operativa

En este proceso se implementan las intervenciones y actividades que permitirán el logro de los objetivos y metas sanitarias definidas en el componente estratégico del PTS.



Tercer proceso Gestión operativa

1. Momento de Programar



Tercer proceso: Gestión Operativa

La gestión operativa es el proceso mediante el cual se programan los recursos por cada vigencia, para la implementación de las intervenciones (productos) que permitirán el logro de los objetivos y metas sanitarias del componente estratégico y de inversión plurianual del PTS. En este sentido, hace referencia a la programación anual de los proyectos y recursos que contribuirán con el logro de los objetivos estratégicos del Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública.

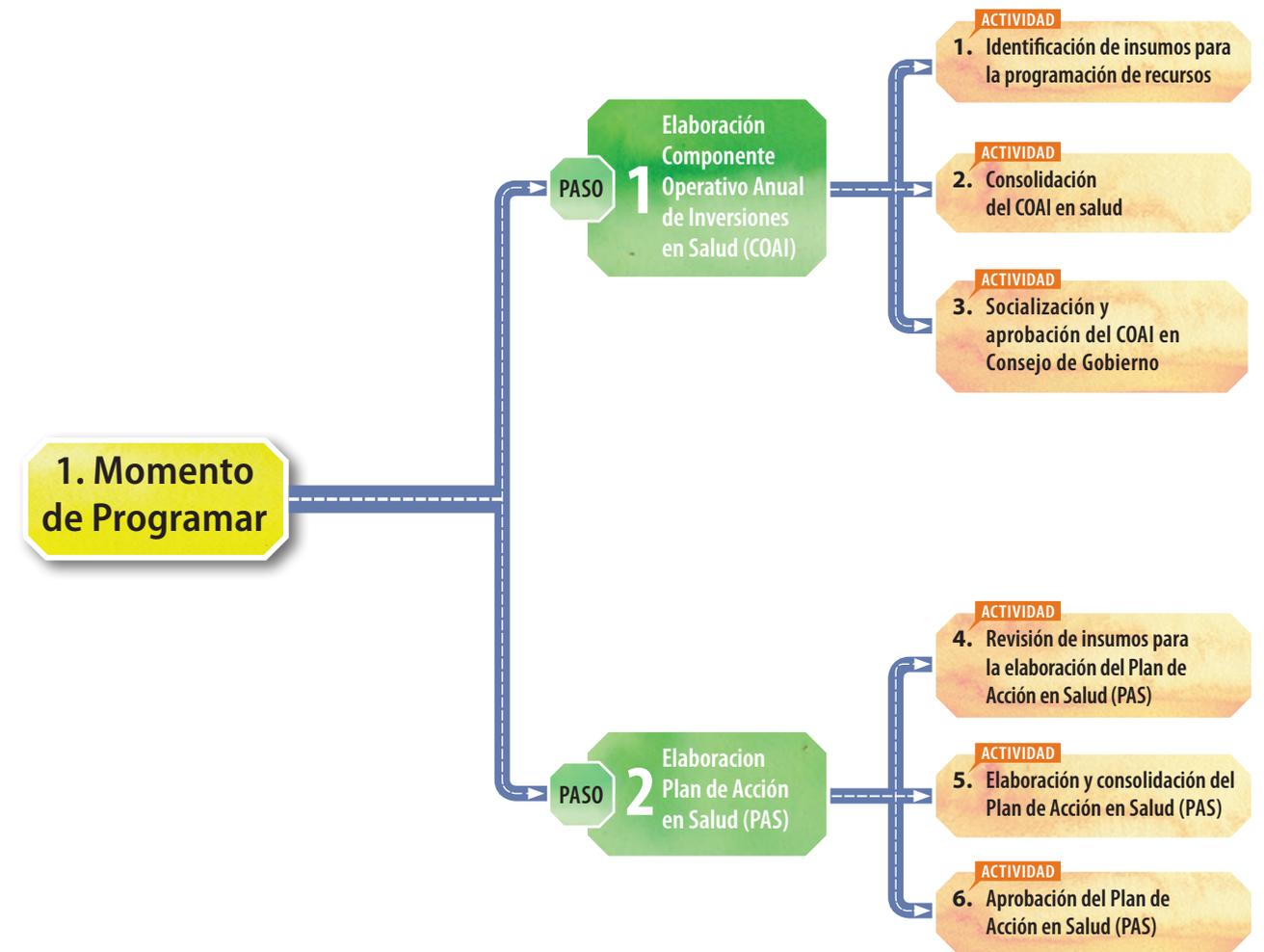
En el marco del ciclo de la gestión pública, este proceso se concreta en dos instrumentos: el Componente operativo y de inversiones en salud y el Plan de Acción en Salud (PAS).

Momento de programar

La programación hace referencia a la organización y asignación de los recursos que se requieren para cada anualidad en la implementación del componente estratégico del PTS, que hace parte integral del Plan de Desarrollo.

El componente operativo y de inversiones es parte integral del plan operativo anual de inversiones - POAI de la entidad territorial y debe tener los siguientes contenidos: Componente Operativo y de Inversiones en Salud del PTS y Plan de Acción en Salud.

La gestión operativa está orientada a programar en cada anualidad los recursos financieros del sector salud, siendo consistentes con el componente estratégico y de inversión plurianual y el marco fiscal a mediano plazo, vinculando los programas y proyectos viabilizados en el plan de desarrollo con los recursos de otros sectores que contribuyen con afectar positivamente los determinantes de la salud.



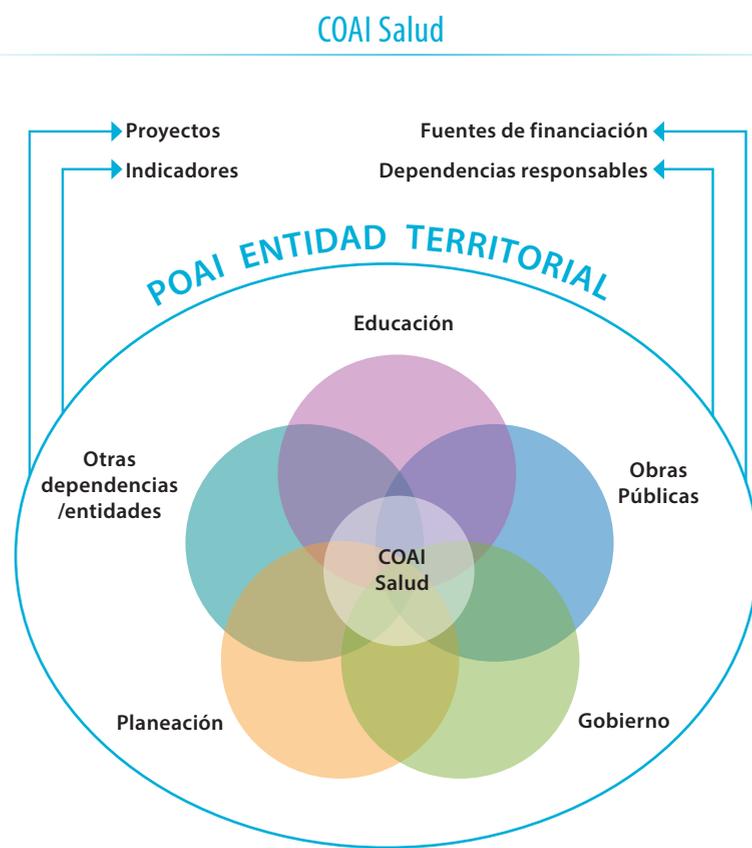
TENGA EN CUENTA

El COAI en Salud, al hacer parte integral del POAI de la administración territorial y seguir las directrices del nuevo enfoque de planeación integral en salud, debe visibilizar los proyectos de otros sectores que contribuyen con los objetivos estratégicos del Plan Territorial de Salud, siendo esta la apuesta más importante en la nueva gestión de la salud definida en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021). En la figura 12 se puede apreciar la articulación de los diferentes sectores y su contribución a la gestión en salud.

RECUERDE

Los recursos que financian las acciones del sector salud definidas en el PTS, serán programados en el Componente Operativo Anual de Inversiones - COAI y hacen parte integral del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) de la entidad territorial que agrupa la programación de cada uno de los sectores de inversión.

FIGURA 12: Planeación Financiera Entidad Territorial articulada al PTS - Componente operativo y de inversiones en salud (POAI)



Paso 1: Elaboración Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI)

A continuación se presentan las actividades que se deben desarrollar para la formulación del Componente operativo anual de inversiones en salud.

PASO 1. Elaboración Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI)

| | |
|---|---|
| OBJETIVO | Elaborar el COAI conforme con el componente estratégico del Plan Territorial de Salud, incluyendo la vinculación de los proyectos transectoriales. |
| ACTIVIDADES A REALIZAR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de insumos para la programación de recursos. 2. Consolidación del COAI en salud. 3. Socialización y aprobación del COAI en Consejo de Gobierno. |
| INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Territorial de Salud. 2. Plan de Desarrollo Territorial. 3. Reporte de proyectos de inversión en ejecución y proyectos inscritos y viabilizados en el Banco de Proyectos de Inversión (Municipal, Distrital o Departamental), para la respectiva vigencia. 4. Plan Financiero Territorial de Salud (Departamentos y Distritos). 5. Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline. |
| PRODUCTOS | El territorio contará con el Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud - COAI vinculado al POAI de la entidad territorial, que responde a la situación real del territorio. |



PASO 1
Elaboración
Componente Operativo
Anual de Inversiones
en Salud (COAI)

ACTIVIDAD
1. Identificación de insumos
para la programación
de recursos

ACTIVIDAD
2. Consolidación
del COAI en salud

ACTIVIDAD
3. Socialización y
aprobación del COAI en
Consejo de Gobierno

ACTIVIDAD 1: Identificación de insumos para la programación de recursos

La primera actividad que debe adelantar la autoridad sanitaria, en coordinación con la oficina de planeación territorial, o quien haga sus veces, **es identificar los siguientes instrumentos para adelantar el proceso de elaboración del COAI en Salud:**

| | |
|---|---|
| Cronograma de elaboración del presupuesto | Es el insumo fundamental para adelantar las labores de incidencia y gestión de las metas transectoriales que contribuirán con el logro de los objetivos estratégicos del PDSP. A partir de este cronograma la autoridad sanitaria, en coordinación con las oficinas de planeación, deberá definir la estrategia de acercamiento con los distintos sectores que contribuyen con el logro de los objetivos estratégicos del PTS y del PDSP. |
| Componente estratégico del Plan Territorial de Salud: | El PTS define, además de los desafíos y retos, los objetivos sanitarios, metas, estrategias e intervenciones para el respectivo período de gobierno, que hacen parte integral del Plan de Desarrollo de cada entidad territorial. El componente estratégico define las metas a 2021 y las previstas para el período de gobierno en cada vigencia, las cuales se constituyen en la base para la programación de los recursos que se van a asignar en la respectiva vigencia. |
| Plan indicativo cuatrienal | Es el instrumento donde se relacionan las metas del plan de desarrollo para el período de gobierno y se establece su programación indicativa anual para cada vigencia. El plan indicativo incluye las metas definidas en el plan territorial de salud. |
| Plan Financiero de Salud | Es un instrumento de planeación financiera que se formula para los cuatro años del periodo de gobierno de las autoridades territoriales y solo deben hacerlo los departamentos y distritos. Está reglamentado por la Resolución 4015 de 2013, las normas que la adicionen o modifiquen y las Leyes 1450 de 2011 y 1438 del 2011. Las entidades territoriales reportan anualmente sus planes financieros al MSPS. |
| Reporte oficinas de planeación de proyectos en ejecución y el BPIN | Este insumo lo provee la oficina de planeación de cada entidad territorial, en él aparece el reporte de los proyectos viables de la administración para la respectiva vigencia. |

Una vez identificados los insumos para iniciar el proceso de programación de los recursos en el COAI, el equipo territorial debe identificar:

- Metas sanitarias de resultado y los programas definidos en el PTS (PD).
- Metas sanitarias de producto y los subprogramas y proyectos con programación para la respectiva vigencia en el PTS (Componente estratégico y de inversión plurianual).
- Metas de los demás sectores que contribuirán con los objetivos y metas sanitarias del PTS y que tienen una programación indicativa para la vigencia que se está trabajando. Para tener este insumo se requiere por parte de la autoridad sanitaria hacer gestión con las oficinas de planeación territorial para contar con la información de los demás sectores.

A partir de estos insumos **el equipo territorial debe iniciar el proceso de programación de los recursos** teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos entregada por la oficina de planeación y de hacienda, tal como se explica más adelante.



RECUERDE

Las entidades territoriales deben conformar y poner en funcionamiento el Banco de Proyectos de Inversión a cargo de las Oficinas de Planeación o quien haga sus veces. Es obligatorio mantener actualizada esta herramienta de ejecución contemplada en la Ley 152 de 1994 y que los proyectos se encuentren debidamente viabilizados, registrados y con una asignación de código en el Banco para su incorporación en el COAI en Salud.

TENGA EN CUENTA

Para cada vigencia será necesario, en colaboración con la secretaria de planeación, establecer dentro del proceso de formulación del COAI una estrategia para vincular a todos los sectores que contribuyen con los objetivos estratégicos del PSDP en la identificación de los proyectos transectoriales y acompañar a los sectores en el proceso de priorización.

De acuerdo con el procedimiento establecido para la elaboración del POAI de las entidades territoriales, **las oficinas de planeación o las dependencias encargadas de administrar el Banco de Proyectos de Inversión deben elaborar la lista de proyectos de inversión registrados en el Banco y que se encuentran programados para ser ejecutados en la vigencia para la cual se está elaborando el POAI.**

Adicionalmente, con base en el seguimiento físico y financiero que la Secretaría de Planeación realiza a la ejecución de la inversión, quien identifica (el equipo de salud territorial) aquellos proyectos de la entidad territorial que se encuentran en ejecución así como aquellos que tienen garantizada su financiación con vigencias futuras (DNP, 2012).

Una vez la oficina de planeación haga el reporte de la información correspondiente a los proyectos en ejecución y de vigencias futuras, el valor de los proyectos, la fecha de su terminación y aquellos viabilizados en el Banco de Proyectos de inversión, **el equipo técnico territorial debe identificar los proyectos estratégicos que contribuirán con el logro de las estrategias y objetivos establecidos en el componente estratégico del PTS y su respectivo aporte a las metas definidas en el PDSP.**

Establecida la cuota global de inversión, las oficinas de planeación deben adelantar el proceso de sectorización de la misma. En este sentido, y conforme a los lineamientos definidos por el DNP para este proceso, se recomienda a las diferentes entidades y dependencias de la Administración, en coordinación con las oficinas de planeación, conformar mesas de trabajo para revisar los objetivos estratégicos, específicos y programáticos del Plan de Desarrollo, con el fin de que la asignación y distribución de los recursos sea coherente con la importancia que tiene cada sector en el cumplimiento de la visión y misión del Plan de Desarrollo (DNP, 2012).

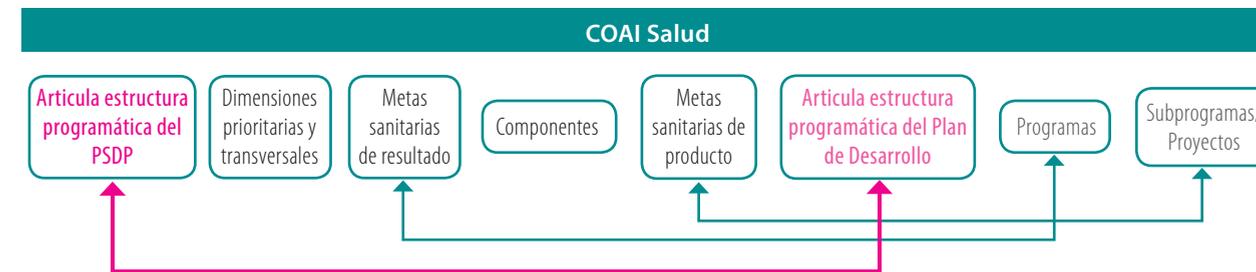
Luego de la sectorización, la autoridad sanitaria en coordinación y de manera articulada con las oficinas de planeación, o quien haga sus veces, debe **promover espacios de encuentro con los sectores que**

contribuyen con las metas definidas en el PTS, para evidenciar la importancia de priorizar dichos proyectos a partir de los resultados del ejercicio de planeación integral en salud.

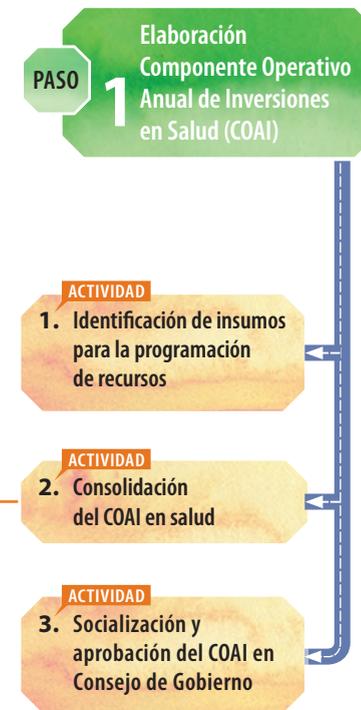
Para este proceso se recomienda promover el análisis conjunto con las dependencias sectoriales a través de la socialización de los resultados del ejercicio de planeación integral, para que cada sector identifique los proyectos en donde puede incidir y su manera de contribuir al logro de los resultados esperados.

ACTIVIDAD 2: Consolidación del Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud

La estructura del COAI en Salud debe responder a la estructura programática del PDSP y, por tanto, debe reflejar la apuesta del territorio planteada en su PTS, a través de las metas, estrategias, intervenciones y objetivos sanitarios que están contenidos en la parte programática del Plan de Desarrollo, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:



Como se mencionó anteriormente, **el COAI en Salud hace parte del POAI de la entidad territorial y se constituye en la herramienta de programación del Sector Salud.** En este sentido, debe partir del componente estratégico del PTS, así que debe incluir las estrategias, programas, subprogramas y proyectos que se van a ejecutar durante el período de gobierno y que se concretarán en cada una de las vigencias.



Para la elaboración del COAI, la autoridad sanitaria, una vez identificados los insumos planteados en la Actividad 1, debe diligenciar en la herramienta tecnológica del componente estratégico y operativo entregado por el Ministerio la siguiente información:

| | | |
|----------|--|--|
| PTS | Código de Programa | 1. Corresponde al código establecido para cada programa. |
| | Programa | 2. Nombre del Programa definido en el Plan de Desarrollo. |
| | Código FUT | 3. Corresponde al Código establecido por el Ministerio de Hacienda PDSP (Anexo 1) |
| | Descripción FUT | 4. Corresponde al código establecido para cada programa. |
| | Código de subprograma | 5. Corresponde al código definido para cada subprograma por la oficina de hacienda y planeación territorial. |
| | Subprograma | 6. Nombre del Subprograma del Plan de Desarrollo |
| | Código de Proyecto | 7. Corresponde al código que se asigna en el Banco de Proyectos de Inversión de la entidad territorial. |
| Proyecto | 8. Nombre de los proyectos de inversión que se encuentran registrados en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Territorial y que están programados para la correspondiente vigencia fiscal. Se considera proyecto registrado aquel que ha sido considerado viable por la dependencia competente y, por consiguiente, puede ser ejecutado con recursos del presupuesto | |

| | | |
|-----|------------------------|---|
| PTS | Apropiación | 9. Valor correspondiente a los recursos que se van a ejecutar en la implementación de cada proyecto. Este valor corresponde al total de recursos que se van a ejecutar en la respectiva vigencia. |
| | Fuente de financiación | 10. Fuente(s) de los recursos con que serán ejecutados los proyectos de inversión. |
| | Responsables | 11. Dependencia responsable de la intervención |
| | Dependencia | 12. El nombre de la dependencia responsable de la ejecución del proyecto de inversión |

REFERENCIAS
 MSPS/UNFPA/UEC, 2015. (Véase: Lineamientos Conceptuales Estrategia PASE a la Equidad en Salud)

CONSULTE
 En la herramienta tecnológica se incluirán las orientaciones para el diligenciamiento de la información correspondiente. Se recomienda leer el manual del usuario para evitar errores y reprocesos.

En el ejemplo de Rocadura, el Plan Territorial de Salud plantea como uno de sus resultados: “Disminuir en un 30% las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños y niñas menores de 5 años”.

A continuación se presenta la estructura para la preparación del COAI:

Tabla 13: Estructura del COAI

| Dimensión | Cód. Programa | Programa | Componente | Cód. Subprograma | Sub-programa | Cód. Proyecto (BPI) | Proyecto | Cód. FUT | Apropiación Anual | Fuente de Recursos |
|---|---------------|---------------------|--|------------------|--------------------------|---------------------|---|----------|-------------------|--------------------|
| Vida saludable y enfermedades transmisibles | 3 | Infancia de Primera | Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas | 3.1 | Niñas y niños saludables | 1082-15 | Comunidades preparadas para la salud infantil | | | |

PASO 1
Elaboración
Componente Operativo
Anual de Inversiones
en Salud (COAI)

- ACTIVIDAD**
1. Identificación de insumos para la programación de recursos
- ACTIVIDAD**
2. Consolidación del COAI en salud
- ACTIVIDAD**
3. Socialización y aprobación del COAI en Consejo de Gobierno

ACTIVIDAD 3: Socialización y aprobación del COAI en Consejo de Gobierno

Una vez consolidado el COAI de Salud, el equipo territorial debe realizar el proceso de socialización y aprobación en Consejo de Gobierno, articulado a la socialización del POAI de la entidad territorial para su aprobación. Previo a la presentación en Consejo de Gobierno, se recomienda a la autoridad sanitaria convocar al Consejo de Política Social para presentar el Componente Operativo Anual de Inversión en Salud.

De acuerdo con el proceso definido para la elaboración y presentación del POAI territorial, la Secretaría de Planeación, o quien haga sus veces, consolida el proyecto de POAI de la entidad territorial garantizando que éste cumpla con los contenidos, estructura y criterios técnicos establecidos.

Una vez consolidado el POAI de la entidad territorial, la secretaria de Planeación, o quien haga sus veces, debe convocar al Consejo Territorial de Política Económica y Social, o al Consejo de Gobierno, con el objeto de presentar, sustentar y aprobar el POAI (DNP, 2012).



Al aprobarse el POAI de la entidad territorial por el Consejo de Gobierno, la secretaria de planeación lo remite a la secretaria de hacienda, o quien haga sus veces, para que sea incorporado en el proyecto de presupuesto de gastos de inversión de la entidad territorial, mismo que es aprobado por las asambleas departamentales y consejos municipales en cada vigencia.

TENGA EN CUENTA
En el desarrollo de esta actividad resulta fundamental la gestión que haya podido realizar la autoridad sanitaria con los sectores que contribuyen con los objetivos del plan territorial, así mismo la argumentación que se plantea al aprobarse el instrumento por parte del gobernante y los líderes sectoriales es imprescindible.

RECUERDE
El POAI de la entidad territorial es el vínculo entre Plan de Desarrollo, PTS y el sistema presupuestal, en la medida que es un instrumento de programación anual de los gastos de inversión del presupuesto en relación con los proyectos de inversión clasificados por sectores, órganos y programas que la administración territorial ejecutará en una vigencia (Decreto 111 de 1996, artículo 8). Es decir, el POAI es el insumo para la elaboración del presupuesto de cada entidad territorial.

PASO 2 Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)

- ACTIVIDAD**
4. Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS)
- ACTIVIDAD**
5. Elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS)
- ACTIVIDAD**
6. Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS)

Paso 2: Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)

Una vez elaborado, aprobado y ajustado el POAI de la entidad territorial, la administración debe iniciar el proceso de consolidación de los planes de acción en salud, conforme con lo establecido en la Ley 152 de 1994, Ley orgánica del Plan de desarrollo, la cual establece:

ARTÍCULO 41 *“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 acción y lo someterá a la aprobación del respectivo Consejo de Gobierno departamental, distrital o municipal. 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”.*

ARTÍCULO 34 *El Artículo 34 de la Resolución 1536 de 2015 señala: “El plan de acción en salud está orientado a conectar en cada anualidad la programación de las intervenciones y actividades vinculadas a las estrategias, metas del plan operativo anual y de inversiones en salud con los respectivos recursos, fuentes de financiación y responsables, y con los resultados esperados en el componente estratégico y de inversión plurianual”.*

El plan de acción en salud –PAS– es el instrumento a través del cual se programan las intervenciones y actividades que va a desarrollar la secretaría de salud, según la estrategia diseñada para ejecutar el presupuesto asignado y garantizar el cumplimiento de los objetivos, metas y resultados definidos en el Plan de Desarrollo y en el componente estratégico del Plan Territorial de Salud. Contiene la programación anual de las intervenciones poblacionales de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública, así como a la gestión programática de las actividades trimestrales, los respectivos recursos, fuentes de financiación y responsables.

El plan de acción se constituye en el insumo fundamental para la planificación financiera mensual a través del instrumento Plan Anual

PARA COMPRENDER
Instrumentos para la gestión pública territorial por resultados. DNP 2012.

Mensualizado de Caja –PAC– mediante el cual se fija el monto máximo mensual de fondos disponibles. Su elaboración y aprobación debe responder a los plazos y procedimientos establecidos en el estatuto presupuestal de la respectiva entidad territorial.

PASO 2. Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)

| | |
|---|---|
| OBJETIVO | Elaborar el Plan de Acción en Salud para la respectiva anualidad. |
| ACTIVIDADES A REALIZAR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS). 2. Elaboración y Consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS). 3. Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS). |
| INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo Territorial. 2. Transformaciones esperadas de las tensiones y resultados (Paso 9 Momento de Responder). 3. Cadena de valor público en salud: metas sanitarias de dimensión (resultado) y de componente (producto) (Vienen del Paso 9 Momento de Responder, Actividad 18). 4. COAI aprobado para la vigencia. 5. Presupuesto aprobado para la vigencia. 6. Plan Financiero Territorial de Salud (departamentos y distritos). 7. Herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline. |
| PRODUCTOS | Al finalizar este paso, el territorio contará con el Plan de Acción en Salud aprobado que incorpora la programación trimestral de las actividades necesarias para dar cumplimiento a las metas del PTS. |



TENGA EN CUENTA
Cada área de la Secretaría de Salud o quien haga sus veces, debe elaborar su plan de acción en los términos definidos por la Ley y conforme con la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, dispuesta por el MSPS para el efecto.

PASO 2 Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD
4. Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD
5. Elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD
6. Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD 4: Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS)

Para la elaboración del plan de acción en salud es necesario que el equipo técnico sectorial cuente con los siguientes insumos:

- 1 **Plan de desarrollo y plan indicativo.** En lo correspondiente a las metas programadas por anualidad y de manera específica, a las de la vigencia respectiva.
- 2 **Componente estratégico y de inversiones del PTS.** En el cual se definen los objetivos y metas de corto y mediano plazo en salud para el territorio incluyendo las estrategias y presupuestos anuales.
- 3 **COAI en salud aprobado para la vigencia.** Permite conocer el monto de recursos disponibles para el año correspondiente, y en este sentido, definir la viabilidad de las acciones que se programen para el logro de los objetivos definidos en el Plan Territorial de Salud y el Plan de Desarrollo.
- 4 **Plan de acción en salud ejecutado (vigencia anterior).** Permite identificar el nivel de cumplimiento de las estrategias e intervenciones en salud por línea de acción y en esa medida, realizar los ajustes que se requieran en la programación de las intervenciones a desarrollar en la vigencia que se está elaborando en cumplimiento de los objetivos definidos en el Plan Territorial de Salud.

El equipo técnico territorial deberá consultar estos insumos para definir las intervenciones y actividades que se van a programar en la correspondiente vigencia, de manera que permitan el cumplimiento de los objetivos y metas definidos en el proceso de planeación integral en salud.

Es importante que el equipo técnico identifique los objetivos y las metas definidas para el período de gobierno y conforme con los proyectos registrados y aprobados en el POAI de la Entidad Territorial, definir las intervenciones o acciones y las actividades que se van a adelantar para su cumplimiento.

ACTIVIDAD 5: Elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS)

En esta actividad el equipo territorial debe identificar las intervenciones o productos que se van a realizar durante la respectiva vigencia, teniendo como referencia el COAI aprobado. Esta actividad corresponde al eslabón de la cadena de valor implementación en donde se definen los procesos, procedimientos y actividades que contribuirán con el logro de los objetivos y metas sanitarias de producto, que a su vez implican una transformación en los resultados esperados en el PTS.

Para el desarrollo de esta actividad se recomienda tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Tomar como insumo el componente estratégico del PTS desarrollado en el momento de respuesta y la desagregación de la cadena de valor en el eslabón de productos.
- Una vez identificados los productos o intervenciones que quedaron incorporados en el COAI, el equipo territorial debe clasificar cada intervención (producto) por línea operativa.
- Definir las actividades, recursos y responsables que permitirán alcanzar los productos esperados programados en el PTS.

Con la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS), se desarrolla el **eslabón de implementación** (insumos, actividades, procesos y procedimientos) **de la cadena de valor público en salud**. De esta manera mediante la programación trimestral, se concreta la planeación operativa que garantizará el logro de los productos y resultados asociados a las tres líneas operativas (Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo en salud y Gestión de la Salud Pública).



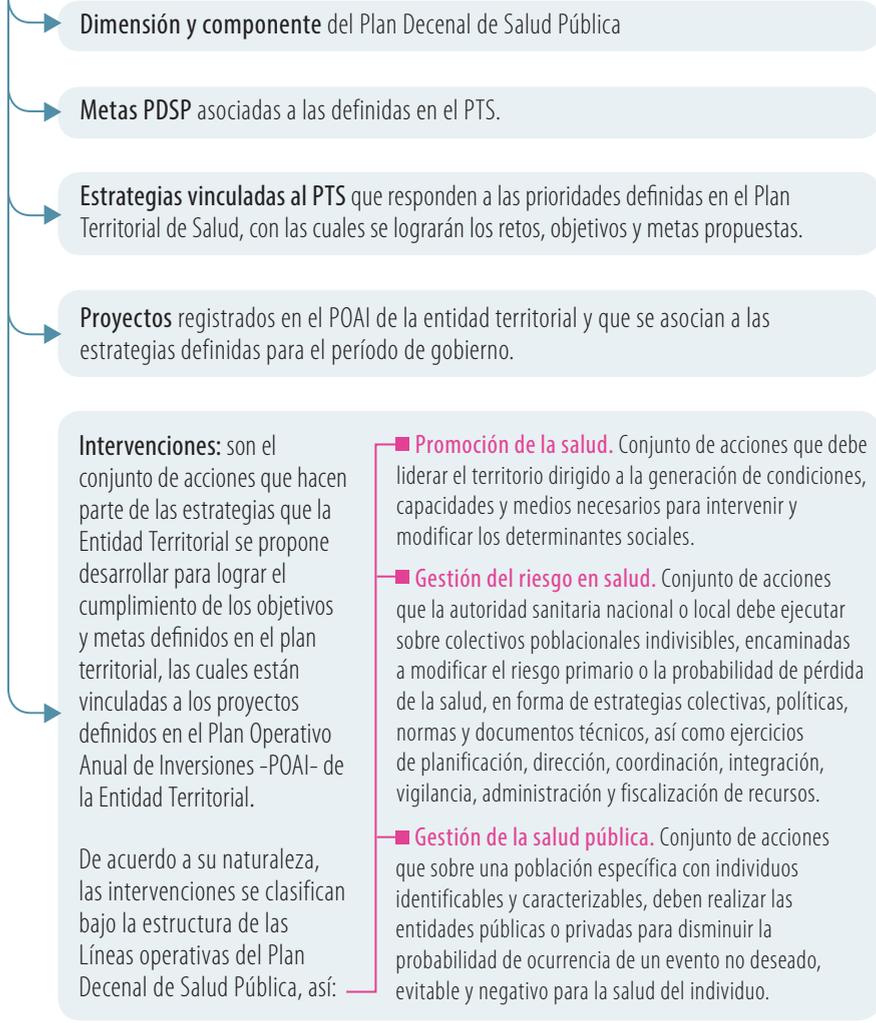
CONSULTE
Ver Figura 11: Cadena de valor de la intervención pública del PTS (página 183).

TENGA EN CUENTA

Las intervenciones en salud individuales son el conjunto de procesos, procedimientos y actividades costo-efectivas que al ser ejecutadas individualmente afectan positivamente a la población, mejorando sus condiciones y atenuando riesgos colectivos en salud, protegiendo a la comunidad en su conjunto de un riesgo en salud.

Las intervenciones en salud colectivas son el conjunto de procesos, procedimientos y actividades para la promoción de la salud y gestión de riesgo dirigido a los grupos poblacionales a lo largo del curso de vida, definidos con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

A partir de la revisión de los insumos de la actividad 5, el equipo técnico sectorial deberá iniciar el proceso de consolidación del plan de acción en salud de la respectiva vigencia, el cual vincula los siguientes contenidos del componente estratégico y del componente operativo anual de inversiones del PTS, con las intervenciones y actividades de la anualidad:

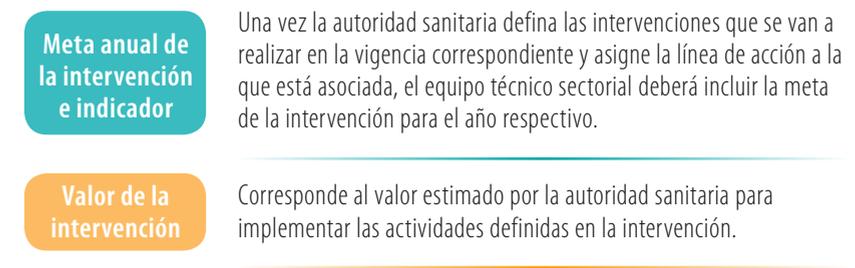


Esta clasificación permite ordenar además de la acción el alcance, la población objetivo, la asignación y fuente de los recursos y los responsables de la acción, para ello es preciso tener en cuentas lo siguiente:



Las intervenciones incluidas en las líneas de acción de promoción de la salud, gestión de riesgo en salud y gestión de la salud pública, deben ser coherentes y consistentes con lo definido en la resolución 518 de 2015, frente a la definición de las acciones PIC y Gestión de la Salud Pública y conforme con las prioridades de la entidad territorial y sus competencias.

Estructura del Plan de Acción en Salud (PAS)



RECUERDE

La Resolución 1536 de 2015, señala que las intervenciones incluidas en las líneas operativas de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública, deben ser desarrolladas conforme con lo establecido en las disposiciones y directrices definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de acuerdo con las prioridades de la entidad territorial.

RECUERDE

Definición de PIC: El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas es el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de vida; definidas con fundamentos en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio. Numeral 3.7, artículo 3 de la Resolución 518 de 2015.

Continuación... **Estructura del Plan de Acción en Salud (PAS)**

Fuente de recursos

A partir de las intervenciones y actividades definidas, la autoridad sanitaria debe registrar la fuente de recursos con la cual se van a financiar dichas acciones. En este sentido y conforme con la Resolución 4015 de 2013, **las fuentes de financiación de salud por componente de gasto son:**

1. Del Régimen Subsidiado

- ▶ Sistema General de Participaciones (Demanda)
- ▶ IVA cedido de licores, vinos y aperitivos (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010)
- ▶ Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010)
- ▶ Loterías (foráneas, renta de monopolio, impuesto a ganadores, renta del monopolio, utilidades y rifas y juegos promocionales. (Ley 643 de 2001)
- ▶ Derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chance
- ▶ Recursos transferidos por COLJUEGOS al departamento – Monopolio de juegos de suerte y azar
- ▶ Sobretasa de cigarrillos
- ▶ Seis (6) por ciento del impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos.
- ▶ Premios no cobrados.
- ▶ Otros recursos (parágrafo 2° del artículo 48 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011; y/o adicionales)
- ▶ Cajas de compensación familiar
- ▶ Recursos no requeridos para financiar la prestación de servicios en lo cubierto con subsidio de demandas
- ▶ Recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA y otros recursos de la Nación
- ▶ Ingresos Corrientes de Libre destinación (Artículo 49° de la Ley 1438 de 2011)
- ▶ Recursos del Balance del Régimen Subsidiado



2. De prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

- ▶ Sistema General de Participaciones (prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda)
- ▶ IVA cedido de licores, vinos y aperitivos (Leyes 788 de 2002 y 1993 de 2010).
- ▶ Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010)
- ▶ Recursos de los saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado de salud (Artículo 2, Ley 1608 de 2013)
- ▶ Recursos de excedentes de rentas cedidas (artículo 4, Ley 1608 de 2013)
- ▶ Recursos excedentes de FONPET – Lotto en línea (Decreto 728 de 2013)
- ▶ Ingresos Corrientes de Libre destinación
- ▶ Recursos del Balance Prestación de Servicios de Salud
- ▶ Otros recursos

3. De Salud Pública

- ▶ Sistema General de Participaciones (salud pública)
- ▶ Transferencias nacionales ETV (Decreto 1525 de 1994)
- ▶ Transferencias nacionales Lepra
- ▶ Transferencias nacionales TBC
- ▶ Ingresos Venta de Servicios de Laboratorio de Salud Pública
- ▶ Regalías
- ▶ Derechos de explotación de juegos de suerte y azar (Ley 643 de 2001)
- ▶ IVA cedido de licores, vinos y aperitivos (Leyes 788 de 2002 y 1393 de 2010)
- ▶ Ocho (8) puntos del impuesto al consumo de cervezas y sifones (Leyes 223 de 1995 y 1393 de 2010)
- ▶ Ingresos Corrientes de Libre destinación
- ▶ Recursos del Balance Salud Pública
- ▶ Otros recursos (SPG Propósito General Libre de Inversión, recursos propios, otras transferencias del nivel nacional para inversión en salud pública y otras transferencias del nivel departamental para inversión en salud pública.

Continuación... Estructura del Plan de Acción en Salud (PAS)

TENGA EN CUENTA
 El equipo técnico sectorial debe revisar la coherencia entre el POAI de la Entidad Territorial aprobado y ajustado y la asignación de los recursos que se define en el Plan de acción. De igual forma, debe tener en cuenta la clasificación del FUT armonizado con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (Anexo 1).

- Responsable de la intervención**
 Se debe incluir el nombre del funcionario responsable de implementar la intervención.
- Definición de las actividades y periodo estimado de ejecución**
 Al definirse las intervenciones que se van a implementar en la vigencia, el equipo técnico territorial debe detallar las actividades que se requieren para la ejecución del proyecto y de las intervenciones previstas en la correspondiente vigencia. Estas actividades deben programarse trimestralmente para facilitar el monitoreo y la toma de decisiones correctivas de ser el caso.
- Definición de los responsables**
 Se debe incluir el nombre del funcionario responsable de cada intervención definida en el plan de acción en Salud.

En el ejemplo de Rocadura, el Plan Territorial de Salud plantea como uno de sus resultados: “Disminuir en un 30% las tasas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños y niñas menores de 5 años”.

A continuación se presenta la tabla de trabajo sugerida para la preparación del PAS:



Tabla 14: Ejemplo de Plan de Acción en Salud

| Dimensión | Cód. Programa | Programa | Componente | Cód. Sub-programa | Sub-programa | Cód. Proyecto (BPI) | Proyecto | Meta de producto (Intervención) | Línea Operativa | Actividades | Cantidad | Unidad de medida | Actividades programadas por trimestre | | | | | Cronograma | | Recursos | | | | Responsables del cumplimiento |
|---|---------------|---------------------|--|-------------------|--------------------------|---------------------|---|--|-----------------------|---|----------|------------------|---------------------------------------|----|-----|----|-------|--|---|--------------------|--------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | I | II | III | IV | Total | Fecha de inicio de la actividad (dd/m/a) | Fecha de terminación de la actividad (dd/m/a) | Rubro presupuestal | Fuente | Total de recursos programados | Total de recursos ejecutados | |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles | 3 | Infancia de Primera | Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas | 3.1 | Niñas y niños saludables | 1082-15 | Comunidades preparadas para la salud infantil | Formar a 150 líderes y madres comunitarias del municipio | Promoción de la salud | Contratar profesionales especializados para el proceso de formación | 3 | Profesionales | 3 | | | | 3 | 01/01/2016 | 20/01/2016 | 4.03.04.01.11-16-2 | SGP | \$100.000.000 | | Rafael Mendez |
| | | | | | | | | | | Realizar la contratación para la logística de los talleres | 1 | Contrato | 1 | | | | 1 | 1/01/16 | 20/01/16 | 4.03.04.01.11-16-2 | SGP | \$40.000.000 | | Rafael Mendez |
| | | | | | | | | | | Preparar 3 plegables para entregar a los líderes y madres comunitarias | 3 | Plegables | 3 | | | | 3 | 1/01/16 | 31/01/16 | 4.03.04.01.11-16-2 | SGP | \$30.000.000 | | Rafael Mendez |
| | | | | | | | | | | Realizar 12 talleres en prácticas claves para la salud y el desarrollo de niños | 12 | Talleres | 4 | 4 | 4 | | 12 | 1/02/16 | 21/09/16 | 4.03.04.01.11-16-2 | SGP | \$10.000.000 | | Marcela Muñoz |

PASO 2 Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD 4. Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD 5. Elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD 6. Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS)

ACTIVIDAD 6: Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS)

Para la aprobación del plan de acción en salud se recomienda al equipo técnico sectorial en coordinación con la oficina de planeación o quien haga sus veces, presentar al Consejo de Gobierno el plan de acción en donde se identifique el aporte de los diferentes sectores al mejoramiento de la situación de salud de la población en el territorio.

El equipo sectorial debe identificar aquellas intervenciones compartidas por varias dependencias sectoriales que contribuyen con el logro de un objetivo para articular las actividades que se van a implementar en la respectiva vigencia.

En armonía con lo anterior, los instrumentos de ejecución territorial hacen parte del Sistema Monitoreo y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública, que hace parte del SISPRO y por tanto, permiten establecer la contribución de los territorios a las metas concertadas de país en el PDSP, de manera periódica y sistemática.

Una vez aprobado el Plan de Acción, el equipo territorial deberá proceder al cargue de la información en la herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, dispuesta por el MSPS para el efecto. Es fundamental que la información sea diligenciada en su totalidad y deberá ser cargada a más tardar el 30 de enero de cada vigencia.

RECUERDE
La herramienta tecnológica de planeación integral en salud web/offline, creada por el MSPS para estos propósitos, dispone de manuales de uso que facilitan el desarrollo de las herramientas y es importante consultarlos durante el ejercicio de planeación y programación.

TENGA EN CUENTA
Los resultados derivados del momento de monitoreo y evaluación, se constituyen en la base para los procesos de rendición de cuentas, en donde, las administraciones territoriales socializan los resultados de la gestión a la ciudadanía.



PARA COMPRENDER
El Sistema de Monitoreo y Evaluación -SME de los planes territoriales de salud se define como un conjunto de procedimientos y mecanismos integrados al SISPRO que permite visualizar la planeación y seguimiento de la ejecución de cada PTS.



BIBLIOGRAFÍA

- Departamento Nacional de Planeación (2012). *Planeación para el Desarrollo Integral de las Entidades Territoriales El Plan de desarrollo 2012 – 2015*. Bogotá: DNP.
- Gobierno de Colombia (2012). *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Bogotá: Gobierno Nacional.
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (2004). *Guía Metodológica 1. Información práctica para formulación de Planes de Ordenamiento Territorial*. Bogotá: MAVDT.
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Departamento Nacional de Planeación (2007) Conpes 3463 de 2007. Bogotá: MAVD – DNP.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Guía Metodológica para la Elaboración de Análisis de Situación en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social – Imprenta Nacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013b). *Guía Conceptual y Metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*. Dirección de Epidemiología y Demografía.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional. Dirección de Epidemiología y Demografía*.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud (2013c). *Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021*.

Ministerio del Interior y de Justicia, Sistema Nacional para la Atención y Prevención de Desastres (2010). *Guía municipal para la gestión del riesgo*. Bogotá: Banco Mundial.

MSPS/UNFPA/UEC. Lineamientos conceptuales PASE a la Equidad en Salud, PDSP, 2014.

MSPS/UNFPA/UEC. Lineamientos técnicos y operativos. El papel de Gobernadores y Alcaldes PASE a la Equidad en Salud, PDSP, 2014.

MSPS. Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud –ODES, Bogotá, 2014.

MSPS. Guía metodológica nacional para la caracterización de fuentes de información para la salud en Colombia, 2014.

MSPS. Guía conceptual y metodológica de la caracterización poblacional de las EAPB, 2014.

MSPS/OPS. Diseño Sistema de Monitoreo y Evaluación -SME, PDSP.

MSPS/OPS. Diseño sistema de monitoreo y evaluación, PDSP, 2014. Organización Panamericana de la Salud (1999). *Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de Situación en Salud (ASIS)*. Boletín Epidemiológico – OPS.

Rubiano, Norma; Gonzáles, Alejandro y Cuervo, Sulma (2009). *Guía para el análisis demográfico local*. Bogotá: UNFPA – Universidad Externado de Colombia.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

AGENDA DE ACCIONES INTERSECTORIALES: comprende la definición de las acciones de los distintos sectores para avanzar sobre los determinantes en salud, así como los mecanismos que garanticen el seguimiento a los indicadores, logro de metas y evaluación establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (Decreto 859 de 2014).

ÁREAS DE OBSERVACIÓN: corresponden a aquellos aspectos fundamentales que es necesario y pertinente observar en los componentes de cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, pues es allí donde se expresan sus objetivos.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS): procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el estado de salud la población en el territorio, permitiendo identificar los desafíos y retos en salud en el marco de los determinantes de la salud. (<http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/ASIS.aspx>)

AUTORIDAD SANITARIA: En el Plan Decenal de Salud Pública se definen tres niveles escalonados de acuerdo con su jurisdicción así: "En el nivel nacional se encuentra el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y el Invima, así mismo, para la adecuada respuesta ante los eventos de interés en salud pública, ejercen funciones puntuales las aseguradoras o quien haga sus veces, y por complementariedad temática sanitaria, también se encuentra el ICA, dependiente del Ministerio de Agricultura. En el nivel intermedio se encuentran las direcciones territoriales de salud

y los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, y en el nivel local las direcciones locales de salud y los puntos de entrada al país" (MSPS, 2013a).

COHESIÓN SOCIAL: capacidad que tiene la sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizando las disparidades y evitando las polarizaciones (MSPS, 2013a).

CONFIGURACIÓN: organización particular de los elementos que conforman un todo, en la que cada elemento queda definido por el tipo de relaciones que guarda con los demás elementos y el lugar que ocupa en esa estructura. Una configuración en salud, por su parte, describe el proceso que dio lugar al estado de salud de la población en el momento presente y expresa la manera en que los determinantes ambientales, sociales, económicos y poblacionales actúan en la salud del colectivo en cuestión.

DESAFÍOS: situaciones y condiciones estructurales que se deben enfrentar de manera prospectiva para alcanzar la visión en salud; expresan los cambios que se quieren alcanzar en el largo plazo ante situaciones difíciles de superar, por lo cual deben ser realizables y realistas para que constituyan un estímulo y se conviertan en referentes para el territorio. Los desafíos surgen de los ejes estructurantes identificados en el escenario deseado durante el **Momento de Comprender** de la ruta lógica de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

DETERMINANTES DE LA SALUD: se trata de aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo

humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población (Whitehead y Dahlgren 2006, citados en MSPS, 2013a: 74).

DIMENSIONES PASE: el modelo BIT PASE parte del reconocimiento de cuatro dimensiones del desarrollo que son constitutivas de la forma de organización de la existencia humana en el planeta. Las cuatro dimensiones del desarrollo: poblacional, ambiental, social y económica, están ligadas entre sí por una intrincada trama de relaciones y forman un todo indisoluble, de cuyo equilibrio depende la supervivencia de la población y de su territorio (Lineamiento conceptual PASE a la Equidad en Salud, p. 47).

DIMENSIONES PRIORITARIAS DEL PDSP: las dimensiones prioritarias representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial. MSPS. DPSP 2013. pág 87.

Las dimensiones tienen cuatro entradas: los ciclos de vida, eventos en salud, diferenciales desde sujetos y colectivos, y perspectiva de los determinantes de la salud. Cada una de ellas define su importancia y trascendencia para la salud y alguna en particular determina la forma en que se denomina y su carácter de prioridad no negociable en salud pública. Las dimensiones cuentan con una definición y unos componentes técnicos que fueron enriquecidos con los aportes ciudadanos. MSPS. DPSP 2013. pág 87.

Esta ruta trazada para el mediano y largo plazo se desarrolla al interior de las dimensiones prioritarias, que son: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral. (MSPS, 2013a:87)

DIMENSIONES TRANSVERSALES DEL PDSP: las dimensiones transversales hacen referencia a las competencias que se encuentran a cargo del Estado. En primer lugar, abordan los *desarrollos diferenciales* específicos de los sujetos y los colectivos, y se reúnen los aspectos requeridos para lograr bienestar y calidad de vida entre la población colombiana, independientemente de la etapa del curso de vida, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica. Representa un verdadero reto reconocer, visibilizar y generar respuestas integrales transectoriales dirigidas a estas poblaciones, debido a las condiciones que pueden caracterizar a cada grupo específico: condiciones del curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia y vejez), de género, de pertenencia étnica (pueblos indígenas, rom, afrocolombianos, negros, palenqueros y raizales), personas en situación de discapacidad, derivadas de la victimización del conflicto o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos). En segundo lugar, abordan el *fortalecimiento institucional y de servicios por parte de la Autoridad Sanitaria* (MSPS, 2013a:88)

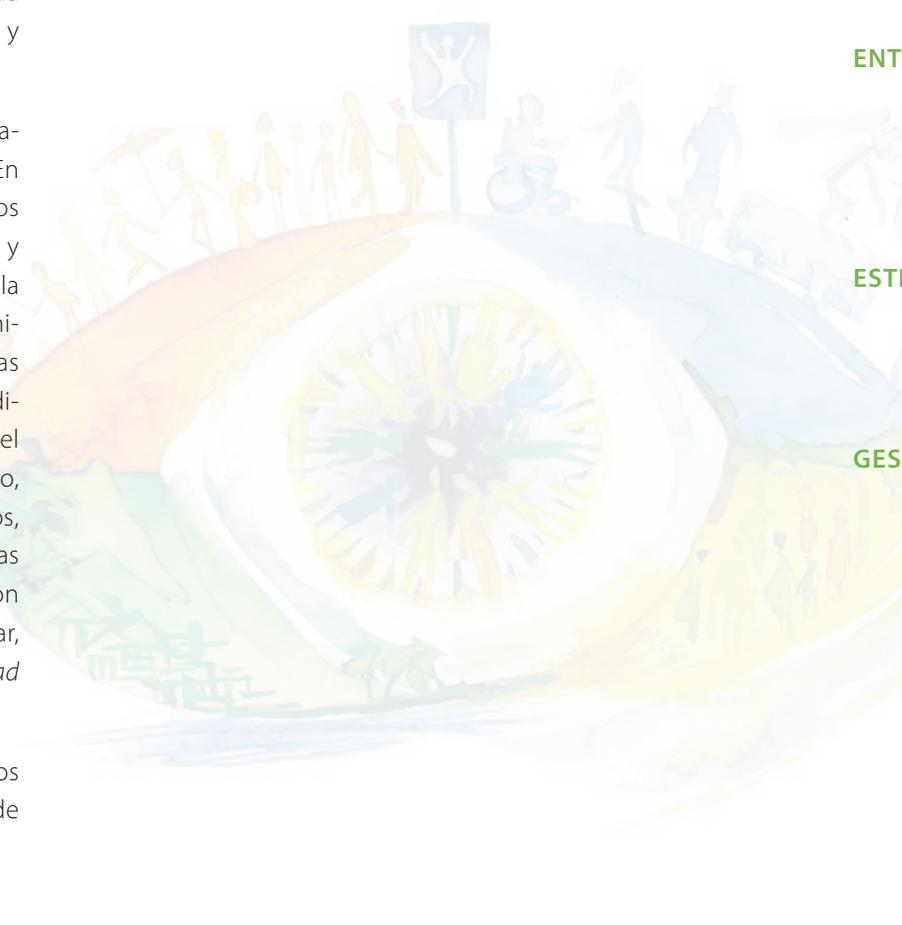
EJES ESTRUCTURANTES: surgen de la visión compartida de salud y expresan los cambios que se quiere alcanzar en el largo plazo ante situaciones difíciles de

superar, deben ser realizables y realistas para que constituyan un estímulo y se conviertan en referentes para el territorio. Dichos ejes estructurantes se convertirán en el insumo principal para la construcción de desafíos en el **Momento de Responder.**

ENTIDAD TERRITORIAL: de acuerdo con el Artículo 286 de la Constitución Política de Colombia, “son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. La ley podrá darles el carácter de entidades territoriales a las regiones y provincias que se constituyan en los términos de la Constitución y de la ley” (Constitución Política de Colombia).

ESTRATEGIAS: combinación de las acciones y recursos para lograr los objetivos sanitarios y con ellos los retos, los desafíos y la visión. Se fundamentan en la misión y competencia de la entidad territorial y consideran las estrategias definidas en el PDSP.

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA: la salud pública es un campo de conocimiento que tiene como objetivo principal el de promover la salud de los individuos y los colectivos, afectando positivamente las condiciones de vida relacionadas con el proceso salud-enfermedad, fortaleciendo la equidad en salud en forma participativa, incluyente y transectorial. En el PDSP la línea operativa de gestión de la salud pública se define como el “conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios



de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos” (MSPS, 2013a).

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD: el riesgo se define como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad (OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002), en este sentido un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Para el PDSP la línea operativa de gestión del riesgo en salud se entiende como el “conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”. (PDSP 2012 – 2021).

GESTIÓN OPERATIVA: hace referencia a los procedimientos y trámites que deben llevarse a cabo para implementar las estrategias definidas en el PTS.

INDICADOR: expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad, a través del establecimiento de relaciones entre variables que comparadas con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, facilitan evaluar

el desempeño y su evolución en el tiempo (DANE, 2009). Por lo general son fáciles de recopilar, altamente relacionados con otros datos, y mediante ellos se puede extraer rápidamente conclusiones útiles. Un indicador debe cumplir con tres características básicas:

- **Simplificación:** la realidad en la que se actúa es multidimensional; un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política, etc), pero no puede abarcarlas a todas.
- **Medición:** permite comparar la situación actual de una dimensión de estudio en el tiempo o con respecto a patrones establecidos
- **Comunicación:** todo indicador debe transmitir información para la toma de decisiones (MSPS, 2013a:364).

INTEGRALIDAD: hace referencia a un proceso multidimensional, sistémico, sostenible e incluyente (DNP, 2012).

INTENSIDAD: criterio para ponderar las tensiones. La intensidad se refiere a qué tan fuerte es una tensión.

CRONICIDAD: criterio para ponderar las tensiones. La cronicidad se refiere a cuánto tiempo lleva ocurriendo una tensión.

IMPACTO: criterio para ponderar las tensiones. El impacto considera qué tanto afecta una tensión a las demás dimensiones del desarrollo.

INGOBERNABILIDAD: criterio para ponderar las tensiones. La ingobernabilidad se refiere a la capacidad de gestión que tiene la entidad territorial para hacer frente a una tensión.

LÍNEA DE BASE: información que constituye el punto de partida para establecer los valores futuros a alcanzar y para hacer un posterior monitoreo y control.

COMPONENTE ESTRATÉGICO: capítulo del PTS en donde se definen la visión en salud, los desafíos, objetivos estratégicos, retos y objetivos y metas sanitarios; en otras palabras, se establecen el norte y los lineamientos que orientan la gestión de la salud en el corto, mediano y largo plazo.

MARCO FISCAL DE MEDIANO PLAZO: instrumento de planeación financiera que permite guiar la gestión en un periodo mínimo de 10 años. Busca que las decisiones financieras se tomen bajo una mayor responsabilidad y garantizando la sostenibilidad fiscal.

METÁFORA: figura retórica que permite describir o calificar algo a través de su semejanza o analogía con otra. El uso de esta figura literaria facilita a los equipos territoriales el trabajo de síntesis que deben realizar para obtener la configuración de salud territorial, así mismo, la metáfora facilita a los lectores la comprensión de la configuración, pues condensa y simplifica una imagen que, por lo general, resulta muy compleja debido a la superposición de distintas situaciones, tensiones y determinantes de la salud

METAS SANITARIAS: expresión concreta de los retos y objetivos sanitarios, en términos de tiempo y cantidad. Pueden ser, según su alcance, de resultado

o de producto. Las de resultado reflejan los efectos esperados en la población, mientras que las de producto cuantifican los bienes o servicios a prestar. Ambas se expresan a través de uno o varios indicadores (Guía Conceptual, p. 104)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS): su misión institucional consiste en dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes de la salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia.

Su visión institucional: se espera que para el 2021 sea ampliamente reconocida como la entidad rectora en el establecimiento de políticas que respondan adecuadamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social en salud, mediante procesos transparentes, armónicos y participativos. El Ministerio reconoce, valora y desarrolla el talento humano, la gestión del conocimiento y los recursos, para que el país cuente con políticas públicas orientadas al goce efectivo del derecho a la salud y protección social en salud. (<http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx>).

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PTS: los objetivos estratégicos son los fines estructurales del PTS, cuyo logro permite alcanzar la visión en salud. Para su

formulación basta con redactar un texto que integre los retos y objetivos sanitarios agrupados según las metas estratégicas del PDSP, a saber: alcanzar la equidad en salud, afectar positivamente los determinantes de la salud o mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida. Se constituyen en grandes ordenadores de la parte estratégica.

OBJETIVOS SANITARIOS: cambios esperados en la oferta de bienes y servicios públicos que contribuyen a mejorar la salud de la población. Generalmente están bajo el control total del departamento, distrito o municipio. Incluyen las transformaciones requeridas en la Autoridad Sanitaria para la gestión efectiva de dicha oferta de bienes y servicios.

OPORTUNIDAD: situación conveniente de tiempo y de lugar que una entidad territorial puede aprovechar para lograr sus objetivos y metas.

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP): apuesta política por la equidad en salud, siendo éste un producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. (MSPS, 2013a: 14). Se convierte así en un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de

intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud. (MSPS, 2013a: 15)

PLAN DE ACCIÓN: instrumento de planificación operativa que contiene las intervenciones y las actividades de promoción de la salud, las intervenciones individuales de gestión del riesgo en salud y las intervenciones colectivas de salud pública

EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: son el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de vida; definidas con fundamentos en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio (Numeral 3.7, artículo 3 de la Resolución 518 de 2015). El PIC es un plan complementario del Plan Obligatorio de Salud-POS y hace parte integral del PTS.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS): instrumento que permite incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas. Por lo tanto, define la propuesta estratégica y operativa que se incluye en el Plan de Desarrollo en el territorio, para converger el desarrollo social y económico, y orientar las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, con el fin de alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano en armonización con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.

PROGRAMA ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA (PAC): instrumento de planificación financiera a través del cual se fija el monto máximo mensual de fondos

disponibles para realizar los pagos con cargo a los recursos del presupuesto anual de la entidad territorial. Su elaboración y aprobación debe responder a los plazos y procedimientos establecidos en el estatuto presupuestal de la respectiva entidad territorial

PROMOCIÓN DE LA SALUD: la promoción de la salud se define como “un enfoque y una estrategia que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla” (Tomado y adaptado de: carta de Ottawa, 1986). Su objetivo es fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad (OPS/OMS. La promoción de la salud un enfoque innovador y eficaz, 2002).

En el PDSP la línea operativa de promoción de la salud hace referencia al “conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes de la Salud en cada territorio” (MSPS, 2013a).

PROXYS (INDICADOR): se utilizan como sustitutos cuando no es posible tener información en el corto plazo de los indicadores trazadores, es decir, aquellos que reflejan el reto u objetivo (DNP, 2012).

PROYECTOS (DE PLANEACIÓN): “actividades limitadas en el tiempo, que utilizan total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad de producción o provisión de bienes o servicios por parte del Estado” (Decreto 2844 de 2010).

De acuerdo con el PDSP, se trata de un conjunto de obras, acciones o intervenciones específicas que buscan resultados concretos, y que se planifican, analizan y ejecutan administrativamente en forma independiente (mmps, 2013a).

RETOS: condiciones y situaciones adversas en el horizonte de tiempo que deben enfrentarse prospectivamente desde lo programático (PDSP), reflejan las transformaciones esperadas, en el corto, mediano o largo plazo, frente al acceso y uso de los servicios públicos y al nivel de satisfacción de los usuarios sobre los mismos. Cabe resaltar que, al tratarse de un plan para mejorar la salud, los retos deben focalizarse en los efectos esperados sobre la población.

SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN -SME DEL PTS: conjunto de procedimientos y mecanismos integrados al SISPRO-MSPS, orientados a la verificación continua de la planeación e implementación, a través de la recolección y análisis de los datos y el uso de la información de resultados, efectos e impactos, para lograr las propuestas del PTS y del PDSP.

TENSIÓN EN SALUD Y SUS COMPONENTES: se definen como el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las

dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población. La Estrategia PASE a la Equidad en Salud plantea la necesidad de identificar y documentar la cadena de determinación, es decir, la cadena de eventos que generó, en un tiempo y lugar específicos, situaciones de inequidad social, económica, poblacional o ambiental (tensiones), que pusieron a ciertos grupos de población en franca desventaja frente a otros, en cuanto a sus posibilidades y oportunidades para disfrutar de una vida larga y saludable (MSPS, 2013a: 128). Así mismo, resulta fundamental identificar y valorar aquellos factores presentes en el entorno que agudizan las situaciones de inequidad o agravan su impacto sobre la salud (reforzadores), y aquellos factores que coadyuvan a superar las inequidades o a minimizar su impacto sobre la salud (liberadores). Del balance entre las tensiones, sus reforzadores y sus liberadores resultará una valoración acerca de la gravedad de las inequidades en cuestión y de su impacto sobre la salud. (Lineamiento conceptual PASE a la Equidad en Salud, p. 59).

TRANSECTORIALIDAD: es una estrategia que se basa en el reconocimiento de la complejidad del ser humano y sus relaciones; pretende dar una respuesta comprensiva a sus intereses y potencialidades. Implica un modo de gestión más allá de la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, profesionales, disciplinares. Implica la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y, sobre todo, una transformación cognitiva: el conocimiento apunta a la construcción de país. La transectorialidad en el PDSP es la expresión práctica de la transversalidad en el sector público,

e implica muchos cambios en la forma de pensar: tener conciencia de que se está “construyendo país” y de que el ministerio, como entidad rectora de la salud, se convierte en la autoridad transectorial, sin “invadir” el espacio de otros sectores ni “imponer” tareas adicionales a los mismos. Para que el PDSP sea realmente transectorial, es necesario poner los intereses del país por encima de los del sector salud, en primacía del bien común (MSPS, 2013a:369-370).

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA (UEC): institución de educación superior dedicada a la enseñanza e investigación en Ciencias Sociales, con una concepción humanística. La Universidad Externado de Colombia promueve y practica un absoluto respeto por la vida. Su actividad se desarrolla dentro de una filosofía pluralista, abierta a todas las corrientes del pensamiento, ajena al dogmatismo y respetuosa de todos los credos religiosos e ideologías políticas. La Universidad promueve la tolerancia como fórmula para alcanzar la paz y el progreso dentro de la heterogeneidad, acoge a estudiantes de todas las regiones del país y considera a la diversidad como una de sus mayores riquezas.

UNFPA (FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS): "es una agencia de desarrollo que depende directamente de la Asamblea General de las Naciones Unidas y cumple un rol único en el sistema: impulsar el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones alrededor del mundo, especialmente de aquellas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza, en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva, su relación con el medio ambiente y el desarrollo, y las relaciones de igualdad entre hombres y mujeres" (Fuente: http://www.unfpa.org.co/?page_id=753).

VENTAJA COMPARATIVA O COMPETITIVA: condición favorable que alguien o algo tiene. Ésta puede ser comparativa (dada en el territorio) o competitiva (adquirida por el territorio).

VISIÓN DE SALUD: es la idea fuerza que sirve de inspiración para movilizar a los diferentes actores y sectores que intervienen en el territorio, en función de la imagen de salud pública deseable y posible, la cual posibilita que las políticas públicas respondan a un ejercicio técnico político que refleje los intereses y acuerdos colectivos frente a los asuntos estratégicos del territorio para mejorar la salud (DNP, 2012).





272