



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Informe de Resultados, Matriz DOFA y Lecciones Aprendidas de los Componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización social de la Implementación del Modelo ATRU del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

**Departamentos:
Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés.**

Bogotá, 20 de mayo de 2014



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Plan Decenal de Salud Pública:

La salud en Colombia la construyes tú

Ministerio de Salud y Protección Social

Gerente del PDSP

Jacqueline Acosta de la Hoz

Equipo Técnico

Dirección de Epidemiología y Demografía

Ruth Nancy Londoño de Montoya

Margie Simone Martínez

Sistema de Monitoreo y Evaluación

Alba Liliana Navarrete Ávila

Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández

Análisis de Situación de Salud

María Belén Jaimes Sanabria, Coord.

Luz Stella Ríos Marín

Sandra Milena Villada Alzate

Claudia Marcela Moreno Segura

Astrid Berena Herrera López

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Organización Panamericana de la Salud

Representante Organización Panamericana de la Salud

Gina Watson



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Asesor Internacional HSS – OPS/OMS – Colombia

Armando Güemes San José

Consultor Nacional – Equipo Técnico OPS/OMS – Colombia

José Milton Guzmán Valbuena

Coordinador Nacional Proceso Planeación PDSP

Convenio 310 MSPS – OPS/OMS

Jaime Alberto Castro Díaz

Equipo Asistencia Técnica Modelo ATRU Planeación

Helia Fenora Neira Zapata

Liliana Paola Ramírez Muñoz

Sugey Henríquez Celedón

Claudia Lily Rodríguez Neira

Ibett Cristina Manrique Forero

Margarita Lucía Gómez Echeverry

Luis Alfonso Sierra

Comunicación y Movilización Social

María del Pilar Sosa Santos

Luz Eliana Bossa Quintero

Liliana Marcela Ariza Galvis

María Mónica Castañeda Delgado

Claudia Luz Bermúdez Suarez

Fanny Romero Henao

Andrés Benavidez

1 Lista de Siglas

APS:	Atención Primaria en Salud
AATIs:	Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas del Amazonas
ASIS:	Análisis de Situación de Salud
AT:	Asistencia Técnica
ATRU:	Asistencia Técnica Regional Unificado
CTP:	Consejo Territorial de Planeación
CTSSS:	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
DANE	Departamento Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DOFA	Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas
DTS:	Dirección Territorial de Salud
DSS:	Determinantes Sociales en Salud
IEC:	Información, Educación y Comunicación
LGBTI	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersexuales
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
SSD:	Secretaría de Salud Departamental.
SGSSS:	Sistema General de Salud y Seguridad Social
TIC:	Tecnologías de Información y Comunicación
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PST:	Plan Territorial de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

2 Glosario de Términos

Actor Comunitario: ciudadanos, organizaciones sociales y de base comunitaria con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP.

Actor Sectorial: persona, organización o institución que pertenece al sector de la salud, con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP.

Actor Transectorial: persona, organización o institución que pertenece al sector gubernamental, con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP.

Actor: persona u organización con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP. Un actor puede afectar y afectarse con la implementación del PDSP. En teoría, todos los colombianos son actores, porque el PDSP es una política de Estado.

Amenazas: Situaciones, hechos, circunstancias de índole político, interno de las secretarías o demás a que haya lugar que afecten el PDSP en su difusión, implementación y en sus fases subsiguientes.

Apropiación: Acción de tomar para sí las ideas, propuestas y acciones del PDSP de tal manera que se incorpore en las acciones propias con el objetivo de tener algún nivel de incidencia sobre otros actores o proyectos en el marco del PDSP.

Asistencia técnica: el proceso interactivo mediante el cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por agentes del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades públicas, privadas y organizaciones sociales y comunitarias, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas de salud. Dichos conocimientos y destrezas se configuran en metodologías, documentos y técnicas que son provistos a través de un conjunto de actividades programadas que incluyen talleres, asesorías, reuniones, conceptos escritos, suministro de tecnología blanda y/o dura, conferencias, o una combinación de las anteriores, entre otras. Se sintetiza en asesoría, capacitación y acompañamiento.

Debilidades: aquellos aspectos que influyen o han influido de manera algo negativa en el desarrollo de las actividades o proceso de implementación del PDSP.

Determinantes Sociales de la Salud: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

En el contexto del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la movilización social promueve el cumplimiento del enfoque transectorial de la salud, para que de acuerdo a lo estipulado en el modelo de asistencia técnica del Plan se alcancen los objetivos estratégicos del Plan con la participación de todos los actores transectoriales y como una corresponsabilidad no solo del Estado sino también de las comunidades, organizaciones sociales, educativas, étnicas, buscando que cada una desde su competencia y posibilidades se involucre de manera decidida en la difusión y aplicación del Plan.

Estrategia de comunicación: En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la estrategia va más allá de la difusión de información como tal, teniendo en el diálogo su principal insumo, involucrando a la gente como participante activa en el proceso de construcción del Plan.

Fortalecimiento de capacidades: es el proceso por medio del cual se crean las condiciones adecuadas y se estimula el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas que los servidores públicos para contribuir a la implementación del PDSP 2012-2021 y su sostenibilidad.

Fortalezas: son todos aquellos elementos internos y positivos que permiten avance y generan sinergias para el desarrollo del PDSP.

Gerencia media: equipo de colaboradores de las entidades territoriales ubicados en diferentes niveles jerárquicos que tienen como función, articular los niveles de la alta gerencia y directivos con los niveles operativos: Coordinadores, Sub Coordinadores, líderes de área.

Incidencia política: La incidencia política son los esfuerzos de la ciudadanía organizada para influir en la formulación e implementación de las políticas y programas públicos, a través de la persuasión y la presión ante autoridades estatales, organismos financieros internacionales y otras instituciones de poder.

Inter-aprendizaje: estrategia de aprendizaje altamente participativa basada en el trabajo colaborativo.

Líder de opinión pública: es la persona que tiene un carisma y que con sus capacidades y habilidades poder incidir en los demás actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, con el fin de visibilizar las ideas o acciones del PSDS.

Movilización social: Son actividades que tienen como objetivo involucrar y motivar a varias instituciones, gobiernos, organizaciones sociales, entre otras, para generar conciencia sobre un tema en particular, que sea de interés común.

Municipios priorizados: Corresponden a los municipios con más baja calificación de acuerdo con la “Evaluación del desempeño integral de los municipios”, realizada por el Departamento Nacional de Planeación – DNP y que por tanto son considerados como críticos en eficiencia y en eficacia administrativas. Ellos son



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

objeto de una atención especial en desarrollo de la Asistencia Técnica, para potenciar su capacidad de gestión en salud y su ejercicio de la autoridad sanitaria en el marco del PDSP.

Oportunidades: Todas las situaciones, hechos, políticas que contribuyen de manera positiva al logro de los objetivos trazados en el marco del PDSP y los procesos del modelo ATRU,

Participación social en salud: 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. 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.

Participación social: es una herramienta de empoderamiento que le da a la comunidad un papel activo y de co-responsabilidad. Es un proceso mediante el cual los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. Facilita el coprotagonismo de la comunidad, y fortalece la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. Es el ejercicio del poder de cada persona para transformar la esfera de lo público en función del bien común.

Pase a la equidad en Salud: metodología de fortalecimiento de las capacidades en las comunidades y en las instituciones para aplicar la perspectiva poblacional en el proceso de planeación local

Planeación estratégica: proceso mediante el cual una institución define su visión a largo plazo y las estrategias para alcanzarla a partir del análisis de sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Esto con el fin de evaluar la situación presente de la empresa y su nivel competitivo, además supone la participación activa de los actores organizacionales, obtención permanente de información sobre sus factores claves de éxito, su constante revisión y ajustes periódicos para que se convierta en un estilo de gestión que haga de la organización un ente proactivo y preventivo.

Podcast: grabación de sonido que se puede hacer con una grabadora o un celular para transmitirle a otras personas, las experiencias sobre la puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en el territorio. Se caracteriza por ser corta, sencilla y amena.

Posicionamiento: se refiere tanto a la recordación como a la adecuada clasificación de una idea clave dentro de la opinión pública. En el ámbito de la Asistencia Técnica del PDSP, el posicionamiento es un producto a lograr en el proceso de comunicación y mercadeo social, entendiendo que el resultado debe



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

ser la recordación temática del PDSP y su inclusión en todas las agendas públicas territoriales.

Relacionamiento: Es el proceso por medio del cual el sector salud se relaciona con el mismo sector, con los otros actores transectoriales y comunitarios para desarrollar y fortalecer la gestión de la salud. El relacionamiento debe orientarse a generar un cambio cultural, que produzca transformaciones efectivas, tales como la inclusión de la salud en todas las políticas públicas y en las agendas de todos los sectores sociales.

Trabajo colaborativo: es el que llevan a cabo un grupo de personas con tareas específicas, quienes trabajan juntas para lograr un objetivo común. El trabajo colaborativo requiere compromiso y voluntad, pues exige análisis, discusión y el logro de acuerdos. El Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 cuenta con escenarios de participación para el trabajo colaborativo de manera directa, pues está abierto a las observaciones, comentarios y nuevas ideas que aporten a la consecución de los objetivos propuestos, teniendo como insumo primario y elemental las opiniones y el concurso de todos los que de estos espacios hagan parte. Especialmente el trabajo colaborativo alude, en este caso, a la construcción conjunta del conocimiento alrededor del Plan Decenal y la forma de implementarlo.

Transectorialidad: es una estrategia que se basa en el reconocimiento de la complejidad del ser humano y sus relaciones; pretende dar una respuesta comprehensiva 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.



Contenido

1	LISTA DE SIGLAS	5
2	GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
3	DESCRIPTORES DE LAS VISITAS	11
4	INTRODUCCIÓN	15
5	COMPONENTES DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA, Y MOVILIZACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE ASISTENCIA TÉCNICA REGIONAL UNIFICADO (ATRU)	19
5.1	COMPONENTE DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA	19
5.2	COMPONENTE DE MOVILIZACIÓN SOCIAL	21
6	RESULTADOS GENERALES DE LOS COMPONENTES DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	22
6.1.	LA ASISTENCIA TÉCNICA, EL INTER-APRENDIZAJE Y EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN EL MODELO ATRU	22
6.2.	MOMENTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ATRU DEL PDSP 2012-2021	26
6.3.	PRESENTACIÓN DEL TERRITORIO.....	28
6.4.	ANÁLISIS AGREGADO DE LOS RESULTADOS DE LOS COMPONENTES DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA, Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	32
6.4.1.	Departamento de Putumayo	33
6.4.2.	Departamento de Guainía	36
6.4.3.	Departamento de Amazonas	40
6.4.4.	Departamento de Guaviare	43
6.4.5.	Departamento de Vaupés.....	46
7	ANÁLISIS AGREGADO DE LA MATRIZ DOFA DEL COMPONENTE DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA, Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	49
7.1	DOFA DEL COMPONENTE DE COMUNICACIÓN	50
7.1.1	Potencialidades del Componente de Comunicación	52
7.1.2	Oportunidades de mejora del Componente de Comunicación	52
7.2	DOFA DE LA INCIDENCIA Y TÉCNICA Y POLÍTICA.....	53
7.2.1	Potencialidades de la Incidencia Técnica y Política	55
7.2.2	Oportunidades de mejora de la Incidencia Técnica y Política.....	55
7.3	DOFA DEL COMPONENTE DE MOVILIZACIÓN SOCIAL	56
7.3.1	Potencialidades del componente de Movilización Social.....	59
7.3.2	Oportunidades de Mejora del Componente de Movilización Social	59
8	ACUERDOS DEL MOMENTO DE RELACIONAMIENTO DEL COMPONENTE DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	61
9	LECCIONES APRENDIDAS	63
10	CONCLUSIONES	66
11	RECOMENDACIONES	71
12	BIBLIOGRAFÍA	74
13	ANEXOS	76

3 Descriptores de las Visitas

Nombre de la Institución	Domicilio
Secretaría de Salud Departamental De Putumayo.	Carrera 4 # 8-26. Barrio José María Hernández. Mocoa.
Secretaría de Salud Departamental De Guainía.	Carrera 10 # 15-50. Centro. Inírida
Secretaría de Salud Departamental De Amazonas.	Carrera 11 # 3-29 Barrio. El Porvenir. Leticia.
Secretaría de Salud Departamental De Guaviare.	Calle 7 Número 23-51. San José Del Guaviare.
Secretaría de Salud Departamental De Vaupés.	Carrera 13 No. 15 – 127. Barrio Centro. Mitú.

Representante Legal Departamentos	Cargo
Jimmy Harold Díaz Burbano	Gobernador de Putumayo
Martha Lucía Burbano Mayoral	Secretaria de Salud Del Departamento de Putumayo



Oscar Armando Rodríguez Sánchez	Gobernador de Guainía
Luis Fernando Guevara Parra	Secretaria de Salud del Departamento de Guainía
Nombre de la Institución	Domicilio
Secretaría de Salud Departamental De Putumayo.	Carrera 4 # 8-26. Barrio José María Hernández. Mocoa.
Secretaría de Salud Departamental De Guainía.	Carrera 10 # 15-50. Centro. Inírida
Secretaría de Salud Departamental De Amazonas.	Carrera 11 # 3-29 Barrio. El Porvenir. Leticia.
Secretaría de Salud Departamental De Guaviare.	Calle 7 Número 23-51. San José Del Guaviare.
Secretaría de Salud Departamental De Vaupés.	Carrera 13 No. 15 – 127. Barrio Centro. Mitú.

Representante Legal Departamentos	Cargo
Jimmy Harold Díaz Burbano	Gobernador de Putumayo



Martha Lucía Burbano Mayoral	Secretaria de Salud Del Departamento de Putumayo
Oscar Armando Rodríguez Sánchez	Gobernador de Guainía
Luis Fernando Guevara Parra	Secretario de Salud del Departamento de Guainía
Carlos Arturo Rodríguez Celis	Gobernador de Amazonas.
Cidalía Falla Domínguez	Directora de Salud Departamental (E)
José Octaviano Rivera Moncada	Gobernador del Guaviare
Irene Díaz Erégua	Secretaria de Salud del Departamento de Guaviare
Roberto Jaramillo García	Gobernador de Vaupés
Dra. Diana Milena Valencia Godoy	Secretaria de Salud del Departamento de Vaupés



Equipos Funcionales de Comunicación e Incidencia Técnica y Política y Movilización Social del PDSP 2012-2021	
Departamento De Putumayo	
Nombre	Cargo
Paula Montoya	Comunicadora IEC
Linda Carolina López	Salud Ambiental Y ETV
Carmen Arcos Ortíz	Riesgos Laborales
Departamento de Guainía	
Nombre	Cargo
Leesle Reina	Coordinadora IEC
Norma de la Espriella	Tecnóloga en Comunicación
Edwin Rincón	Apoyo Técnico IEC
Luis Carlos Parada	Facilitador Bilingüe
Carlos Antonio Chipiaje	Facilitador Bilingüe
Mayra A. Cardenas	Infancia Y Adolescencia
Departamento de Amazonas	
Nombre	Cargo
Jhon Jairo Córdoba	Comunicador IEC
Jesús David Cabrera	Técnico De Apoyo SAC
Ingrid Sáenz Do Rey	Profesional Universitario SAC
Yuribella Hernández	Profesional Universitario de Apoyo GISP



Departamento de Guaviare	
Nombre	Cargo
Claudia Galindo Moreno	Coordinación IEC
Nidia Patiño Duque	Promoción Social
Jacqueline Sánchez Comba	Promoción Social
Departamento de Vaupés	
Nombre	Cargo
Nadiezhdha Novoa	Profesional Universitario IEC
Moisés Beltrán	Participación Comunitaria En Salud
Jeimie Carrillo B	Asesora Política Pública Envejecimiento y Vejez
Yury Rodríguez	Profesional Universitario ECNT
Fecha de Inicio y Finalización de la Asistencia Técnica.	21 de Octubre de 2013 a 2 de Abril de 2014.
Redactora del Informe	
Redactora del Informe	Cargo
María Del Pilar Sosa Santos	Componente de Comunicación e Incidencia Técnica y Política y Movilización Social, para los departamentos: Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare Y Vaupés. MSPS en Convenio con OPS/OMS – Convenio 310 De 2013.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

4 Introducción

La Constitución de 1991 (Constituyente, 1991) organiza al Estado colombiano bajo un modelo unitario, descentralizado y con autonomía de sus entidades territoriales. En un marco de competencias y recursos, los diferentes niveles del gobierno tienen una corresponsabilidad para gestionar y promover el cumplimiento de los fines de la nación.

Desde la acción intersectorial se implementan planes sectoriales, poblacionales y de ordenamiento territorial, para generar transformaciones que redunden en el bienestar de los colombianos.

En este contexto, la Ley 1438 de 2011 (República, 2011) determina la construcción del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) para reducir la inequidad en salud en Colombia y lograr tres objetivos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, y mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), mediante la Resolución 1841 de mayo de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) establece que las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias y las necesidades, condiciones y características de su territorio, deben adaptar y adoptar los contenidos definidos en el PDSP 2012 – 2021 en cada cuatrienio, a través de la formulación de los planes territoriales de salud y coordinar su implementación en su área de influencia de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina el Ministerio.

Para facilitar la implementación y adopción del PDSP 2012 – 2021, y a la luz de la Ley 715 de 2001 (República, 2001) (que define las competencias de la Nación para brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, municipios y distritos, para el desarrollo y adopción de políticas, planes, programas y proyectos en salud), el MSPS en convenio de Cooperación Técnica con la Organización Panamericana de la Salud, desde agosto de 2013, implementa el Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado (ATRU) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) en siete regiones del país: Amazonía y Orinoquía, Caribe, Central, Oriental, Bogotá y Cundinamarca, Antioquia, y Pacífico.

Cada región ha contado con un equipo interdisciplinario (conformado por un profesional en planeación para el desarrollo integral en salud y un profesional en comunicación e incidencia técnica y política, y movilización social) cuyo papel, de acuerdo con los lineamientos del modelo ATRU, ha sido fortalecer la autoridad sanitaria, la gobernabilidad territorial, la rectoría del sector salud y las capacidades

locales de gestión transectorial en salud definidas en el PDSP 2012 – 2021, para que sea adoptado y cumplido, y asumir el cambio de paradigma en la forma de comprender la salud y la planeación territorial utilizando la metodología Pase a la Equidad en Salud.

Ante la propuesta de reducir la inequidad en salud en Colombia y lograr que sea una dimensión transversal en todas las políticas públicas, ha sido necesario considerar cómo realizarla. Para esto se torna fundamental diseñar e implementar planes y programas con participación social y realizarles acompañamiento y evaluación, fortaleciendo los procesos de movilización social. De esta manera se contribuye desde la planeación integral en salud a las transformaciones en la forma de planear, de pensar y de actuar, de los servidores públicos y los ciudadanos.

Se requiere además un enfoque de comunicación y movilización social que aborde la relación entre los conocimientos y los comportamientos, cree entornos favorables para los cambios y las transformaciones deseadas, construya lo público, y profile la incidencia política que se debe manifestar en todos los ámbitos del desarrollo, con proyección hacia acciones y procesos de larga duración.

La incidencia política es un reto para los profesionales de la comunicación y de otras disciplinas que trabajan en la planeación integral de la salud. Tiene por objeto cambiar políticas desde un proceso estratégico de reconocimiento del contexto social y del entorno político, un posterior cabildeo, acompañamiento y seguimiento a los acuerdos con aquellos organismos, instituciones o personas que son responsables de crear las políticas e implementarlas.

Desde la perspectiva del PDSP 2012 - 2021 y del modelo ATRU, la comunicación trasciende lo “instrumental” –perspectiva que la reduce a los medios, canales y herramientas que favorecen el consumo de información en lugar del encuentro, del diálogo y la construcción del aprendizaje significativo–, para convertirse en una dimensión fundamental, situación que requiere también una visión dinámica y sostenible.

Frente a este desafío, y en la perspectiva de implementar el PDSP 2012 – 2021, el modelo ATRU propuso desde la comunicación social, dos componentes: Comunicación e incidencia técnica y política, y Movilización Social de actores –que se suman a otros cuatro componentes: Análisis de la Situación de Salud (ASIS), Planeación Estratégica, Planeación Operativa, y Monitoreo, Seguimiento y evaluación–, orientados a formar, informar, sensibilizar, movilizar y generar procesos educativos y participativos en cada una de las siete regiones.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Desde estos dos componentes, la comunicación trasciende el campo de los medios y se interna en procesos más complejos como la participación social y la incidencia política, con miras a la búsqueda de la exigibilidad de los derechos ciudadanos, que es lo que le permite a una sociedad contribuir a las transformaciones comportamentales y culturales de los grupos que la conforman y a la articulación de los sujetos, colectivos y organizaciones con búsquedas loables como lo señala el PDSP para reducir la inequidad en salud en Colombia, y lograr que la salud sea transversal en todas las políticas públicas.

La Comunicación e incidencia técnica y política y la Movilización Social de actores son dos componentes que hacen intervenciones que son cíclicas y que no finalizan en su ejecución, pues la implementación y adopción del PDSP 2012 – 2021 es un proceso sostenible, de transformaciones culturales y de visión a largo plazo que no puede sostenerse en acciones temporales. Se retroalimentan, se reformulan y se retoman las herramientas diseñadas por el equipo ATRU para fortalecer continuamente los objetivos de estos dos componentes.

Bajo la perspectiva de la Comunicación e incidencia técnica y política, y la Movilización Social de actores, el modelo ATRU ha desarrollado tres momentos para la implementación y adopción del PDSP 2012 – 2021, desde su puesta en marcha en agosto de 2013 y hasta abril de 2014, que deben continuar dando vida a un clima cultural que sostenga y dé sentido al proceso iniciado y permita alcanzar los cambios propuestos.

El primero, llamado apropiación, consistió en un acercamiento inicial con las entidades territoriales para generar aliados y movilizar la voluntad política de la gobernanza departamental; en el segundo momento, de posicionamiento, se llevaron a cabo los eventos de lanzamiento para que el PDSP 2012 - 2021 ocupara un espacio en la mente de los actores sociales de los departamentos y los distritos; y en el tercer momento, de relacionamiento, se fortalecieron las capacidades técnicas de los equipos territoriales para el diseño e implementación de estrategias de relacionamiento con el uso de la metodología para el relacionamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y la identificación de los actores sociales desde el documento Guía para la Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Este informe presenta el resumen general de los resultados de los componentes Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social de actores, el análisis agregado sobre la identificación de las debilidades, amenazas, oportunidades y fortalezas, y las lecciones aprendidas del proceso de implementación de este componente en el modelo ATRU, en los departamentos

de Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés, que corresponden a la región Amazonía.

5 Componentes de Comunicación e Incidencia técnica y política, y Movilización Social en el Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado (ATRU)

La adopción e implementación del PDSP 2012 - 2021 en concordancia con el Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado (ATRU), diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2013, y liderado por la Dirección de Epidemiología y Demografía, con la Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud, y el Grupo de Comunicaciones del MSPS, comprende una serie de actividades de asistencia técnica a su vez definidas en seis procesos: Comunicación e Incidencia técnica y política, Movilización Social, Análisis de la Situación de Salud (ASIS), Planeación Estratégica, Planeación Operativa, y Monitoreo, Seguimiento y evaluación.

Este capítulo se centra en los procesos de Comunicación e incidencia técnica y política, y Movilización Social.

Dentro de la implementación del PDSP 2012 – 2021, se incluyen estos dos procesos porque pueden lograr transformaciones culturales, individuales y colectivas en los diferentes actores sociales involucrados en la gestión del sector salud, de los ámbitos: sectorial, transectorial y comunitario. También porque estos procesos contribuyen, en las dinámicas organizacionales y sociales a la sostenibilidad del PDSP.

La gestión del sector salud tiene como meta central alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de enfermedad existente sobre los años de vida saludables.

5.1 Componente de Comunicación e Incidencia técnica y política

La comunicación, vista desde el modelo ATRU, busca posicionar el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 como una política pública del Estado, que para el año 2021 trabajará para lograr la paz y la equidad social mediante la mejora del bienestar integral y la calidad de vida de todos los habitantes de nuestro país. Esto será posible con la acción transectorial y comunitaria.

Este componente comprende un conjunto de acciones comunicativas y mediáticas, encaminadas a facilitar el conocimiento, la comprensión y el empoderamiento de los servidores públicos y los ciudadanos. Facilita la construcción de relaciones con los actores claves de los territorios para lograr sinergias que respondan a las necesidades de la planeación integral en salud y se logre la transversalidad de la salud en todas las políticas públicas.

Gráfico 1. Componente de Comunicación e Incidencia técnica y política.



En relación con la incidencia técnica y política para la transectorialidad de la salud, durante el primer y segundo momento de la asistencia técnica se realizó el relacionamiento con gobernadores, alcaldes, autoridades sanitarias, y los equipos funcionales de planeación y de comunicación, creados al interior de las Secretarías de Salud Departamentales, para trabajar el PDSP 2012 – 2021, promoviendo la creación de un grupo de servidores públicos que incidan en la cohesión de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, para la puesta en marcha y la sostenibilidad del PDSP en los territorios.

Durante el tercer momento, llamado relacionamiento, el componente fortalece la gestión del sector salud, proyectada con la transferencia de la metodología de relacionamiento a los equipos territoriales. Este trabajo de incidencia técnica, en las entidades territoriales de salud, contribuye al cambio cultural que busca el PDSP 2012 - 2021, consistente en superar la visión medicalizada de la salud, y desarrollar un enfoque de gestión transectorial donde cada dimensión del desarrollo (social, ambiental, económica, financiera, jurídica, entre otras) participe de manera activa para mejorar las condiciones de vida donde las personas nacen, crecen, trabajan y se desarrollan.

Esta labor de incidencia técnica es entendida en el marco del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, como dimensión transversal del PDSP 2012 - 2021, en un lineamiento para crear las condiciones favorables en las entidades territoriales, incorporando sistemas adecuados, capacidades, habilidades y destrezas para fortalecer los equipos técnicos, brindando metodologías y herramientas adecuadas y pertinentes a las realidades locales, para fortalecer su rectoría en salud y construir relacionamientos efectivos con los otros actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.

5.2 Componente de Movilización Social

La comunicación para la movilización de actores sociales privilegia acciones que estimulan el desarrollo humano social y que contribuyan a la democratización, a la sensibilización y a la dinamización de la participación comunitaria, con el objetivo de avanzar en la exigibilidad de los derechos de la salud por parte de los ciudadanos.

Debe convocar sectores sociales diversos, individuos, grupos e instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil para favorecer la generación de alianzas estratégicas incluyentes y crear mecanismos que garanticen la sostenibilidad del PDSP 2012 – 2021.

El desafío de la movilización social en los territorios consiste en asegurar que cada uno de los actores involucrados en el proceso aumente su afinidad con el PDSP 2012 – 2021. Es decir, se sienta identificado con esta política pública, perciba sus beneficios, comprenda su visión, y le agregue valor a su puesta en marcha, avanzando hacia la equidad en salud y el desarrollo humano.

Gráfico 2. Componente de Movilización de Social



Desde la visión del modelo ATRU para la implementación del PDSP 2012 – 2021, este componente hace posible la construcción de alianzas con gobernadores y alcaldes para incidir en la transformación positiva de la autoridad sanitaria y recuperar las capacidades básicas de las entidades territoriales para gestionar la salud.

Los componentes de Comunicación e Incidencia técnica y política, y Movilización Social, como procesos deben estar implícitos en la sostenibilidad de las acciones de la planeación integral de la salud para la de adopción del PDSP 2012 – 2021. Esto con el fin de permear las diferentes agendas de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, y materializar sus objetivos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de las personas, y lograr cero tolerancia sobre la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

6 Resultados Generales de los Componentes de Comunicación e Incidencia técnica y política y Movilización Social

El componente de Comunicación e incidencia técnica y política y, Movilización Social, contribuyó a la puesta en marcha del PDSP 2012-2021, con el procedimiento de alistamiento institucional del proceso de planeación para el desarrollo integral en salud. Esto se realizó mediante el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, para contribuir a la rectoría del sector y a la gobernabilidad. El trabajo consistió en fortalecer las capacidades, las habilidades y las destrezas de los equipos técnicos de las Secretarías de Salud Departamentales (SSD), buscando que en el despliegue regional del Plan se concretaran la visión de equidad en salud y desarrollo humano.

El capítulo presenta los resultados generales de la implementación del modelo ATRU de los dos componentes mencionados en tres partes. En la primera parte, se explica qué entiende el modelo ATRU por asistencia técnica, inter-aprendizaje y fortalecimiento de capacidades. En la segunda parte, se presentan los tres momentos de la implementación del modelo ATRU: apropiación, posicionamiento y relacionamiento, y en la tercera parte, se muestran los resultados generales, desde el fortalecimiento de capacidades.

6.1. La Asistencia Técnica, el Inter-aprendizaje y el Fortalecimiento de Capacidades en el modelo ATRU

Para efectos del modelo ATRU, la asistencia técnica se define como el proceso interactivo mediante el cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que han sido analizados y adaptados por agentes del MSPS para el mejor desempeño de sus funciones y el adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas en el contexto del sector salud. Dichos conocimientos y destrezas se configuran en metodologías, documentos y técnicas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

que son provistos a través de un conjunto de actividades programadas que incluyen talleres, asesorías, reuniones, conceptos escritos, suministro de tecnología blanda y/o dura, conferencias, generación de lineamientos técnicos, desarrollo de conversatorios, video conferencias, seminarios taller y jornadas nacionales, entre otras actividades.

La asistencia técnica se enmarca bajo el concepto de aprendizaje altamente participativo y diálogo de saberes, que permite afianzar la gestión del conocimiento y el desarrollo institucional y territorial. Dos temas destacados de la asistencia técnica, en la perspectiva de la construcción transectorial, fue el trabajo colaborativo y el aprendizaje significativo. El trabajo colaborativo consiste en el intercambio de conocimiento entre pares, y la adquisición de competencias a través de las experiencias y puntos de vista que cada uno de los participantes tiene sobre los diferentes temas, en el marco de sus contextos locales. Este aprendizaje significativo hace parte de un proceso de comprensión colectiva que enriquece a cada miembro del grupo y requiere de todos ellos la mayor disposición y responsabilidad.

Se busca que la asistencia técnica contribuya al desarrollo de los diferentes actores del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS), a partir de la generación de políticas, planes, programas y la gestión de proyectos que contribuyan a lograr un desarrollo institucional, representado en el incremento de la capacidad de gestión institucional para el desempeño de las competencias, mejorando las habilidades y destrezas del talento humano y la gestión en forma eficiente de los recursos tecnológicos, informáticos, físicos, financieros y organizacionales.

La asistencia técnica comprende la realización de tres actividades: capacitación, asesoría y acompañamiento. A continuación se definen cada una de ellas:

La capacitación tiene como objetivo proporcionar conocimientos organizados que le permitan al servidor público, fortalecer la capacidad para la innovación y afrontar el cambio, percibir los requerimientos del entorno, tomar decisiones acertadas en situaciones complejas, trabajar en equipo y valorar y respetar lo público, según las Políticas de Formación para el Aprendizaje Institucional (Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), 2005).

La capacitación debe tener en cuenta los requerimientos y particularidades de las entidades en sus contextos locales, como de sus funcionarios, enmarcando estas actividades en las competencias organizacionales, para dirigir las a la formación de multiplicadores regionales que difundan los contenidos al interior de sus entidades y a otras de su jurisdicción y generar competencias para la identificación y solución de los problemas mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes que conlleven a generar proyectos de aprendizaje significativo.

La asesoría corresponde a la emisión de opiniones, consejos o advertencias sobre la forma de gestión de procesos internos claves del sistema de salud, en respuesta a

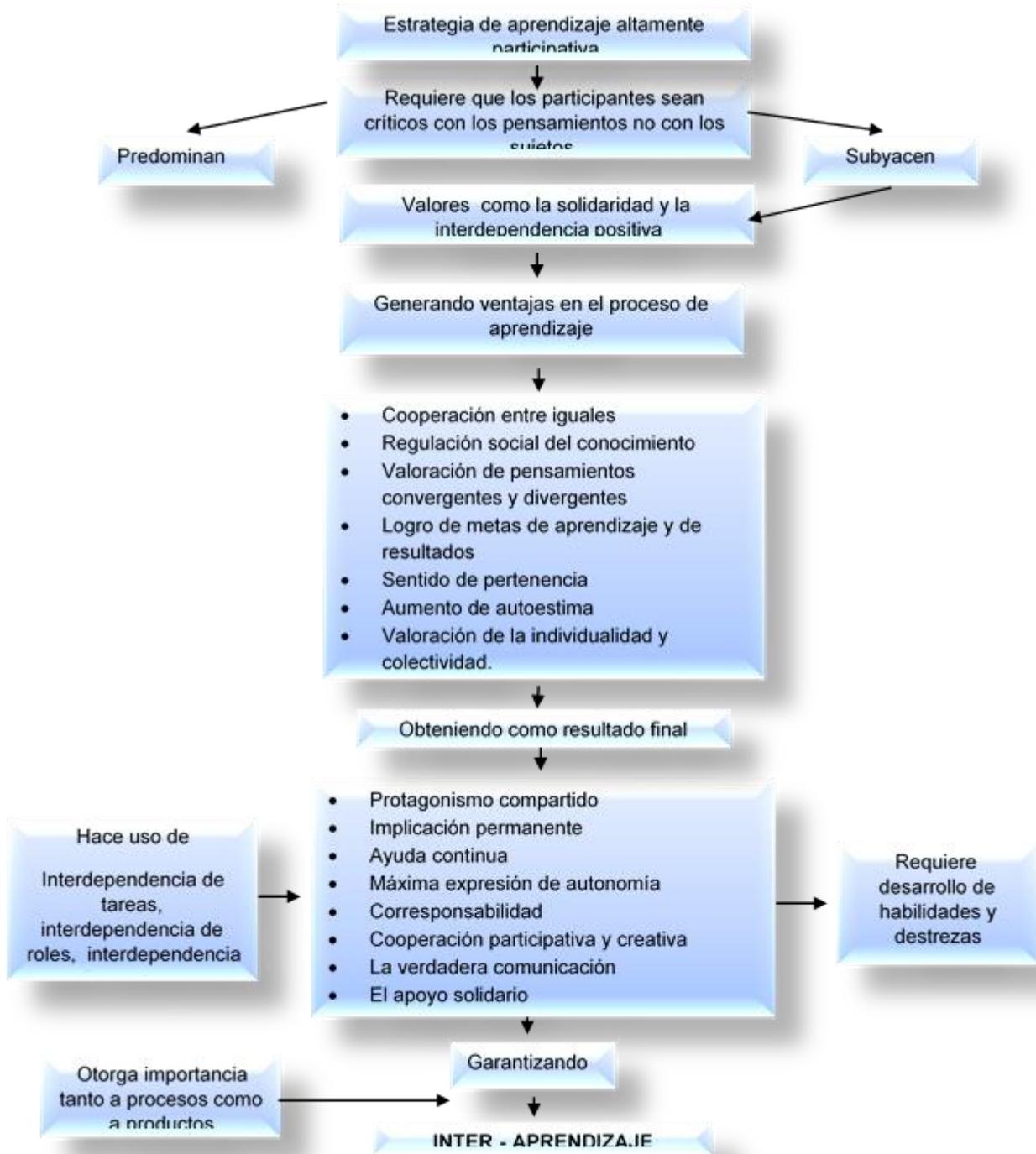
consultas, necesidades, inquietudes y problemas, sentidos y expresados, por los servidores públicos de los equipos territoriales.

Por su parte el acompañamiento hace referencia a las acciones orientadas a resolver las consultas, inquietudes y dudas de los usuarios sobre intereses o temáticas específicas de las entidades territoriales, de las herramientas e instrumentos del sistema de salud, de forma presencial o utilizando los avances tecnológicos que posibilita el trabajo remoto. Este es el gran beneficio que ofrecen las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) y de las cuales el modelo ATRU se valió para sus procesos de acompañamiento y de asistencia técnica, con las SSD en todos los departamentos del país en su implementación.

Lo anterior ha sido fundamental para la apropiación del PDSP en el contexto territorial. El inter-aprendizaje ha permitido la conformación de grupos colaborativos de manera que se determine tanto la construcción como el consenso con la participación activa de las partes interesadas, bajo la estructura de trabajo colaborativo. Estas ideas son desarrolladas en el portal educativo Colombia Aprende. (Ministerio de Educación Nacional, 2005).

El siguiente gráfico muestra las características fundamentales del Inter-aprendizaje.

Grafico 3: Estrategia de Inter-aprendizaje





**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

En este marco, el modelo ATRU ha buscado la incidencia técnica con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria. Esta labor se hizo posible, desde los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política, y Movilización Social mediante el fortalecimiento de capacidades de los servidores públicos de las SSD. Se define como fortalecimiento de capacidades, las condiciones, cualidades, habilidades y destrezas que los servidores públicos deben tener, desarrollar, aprender y/o fortalecer para contribuir a la implementación del PDSP 2012-2021 y su sostenibilidad. Estas capacidades, habilidades y destrezas, se sintetizan en una tabla resumen que describe también las actividades fundamentales realizadas en cada momento y las herramientas y metodologías entregadas a los equipos de las SSD en cada una de las visitas de asistencia técnica (Ver anexo 1).

6.2. Momentos de la Implementación del Modelo ATRU del PDSP 2012-2021

El modelo ATRU del PDSP se desarrolló desde octubre de 2013 hasta abril de 2014 en tres momentos: apropiación, posicionamiento y relacionamiento. Los dos primeros momentos se adelantaron con la dupla del equipo técnico (planeador y comunicador) y la tercera visita fue realizada por el comunicador. Cada visita a las SSD, tuvo una duración de dos días. En estas visitas se adelantaron capacitación y asesoría y en el tiempo transcurrido entre cada una de las visitas, acompañamiento a los equipos territoriales vía telefónica y/o virtual.

El primer momento de apropiación, se realizó a finales de septiembre y durante el mes de octubre. Después de realizar el acercamiento a las autoridades gubernamentales con la compañía del (la) Secretario(a) de Salud Departamental, utilizando las herramientas diseñadas para tal fin (Ver anexo 2), se les entregó a los gobernadores una carpeta, con información relevante del PDSP (Ver anexo 3); se hizo la socialización del PDSP, ante los servidores públicos de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), con las ayudas audiovisuales diseñadas, (Ver anexo No.4) y se llevó a cabo la capacitación del equipo funcional de comunicación y de planeación (Ver anexo No.5).

En los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social, se trabajaron las herramientas diseñadas para adelantar el taller de Producción de Comunicación I (Ver anexo 6) con el fin de profundizar sobre la importancia de los componentes mencionados; generar habilidades para la identificación de actores claves, aprender a manejar las bases de datos y producir contenidos relevantes sobre el PDSP en los formatos boletín digital y podcast, para su difusión en las páginas web de las gobernaciones y cuando fuera posible en los medios de comunicación locales priorizados en cada territorio. Se dejó también al grupo funcional de comunicación, el kit de herramientas para la

organización y planeación del evento de lanzamiento del PDSP en los territorios. (Ver anexo No. 7).

Las herramientas transferidas, sus instructivos y las metodologías incorporadas facilitaron la sensibilización de los actores sectoriales con miras a movilizar a los otros actores del sector como a los transectoriales y comunitarios para promover el cambio cultural deseado, en la búsqueda de superar la visión medicalizada de la salud y desarrollar el enfoque de gestión transectorial de la salud.

Con la fundamentación conceptual, la capacitación y el entrenamiento del primer momento más el acompañamiento permanente por parte de los comunicadores del equipo ATRU, los equipos funcionales de comunicación departamental del PDSP, pusieron en práctica los ejercicios desarrollados, produjeron información y utilizaron diferentes canales de comunicación masivos y alternativos para ganar terreno con los temas fundamentales del Plan. Se prepararon los lanzamientos departamentales del PDSP, para el siguiente momento.

En el segundo momento, llamado posicionamiento, comprendido entre noviembre y diciembre de 2013, se realizaron los eventos de lanzamiento del PDSP, con la presencia de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios y se realizó la capacitación del primer momento a los municipios priorizados del país. En el evento se presentó el PDSP y con la presencia de representantes del MSPS se recalcó su importancia, alcances y objetivos. Se destacó una noción de salud integral y se enfatizó en la ideas de equidad en salud y desarrollo humano y en la salud en todas las políticas. Con la presencia de las autoridades sanitarias y gubernamentales se dialogó con los asistentes, resolviendo las preguntas de acuerdo a los contextos locales.

En este momento se hizo la transferencia de conocimiento a los equipos municipales y donde fue posible se organizaron grupos funcionales de comunicación del PDSP. Se compartió la asistencia técnica con los equipos departamentales para contribuir con sus capacidades, habilidades y destrezas pertinentes al momento y facilitarles su labor como multiplicadores de los alcances del PDSP, y el uso de las herramientas, las técnicas y las metodologías en Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social para capacitar a los equipos técnicos de los municipios de la jurisdicción departamental.

Para el tercer momento, denominado relacionamiento, realizado durante el mes de marzo, abril y principios de mayo de 2014, se hizo la transferencia de la metodología de relacionamiento a los equipos territoriales de las SSD. Este momento, se llevó a cabo como parte del procedimiento de alistamiento institucional para la formulación del Plan Territorial de Salud (PTS), desde los actores territoriales como son los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios. Este momento fue la síntesis del proceso iniciado para los equipos territoriales que en esta ocasión fue ampliado. Además de los equipos funcionales

de comunicación y planeación, participaron los coordinadores de área o de programas de las SSD.

Para este momento se contó con una caja de herramientas diseñada para facilitar a los equipos territoriales la comprensión de los temas fundamentales de la gestión transectorial (actores, participación social, transectorialidad, entre otros) y la metodología de identificación de actores para la formulación de las estrategias de relacionamiento para el trabajo transectorial en función de la formulación de del PTS (Ver anexo 8). La metodología fue altamente participativa y el diálogo generado produjo una mayor comprensión y apropiación del PDSP y de la importancia de los procesos de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social en el proceso de Planeación integral de salud. El trabajo en grupos realizado en el taller permitió la identificación de actores clave para el trabajo transectorial en salud y se firmaron acuerdos para continuar el trabajo y preparar la siguiente fase del modelo ATRU en los territorios, con miras a la formulación del próximo PTS.

6.3. Presentación del Territorio

La región de la Amazonía, para efectos del contrato de servicios CO/CNT/1300188.001, cuyo objeto es “apoyar el despliegue en la región del plan de movilización social y comunicación regional para la difusión, divulgación, socialización del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, sus lineamientos técnicos y operativos desde la perspectiva de la participación social e institucional en los territorios” (Organización Panamericana de la Salud, 2013), es presentada en este informe, en cinco departamentos, cada uno con especificidades geográficas, económicas, sociales, políticas y culturales, que sin embargo, comparten entre ellos, algunas similitudes.

Inicialmente los departamentos asignados fueron Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés. Previo a la segunda salida de asistencia técnica, se incorporó a la regional, el departamento de Putumayo.

Los departamentos mencionados se muestran en la siguiente imagen:

Imagen 1: Los Departamentos de la Amazonía



La región de la Amazonía, conocida como el *Pulmón del Mundo*, abarca entre el 35 y 40% del territorio nacional y es la zona menos poblada del país. Según el SINCHI (Instituto Amazónicas de Investigaciones Científicas (SINCHI), 2007) hace parte de la gran región suramericana de la selva amazónica, la más extensa zona forestal del mundo (34%) que es compartida por Venezuela, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Guyana, Suriname, y Bolivia. La Amazonía es una de las regiones colombianas más diversas por sus pobladores, mayoritariamente comunidades indígenas, como por su flora y fauna.

Por sus características, lejanía a los centros de desarrollo ubicados en zona andina y periandina, y su difícil acceso, esta región ha sido llamada “La otra Colombia”. La edición especial de la revista Colombia Amazónica (Montaña, 2007), destaca que esta región empezó a contar para el país, con la configuración del nuevo escenario político e institucional, enmarcado por la nueva Constitución de 1991 que reconoció a las antiguas intendencias y comisarías el carácter de

departamentos, lo que le dio un lugar en el desarrollo institucional del país y una presencia más permanente del Estado.

De esta región, los departamentos asignados para el trabajo de la implementación del modelo ATRU del PDSP, fueron Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés. Se presentan con una síntesis de información socio-política y económica relevante.

El departamento de Putumayo, con Mocoa como capital y cuatro municipios priorizados (San Miguel, Puerto Asís, Colón y Santiago), cuenta con un gran contraste pluri-étnico y multi-cultural, por tener población colona, indígena y afrodescendiente. Está dividido en 13 municipios, cuenta con 5 corregimientos, 62 resguardos indígenas y 5 reservas indígenas. Según el DANE (Departamento Nacional de Estadística (DANE), 2012), la población total del departamento es de 333.247 habitantes. Del total proyectado, el 48% se encuentra en las cabeceras de los municipios y el 52% en las zonas rurales. Del total el 50,7% son hombres y el 49,3% mujeres. Este departamento ha tenido dificultades en su estabilidad política por el cuestionamiento de los organismos de control a varios de sus gobernadores y hasta hace 15 años tuvo fuerte presencia de guerrilla que fue controlada con un batallón militar entre Mocoa y puerto Asís. Cuenta con riqueza petrolera en la zona de Orito. Tiene zona de frontera con Ecuador y Perú.

El departamento de Guainía, tiene un único municipio de categoría sexta, de acuerdo al Departamento Nacional de Planeación (Departamento Nacional de Planeación (DNP), 2011), que es Inírida su capital. Cuenta con siete corregimientos y un 85% de población indígena con cuatro grupos étnicos mayoritarios: Curripaco, Puinave, Sikuni y Piapoco (Gobernación de Guainía, 2012). Su población, de acuerdo al Informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del Departamento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) referencia, para el año 2011, 38.949 habitantes y una concentración de 19.096 habitantes en la cabecera municipal, la mayoría población colona. A finales del siglo pasado y principios del XX, la actividad económica se concentró en las plumas, las pieles y el caucho. Actualmente la actividad económica principal en Inírida es el comercio. La mayoría del territorio son resguardos indígenas, el más grande de ellos Chorro Bocón, en el Inírida medio. Al departamento solo se llega por vía fluvial o área, lo que incide en el alto costo de la vida. Tiene zona de frontera con Brasil y Venezuela.

El trabajo de la SSD se ha concentrado en los últimos dos años en gestionar con el MSPS un modelo de salud intercultural para población dispersa, que enfatiza en la importancia de la APS (Atención Primaria en Salud) e intenta resolver los problemas de aseguramiento (acceso y calidad de los servicios). Para hacer realidad este modelo, un boletín informativo del departamento (Secretaría de Salud Departamental, 2014) informa que acaba de salir el proyecto de acuerdo que se consultó con los grupos indígenas la primera semana de mayo.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Amazonas, tiene una gran extensión de selva, dos municipios, Puerto Nariño, y Leticia su capital y nueve corregimientos. Su población es en un gran porcentaje indígena que habita el territorio en 28 resguardos distribuidos en la zona boscosa. Según la proyección del censo DANE 2005, para el 2013 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2005), el departamento tiene una población de 74.541 personas, la cual el 38%, habitan en el área rural y 62% el área urbana. Del total de la población del departamento, aproximadamente un 60% se concentra en el municipio de Leticia. Sobre la composición étnica de la población, señala la fuente, que el 40,47% se auto reconocen como indígenas, mientras que el 50,85% proceden o son descendientes de población llegada de otros departamentos del país y el 1,84% son afrodescendientes.

El desarrollo económico del departamento está limitado por las difíciles vías de acceso. Sobrevive a partir de una economía básica sustentada en la extracción y comercialización de madera, caucho y minerales como el oro. Adicionalmente la pesca y la agricultura complementan los ingresos de la región, junto con el turismo que durante los últimos años se ha convertido en un rubro ascendente para la región. Actualmente cuenta con gobernador (E), a raíz de que el gobernador Carlos Arturo Rodríguez Celis fue suspendido de su cargo por investigaciones de los organismos de control. Tiene zona de frontera con Perú y Brasil.

El departamento de Guaviare nace el 5 de julio de 1991, por la nueva Constitución Política de Colombia que le dio esta categoría. Su población es de 95,551 habitantes y lo conforman cuatro municipios El Retorno, Calamar y Miraflores y su capital es San José del Guaviare. La gobernación del Guaviare (Gobernación del Guaviare, 2014) refiere que ha habido dos etapas que han marcado sus dinámicas sociales y políticas. Una primera etapa de colonización de grupos que llegaron de 1920 a 1950, generada por el auge de la extracción de quina, tigrillos, caucho y madera y la segunda, de 1966 derivada de la violencia política en Colombia que dio lugar a grandes desplazamientos de campesinos. Hacia 1968 se generó una nueva ola de migración a causa de razones políticas, y finalmente, en los años 80 el auge del cultivo de coca atrajo numerosos colonos.

La economía del departamento, gira alrededor del sector agropecuario. Son sus renglones legales más importantes, los servicios, la explotación forestal, la pesca, y en los últimos años, la ganadería y la agricultura, las que han tenido un gran impulso. Tiene tres resguardos indígenas Guayabero, Sikuaní y Nukak y sus caminos han sido testigos del drama humano del grupo indígena Nukak, que se han visto obligados a dejar su vida nómada y buscar las cabeceras municipales para sobrevivir en condiciones deplorables a causa del conflicto armado. Al inicio del 2014 se hicieron elecciones para hacer revocatoria del mandato del gobernador del departamento, José Octaviano Rivera Moncada, pero este no logró la votación requerida para removerlo del cargo.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Por último, el departamento de Vaupés cuenta con tres municipios: Mitú, su capital y Carurú y Taraira, y tres corregimientos departamentales. Esta reorganización territorial le dio al reciente departamento una dinámica totalmente nueva, así como unas funciones y responsabilidades para las que no contaba con los recursos humanos y estructurales adecuados. Su acceso es por vía aérea o fluvial. El informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) refiere que la población total del departamento es de aproximadamente 42.392 habitantes, de los cuales el 36% se encuentran ubicados en las cabeceras urbanas y el 63% en las zonas rurales; la composición poblacional del departamento es heterogénea, conformada por colonos, indígenas y mestizos. Del total de habitantes 29.860 son indígenas, es decir, el 70.44% de la población. Se localizan 26 pueblos indígenas. Estos grupos se encuentran asentados en comunidades ubicadas en las riberas de los ríos y caños a lo largo y ancho del departamento, conformando un total de 217 comunidades.

El gobernador Roberto Jaramillo hace esfuerzos por hacerle frente a los crecientes retos y consolidar los temas pendientes de su administración, sin embargo su gobernabilidad es frágil. Actualmente, se está creando un grupo de ciudadanos vaupenses que se proponen pensar y desarrollar iniciativas para contribuir a solucionar las dificultades institucionales socioeconómicas y políticas que aquejan este territorio. La zona de frontera del departamento, colinda con Brasil.

6.4. Análisis Agregado de los Resultados de los Componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social.

A continuación se presentan las tablas resumen que contienen la información más relevante por departamento. Las entradas de la tabla cruzan los tres momentos de la implementación del modelo ATRU: apropiación, posicionamiento y relacionamiento, con las actividades de cada momento, las capacidades, habilidades y destrezas transferidas de acuerdo a los productos y a los procesos y las coberturas logradas. Se registra, en la descripción, aspectos para tener en cuenta, porque han afectado positiva o negativamente los resultados esperados; en los aspectos relevantes que agregan valor al proceso, se escriben los principales resultados; en el análisis, se destacan los temas fundamentales para el fortalecimiento de capacidades en pro del proceso que han visibilizado la incidencia técnica. Para terminar, en recomendaciones, se muestran los retos para el fortalecimiento de capacidades.

Para leer la casilla de capacidades, habilidades y destrezas se sugiere consultar de manera paralela el anexo 1 de este capítulo llamado Tabla resumen de las capacidades, habilidades y destrezas del componente de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social del modelo ATRU.



En las tres últimas filas se listan, los productos comunicativos de cada uno de los momentos que se pueden encontrar agrupados por departamento y por momento, en los anexos.

En su orden, se presentan las tablas de Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés.

6.4.1. Departamento de Putumayo

Tabla No. 1: Resumen de Resultados del Departamento de Putumayo

Momento de Implementación Del Modelo ATRU	Fecha	Capacidades, Habilidades y Destrezas Que Se Transfirieron	Coberturas		
			# Personas: Socialización/ Capacitación comunicación /grupo funcional de comunicación.	# Asistentes Lanzamiento	# Municipios Capacitados/# De Municipios Priorizados
Apropiación	Sep 30- Oct- 1 de 2013	El primer momento se trabajó la fundamentación conceptual de forma magistral del PDSP y el plan de medios dialogando. El ejercicio del taller fue presentado en el Dropbox. Y con preguntas del equipo.	38/8/8	N/A	N/A
Posicionamiento	Nov 6-9 de 2013	-Se transfirieron todas las capacidades. Las habilidades transferidas se relacionaron principalmente con el evento de lanzamiento. -Las destrezas fueron reforzadas desde la importancia del manejo de las bases de datos para la realización de las convocatorias. -La AT con los municipios se trabajó con la	9 personas capacitadas: 3 de municipios para ambos componentes; 4 de planeación; 2 del grupo funcional de comunicación.	81	3/4 (Colón, Puerto Asís y San Miguel). (Ausente: Municipio de Santiago).



		fundamentación del PDSP y del componente principalmente.			
Relacionamiento	Marzo 10-11 de 2014	Las capacidades transferidas en la primera parte del taller se centraron en la fundamentación de la metodología de relacionamiento. Las habilidades y destrezas se desarrollaron con el trabajo en grupos y la socialización de las plantillas de identificación de actores.	12 personas capacitadas: 3 del grupo funcional de comunicación; 2 del grupo funcional de planeación; 4 de la gerencia Media y 2 profesionales de apoyo.	N/A	N/A
Descripción:	<p>-Sobre la incidencia política se buscó en la primera visita el contacto con el gobernador, Dr. Jimmy Harold Díaz, por intermedio de la Secretaria de Salud Departamental, Dra. Martha Burbano (posesionada en el mes de Septiembre). Este contacto inicial fue imposible hacerlo con él y delegó al Dr. Andrés Rodríguez. Para el segundo momento, el gobernador tampoco asistió al evento de lanzamiento. Delegó a la Dra. María del Pilar Marín. Por la gestión de Cabildeo de la gerencia del Plan, se logra presentar el PDSP y su importancia al gobernador en el segundo momento de la AT en su despacho de la Gobernación.</p> <p>-En relación con las capacidades transferidas en el primer momento, la AT fue acompañada por la dupla Pacífico. Personalmente se aborda este departamento hasta el segundo momento. Aunque se hace un empalme juicioso, y se entra en relación con la líder del equipo funcional con buenos resultados de empatía con el grupo, cuesta un poco de trabajo los últimos momentos de preparación de evento de lanzamiento.</p> <p>-La sede de la SSD está ubicada en las instalaciones de <i>Selva Salud</i> una EPS, que está en liquidación y la SSD no cuenta con un nombre que la identifique. Este lugar está en una condición muy precaria para el trabajo de los servidores públicos, con asinamiento y sin lugares de encuentro para reuniones de más de 5 personas. Claudia Bermúdez de la dupla Pacífico reporta que la primera AT se realizó en un pasillo. Con esta información se gestionó para la segunda y tercera visitas, con la coordinadora del grupo funcional Paula Montoya, para las reuniones de socialización y capacitación con municipios, un salón fuera de la SSD.</p>				
Aspectos Relevantes que Agregan Valor al Proceso:	<p>Momento de Apropiación:</p> <p>La creación del equipo funcional de comunicación en el primer momento, compuesto por 8 personas y el vínculo y colaboración de la Secretaria Martha Burbano, quien llevaba un mes en el cargo. Nota periodística sobre la AT (http://www.saludputumayo.gov.co/) y el boletín <i>Decenalito "Hacia una cultura de salud sostenible"</i>, elaborado por el grupo funcional de comunicación. (http://www.saludputumayo.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=100)</p> <p>Momento de Posicionamiento:</p> <p>-En la AT con los municipios de San Miguel, Puerto Asís y Colón, se destacó la necesidad y la importancia del componente de comunicación con los municipios para el proceso de implementación del PDSP.</p> <p>-En el segundo momento las habilidades para el cabildeo y la incidencia política de la gerencia del PDSP, lograron impactar al gobernador Dr. Jimmy Harold Díaz, quien había nombrado un delegado en el primer momento</p> <p>-Se destacan como logros del evento de lanzamiento realizado en Mocoa, auditorio de Corpamazonía el 8-11-2013: posicionar el PDSP y dar una imagen que renueva la forma de entender la salud como un factor integral de desarrollo; iniciar un proceso de fortalecimiento de la autoridad sanitaria con los representantes de los municipios priorizados que estuvieron en el evento; generar un vínculo con el sector LGTBI, fortalecer los lazos con el sector Deporte e iniciar un proceso</p>				



	<p>de renovación de la imagen de la salud, con otros actores sectoriales. Por el MSPS asistió la gerente del PDSP, Dra. Jacqueline Acosta de la Hoz y el Dr. Jaime Castro Díaz.</p> <p>Momento de Relacionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se enfatizaron las capacidades del equipo técnico sobre la importancia del trabajo transectorial para el sector salud. -Se llamó la atención sobre la importancia del enfoque diferencial de género y las capacidades del equipo para la inclusión para las personas gais que asistieron al evento de lanzamiento del sector LGTBI, reconociendo la importancia del Plan y expresando sus necesidades para ser reconocidas por el sector salud del Departamento. -En el tercer momento se trabajó el fortalecimiento de las capacidades y habilidades, con la gerencia media logrando impactar la gestión del conocimiento sobre la noción de salud del PDSP y el cambio de paradigma que la acoge como sobre la importancia de las estrategias de relacionamiento para la gestión transectorial de la salud. -El equipo de comunicación funcional del PDSP, reconoce explícitamente la importancia del taller para la relación que los gerentes de programa establecen con el tema. Al comprender la importancia de la comunicación y el relacionamiento se sienten visibilizadas y reconocido su trabajo como importante. -Se resalta la importancia de que el PDSP proponga temas de AT para los departamentos de Frontera. Putumayo tiene una labor importante con el consulado de Ecuador en razón de los pobladores habitan en ese límite y van a ese país a ser atendidos por su servicio de salud. -El departamento vincula a una profesional (Martha Gabriela Erira) para adelantar la AT a municipios. A la fecha esta profesional ha adelantado la AT en cinco municipios: Mocoa, Villa Garzón, Puerto Asís, Sibundoy y Orito.
Análisis:	<ul style="list-style-type: none"> -En relación con el manejo de capacidades, para la gestión de conocimiento se destaca la importancia de la noción integral de salud que aborda el PDSP en el marco de la gestión en salud y su implicación con el trabajo cotidiano de la gerencia media. -Se contribuyó a remover la idea de que el relacionamiento es un tema exclusivamente de comunicación, para convertirse en una estrategia de la DST, a fortalecer para la formulación del PTS. Para hacer evidente esta importancia se planteó la necesidad de organizar grupos de estudio sobre el PDSP 2012-2021 y realizar reuniones institucionales para intercambiar ideas sobre su aplicación al trabajo de las áreas. -Se llama la atención al PDSP, sobre los departamentos que tienen límites con otros países y que deben atender temas de salud con los pobladores de estas zonas, que utilizan los servicios de salud de los países vecinos, como es el caso de Ecuador. -Si bien es cierto el tema de orden público en departamentos como Putumayo ha mejorado mucho, se hace explícita la necesidad de acompañamiento en AT para manejar situaciones en zonas de conflicto. Es el caso de Puerto Guzmán que por esos días estaba sitiado por grupos armados al margen de la ley. -El grupo de comunicación funcional de comunicación tiene un liderazgo colegiado entre la coordinadora de IEC, Paula Montoya (comunicadora) y Linda Carolina López (antropóloga), encargada de Movilización Social. Su trabajo articulado ha sido fundamental para el trabajo del PDSP en la SSD. Se vincula Martha Gabriela Erira para la AT con municipios en relacionamiento. -El informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del componente de planeación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) evidenció correspondencia de los compromisos establecidos en el PDD <i>Putumayo Solidario y Competitivo</i> (Gobernación de Putumayo, 2012), con los establecidos en el PTS. Sin duda para la formulación del próximo PST deberá fortalecer las metodologías participativas para garantizar la participación de todos los actores comunitarios en su formulación.
Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> -Fortalecer las habilidades y destrezas para el manejo y administración de la información relacionada con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios. -Fortalecer habilidades de abogacía, cabildeo y relacionamiento con la Gobernación. -Fortalecer habilidades de liderazgo para los servidores públicos en la DST. Se recomienda para las personas que trabajan en los temas de frontera con Ecuador.



	<p>-Sería pertinente acompañar con metodologías y técnicas de facilitación incluyentes y motivantes el trabajo de participación y movilización social con los grupos étnicos (afros e indígenas), como con los demás actores de la salud y transectoriales.</p> <p>-Reforzar el área de comunicación de la SSD, con más personal.</p>
Anexo 9. Momento 1	Boletín virtual momento 1, reseña primera visita y fotografías.
Anexo 10 Momento 2	Boletín virtual momento 2, audio de entrevista a Jacqueline Acosta de la Hoz, insumo para base de datos, formato de sistematización evento de lanzamiento, listas de asistencia y fotografías lanzamiento.
Anexo 11 Momento 3	3 Plantillas de identificación de actores para estrategias de relacionamiento, avance de estrategias de relacionamiento en 5 municipios (plantillas y justificación), directorio grupo funcional de comunicación PDSP, fotografías taller de relacionamiento y cierre del proceso.

6.4.2. Departamento de Guainía

Tabla No. 2: Resumen de Resultados del Departamento de Guainía

Momento de Implementación del Modelo ATRU	Fecha	Capacidades, Habilidades y Destrezas Que Se Transfirieron*	Coberturas		
			# Personas: Socialización/Capacitación/Grupo Funcional de Comunicación	# Asistentes Lanzamiento	# Municipios Capacitados/# de Municipios Priorizados
Apropiación	Oct. 10 y 11 de 2013	<p>-El trabajo de fortalecimiento de capacidades hizo énfasis en los enfoques étnico y diferencial. Predominó la metodología dialógica y el aprendizaje significativo.</p> <p>-Las habilidades y destrezas fueron incorporadas con interés y entusiasmo, de manera dinámica logrando participación activa de todo el grupo.</p>	35/12/5	N/A	N/A



Posicionamiento	Dic. 12-14 de 2013	-Las habilidades transferidas se relacionaron principalmente con el evento de lanzamiento. Se evidenció que el equipo funcional de comunicación trabajo de manera organizada y coordinada en la preparación y desarrollo del evento de lanzamiento, sorteando los inconvenientes de última hora. (Llamar a todos los invitados para retrasar el evento 2 horas porque el vuelo de la FAC donde viajaba el delegado del Ministerio: Dr. Nicolás Páez estaba retrasado.)	0 (Ante la inasistencia del municipio de Inírida se trabajó con 4 personas del equipo funcional de comunicación)	68	1/0
Relacionamiento	Marzo 13 y 14 de 2014	Las capacidades transferidas en la primera parte del taller se centraron en la fundamentación de la metodología de relacionamiento. Se contó con el Secretario (E), Carlos Erick Azcarate quien complementó con información de contexto de territorio. Las habilidades y destrezas se desarrollaron con el trabajo de 5 grupos de 7 personas cada uno, y la socialización de las plantillas de identificación de actores.	35 personas capacitadas de los equipos funcionales de comunicación y planeación PDSP, gerentes de área, profesionales de apoyo y facilitadores bilingües.	N/A	N/A
Descripción:	-En el segundo momento la AT se realizó solamente con el equipo funcional de comunicación de la SDS porque las personas citadas del municipio de Inírida no asistieron. En la AT se sugirió un nuevo acercamiento al municipio para incorporarlos al proceso desde los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social.				



	<p>-El evento de lanzamiento contó con la presencia del gobernador Oscar Armando Rodríguez Sánchez, quien respaldó el PDSP y la gestión del Secretario Luis Fernando Guevara Parra y el Dr. Nicolás Páez del MSPS, para la preparación del modelo de salud intercultural para población dispersa basado en la Atención Primaria en Salud (APS).</p> <p>-Un boletín informativo (05/2014) de la SSD informa que entre el 28 de abril y el 2 de mayo la SSD socializó el proyecto de decreto del Modelo de Salud intercultural con las comunidades indígenas del departamento. Se realizó en las comunidades del Río Inírida (desde la comunidad de Chorrobocón hasta Garza Morichal) y en el Municipio de Inírida (desde la comunidad de Venado, Caño Bocón, Merey y sobre el río Guaviare hasta Cumaral) y los días 1 y 2 de Mayo en los corregimientos de San Felipe (Comunidades del Río Guainía) y Barrancominas (desde Arrecifal hasta Mapiripana.). Para hacer posible este proyecto han participado el MSPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Ministerio de Interior, la Universidad de los Andes, el Gobernador del Guainía, la Defensoría del Pueblo, la Asamblea Departamental, los Representantes y Capitanes de los Pueblos Indígenas del departamento y la Secretaría de Salud Departamental.</p>
<p>Aspectos Relevantes que Agregan Valor al Proceso:</p>	<p>Momento de Apropiación:</p> <p>-De las 12 personas del grupo de comunicación capacitado, 7 eran facilitadores bilingües de las etnias: curripaco, sikuani, piapoco y puinave. Esto determinó el trabajo colaborativo con enfoque diferencial y étnico. El grupo funcional de comunicación, incorpora 2 facilitadores bilingües.</p> <p>-El trabajo del grupo encargado de IEC (liderado por Leslee Reina) ha sido la base para desarrollar las tareas de comunicación y movilización social del PDSP, junto con el de Promoción Social (coordinado por Lucero López) y la oficina de Servicio a la Comunidad, (Olivia Suárez). Esta articulación se tornó fundamental para la organización del evento del lanzamiento.</p> <p>-Como producto del taller se hizo la publicación del boletín digital <i>El Budare de la Salud</i>, y un podcast subido a la página web de la Secretaría Seccional de Salud de Guainía. (http://www.guainia.gov.co/index.shtml#2). Se planteó la importancia de hacer la traducción verbal a las comunidades del contenido de los boletines.</p> <p>-Guainía no cuenta con medios de comunicación escritos. Predomina el uso de la radio. Llega a este territorio la emisora de la Marina, que se gestionó para el cubrimiento del lanzamiento y la entrevista al delegado del MSPS.</p> <p>Momento de Posicionamiento:</p> <p>-La coordinación del equipo y el relacionamiento de la lideresa del grupo funcional de comunicación (la comunicadora Leslee Reina) fue definitiva para la presencia transectorial en el evento de lanzamiento.</p> <p>-La estabilidad y experiencia del equipo de IEC de la SSD ha sido muy importante para el fortalecimiento de las capacidades, habilidades y destrezas de este grupo y la sostenibilidad de los procesos iniciados.</p> <p>- El evento de lanzamiento, realizado en Inírida el 13-12-2013, en la Casa de la Cultura Departamental, logró posicionar al PDSP ante las diferentes autoridades municipales de Inírida dando inicio a un trabajo transectorial en el marco del PDSP; fortalecer la autoridad sanitaria, ante las demás secretarías del Departamento por el trabajo dedicado del Secretario Departamental de Salud para gestionar un modelo de salud intercultural con el MSPS; se estrecharon los vínculos con los representantes indígenas y se comprometió a estar atento para que sus representantes sean escuchados en el desarrollo del SISPI, al buscar las condiciones para su movilización en caso de ser necesario, (en otra oportunidad) y se inicia una etapa de renovación de la imagen del sector salud, como polo de desarrollo departamental, con un lugar importante entre los demás departamentos de la región de la Amazonía al impulsar un modelo de salud intercultural, con énfasis en población dispersa. Por el MSPS asistió el asesor del Ministro de Salud, el Dr. Nicolás Páez.</p> <p>Momento de Relacionamiento:</p> <p>-El liderazgo del Secretario de Salud Departamental y de su equipo para avanzar hacia el modelo de APS que se prepara con el MSPS fue fundamental para generar un contexto propicio para el fortalecimiento de capacidades de la SSD en función del PDSP.</p> <p>-Se contó en el tercer momento con la participación del equipo completo de la Secretaría municipal de Salud de Inírida, liderado por la Dra. Elsa Judith Ojeda.</p>



Análisis:	<p>- En la AT, el diálogo con los facilitadores bilingües facilitó la comprensión de la realidad que viven las comunidades indígenas (escaso acceso a los servicios de salud y baja calidad en los mismos) y el trabajo que desempeñan en la traducción de los temas de salud cuando salen a comisión. Se evidencia la necesidad de fortalecer sus conocimientos de los temas a traducir.</p> <p>-El equipo técnico de Guainía tiene experiencia, conocimiento, es cohesionado, tiene un buen nivel de comunicación interna lo que favorece su gestión y contribuye al trabajo del PDSP y ofrece un contexto adecuado para la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) que se quiere implementar.</p> <p>-La incidencia técnica y política del grupo funcional de comunicación garantizó que en el tercer momento participara en la AT el equipo completo de la Secretaría Municipal de Salud de Inírida, liderado por la Dra. Elsa Judith Ojeda, quien se comprometió a estimular la vinculación de un comunicador para los temas del PDSP.</p> <p>-El informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del componente de planeación plantea que <i>el PDD Un Nuevo Futuro</i> (Gobernación de Guainía, 2012), es el marco que le da pistas a la SSD para el trabajo transectorial, siempre y cuando se amplíe el marco del PST, que está planteado desde una mirada sectorial centrada en el acceso a la prestación de servicios.</p> <p>- Queda para el MSPS continuar con las tareas para llevar a buen puerto el Modelo de Salud para población dispersa para Guainía. De otra parte, estar atento para que Promoción Social del MSPS, contribuya a que la presencia de los indígenas en el SISPI sea más representativa se culmine y se culmine el proyecto para nuevo el Modelo de Salud</p>
Recomendaciones:	<p>-Fortalecer habilidades de relacionamiento con la gobernación.</p> <p>-Fortalecer capacidades de los facilitadores bilingües para los procesos de traducción de los materiales del PDSP a las lenguas de las comunidades indígenas.</p> <p>-Destinar recursos para la movilización de población indígena para procesos de consulta o asegurar recoger sus intereses visitando todas las comunidades del departamento.</p> <p>-Pensar estrategias para incorporar a la población colona a los temas de participación en salud y a apropiar los temas de hábitos de vida saludable.</p> <p>-Incorporar metodologías participativas para el CTP y la sostenibilidad de su trabajo.</p> <p>-Estimular los procesos de participación y veedurías en salud con los actores comunitarios.</p>
Anexo 12. Momento 1.	Boletín virtual momento 1, acta de acuerdos, asistencias, podcast, fotografías de la AT y del cierre.
Anexo 13. Momento 2.	Boletín virtual momento 2, Boletín sobre el PDSP, acta evento de lanzamiento, acta relatoría momentos 1 y 2, base de datos de actores territoriales, fragmento de video de lanzamiento, fotografías de lanzamiento y fotografías de la AT.
Anexo 14. Momento 3.	Boletín virtual momento 3, plantillas de identificación de actores, directorio de grupo funcional PDSP y fotografías de la AT.

6.4.3. Departamento de Amazonas

Tabla No. 3: Resumen de Resultados del Departamento de Amazonas

Momento de Implementación del Modelo ATRU	Fecha	Capacidades, Habilidades y Destrezas que se Transfirieron	Coberturas		
			# Personas: Socialización/ Capacitación/Grupo Funcional de Comunicación.	# Asistentes Lanzamiento	# Municipios Capacitados/# de Municipios Priorizados
Apropiación	Oct. 17-18 de 2013.	- Se transfirieron todas las capacidades, las habilidades y las destrezas con las herramientas y metodologías preparadas. La socialización requirió del uso de las preguntas preparadas para estimular el diálogo. -La AT contó con un grupo interesado y participativo. Se apropiaron las bases de datos con interés.	29/10/7	N/A	N/A
Posicionamiento	Nov 26-28 de 2013	Excelente trabajo en equipo mostrando las habilidades para la organización y desarrollo del evento. Las piezas de mercadeo social (banners de gran formato y pasacalles en la entrada y en la esquina del lugar del evento fueron contundentes). -La AT fue participativa y dinámica.	11 personas capacitadas. 10 de la SSD y 1 periodista de la gobernación departamental.	106	2/1
Relacionamiento	Marzo 18 y 19 de 2014	Las capacidades fueron transferidas con la participación de un	Contó entre 20 y 16 asistentes: Equipos funcionales de comunicación y	N/A	N/A



	alto número de gerentes. El trabajo en grupo y la socialización fue entusiasta.	planeación PDSP, gerentes de área y profesionales de apoyo.		
Descripción:	<p>-El trabajo realizado por el coordinador, Jhon Jairo Córdoba para comunicación está enmarcado en la SDS, dentro de la estrategia IEC (Información, Educación y Comunicación). Este servidor público trabaja regularmente en solitario dando apoyo en difundir el trabajo de todos los programas, en boletines internos que salen de manera separada, de preparar los eventos y apoyar a los entrevistados de la SSD en los medios de comunicación. La creación de grupo funcional de comunicación fue importante para ampliar su red de apoyo para los temas dentro de la SSD.</p> <p>-La AT en todo el proceso, contó con la participación del Secretario de Salud de la Alcaldía de Leticia Dr. Luis Ángel Perdomo, los referentes de Salud Pública de Leticia y Puerto Nariño (la psicóloga Natividad Rodríguez), los referentes de aseguramiento de ambos municipios y personal técnico y operativo de la Secretaria de Salud de Leticia. Igualmente se contó con participación activa del equipo ATRU departamental.</p> <p>-El municipio de Puerto Nariño debe asumir comunicación y planeación porque no cuentan con personal suficiente. Leticia trabaja con el periodista Flavio Curicó para dinamizar los temas del PDSP en el municipio.</p>			
Aspectos Relevantes que Agregan Valor al Proceso:	<p>Momento de Apropiación:</p> <p>-La creación del equipo funcional de comunicación fue un logro importante, en vista de que muchos de ellos no interactuaban entre sí y se desconocían sus fortalezas y capacidades, para aportar más allá del trabajo que desempeñaban. De otra parte la conformación de este grupo, garantizó que el trabajo se lograra durante el taller y posteriormente, para la preparación del lanzamiento.</p> <p>-El líder del grupo funcional de comunicación es Jhon Jairo Córdoba, quien trabajó muy articulado con Jesús David Cabrera. Este se ocupó en el equipo, del manejo y sistematización de información de manera eficiente y contribuyó al equipo de Guainía de manera virtual en este tema.</p> <p>-Se logró un trabajo articulado con la gobernación, por la presencia y activa participación de su periodista Laura Ayala.</p> <p>- Se hizo el plan de medios y se produjo un boletín digital, cuyo nombre se inspiró en el río Amazonas, llamado, <i>Salud Amazonas</i> y un podcast, que fueron subidos a la página Web de la Secretaría Seccional de Salud de Amazonas y de la Gobernación Departamental. También el boletín digital se imprimió y colocó la cartelera de la Secretaría de Salud. Se dejaron preparados el segundo boletín digital y el podcast, para ser subidos a la página web (http://www.amazonas.gov.co/index.shtml).</p> <p>Momento de Posicionamiento:</p> <p>-Se definió la fecha de acuerdo al evento de las AATIS (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas del Amazonas). Esto garantizaba su presencia en el evento ya que su transporte hubiera sido muy costoso e imposible de sufragar para la SSD.</p> <p>-El evento realizado en Leticia en el auditorio del Banco de la República, el 27-11-2013, contó con la presencia del gobernador Carlos Arturo Rodríguez. Se logró posicionar el PDSP y dar una imagen que renueva la forma de entender la salud como un factor integral de desarrollo; se inició un proceso de renovación del vínculo del sector salud, desde el modelo de los DDS, con la representante de Puerto Nariño; se respondieron las preguntas a los representantes de las AATIS y se hizo énfasis en la importancia del enfoque diferencial y étnico del PDSP; se fortalecieron lazos con el sector salud y se inició un proceso en de renovación de la imagen con los actores transectoriales y comunitarios. Por el MSPS, hizo presencia el Dr. Fernando Ramírez.</p> <p>-Se hizo uso de piezas de mercadeo social (agenda, escarapelas, banners y pendones de gran formato) para promocionar el evento.</p> <p>Momento de Relacionamiento:</p> <p>Buena participación del equipo de gerentes, equipos funcionales de comunicación y</p>			



	planeación. Se compartió la experiencia de trabajo transectorial que se viene desarrollando por parte de la gerente Victoria España.
Análisis:	<p>- Gustavo Gámez, coordinador de auxiliares de Salud Pública, en el taller destacó la importancia de poder vincular el PDSP a la realidad de los pueblos indígenas, a partir del trabajo con los 52 auxiliares de la SDS que están a su cargo y que visitan las comunidades. Se evidencia un interés y preocupación por responder de manera oportuna al acceso de los servicios para esta población.</p> <p>-Se muestra interés porque los departamentos de la Amazonía compartan experiencias de APS con las poblaciones indígenas. Dicen tener avances que puede compartir con otros departamentos de condiciones similares.</p> <p>-El informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del componente de planeación (Amazonas, 2012.) plantea que el <i>PDD Por Buen Vivir, Somos Pueblo, Somos Más</i> (Gobernación de Amazonas, 2012), planteó un objetivo general, que logra de manera insuficiente armonía con los propósitos del PDSP. En la línea estratégica de salud se describen objetivos específicos por eje programático centrados en asegurar, a la población, el acceso al SGSSS, la prestación de servicios de salud en lo individual, poblacional y colectivo en el marco de sus competencias. Para el trabajo transectorial el próximo PST debe garantizar un amplio espectro de actores participando en su formulación.</p> <p>- Interés por ser acompañados para desarrollar estrategias de relacionamiento interno que incidan en mejorar el clima laboral.</p>
Recomendaciones:	<p>-Capacitar a los gerentes de programa en liderazgo y trabajo en equipo.</p> <p>-Cómo MSPS se debe estar atentos al desarrollo del SISPI (Sistema de Salud Indígena Propio e Intercultural) y la formulación del capítulo étnico del PDSP, para responder a las necesidades y expectativas de las comunidades representadas en esta región por las AATIs.</p> <p>-Reforzar el equipo de IEC para poder incorporar más tareas del PDSP.</p> <p>-Organizar encuentros de la regional para compartir buenas prácticas de APS con población dispersa.</p> <p>-Acompañar a la SDS en actividades de clima laboral para mejorar la comunicación interna del equipo y favorecer la planeación integral en salud desde el modelo de los DSS</p>
Anexo 15 Momento 1	Boletines momento 1, podcast en voz de la Secretaria de Salud, acta de acuerdos, listas de asistencia y fotografías.
Anexo 16 Momento 2	Boletín virtual momento 2, podcast delegado del MSPS, base de datos actores territoriales, acta evento de lanzamiento, relatoría momento 2 y fotografías de lanzamiento y AT.
Anexos 17 Momento 3	Boletín virtual momento 3, plantillas de identificación de actores, fotografías de AT y cierre.

6.4.4. Departamento de Guaviare

Tabla No. 4: Resumen de Resultados del Departamento de Guaviare

Momento de Implementación del Modelo ATRU	Fecha	Capacidades, Habilidades y Destrezas que se Transfirieron	Coberturas		
			# Personas: Socialización/ Capacitación/Grupo Funcional de Comunicación	# Asistentes Lanzamiento	# Municipios Capacitados/#de Municipios Priorizados
Apropiación	Oct.21-23 de 2013	La socialización fue muy participativa y crítica con las preguntas a la reforma del Sistema de Salud. La AT contó con un alto nivel de interlocución en la transferencia de capacidades.	44/5/5	N/A	N/A
Posicionamiento	Dic 16-21 de 2013	<p>-Despliegue de todas las habilidades para una impecable organización del evento de lanzamiento, con excelente asistencia.</p> <p>-Transferencia de las capacidades en la AT con municipios (se trabajó en un solo grupo con planeación la fundamentación con el equipo de la SMS del PDSP, con el apoyo de la Dra. Nancy Londoño).</p> <p>-La AT en comunicación contó con la activa participación del departamento y el municipio San José del Guaviare.</p>	8 personas capacitadas, 6 de municipios y 2 del grupo funcional de comunicación.	160	3/0 (Calamar, San José y el Retorno)



Relacionamiento	Marzo 26 y 27 de 2014	Trabajo de transferencia de capacidades con un grupo interesado y calificado.	12 personas capacitadas, entre planeación, comunicación y 5 gerentes de programa.	N/A	N/A
Descripción:	<p>- El Departamento del Guaviare contó para el segundo momento con jornada y media para la AT. Se inició en el salón del laboratorio de la SDS, en la Jornada de la tarde, después del lanzamiento, el 18 de diciembre. Contó con la presencia de la delegada del MSPS, Dra. Nancy Londoño, representantes de los municipios de San José del Guaviare, El Retorno y Calamar. También con dos representantes del grupo de planeación para el PDSP de la SDS.</p> <p>-Sobre el Lanzamiento del PDSP, en San José del Guaviare, se realizó el 18-12-2013 en el auditorio de Facedig. Se contó con la presencia del Gobernador, Dr. José Octaviano Rivera Moncada, el Alcalde de San José del Guaviare, Dr. Giovanni Gómez Criales; la Secretaria de salud Departamental, Dra. Irene Díaz Erégua y delegada del Ministerio de Salud y Protección Social, Dra. Ruth Nancy Londoño.</p>				
Aspectos Relevantes que Agregan Valor al Proceso:	<p>Momento de Apropiación:</p> <p>-En el Departamento del Guaviare se contó desde la primera visita con la presencia del gobernador, Dr. José Octaviano Rivera Moncada. En el primer encuentro en su despacho, se hizo con la presencia de la Secretaria Departamental de Salud compartió que su formación profesional era enfermero y expresó abierta voluntad política al trabajo del PDSP.</p> <p>-En la AT, se dialogó de manera enriquecedora sobre la noción de salud desde la nueva mirada del PDSP y las implicaciones del componente de comunicación para la participación y la movilización social, en el marco del PDSP. Para la estrategia de comunicación se produjo el primer boletín digital <i>PDSP en el Guaviare</i>, que utilizó la tortuga, imagen institucional de la SSD. También un podcast y una entrevista, que fueron publicados en la página web de la Secretaría Seccional de Salud de Guaviare (www.secreosaludguaviare.gov.co/) y en la página web de la Gobernación (www.guaviare.gov.co/). Se dispuso el boletín digital impreso en la cartelera de la Secretaría de Salud. Se realizó en el taller, una entrevista telefónica a la Dra. Jacqueline Acosta de la Hoz, gerente del PDSP que se transmitió por tres emisoras locales: Marandúa estéreo, Juventud estéreo, y RCN Guaviare.</p> <p>Momento de Posicionamiento</p> <p>-Un aspecto novedoso y relevante para el PDSP en este Departamento, fue que se inició un trabajo transectorial para preparar la llegada del PDSP, antes de su lanzamiento oficial. La comunicadora de apoyo, Sandra Castelblanco, estuvo al frente del cumplimiento de este acuerdo que quedó consignado en el acta de compromiso para comunicación: se enviaron en, noviembre 6, 7, 13, 19 y 21, los mensajes en capsulas (frases cortas) por el medio virtual llamado <i>Ant Messenger</i> de la Gobernación, llegando a todos los servidores públicos de las Secretarías departamentales. Se generaron estos mensajes para recibir puntos de vista sobre el tema de la salud, por parte estos actores transectoriales, que recibieron el mensaje.</p> <p>-Como parte de los acuerdos innovadores para el mercadeo social del PDSD, para la región Amazonía, se acordó colocar el logotipo del Plan, en todas las piezas comunicativas de la SSD. Posteriormente por gestión de la coordinadora de comunicación se hizo con la gobernación.</p> <p>-Como incidencia política se destaca la presencia comprometida del alcalde de San José de Guaviare, Dr. Giovanni Gómez Criales, en el lanzamiento y de todo su equipo en la jornada de AT.</p> <p>-Este evento de lanzamiento logró iniciar un proceso de posicionamiento del PDSP con todos los actores: sectoriales, transectoriales y comunitarios. Contribuir al fortalecimiento de la autoridad sanitaria, con una fuerte presencia del MSPS (Dra. Nancy Londoño) basada en el diálogo cálido e informado. Se inició un proceso mercadeo en el sector salud y con actores comunitarios (representantes EPS e IPS, ESES, asociaciones de usuarios de la sociedad civil, asociaciones comunitarias, periodistas y comunicadores) que va a contribuir a generar los cambios que busca el PDSP y a iniciar un proceso de cambio en la imagen de la salud, donde el mensaje central fue la salud en todas las políticas y la salud, foco de desarrollo para la región.</p>				

	<p>Momento de Relacionamento: Buena participación del equipo de gerentes, equipos funcionales de comunicación y planeación. Interés para organizar grupos de estudio sobre el PDSP y fortalecer su trabajo de formulación de estrategias para la AT con municipios.</p>
<p>Análisis:</p>	<p>-La líder del equipo funcional de comunicación es la psicóloga Claudia Galindo, quien hace parte del equipo directivo de la SSD y sus decisiones y gestión fueron claves para el posicionamiento del PDSP. Logró que la gobernación incorporara el logotipo del PDSP en todos sus materiales y ella hizo lo propio con los de la SSD.</p> <p>-A pesar de que el periodista de la gobernación Jesús Garzón, estuvo presente en la primera jornada de la AT, se evidenciaron tensiones con la comunicadora del equipo (Sandra Castelblanco, a quien este año no se le renovó el contrato). Esta tensión afectó en parte el trabajo colaborativo propuesto.</p> <p>-El equipo técnico de la SSD es fuerte en experiencia, manejo de los temas y compromiso con su labor. Acogió con responsabilidad los retos del PDSP y sin duda tiene mucho que aportar a otros departamentos de la región. Es el único departamento que a la fecha envió trabajo de avance de AT de relacionamiento con 5 de los 13 municipios del departamento.</p> <p>- Se evidenció en el lanzamiento un territorio que cuenta con un liderazgo del sector salud y un sector comunitario crítico que se pregunta y exige por sus derechos. El MSPS respondió a la altura de las circunstancias las preguntas del auditorio y se lograron los objetivos. La SSD estuvo atenta a responder lo pertinente al auditorio.</p> <p>-El informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora (Ministerio de Salud y Protección Social (2014)), del componente de planeación, destaca que el PDD <i>Así Marcamos Huella 2012-2015</i>, (Guaviare., 2012), está sustentado en la gestión del talento humano y dirigido al mejoramiento de la calidad de vida. Para esto, involucra las competencias de salud pública y el abordaje de las dimensiones del desarrollo social y territorial sobre la base del enfoque "Guaviare territorio modelo de derechos". Este enfoque involucra el reconocimiento de toda la población y el territorio incluyendo todas sus diferencias. Por lo anterior, el PDD <i>Así Marcamos Huella</i> avanza de manera armónica en el marco del PDSP 2012 – 2021. Este análisis ofrece un marco apropiado para el trabajo transectorial que se prepara para la formulación del próximo PST.</p> <p>-Actualmente la SSD tiene la Secretaría Técnica del Sub-Comité de Enfoque Diferencial y de la Mesa de Seguridad Alimentaria); también participa de varias mesas de trabajo como el observatorio de derechos humanos, donde ya se adelanta un trabajo transectorial. Sin embargo se evidencia la necesidad de aprender a manejar la información, a hacer las convocatorias y a hacerles seguimiento. Con el trabajo de promoción social se manifestó la dificultad para acompañamiento de acuerdos con los grupos de afrodescendientes, por sus particularidades culturales.</p>
<p>Recomendaciones:</p>	<p>Como temas para atender por parte de la SDS con apoyo del MSPS, surgieron:</p> <p>-La importancia del acceso a la información sobre la salud por lo cual la SDS se comprometió a tener un punto de información donde se puedan consultar documentos de interés para los ciudadanos y organizaciones que trabajan por la salud.</p> <p>-La creación y formación de veedurías ciudadanas en aras de mejorar el sistema de salud y por parte del PDSP continuar comprometido con el fortalecimiento de capacidades para el recurso humano del sector salud.</p> <p>Otras recomendaciones son:</p> <p>-Continuar haciendo acompañamiento a la SSD sobre el PDSP y estimular los grupos de estudio a su interior.</p> <p>-Estimular las metodologías de trabajo colaborativo y trabajo en equipo.</p> <p>-Capacitar sobre metodologías para manejo de información y coordinación de secretarías técnicas de redes transectoriales.</p> <p>-Capacitar en negociación de conflictos y diálogos para cerrar acuerdos con grupos con diversidad cultural.</p>

Anexo 18 Momento 1	Boletines momento 1, acta de compromiso, lista de asistencia, relatoría momento 1, entrevista a Jacqueline Acosta de la Hoz, 3 podcast y fotografías.
Anexo 19 Momento 2	Boletín virtual momento 2, entrevista a delegada del MSPS, Dra. Nancy Londoño, acta de sistematización evento de lanzamiento, base de datos de actores territoriales y fotografías.
Anexo 20 Momento 3	Boletín virtual momento 3, audio de entrevista a María del Pilar Sosa, plantillas de identificación de actores, directorio equipo funcional PDSP, tabulación evaluación evento de lanzamiento y fotografías.

6.4.5. Departamento de Vaupés

Tabla No. 5: Resumen de Resultados del Departamento de Vaupés

Momento de Implementación del Modelo ATRU	Fecha	Capacidades, Habilidades y Destrezas que se Transfirieron	Coberturas		
			# Personas: Socialización/ Capacitación/Grupo Funcional de Comunicación	# Asistentes Lanzamiento	# Municipios Capacitados/# de Municipios Priorizados
Apropiación	Oct. 29 y 30 de 2013	-La transferencia de capacidades, en la socialización fue amplia y participativa por parte de los servidores públicos. -La AT se caracterizó por el trabajo dialógico en la fundamentación conceptual del PDSP. El taller fue participativo y predominó el trabajo colaborativo e interdisciplinario.	26/7/7	N/A	N/A
Posicionamiento	Dic 3-8 de 2014	Las habilidades de planeación del evento se pusieron en juego. Las habilidades de organización requirieron de	4 personas capacitadas. 3 de Carurú y 1 de Mitú.	114	2/0 (Mitú y Carurú)



		acompañamiento. Se evidenció falta de acompañamiento al equipo funcional de comunicación por parte de las directivas de la SSD.			
Relacionamiento	Abril 1-3 de 2014	Excelente trabajo realizado. Influyó el trabajo de una jornada y media previo al taller que realizó la Dra. Nancy Londoño con todo el equipo. Esto generó entusiasmo y comprensión de los temas gruesos. -La AT fue muy productiva.	21 personas capacitadas. Grupos funcionales de planeación y capacitación. Presencia de gerentes de programa.	N/A	N/A
Descripción:	<p>-El contacto con el gobernador del Vaupés, Dr. Roberto Jaramillo García no fue posible en ninguna de las visitas de AT. El motivo que se esgrimió fue que estaba de viaje. En su lugar delegó al abogado Joaquín Camilo Moreno Villa, quien acompañó la socialización inicial y el lanzamiento.</p> <p>-La presencia del antropólogo Moisés Beltrán que pertenece a una comunidad indígena, facilitó el contacto con la realidad de esta población y con las dinámicas de los capitanes que los representa.</p> <p>- Se contó en el lanzamiento con la presencia del gobernador (E), Dr. Joaquín Camilo Moreno Villa, la Secretaria Departamental de Salud, Dra. Diana Milena Valencia Godoy, los Sabedores Tradicionales: Enrique Llanos y Javier Pereira y la encargada de planeación del equipo ATRU, que fue delegada para representar al MSPS para el evento: Helia Fenora Neira Zapata. El motivo de esta delegación fue que el MSPS no logró obtener tiquetes para que el delegado viajara al lanzamiento.</p>				
Aspectos Relevantes que Agregan Valor al Proceso:	<p>Momento de Apropiación:</p> <p>-En el taller de AT, con este grupo hubo un diálogo importante sobre la nueva mirada de la salud y el trabajo transectorial que requiere y que propone el PDSP. Se generaron preguntas y reflexiones, particularmente acerca de la situación y el acceso a los servicios de salud para la población indígena.</p> <p>-El trabajo colaborativo fue fructífero, sobre todo en la elaboración del primer boletín digital llamado <i>El Payé de Vaupés</i>. En este trabajo jugó un papel importante, el aprendizaje significativo. El diseño del boletín, se estructuró con elementos significativos del Vaupés: los rombos de la derecha, el poder; la línea superior formada con hojas de coca, elemento sagrado para los grupos indígenas y el uso del nombre payé, figura sagrada y ancestral que ayuda a sanar en las comunidades indígenas. Este material fue subido a la página web de la Gobernación (www.gobernaciondelquaviare.gov.co). El boletín digital impreso se colocó en la cartelera de Servicio a la Comunidad, de la SSD.</p> <p>-Se conformó el grupo funcional de comunicación.</p> <p>Momento de Posicionamiento:</p> <p>-La AT en comunicación con el municipio de Mitú, la atendió el técnico en medios encargado de la página web, Wilfredo Martínez. Nos acompañó la profesional especialista en sistemas de información de la SDS, María Abigail Vallejo. A pesar de que trabaja los temas de la página</p>				



	<p>web mostró entusiasmo y se encargó de hacer un boletín para el municipio.</p> <p>- La AT en el municipio de Carurú, se le presentó al Alcalde el PDSP y el modelo ATRU. Acompañaron la presentación, una enfermera, un auxiliar y una odontóloga encargada del tema social. Nos comentó que todo su gabinete había cambiado hacía dos meses y que los procesos que estaban más maduros, se interrumpieron, ya que no se hicieron empalmes, ni dejaron documentos de gestión. Los temas más puntuales fueron la falta de recurso humano capacitado para recoger información viable que pueda sistematizarse para el ASIS del municipio. Igualmente la dificultad de que el Centro de Salud, que cuenta con un solo computador, manda la información que tiene para Mitú y los deja sin información para tomar las decisiones adecuadas de los temas que los aquejan. Esto sumado a que no hay fluido eléctrico, sino pocas horas durante el día hace que el uso del internet sea interrumpido.</p> <p>-El Lanzamiento del PDSP, en Mitú, se realizó 4.12.2013 en el auditorio de la Gobernación. Sus logros fueron iniciar un proceso de posicionamiento el PDSP y reforzar la importancia del enfoque diferencial y étnico del Plan para este departamento; mostrar la importancia y la sentida necesidad de hacer un acompañamiento cercano por parte del MSPS a la SDS, para emprender un trabajo transectorial donde se destaque el liderazgo del sector salud; responder las preguntas de los actores comunitarios y abrir una conversación sobre la necesidad de implementar un modelo de salud intercultural para población dispersa, que contemple las particularidades del territorio y finalmente, iniciar un proceso de renovación de la imagen del sector salud con los actores comunitarios.</p> <p>Momento de Relacionamiento:</p> <p>-Se destacaron los aportes de la secretaria de salud municipal y dos personas de su equipo durante el taller.</p> <p>-Fue clave el tema del relacionamiento para fortalecer la comunicación interna en la SSD y entre el equipo departamental y de los municipios.</p> <p>-La participación del equipo destacó la importancia del acompañamiento a este departamento.</p>
<p>Análisis:</p>	<p>-El papel de la comunicadora Nadiezhda Novoa, fue fundamental para entrar en contacto con el territorio porque la comunicación con la encargada de Salud Pública (Martha Bibiana Velazco), quien maneja muchos temas en la SSD, en la mayoría de los casos difícil de lograr vía telefónica. Además, el teléfono fijo de la SSD no es respondido en la mayoría de los casos.</p> <p>-Se observa un grupo de trabajo con buen nivel pero con falta de un mejor liderazgo directivo. También se evidencia una necesidad de fortalecimiento institucional. Para el tercer momento estaban de vacaciones la Secretaria Departamental, Diana Milena Valencia y su mano derecha, la coordinadora de Salud Pública, Martha Bibiana Velasco. Llama la atención que a pesar de esta ausencia, el trabajo con el equipo fue participativo y muy cualificado. El trabajo de jornada y media realizado antes del taller por la representante del MSPS, la Dra Nancy Londoño fue definitivo para preparar al grupo para la At sobre relacionamiento.</p> <p>-Es muy importante el trabajo que debe hacer el departamento con los municipios. Este esta frágil y hay que fortalecerlo.</p> <p>-El lanzamiento fue iniciado con un ritual de protección para el PDSP en Vaupés por dos sabedores tradicionales. Este gesto fue muy importante para los asistentes y fue reconocido por el gobernador encargado, cuando expresó la importancia de que el Plan incorporara en su llegada a los territorios las tradiciones culturales de sus habitantes</p> <p>-El componente de planeación refiere que el PST de Vaupés, que adoptó la visión del PDD <i>Gobierno Pluricultural con Progreso Social</i> (Gobernación de Vaupés, 2012.) hace énfasis en la prestación de servicios y la atención de la población con una mirada medicalizada de la salud. Por esta razón, según el análisis del Informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora, (Ministerio de Salud y Protección Social, (2014)), de la plataforma estratégica entre el PDD de Vaupés y el PST, existe una débil consistencia en su direccionamiento estratégico, en relación con el PDSP y debe trabajar en una dirección amplia que tenga en cuenta el espectro de actores transectoriales y comunitarios en la formulación del nuevo PST.</p>



Recomendaciones:	<p>-Es fundamental estimular el trabajo en equipo y darle un lugar a la comunicación dialógica para mejorar el clima laboral. Vale la pena revisar el tema de las ventajas del trabajo colaborativo.</p> <p>-Se destacó en el taller, la importancia del uso de las carteleras institucionales, para facilitar la lectura de los boletines del PDSP por parte de los servidores públicos,</p> <p>-La SSD, no cuenta con servicio de Internet. Este factor incide en que el equipo debe ir a un café internet a bajar los correos enviados por motivos de trabajo, atrasando la gestión laboral.</p> <p>-Del evento de lanzamiento se recomienda al MSPS Desde el MSPS queda presente estar atento al desarrollo y formulación del capítulo étnico del PDSP, para responder a las necesidades y expectativas de las comunidades indígenas; la implementación de la metodología <i>Pase al Desarrollo con Equidad</i>, con la participación de todos los sectores; el seguimiento a los temas de salud desde las realidades locales con ASIS y SISPRO y el Fortalecimiento de capacidades para el sector salud, lo que ayudará a la rectoría del sector en el Vaupés.</p>
Anexo 21 Momento 1	Boletines momento 1, podcast, acta de acuerdos, listas de asistencia y fotografías de socialización y AT.
Anexo 22 Momento 2	Boletín virtual momento 2, entrevistas a Secretaria de Salud, Gobernador y Gerente del PDSP, acta de sistematización evento de lanzamiento, boletín Municipio de Mitú y fotografías.
Anexo 23 Momento 3	Plantillas de identificación de actores, audio entrevista Dra. Nancy Londoño, videos AT y fotografías AT.

7 Análisis Agregado de la Matriz DOFA del Componente de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social

Con el propósito de presentar un panorama general de los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social de actores involucrados, se elaboró una matriz de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA) de los departamentos, identificando aquellos aspectos comunes entre Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés que deben ser intervenidos desde una mirada nacional y departamental con la finalidad de avanzar hacia la equidad en salud y desarrollo humano sustentable.

Teniendo en cuenta lo registrado en las evaluaciones del Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora, de los departamentos mencionados, para la migración del PTS al PDSP 2012 – 2015, y las visitas a territorio, se definen como potencialidades (fortalezas y oportunidades) y oportunidades de mejora (debilidades y amenazas) para los componentes de Comunicación e Incidencia técnica y política, y Movilización Social, las consignadas en este análisis.

Se entiende como potencialidades aquellos avances existentes que dinamizarán el proceso del PDSP y como oportunidades de mejora, los aspectos susceptibles



a ser fortalecidos para que contribuyan al logro de los objetivos propuestos.

A continuación se aborda del componente de Comunicación e incidencia técnica y política con dos DOFAS. El primer DOFA presenta el tema de Comunicación y el segundo el tema de Incidencia técnica y política.

7.1 DOFA del componente de Comunicación

Debilidades	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Los recursos para el desarrollo de estrategias de movilización social con población indígena dispersa y aislada. • Grado de conocimiento sobre las metodologías adecuadas para el manejo y la sistematización de información. • Intermitencia en la conectividad con áreas lejanas de los departamentos y el país. • Grado de conocimiento sobre la importancia de la comunicación como tema estratégico para la gestión transectorial del PDSP. • El mercadeo social como herramienta clave para posicionar el PDSP en el contexto transectorial y comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias internas de relacionamiento para contribuir a la coordinación y comunicación de las áreas e incidir en una eficiente gestión de las SDS. • Diseñar e implementar estrategias comunicativas con actores clave para la gestión transectorial del PDSP. • Desarrollar trabajo coordinado con planeación departamental para cogestionar los procesos de convocatoria y concertación en la formulación del PDD con el PST. • Administrar la información de los actores involucrados en la planeación integral en salud para adelantar los procesos de movilización social. • Desarrollar una estrategia sólida y sostenible con las comunidades indígenas para garantizar su representación y participación en las reuniones para el capítulo étnico del PDSP. • Proporcionar acceso a la conectividad y herramientas tecnológicas para posibilitar la comunicación con áreas remotas.



Fortalezas	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de comunicación comprometidos con el PDSP. • Gerentes con amplia experiencia y conocimiento de los temas y el territorio. • Enfoque diferencial y étnico apropiado por parte de los Equipos territoriales con comunidades indígenas y afros. • Liderazgo de algunos(as) Secretarios de Salud Departamental para gestionar los temas fundamentales de las SSD. • Excelente relacionamiento por parte de los equipos de comunicación base de las SSD con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios de los territorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoques instrumentales de la comunicación y escasa visión del tema por parte de las demás áreas de la SSD, como elemento estratégico para posicionar y darle sostenibilidad al PDSP. • Gestión sin liderazgo por parte de algunos(as) Secretarios de Salud Departamentales. • Concentración de poder por parte de algunos funcionarios(as) públicos, que afecta las relaciones internas y la gestión de la salud. • La conectividad en estos departamentos para vincularse a los procesos nacionales. Esto sirve como pretexto en ocasiones para un bajo cumplimiento en las metas.

7.1.1 Potencialidades del Componente de Comunicación

- Reconocimiento sobre la importancia de la articulación interna y su incidencia en la gestión en salud.
- Enfoque diferencial y étnico apropiado por parte de los Equipos territoriales con comunidades indígenas y afros.
- Equipos de comunicación de las SSD con excelentes relaciones con actores sectoriales, transectoriales y comunitarios comprometidos para trabajar por la sostenibilidad del PDSP.
- Equipos territoriales con conocimiento y experiencia para asumir los retos del PDSP.
- Liderazgo del Secretario de Salud Departamental de Guainía para asumir el diseño e implementación del Modelo de Salud Inter-cultural y que apunta al cumplimiento de los objetivos y las dos dimensiones transversales del PDSP, y que servirá de piloto para la región Amazonía-Orinoquía.

7.1.2 Oportunidades de mejora del Componente de Comunicación

- Desarrollar estrategias de relacionamiento interno para mejorar la comunicación de los equipos territoriales y la articulación en el trabajo para la planificación integral en salud.
- Mejorar el grado de conocimiento sobre la importancia de la comunicación como tema estratégico para la planeación integral en salud y gestión transectorial del PDSP.
- Fortalecer la tecnología y mejorar la conectividad en estos departamentos para vincularse a los procesos nacionales.
- Incrementar los recursos para el desarrollo de estrategias de movilización social con población indígena dispersa y aislada.
- Capacitar en metodologías adecuadas para el manejo y la sistematización

de información.

- Utilizar el mercadeo social como herramienta clave para posicionar el PDSP en el contexto transectorial y comunitario.
- Acompañar la gestión de los Secretarios(as) de Salud, para mejorar su gestión.
- Desarrollar trabajos de clima organizacional con los coordinadores y sus equipos de trabajo en las SSD.

7.2 DOFA de la Incidencia y Técnica y Política

Debilidades	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión ausente e Inestabilidad de algunos gobernadores de la región que están siendo investigados para comprometerse con la gestión del PDSP. • Tensiones recurrentes entre los periodistas de la gobernación con los comunicadores de la SSD. • Débil relacionamiento de algunos equipos técnicos con la gobernación y con planeación departamental • Gestión desarticulada de Salud Pública y Prestación de servicios, en algunas SDS. • En algunas SSD predomina el trabajo desarticulado y competitivo lo que afecta la planeación integral en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el contacto con aquellos gobernadores y alcaldes receptivos con el PDSP. • Desarrollar metodologías participativas con enfoque diferencial y étnico en el proceso de formulación del PST. • Realizar análisis de involucrados de los actores sectoriales, transectoriales, comunitarios y líderes de opinión pública del territorio. • Generar capacidades y habilidades en comunicación dialógica, liderazgo y trabajo en equipo. • Diseñar y ejecutar acciones de gestión de la planificación integral en salud con orientación transectorial



<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad en el cumplimiento de cronogramas de la AT y acompañamiento con municipios en algunos departamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar las competencias, habilidades y destrezas de los miembros del CTP y el CTSSS en las distintas etapas de la planeación territorial y una vez nombrados realizar con ellos capacitación continua.
Fortalezas	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Gerentes y servidores públicos de planta con amplia experiencia y conocimiento de los temas y el territorio. • Equipo base de comunicación con experiencia, estabilidad de servidores públicos de planta y disposición para el trabajo del PDSP. • Entusiasmo de los equipos territoriales capacitados en la asistencia técnica, para continuar con el trabajo del PDSP. • Capacidades, habilidades y fortalezas adquiridas durante el proceso de AT de la implementación del modelo ATRU • Incidencia política lograda durante en los momentos de apropiación, posicionamiento y apropiación con alcaldes y gobernadores. • Contar con procesos iniciados e información sistematizada para 	<ul style="list-style-type: none"> • Arraigo al paradigma que ve a la salud desde una visión medicalizada. • Situación de inestabilidad política de algunos gobernadores. • Falta de credibilidad de actores transectoriales y comunitarios en sus gobernantes. • Territorios con poca gobernabilidad. • Creencias que alimentan el trabajo basado en el individualismo y la competencia. • Inestabilidad de los equipos funcionales de comunicación por cambios en la contratación, para dar continuidad al proceso del PDSP. • Prevalencia de la idea de que la política es corrupta y los políticos acceden a ella para enriquecerse.

continuar el proceso de implementación y sostenibilidad del PDSP.	
---	--

7.2.1 Potencialidades de la Incidencia Técnica y Política

- Incidencia política lograda durante en los momentos de apropiación, posicionamiento y apropiación con alcaldes y gobernadores.
- Conocimiento de las necesidades de capacitación en los territorios para implementar con AT por parte del proceso del PDSP
- Conocimiento de la necesidad de implementar metodologías participativas y capacitación continua con el CTP y el CTSSS, como parte de la planeación integral en salud para la formulación del PTS.
- Contar con procesos iniciados e información sistematizada para continuar el proceso de implementación y sostenibilidad del PDSP.
- Capacidades, habilidades y fortalezas adquiridas durante el proceso de AT de la implementación del modelo ATRU.
- Equipo base de comunicación con experiencia, estabilidad de servidores públicos de planta y disposición para el trabajo del PDSP.
- Gerentes y servidores públicos de planta, con amplia experiencia y conocimiento de los temas y el territorio.

7.2.2 Oportunidades de mejora de la Incidencia Técnica y Política

- Diseñar estrategias para incidir en la cultura política de los ciudadanos tendientes a cambiar la idea predominante sobre la política y la gestión

pública.

- Hacer un acompañamiento más cercano a los departamentos de esta región para incidir en el mejoramiento de sus procesos y procedimientos en la SSD y de éstos con sus municipios.
- Diseñar e implementar estrategias de trabajo en equipo de los equipos territoriales para incidir en la planeación integral de salud incorporando la nueva mirada desde el modelo de lo DSS.
- Diseñar e implementar capacitación sobre cómo dirimir diferencias y establecer acuerdos desde la divergencia en pro del modelo de los DSS.
- Capacitar y hacer acompañamiento a los equipos territoriales para adelantar la planeación integral de salud desde el trabajo colaborativo y el aprendizaje significativo.
- Definir e implementar una estrategia para el trabajo articulado entre salud pública y prestación de servicios desde el modelo de DSS, donde se requiera.
- Mantener el contacto con gobernadores y alcaldes que se comprometieron con el PDSP y buscarlo con los que están pendientes.
- Continuar con el trabajo de gestión del conocimiento en las SSD para incidir en la consolidación del nuevo paradigma de la salud del PDSP.

7.3 DOFA del Componente de Movilización Social

Debilidades	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Débil participación permanente del CTP y el CTSSS. • Conocimiento básico para procesos de convocatoria y seguimiento a actores sectoriales, transectoriales y 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar metodologías de priorización participativas con enfoque poblacional y diferencial en la construcción del PST. • Generar espacios de sensibilización y motivación para la participación de los actores comunitarios en el CTP y al CTSSS para vincularse a la



<p>comunitarios.</p> <ul style="list-style-type: none">• Inexistente capacitación para el CTP• Grado de conocimiento de los servidores públicos sobre la importancia del CTP y el CTSSS en el proceso de la planeación integral de salud.• Grado de conocimiento sobre la importancia de la organización y la participación social en la exigibilidad del derecho a la salud, en actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.• Desconocimiento de los derechos para la exigibilidad del derecho a la salud, en los actores comunitarios.• Grado de conocimiento sobre la importancia del control social y la posibilidad de participación de los actores comunitarios en las veedurías ciudadanas en salud.	<p>planeación territorial de salud.</p> <ul style="list-style-type: none">• Generar espacios relacionamiento y asesoría con el CTP y el CTSSS, en el marco de la normalización que involucra y requiere la migración al PDSP 2012-2015.• Mejorar la identificación de los actores involucrados, administración y manejo de su información.• Desarrollar las competencias, habilidades y destrezas en las distintas etapas de la planeación territorial del CTP y del CTSSS.• Consolidar la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los DSS.• Incorporar estratégicamente la información de la oficina de Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) en las acciones de movilización social.• Desarrollar la normatividad necesaria y pertinente sobre la participación sectorial, transectorial y comunitaria.• Mejorar los procesos de convocatoria con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, no sólo para la identificación de sus necesidades, sino para generar procesos de apropiación del PDSP.• Estimular la organización social para la participación social y el control en salud.• Estimular la organización y la participación de las mujeres, que han demostrado efectividad e incidencia para favorecer a sus comunidades.
---	--



Fortalezas	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Algunos departamentos con organizaciones sociales con experiencia y conocimiento que pueden participar en los procesos de salud, representando los intereses de los actores comunitarios. • Actores territoriales identificados e involucrados en la movilización social para vincularlos al proceso de la planeación territorial en salud. • Procesos iniciados con los actores comunitarios. • Conocimiento de las necesidades en salud de los actores comunitarios. • Normalización existente sobre el CTP y el CTSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prejuicios y creencias sobre la poblaciones con nuevos derechos adquiridos (afros, LGBTI, indígenas, mujeres) que incide en la dificultad de incorporar en la planeación integral en salud, los enfoques diferencial, étnico y otros enfoques del PDSP, desde el modelo de DSS. • Desconocimiento de los derechos y desconfianza sobre las posibilidades de incidencia de la participación social. • Escaso conocimiento sobre la organización social y las posibilidades del trabajo colectivo organizado. • Tendencia de los actores sectoriales y transectoriales a limitarse a las formalidades de la participación sin generar procesos sostenibles con las comunidades. • Rompimiento interno en las comunidades indígenas con los representantes de sus organizaciones a nivel departamental y nacional. • Corrupción de representantes de organizaciones sociales. • Temor a la participación de líderes naturales comunitarios por persecución por parte de los líderes establecidos y de grupos armados al margen de la ley.

7.3.1 Potencialidades del componente de Movilización Social

- Concentración de esfuerzos en el trabajo de relacionamiento, capacitación y normalización con el CTP y el CTSSS, en el marco del modelo de los DSS, los desarrollos de la planeación integral de salud y los alcances del PDSP.
- Trabajo coordinado con metodologías participativas e incluyentes desde los enfoques del PDSP con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del PTS.
- Actores territoriales identificados e involucrados en la movilización social para vincularlos al proceso de la planeación territorial en salud.
- Trabajo adelantado de organizaciones sociales con experiencia y conocimiento que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los DSS.
- Incorporación estratégica de la información con que cuentan las oficinas de Servicio de Atención a la Comunidad (SAC) de las SSD en las acciones de movilización social.
- Procesos iniciados con los actores comunitarios que proporcionan conocimiento inicial para completar y revisar sobre sus necesidades en salud.

7.3.2 Oportunidades de Mejora del Componente de Movilización Social

- Desarrollar estrategias de relacionamiento y capacitación con el CTP y el CTSSS para hacer sostenible su participación activa en el proceso de planeación integral en salud.
- Mejorar el conocimiento y las metodologías de convocatoria y seguimiento sobre la importancia de la organización y la participación social por parte de los actores sectoriales y transectoriales, de los actores comunitarios en la planeación integral en salud.
- Desarrollar estrategias novedosas y adecuadas con los actores comunitarios, para cualificar el conocimiento y la importancia de la exigibilidad del derecho a la salud, el control social y su posibilidad de

participación en las veedurías ciudadanas en salud.

- Diseñar e implementar estrategias para abordar la desconfianza de los actores comunitarios sobre las posibilidades de incidencia de la participación social y mostrar los beneficios de la organización social y el trabajo colectivo organizado.
- Mejorar la identificación de los actores involucrados, administración y manejo de su información.
- Desarrollar la normatividad necesaria y pertinente sobre la participación sectorial, transectorial y comunitaria.
- Estimular la organización y la participación de las mujeres, que han demostrado efectividad e incidencia para favorecer a sus comunidades.
- Trabajar en la gestión de conocimiento de los servidores públicos para contribuir a cambiar prejuicios y creencias sobre las poblaciones con nuevos derechos adquiridos (afros, LGBTI, indígenas, mujeres) que incide en la dificultad de incorporar en la planeación integral en salud los enfoques diferencial, étnico y otros enfoques del PDSP desde el modelo de DSS.
- Generar procesos sostenibles de participación social en salud por parte de los servidores públicos.
- Hacer acompañamiento a los actores comunitarios para contribuir en las dinámicas de participación que afectan la confianza entre los líderes y sus comunidades.
- Contribuir a fortalecer las veedurías ciudadanas en salud.
- Capacitar y acompañar a las organizaciones sociales para incidir en sus dinámicas y fortalecer sus liderazgos naturales.

8 Acuerdos del Momento de Relacionamiento del Componente de Comunicación e Incidencia Técnica y Política y Movilización Social

El MSPS a través de la comunicadora para los departamentos de la región Amazonía como parte del equipo del Modelo ATRU y los equipos funcionales de comunicación, planeación gerentes de área y directivos de las SSD entre el 11 de marzo y el 2 de abril de 2014, firmaron el compromiso de completar la formulación de las estrategias de relacionamiento con base en la metodología de relacionamiento transferida, para su implementación.

Estos acuerdos, consignados en un acta de compromiso, hacen parte del alistamiento institucional para la formulación del Plan de Salud Territorial en el horizonte del PDSP 2012-2021 desde los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios en los departamentos de: Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés, que permitan el cumplimiento de los objetivos y estrategias establecidas en el Plan (Ver anexo 24).

El siguiente cuadro muestra de manera agregada en los departamentos mencionados los tres acuerdos relevantes sobre el diseño e implementación de las estrategias de relacionamiento para la transectorialidad del PDSP.

Tabla No. 6
Resumen de acuerdos de Relacionamiento

Departamentos	Acuerdos	Fecha de cumplimiento	Medio de Verificación
Putumayo	1. Tres estrategias de relacionamiento externo formuladas.	10 de abril	Plantillas de identificación de actores con texto explicativo
	2. Estrategias de relacionamiento interno y externo iniciadas en su implementación.	31 de mayo	Informe de avance
	3. Realizar AT con el municipios	13 de mayo	Memoria de la reunión. Acta con acuerdos y plantillas de identificación de actores trabajadas.



Guainía	1. Una estrategia de relacionamiento interno y tres estrategias de relacionamiento externo formuladas	31 de mayo	Plantillas de identificación de actores con texto explicativo.
	2. Estrategias de relacionamiento interno y externo iniciadas en su implementación.	31 de mayo	Informe de avance
	3. Realizar AT con municipio de Inírida	31 de mayo	Memoria de la reunión con acuerdos y plantillas de identificación de actores trabajadas
Amazonas	1. Una estrategia de relacionamiento interno y tres estrategias de relacionamiento externo formuladas	31 de mayo	Tres plantillas de identificación de actores con una cuartilla justificando la importancia de los actores identificados para la estrategia.
	2. Estrategias de relacionamiento interno y externo iniciadas en su implementación.	31 de mayo	Informe de avance
	3. Realizar AT con el municipio de Leticia	31 de mayo	-Memoria de la reunión con acuerdos y plantillas de identificación de actores trabajadas.
Guaviare	1. Una estrategia de relacionamiento interno y tres estrategias de relacionamiento externo formuladas	31 de mayo	Tres plantillas de identificación de actores con una cuartilla justificando la importancia de los actores identificados para la estrategia.
	2. Estrategias de relacionamiento interno y externo iniciadas en su implementación	31 de mayo	Informe de avance
	3. Realizar AT con el municipios	31 de mayo	Cronograma y acta de acuerdos con municipios
Vaupés	1. Una estrategia de relacionamiento interno y una estrategia de	8 de abril	Dos plantillas de identificación de actores con una cuartilla

	relacionamiento sectorial		justificando su importancia
	2.Una estrategia de relacionamiento externo	30 de abril	Plantilla de identificación de actores con una cuartilla justificando la importancia del actor identificado para la estrategia.
	3. Las estrategias formuladas iniciadas en su implementación.	31 de mayo	Informe de avance
	4. Realizar AT con el municipios	31 de mayo	Memoria de reuniones. Actas de compromiso y plantillas de identificación de actores elaboradas.

9 Lecciones Aprendidas

En el presente capítulo se desarrollan las principales lecciones aprendidas sobre los tres momentos del proceso de implementación ATRU: posicionamiento, apropiación y relacionamiento en relación con los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social. También se describen las lecciones aprendidas sobre el diplomado virtual de Planificación en Salud en el que se participó con la Universidad Virtual Autónoma de Manizales.

Se destacan como conjunto de procesos, de los momentos 1 y 2 (apropiación y posicionamiento) lo relacionado con la socialización del PDSP realizada en la SSD y en los lanzamientos del PDSP en los territorios.

En relación con la incidencia técnica la aplicación de las herramientas en las acciones territoriales y cómo fueron apropiadas y el taller de relacionamiento. Igualmente se resalta la organización y el trabajo de los equipos funcionales de comunicación. En relación con la incidencia política se hacen explícitas las lecciones aprendidas sobre lo que se realizó en el tema de cabildo.

Sobre el diplomado en Planificación en Salud con la Universidad Virtual Autónoma de Manizales, se aborda la experiencia desde un componente diferente al de planeación como es el de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social.

A nivel general la socialización del PDSP en los departamentos de Putumayo, Guainía, Amazonas, Guaviare y Vaupés, se realizó en dos contextos. En las SSD, como parte del primer momento, y para los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios en el segundo momento. Sobre este particular es importante decir que la Socialización realizada fue apenas una primera entrada a



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

las SSD y a los territorios. Que fue útil e importante pero que es insuficiente para el proceso social de cambio de paradigma en la cultura que se quiere hacer. Es decir para que sea sostenible deben generarse estrategias de sostenibilidad para conocer, difundir, estudiar y profundizar en el PDSP.

En relación con la particularidad de los territorios de la Amazonía, la socialización realizada se quedó corta para los actores comunitarios que son mayoría en estos departamentos como son las comunidades indígenas. Su presencia se limitó a las personas de las comunidades que habitan en las cabeceras municipales. El tema del desplazamiento de los capitanes de estos territorios a las cabeceras municipales tenía costos altos para los cuales no se había presupuestado un recurso por parte de las SSD, lo que impidió la presencia de la mayoría de ellos. Esto fue ilustrativo en Guainía, Vaupés y Amazonas.

Sobre la incidencia técnica, las herramientas de la asistencia técnica fueron preparadas con esmero por el equipo ATRU y se lograron transferir a los territorios en la modalidad de taller, como fue previsto. Sin embargo, valdría la pena, como parte de la continuidad del proceso revisar qué herramientas diseñadas se pueden volver a recoger y abordar con mayor profundidad. Es el caso de las bases de datos y del material de buenas prácticas. Para los territorios de la Amazonía, fue importante, para llegar a un nivel satisfactorio de apropiación para los resultados del modelo ATRU, el aprendizaje significativo basado en el diálogo.

El taller de relacionamiento por su parte fue un excelente momento de síntesis del proceso de implementación y de articulación del proceso iniciado con las visitas 1 y 2 de AT. Este taller tuvo aciertos en su diseño al haber trabajado con no más de 20 personas e incentivar el trabajo en grupos para el diseño de las estrategias de relacionamiento. Igualmente haber incorporado a los gerentes de programa para el relacionamiento en función de la transectorialidad del Plan.

La principal lección aprendida de este tema, es que están muy arraigadas las creencias de una mirada medicalizada de la salud y del trabajo de la salud concentrado en el sector. Se requiere entonces generar estrategias de gestión de conocimiento que siga abordando estos temas y generando el trabajo en equipo desde las diferentes disciplinas para crear las condiciones propicias e ir avanzando en un cambio de mentalidad como lo espera el PDSP, por parte de los servidores públicos.

Uno de los temas de la incidencia técnica a destacar es la forma como se organizaron los grupos funcionales de comunicación. Inicialmente se convocaron a los comunicadores y periodistas y/o aquellas personas de las áreas sociales vinculada a promoción social y movilización social. Estos grupos en algunos casos se mantuvieron, en otros se disminuyeron, a raíz de las dinámicas institucionales en donde el grado de trabajo y ocupación es bastante alto. La



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Amazonía, terminó con grupos conformados en los cinco departamentos. La lección aprendida sobre este particular es la importancia de mantener el acompañamiento a los grupos, reconocer sus logros y hacerlos parte de este gran proceso del PDSP. Para el último momento se invitó a que todos los asistentes al taller: grupos funcionales de comunicación y de planeación como gerentes de programa se denominaran grupo de relacionamiento del PDSP para continuar todos como un solo equipo trabajando por consolidar los objetivos del Plan dentro y fuera de la SSD.

Las lecciones aprendidas en la incidencia política se centran en haber aprovechado cada momento en que se tuvo relación directa con un alcalde y/o gobernador para hablar y posicionar el PDSP. Se destaca que haber preparado el parlamento y haberse familiarizado con el PDD de cada territorio fue un gran acierto en cuanto, se evidenció por parte del equipo ATRU interés y conocimiento de las realidades locales. La relación con los gobernadores fue mediada por el(la) Secretarios(a) de Salud Departamental. Donde esta relación era fuerte se facilitó el contacto con el gobernador. Esto dejó ver el liderazgo de algunos secretarios de salud y la importancia de su gestión en el territorio. Es el caso de Guainía, Guaviare y Amazonas. Para Putumayo y Vaupés el relacionamiento y el liderazgo debe fortalecerse.

Con los alcaldes hubo más directabilidad y estuvo determinada por el interés y disposición de algunos de ellos. Es el caso de los alcaldes de Carurú en Vaupés y de San José del Guaviare en el Guaviare.

Para terminar sobre la participación y finalización exitosa en el Diplomado de Planificación en Salud, se destaca la importancia de haberlo realizado. Poder estudiar y ampliar la fundamentación de los principales temas mirados a la luz del trabajo realizado en el territorio de la Amazonía sin duda fue determinante para el ejercicio académico como para enriquecer el proceso de comprensión del Plan y la tercera visita de AT, el momento de relacionamiento.

Las principales lecciones fueron: reconocer la utilidad del componente de Comunicación e incidencia técnica y política en la planeación territorial para el desarrollo integral en salud; la importancia del trabajo interdisciplinario para la planeación y aprovechar la información y el conocimiento de los territorios y de la AT, para llevar el diplomado a buen término.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

10 Conclusiones

La región Amazonía presenta unas características particulares con respecto a su población, a su geografía y a su posición geopolítica. Por esto, el alcance de los objetivos y los fines del PSDS 2012-2021 respecto a lograr la equidad en salud y el desarrollo humano, implica la movilización de voluntades fuertes que sueñen un futuro posible para sus pobladores. Esta mirada debe incorporar el enfoque diferencial y étnico y dimensionar estratégicamente los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social para el sector salud, en el marco de la identificación de los intereses y necesidades de las realidades locales.

Los diseños institucionales del nivel central deben consultar esas realidades de la Amazonía y tener presente que son territorios habitados en su mayoría por población indígena de manera dispersa en zonas boscosas. Además, que en las cabeceras urbanas conviven población colona, afrodecendiente y un creciente número de desplazados víctimas del conflicto armado y que por su geografía agreste, el acceso se hace por medio fluvial o aéreo, a excepción de Guaviare y Putumayo. También se destaca que estos territorios, hasta 1991 adquirieron la carta de ciudadanía al haber sido constituidos legalmente como departamentos. Esto ha influido en su nivel de desarrollo, si son comparados con las zonas andinas y periandinas donde se ha forjado el crecimiento social y económico del país.

Por tal motivo, es necesario mirar la Amazonía, con un enfoque diferencial y darles prelación. Empezar a pensar estratégicamente en sus potencialidades es reconocer que es una región de riquezas naturales invaluables y que su futuro, como *Pulmón del Mundo* se vislumbra hacia la sostenibilidad ambiental.

El modelo ATRU del PDSP tuvo diferentes objetivos de acuerdo a los momentos del proceso de implementación: apropiación, posicionamiento y relacionamiento desde los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social, y logró generar dinámicas organizacionales en las SSD, como un primer impacto en los contextos regionales, al dar a conocer el PDSP y las implicaciones de la Salud como polo de desarrollo para los departamentos.

En el primer momento, la incidencia técnica apuntó a una primera fundamentación de capacidades (ver anexo 1 del cap. 2) y al trabajo con las herramientas tecnológicas propuestas, como el uso del dropbox y las bases de datos. Estas generaron entusiasmo en los equipos funcionales de comunicación, aunque se manifestó un sentido de frustración por la dificultad de acceso y la fragilidad en la conectividad a internet. En los departamentos de Vaupés, Amazonas, Guainía y Guaviare, cuando existe la conectividad es débil, lo que



repercutió en el acompañamiento virtual para la AT. Sobre la apropiación de las bases de datos, es importante tener en cuenta que este proceso logró un nivel de incorporación inicial y que es conveniente seguir acompañando, para que estos procesos se consoliden como prácticas organizacionales que redunden en beneficio de las SSD y del PDSP.

En el segundo momento de posicionamiento, la incidencia política, se destaca por el trabajo de cabildeo con gobernadores, alcaldes y secretarios de salud de los departamentos. Se logró llamar la atención de sus mandatarios, sentar un compromiso frente a los alcances del PDSP y brindar un mayor respaldo frente a esta apuesta política. De otra parte se logró movilizar a la sociedad del territorio para integrar progresivamente el Plan a los actores sociales y hacer énfasis en el concepto de salud en todas las políticas públicas territoriales como en la equidad en salud y el desarrollo humano.

En relación con la incidencia técnica, sobre el proceso emprendido con los equipos de funcionarios y servidores públicos se observa que la mayoría, han demostrado gran interés por adelantar el proceso y poder encontrarse en este nuevo contexto de la salud pública. Sin embargo, es evidente que se requiere de grandes esfuerzos de redireccionamiento desde un nuevo paradigma en los procesos de planeación territorial, que impacte a cada SSD como organización y no solo al área de planeación, como se hacía anteriormente.

Para que este proceso, que apenas comienza y que está previsto para los próximos 7 años, se afiance y sea sostenible, los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social, han entrado a jugar un papel muy importante. En tal sentido, se observa que las SSD deben mirarse “para adentro” como organizaciones y trabajar por articular sus áreas alrededor de los propósitos del PDSP, para poder trabajar “en el afuera” en el tercer momento de relacionamiento desde un enfoque transectorial, de manera coherente y armónica.

En el momento de relacionamiento se logró posicionar el Plan, y se ha iniciado un proceso de identificación de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, que pueden ser aliados potenciales y que por su papel en el desarrollo local y regional, deben vincularse y reconocerse para las etapas que vienen para la implementación del Plan. Esto es muy importante en vista de que se observa, a partir del proceso de AT, que los procesos de participación y movilización social vinculados al tema de la salud son aún débiles y requieren ser fortalecidos de manera permanente.

Desde el punto de vista transectorial se observa debilidad, en algunos departamentos, en el vínculo de la SSD con las secretarías municipales de salud

y con las gobernaciones. En la mayoría de los departamentos la SSD no trabaja de manera articulada con la gobernación y la buena relación con esta institución está mediada por el vínculo del secretario(a) de salud).

Sobre la creación de los equipos funcionales de comunicación en cada SSD, se adelantó una propuesta de AT, desde la gestión del conocimiento, haciendo énfasis en el trabajo colaborativo y en los aprendizajes significativos, planteamientos base de la AT. Particularmente para los departamentos de la región, se concretaron con metodologías basadas en el trabajo dialógico y conversacional para la transferencia de conocimiento desde la mirada del diálogo de saberes. Este trabajo debe sostenerse, de tal forma que los resultados positivos de esta labor se vean reflejados a largo plazo, en los objetivos y alcances del PDSP.

Se debe continuar en el esfuerzo consciente de adaptar el discurso técnico del modelo de asistencia técnica, a las dinámicas locales y culturales de estos territorios, desde una relación cercana y humanizada, como es el objetivo de la nueva relación que, quiere establecer el MSPS con la implementación del PDSP 2012-2021.

A partir de la implementación del Modelo de Asistencia Técnica Unificada y como efecto del componente de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización Social, el proceso de alistamiento para la formulación de los nuevos PTS y su armonización con el del PDSP, se puede reforzar desde el fortalecimiento de capacidades:

Departamento de Putumayo

El departamento de Putumayo cuenta con un equipo de planeación y gerentes fuertes técnicamente que se han ido apropiando progresivamente del PDSP. En el acompañamiento de la AT para el relacionamiento, demostró solvencia y proactividad para cumplir con los compromisos, apropiando las capacidades, habilidades y potencialidades. Su área de comunicación, en cambio está compuesta por una comunicadora muy joven recién integrada a la SSD, que requiere ser acompañada con más personas, para poder cumplir con los crecientes retos del trabajo transectorial y de movilización social, para la formulación del PST. Para la labor del equipo funcional del PDSP, la lideresa, ha trabajado de manera colegiada con la antropóloga encargada de movilización social.

De la región, es el departamento con el mayor número de municipios, 13 para acompañar con AT y lo realizan sin demora a pesar de las grandes distancias que deben recorrer y los problemas de orden público que deben enfrentar.

Es importante continuar con el trabajo de incidencia política con la gobernación y lograr contacto con los alcaldes municipales. Igualmente fortalecer la movilización social y el relacionamiento con los actores comunitarios y aprovechar la fuerte sociedad civil que hace presencia en el departamento para fortalecer los procesos de participación en salud.

Departamento de Guainía

Guainía cuenta con un alto nivel de compromiso que ha sido tierra fértil para el proceso de implementación del modelo ATRU. Este compromiso surge del trabajo del último periodo, en el que el equipo se ha estado preparando para hacer realidad el modelo de salud intercultural con énfasis en APS, que ha estado acompañado por el MSPS.

El área de comunicación cuenta con una servidora pública de planta que trabaja con dos personas más. Ellos más dos facilitadores bilingües conforman el equipo funcional del PDSP. Su experiencia ha sido muy importante para el cumplimiento de los compromisos de la AT.

El trabajo interesante de Guainía para la movilización social es el buen grado de articulación entre el área de comunicación, promoción social del que hacen parte los facilitadores bilingües que visitan las comunidades indígenas y la oficina SAC (Servicio a la Comunidad). Otro aspecto a resaltar es la muy buena comunicación interna de este equipo, lo que incidirá que la planeación integral en salud, vaya consolidando sus procesos para la formulación del nuevo PTS.

Departamento de Amazonas

Este departamento también cuenta con un buen equipo técnico que avanza progresivamente hacia un conocimiento del PDSP. Es importante afianzar la comunicación interna y el clima organizacional para resolver las tensiones que se presentan y que pueden afectar la planificación territorial en salud y el relacionamiento externo para la transectorialidad.

El alto nivel de compromiso de su comunicador ha jugado un papel en el liderazgo para el proceso del modelo ATRU. Tiene un excelente relacionamiento con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios y cuenta con el apoyo de la Secretaria de Salud Departamental (E). Esto incidió en que fuera el único departamento que produjo piezas de mercadeo social para el evento de lanzamiento del PDSP, de esta región. Para el grupo funcional de comunicación ha contado con el apoyo del profesional de apoyo Jesús David Cabrera, quien se encargó de la administración de la base de datos, tema fundamental para la

movilización social.

Departamento de Guaviare

Este departamento es el más fuerte de todos los de la región en el nivel técnico. Como organización asume las responsabilidades y las lleva a buen término con profesionalismo. El trabajo del PDSP para el momento del lanzamiento dejó ver un gran poder de convocatoria con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios y de incidencia con el gobernador y alcalde de San José del Guaviare.

En el tema de comunicación el hecho de que su coordinadora sea de planta y con un manejo del nivel directivo ha sido definitivo. En el primer y segundo momento el equipo funcional de comunicación contó con una comunicadora de gran experiencia que hizo un trabajo transectorial de opinión sobre el PDSP con las otras secretarías departamentales.

Departamento de Vaupés

El departamento de Vaupés a pesar de contar con un equipo que tiene experiencia requiere de mucho acompañamiento y su trabajo en relación al PDSP tuvo un proceso intermitente en el cual se requería del liderazgo de sus directivas, que no terminaba de visibilizarse. Por este motivo el trabajo del equipo ATRU fue muy cercano para poder cumplir con los compromisos, especialmente en el momento del lanzamiento del Plan. Para el momento de relacionamiento se logró articular al grupo en torno a la importancia del PDSP para la planeación integral en salud.

El grupo funcional de comunicación realizó una gran labor y estuvo en contacto de manera permanente y atento al acompañamiento. Su comunicadora contó con dos personas del grupo que para el tercer momento fueron retiradas. Sin embargo, al final se vincularon dos personas nuevas al proceso. Es muy importante reforzar el equipo para el trabajo de movilización social, ya que la persona que manejaba estos temas terminó su contrato con la SSD.

En conclusión se evidencia dos tipos de desarrollo institucional observado en las capacidades técnicas de las SSD: un grupo que refleja una importante capacidad institucional, con un buen nivel de liderazgo (Guaviare, Amazonas y Putumayo) y un segundo grupo con capacidad institucional intermedia (Guainía y Vaupés). Vale la pena destacar que el equipo de Guainía cuenta con un grado de cohesión alto y al estar estimulado por el proyecto del modelo de salud intercultural ha influido en mejorar y potenciar sus fortalezas.

11 Recomendaciones

Las recomendaciones para la sostenibilidad del PDSP 2012-2021, apuntan a sugerir algunas ideas y estrategias que se tornarían fundamentales desde el componente de comunicación e incidencia técnica y política y movilización social para contribuir a que al proceso de planeación integral en salud vincule a los actores clave para la transectorialidad.

Este capítulo se presenta en dos partes. En la primera se hace una recomendación central en relación con el componente mencionado y en la segunda se relaciona estas recomendaciones con las competencias de los ámbitos nacional, departamental y municipal.

La recomendación central es darle continuidad al trabajo iniciado en todos los procesos del componente al interior de las SSD. Es decir continuar produciendo información sobre cómo la DTS está apropiando el PDSP desde por ejemplo la identificación de las buenas prácticas en salud. Esta información se podría difundir en el boletín digital, solo que ampliando a otros medios alternativos y combinando con estrategias de movilización social. También es importante continuar haciendo gestión del conocimiento con las AT para invitar a los servidores públicos a remover sus creencias sobre la salud medicalizada y contribuir a generar un cambio cultural que propenda por la equidad en salud y el desarrollo humano.

Para hacer un cambio cultural que tenga como motor el sector salud, se hace necesario continuar con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria. Se debe seguir con la línea iniciada del fortalecimiento de capacidades de manera que se tengan en cuenta los procesos pedagógicos para lograr una apropiación de los temas que se dejaron propuestos en esta primera parte de la implementación del modelo.

Desde el fortalecimiento de capacidades, para la región Amazonía, se recomienda entre otros temas:

- Contribuir al fortalecimiento institucional, desde la comunicación organizacional con capacidades, habilidades y destrezas en comunicación dialógica, liderazgo y trabajo en equipo.
- Generar estrategias de gestión de conocimiento que invite al diseño e implementación de proyectos colaborativos realizados desde las diferentes disciplinas e ir avanzando en un cambio de mentalidad como lo

espera el PDSP, por parte de los servidores públicos.

- Ofrecer AT en sistemas de información para apalancar los procesos de forma escalonada y viable, que contemple las condiciones reales y posibles de estos departamentos.
- Mejorar la tecnología para facilitar la conectividad desde estos departamentos, lo que ayudaría al acompañamiento y al cumplimiento de metas.
- Fortalecer y capacitar a los servidores públicos de las áreas de comunicación de tal forma que los equipos funcionales de comunicación se apalanquen para cumplir con los crecientes retos del trabajo transectorial y de movilización social.
- Crear mecanismos de comunicación novedosos diseñados de acuerdo a las dinámicas culturales de los actores comunitarios, especialmente para las comunidades indígenas. Por ejemplo acompañamiento y trabajo conversacional con los capitanes que representan comunidades.
- Disponer de puntos de información adecuados para las veedurías ciudadanas en salud.
- Generar estrategias comunicativas puntuales para fortalecer los lazos alcaldes, lo que redundará en la gobernabilidad con los actores comunitarios.
- Contribuir al fortalecimiento de las capacidades, habilidades y fortalezas de los grupos funcionales de comunicación con el aprendizaje de metodologías participativas, incluyentes y dialógicas para trabajar con las comunidades en el horizonte de la formulación del PST.
- Desarrollar estrategias de relacionamiento, sensibilización y capacitación continua con el CTP y los CTSS.
- Fortalecer los procesos de organización y participación en salud con los

actores comunitarios.

Las recomendaciones expuestas están dentro de las competencias de la nación para hacer sostenible el PDSP. Se observa en el texto del Plan el reto de pensar estrategias a partir de “promover en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial definidas en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP...” (pg.306). Igualmente “desarrollar el proceso de asistencia técnica territorial, asegurando los recursos financieros, tecnológicos y humanos requeridos” (pag307).

De otra parte los procesos de participación y movilización social también se contemplan cuando se escribe “fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios que desarrollan los procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades, así como levantar lineamientos técnicos de las acciones transversales para la gestión diferencial de poblaciones vulnerables (pag. 306).

Para terminar, en el nivel departamental y municipal se encuentran competencias concordantes con lo expuesto cuando el Plan dice “coordinar y desarrollar procesos de movilización social de los ciudadanos, las instituciones sectoriales, transectoriales, los CTSS, el Consejo de Política Social, las organizaciones de base comunitaria, los gremios, el sector de la economía, que puedan desarrollar acciones sobre los DSS (pag. 311).

12 Bibliografía

- Amazonas, G. d. (2012). Por un Buen Vivir, Somos Pueblo Somos Más. *Plan de Desarrollo Departamental*. Leticia.
- Constituyente, A. N. (4 de Julio de 1991).
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2005). *Perfiles departamentales*. Bogotá.
- Departamento Nacional de Estadística (DANE). (2012). *Perfiles Departamentales*.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2011). *Escalafón de Desempeño Integral Municipal*. Bogotá.
- Gobernación de Guainía. (2012). *Plan de Salud Territorial de Guainía*. Inírida.
- Gobernación de Guainía. (2012). Un Nuevo Futuro. *Plan de Desarrollo*. Inírida.
- Gobernación de Putumayo. (2012). Putumayo Solidario y Competitivo. *Plan de Desarrollo*. Mocoa, Putumayo.
- Gobernación de Vaupés. (2012.). Gobierno Pluricultural con Progreso Social. Dpto de Putumayo. *Plan de Desarrollo*. Mitú.
- Gobernación del Guaviare. (2014). www.guaviare.gov.co.
- Guaviare., G. d. (2012). Así Marcamos Huella. 2012-2015. *Plan de Desarrollo*. San José del Guaviare.
- Instituto Amazónicas de Investigaciones Científicas (SINCHI). (2007).
<http://www.sinchi.org.co/index.php/centro-de-informacion-y-divulgacion/publicaciones/rev-col-amaz/16-publicaciones/publicaciones>.
- Ministerio de Educación Nacional. (2005). *Colombia Aprende*. Obtenido de <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/sitios/1610/article-131554.html>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2013).
<http://alcaldiabogota.gov.co.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53328>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado para la Implementación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública. PDSP, 2012-2021. La Salud en Colombia la Construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Evaluación del Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora, para la*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

10 PLAN
DECENAL
DE SALUD
PÚBLICA
2012
2021



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2015. Departamento de Putumayo. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Evaluación del Informe De Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora, Para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2015. Departamento de Vaupés. Bogotá.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Evaluación del Informe de identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora para la Migración del Plan de Salud Territorial al PDSP al 2012-2015. Departamento de Guainía. Bogotá.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Evaluación del Informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan de Salud Pública 2012-2015. Departamento de Guaviare.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía para la Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora. Bogotá.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Metodología de Relacionamento para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2015. Bogotá.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014.). *Evaluación del Informe de Potencialidades y Oportunidades de Mejora para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2015. Departamento de Amazonas. Bogotá.*

Montaña, D. F. (2007). Presentación de la Temática. *Colombia Amazónica, Edición Especial.*

Organización Panamericana de la Salud. (Agosto de 2013). Contrato de Servicios CO/CNT/1300188.001.

República, C. d. (21 de Diciembre de 2001).
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>.

República, C. d. (19 de Enero de 2011).
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

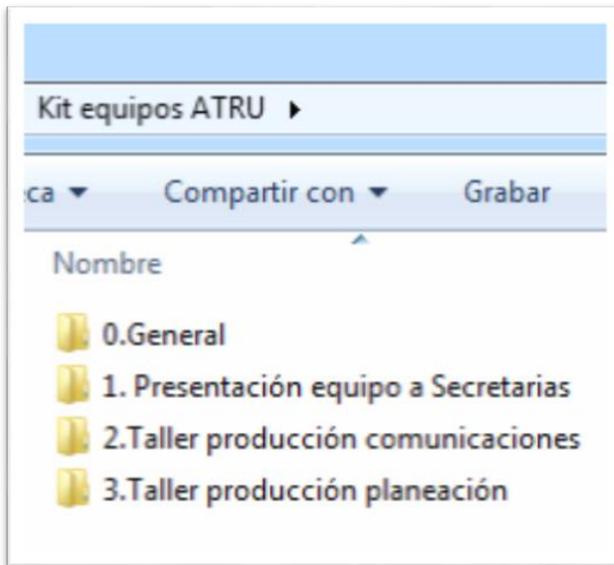
Secretaria de Salud Departamental. (Mayo de 2014). Boletín Informativo de la SDD de Guainía. *Boletín Informativo*. Inírida.

Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). (2005). *Políticas de Formación para el Aprendizaje Institucional*. Bogotá.

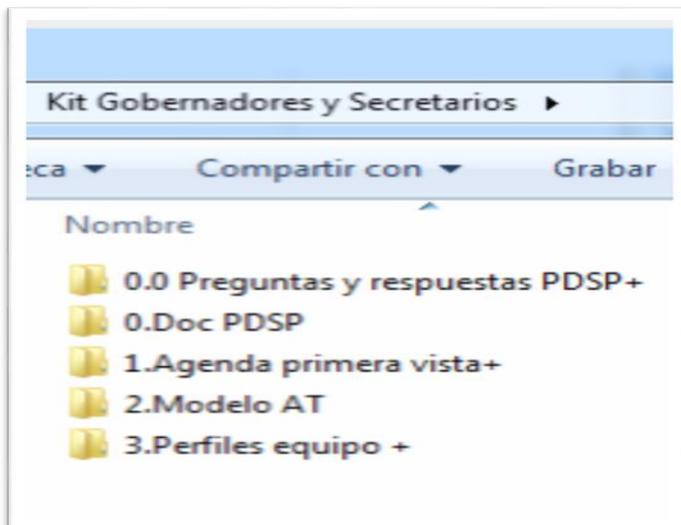
13 Anexos

Anexo 1: Tabla resumen de capacidades, habilidades y destrezas del Componente de Comunicación e incidencia técnica y política y Movilización social en el modelo ATRU

Anexo 2: Kit equipos Atru



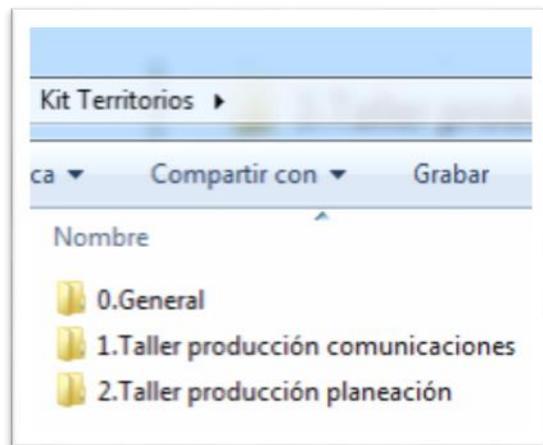
Anexo 3: Kit Gobernadores y Secretarios



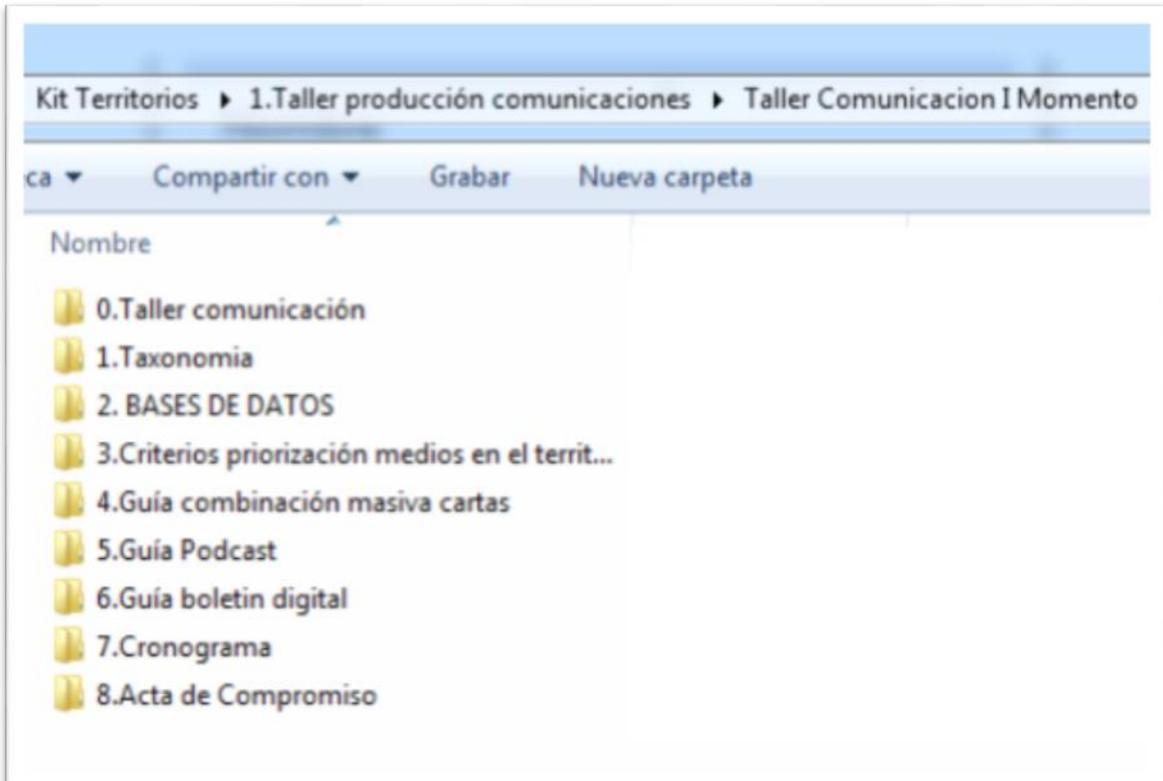
Anexo 4: Kit Presentaciones PDSP



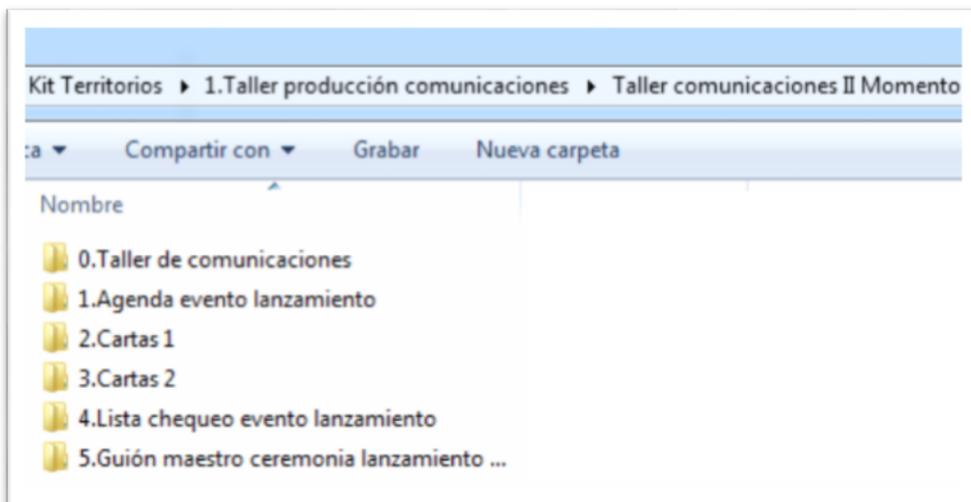
Anexo 5: Kit Territorios



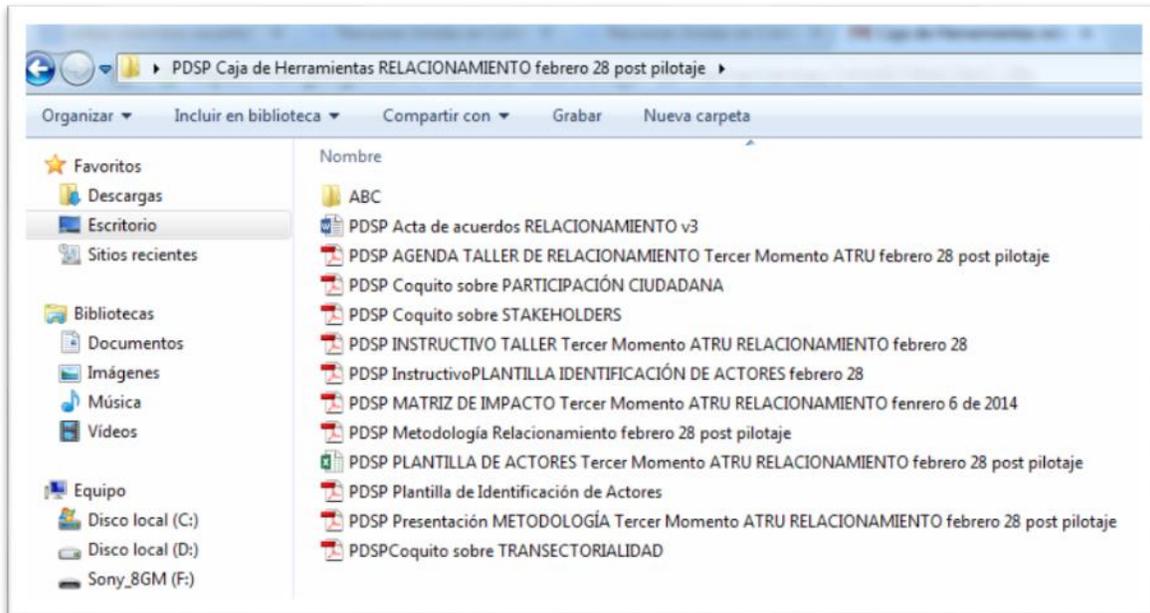
Anexo 6: Taller Comunicación I Momento



Anexo 7: Taller Comunicación II Momento



Anexo 8: Caja de Herramientas Relacionamiento. Momento III.



Anexo 9: Productos comunicación Putumayo. Momento I.

Anexo 10: Productos comunicación Putumayo Momento II.

Anexo 11: Productos comunicación. Putumayo. Momento III.

Anexo 12 Productos comunicación. Guainía. Momento I.

Anexo 13 Productos comunicación. Guainía. Momento II.

Anexo 14 Productos comunicación. Guainía. Momento III.

Anexo 15 Productos comunicación. Amazonas. Momento I.

Anexo 16 Productos comunicación. Amazonas. Momento II.

Anexo 17 Productos comunicación. Amazonas. Momento III.

Anexo 18 Productos comunicación. Guaviare. Momento I.

Anexo 19 Productos comunicación. Guaviare. Momento II.

Anexo 20 Productos comunicación. Guaviare. Momento III.

Anexo 21 Productos comunicación. Vaupés. Momento I.

Anexo 22 Productos comunicación. Vaupés. Momento II.

Anexo 23 Productos comunicación. Vaupés. Momento III.

Anexo 24 Actas de compromiso y Listados de asistencia.
Momento III. Relacionamiento.