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 en la implementación del Modelo ATRU del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Departamentos:
Atlántico, Bolívar y Cesar

Distritos:
Distrito Turístico y Cultural de Cartagena
Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla

Bogotá, 14 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

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

Representante Organización Panamericana de la Salud
Gina Watson

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 Rodriguez Neira
Ibett Cristina Manrique Forero
Margarita Lucia 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

Glosario de Términos

Actor comunitario: Ciudadanos, organizaciones sociales y de base comunitaria con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP 2012 – 2021.

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 2012 – 2021.

Actor transectorial: Persona, organización o institución que pertenece al sector gubernamental, con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP 2012 – 2021.

Actor: Persona u organización con capacidad para actuar y proponer acciones en el marco del PDSP 2012 - 2021. Un actor puede afectar y afectarse con la implementación del PDSP 2012 - 2021. En teoría, todos los colombianos son actores, porque el PDSP 2012 - 2021 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 2012 - 2021 en su difusión, implementación y en sus fases subsiguientes.

Apropiación: Acción de tomar para sí las ideas, propuestas y acciones del PDSP 2012 - 2021, de tal manera que se incorporen en las acciones propias con el objetivo de tener algún nivel de incidencia sobre otros actores, o proyectos en el marco del PDSP 2012 – 2021.

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 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 2012 -2021.

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.

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 de 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 2012 – 2021.

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, Subcoordinadores, 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.

Interaprendizaje: 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 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 2012 - 2021. Además, se priorizan los cinco distritos especiales: Bogotá, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, y los municipios de categorías 1, 2 y 3.

Oportunidades: Todas las situaciones, hechos, políticas que contribuyen de manera positiva al logro de los objetivos trazados en el marco del PDSP 2012 – 2021 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 corresponsabilidad. 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 (El Prisma Portal para investigadores y profesionales, 2014).

Podcast: Grabación de sonido que se puede hacer con una grabadora o incluso con un celular para trasmitirle a otras personas que están lejos, nuestras experiencias sobre la puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021 en nuestro territorio, como si se tratara de una nota de radio, 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 2012 - 2021, el posicionamiento es un producto a lograr en el proceso de comunicación y mercadeo social, entendiendo que el resultado debe ser la recordación temática del PDSP 2012 - 2021 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 PDSP 2012 – 2021 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 que apunta a la construcción de país.

La transectorialidad en el PDSP 2012 - 2021 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 MSPS, 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 2012 - 2021 sea realmente transectorial, es necesario poner los intereses del país por encima de los del sector salud, en primacía del bien común.

Lista de siglas

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
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DTS	Dirección Territorial de Salud
LGBTI	Lesbianas Gais Bisexuales Trans Intersexuales
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PST	Plan Territorial de Salud
SGSSS	Sistema General de Salud y Seguridad Social
SSD	Secretaría de Salud Departamental
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación

Contenido

GLOSARIO DE TÉRMINOS 5

LISTA DE SIGLAS 10

INTRODUCCIÓN 12

1. COMPONENTES DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA, Y DE MOVILIZACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE ASISTENCIA TÉCNICA REGIONAL UNIFICADO (ATRU) 15

1.1. COMPONENTE DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA 15
1.2. COMPONENTE DE MOVILIZACIÓN SOCIAL 17

2. RESULTADOS GENERALES DE LOS COMPONENTES DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA, Y MOVILIZACIÓN SOCIAL 18

2.1. LA ASISTENCIA TÉCNICA, EL INTERAPRENDIZAJE Y EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN EL MODELO ATRU 18
2.2. MOMENTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ATRU DEL PDSP 2012 - 2021 22
2.2. PRESENTACIÓN DEL TERRITORIO 24
2.3.1. Análisis agregado de los resultados de los componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social. 29
2.3.1.1. Departamento del Atlántico y Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla. 30
2.3.1.2. Departamento de Bolívar y Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. 35
2.3.1.3. Departamento del Cesar. 40

3. ANÁLISIS AGREGADO DE LA MATRIZ DOFA DE LOS COMPONENTES DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA, Y MOVILIZACIÓN SOCIAL 47

3.1. DOFA DEL COMPONENTE DE COMUNICACIÓN 47
3.1.1. Potencialidades del componente de Comunicación. 49
3.1.2. Oportunidades de mejora del componente de Comunicación. 50
3.2. DOFA DE LA INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA 51
3.2.1. Potencialidades de la Incidencia Técnica y Política. 53
3.2.2. Oportunidades de mejora de la Incidencia Técnica y Política. 53
3.3. DOFA DEL COMPONENTE DE MOVILIZACIÓN SOCIAL 54
3.3.1. Potencialidades del componente de Movilización Social 55
3.3.2. Oportunidades de Mejora del Componente de Movilización Social 56

4. ACUERDOS DEL MOMENTO DE RELACIONAMIENTO DEL COMPONENTE DE COMUNICACIÓN E INCIDENCIA TÉCNICA Y POLÍTICA Y MOVILIZACIÓN SOCIAL 57

5. LECCIONES APRENDIDAS 59

6. CONCLUSIONES 62

7. RECOMENDACIONES 64

8. BIBLIOGRAFÍA 65

9. ANEXOS 67

Introducción

La Constitución de 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 determina la construcción del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 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 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 implentación y adopción del PDSP 2012 – 2021, y a la luz de la Ley 715 de 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) 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 perfile 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 planteó desde la comunicación social, dos componentes: Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social –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.

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 trasformaciones 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 2012 – 2021, 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 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 de la Movilización Social, 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 y la identificación de los actores sociales desde el documento Análisis Crítico e Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora.

Este informe presenta el resumen general de los resultados de los componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social, 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 Atlántico, Bolívar y Cesar, y en los distritos de Barranquilla y Cartagena.

1. Componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y de 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 componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y de 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.

1.1. 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.

Figura 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 2012 - 2021 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.

1.2. 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.

Figura 2. Componente de Movilización de Social

Desde la visión del modelo ATRU para la implementación del PDSP 2012 – 2021, este componte 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.

2. Resultados generales de los componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social

Los componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social, contribuyeron 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 PDSP 2012 - 2021 se concretaran la visión de equidad en salud y el desarrollo humano.

Este 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, interaprendizaje 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.

2.1. La asistencia técnica, el interaprendizaje 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 que son provistos a través de un conjunto de actividades programadas que incluyen talleres, asesorías, reuniones, conceptos escritos, suministro de tecnología blanda o dura, conferencias, generación de lineamientos técnicos,

desarrollo de conversatorios, videoconferencias, seminarios, talleres, 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 fueron 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 (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 dirigirlas 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 conlleve a generar proyectos de aprendizaje significativo.

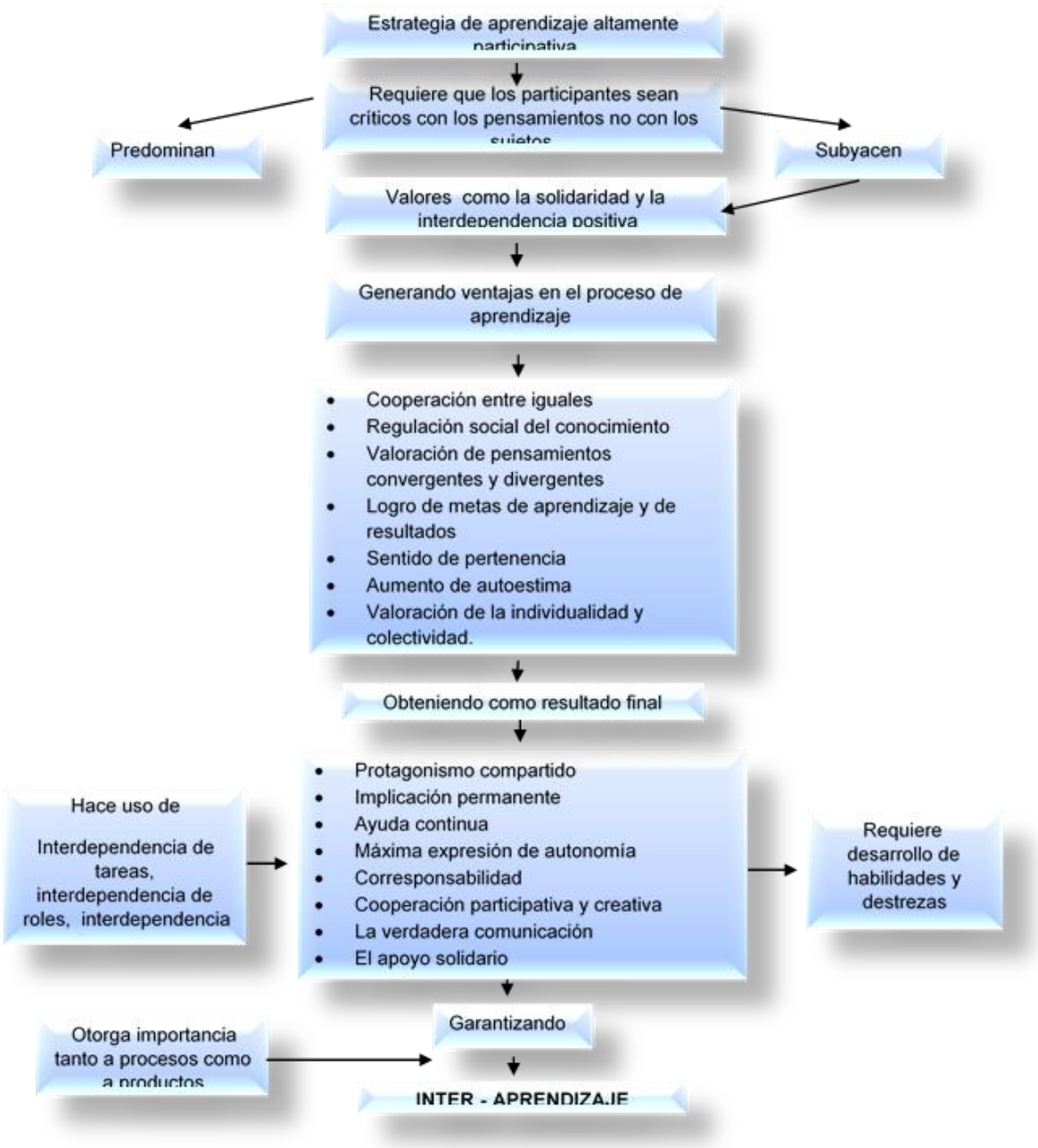
La asesoría corresponde a la emisión de opiniones, consejos o advertencias sobre la forma de gestión de procesos internos claves del sistema de salud, en respuesta a consultas, necesidades, inquietudes y problemas, sentidos y expresados, por los servidores públicos de los equipos territoriales.

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 (TIC), 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 interaprendizaje que 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 (Colombia Aprende, 2014).

La siguiente figura muestra las características fundamentales del interaprendizaje:

Figura 3: Estrategia de interaprendizaje



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 o fortalecer para contribuir a la implementación del PDSP 2012 - 2021 y su sostenibilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

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).

2.2. Momentos de la implementación del modelo ATRU del PDSP 2012 - 2021

El modelo ATRU del PDSP 2012 – 2021 se desarrolló desde septiembre 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 capacitaciones y asesorías, y en el tiempo transcurrido entre cada una de las visitas, se hizo acompañamiento a los equipos territoriales vía telefónica o virtual.

El primer momento de apropiación se realizó a finales de septiembre y durante el mes de octubre. Después de realizar el acercamiento con 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 2012 - 2021 (Ver anexo 3); se hizo la socialización del PDSP 2012 - 2021, ante los servidores públicos de las direcciones territoriales de salud (DTS), con las ayudas audiovisuales diseñadas (Ver anexo 4), y se llevó a cabo la capacitación del equipo funcional de comunicación y de planeación (Ver anexo 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 2012 - 2021 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 2012 - 2021 en los territorios (Ver anexo 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, mas el acompañamiento permanente por parte de los comunicadores del equipo ATRU, los equipos funcionales de comunicación departamental del PDSP 2012 - 2021, 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 PDSP 2012 - 2021. Se prepararon los lanzamientos departamentales del PDSP 2012 - 2021, 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 2012 - 2021, con la presencia de actores sectoriales, transectoriales, y se realizó la capacitación del primer momento a los municipios priorizados del país[1].

En el evento se presentó el PDSP 2012 – 2021 y con la presencia de representantes del MSPS se recalcó su importancia, alcances y objetivos. Se destacó una noción de salud integral, 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 2012 - 2021.

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 2012 - 2021, y el uso de

[1] El Departamento Nacional de Planeación (DNP) elaboró en el año 2000 una metodología para evaluar anualmente a los municipios del país con más de 20 indicadores, la eficacia, la eficiencia, la gestión y el entorno y el cumplimiento de requisitos legales. Ver: *Evaluación del desempeño integral de los municipios.* D.N.P. Bogotá, 2000.

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 periodo comprendido entre 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 del PTS (Ver anexo 8).

La metodología fue altamente participativa y el diálogo generado produjo una mayor comprensión y apropiación del PDSP 2012 - 2021 y de la importancia de los componentes 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.

2.2. Presentación del Territorio

La región Caribe, para efectos del Contrato de Servicios CO/CNT/1300211.003, cuyo objeto es “Apoyar el despliegue en la región Caribe 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”, es presentada en este informe en tres departamentos y dos distritos, cada uno con especificidades geográficas, económicas, sociales, políticas y culturales, que sin embargo comparten entre ellos algunas similitudes.

Los departamentos y distritos asignados a la región Caribe se muestran en la siguiente figura:

Figura 4. Departamentos y distritos de la región Caribe

La región Caribe cuenta con una extensión de 132.218 Km2. Se localiza al norte del país y está conformada por siete departamentos en su área continental (La Guajira, Magdalena, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre y Bolívar), y uno en su área insular (San Andrés y Providencia), territorios que representan el 11.6 % de los 1’141.748 Km2 que comprende el total del área nacional.

Por su localización y el tamaño de su población; su historia y su economía; su vida social y su cultura, la región Caribe de Colombia es una pieza determinante en la configuración de la nacionalidad colombiana. Aporta el 15,5 % del Producto Interno Bruto (PIB) nacional. Los departamentos de Atlántico y Bolívar concentran el 50,9 % del PIB regional. Las principales apuestas productivas de la región son el turismo, la agroindustria y la minería. La principal ventaja competitiva de la

región es la internacionalización de las empresas a los mercados externos y su rica reserva medioambiental (Observatorio del Caribe Colombiano, 2014).

Los puertos marítimos de la región Caribe son de gran importancia pues representan el 85 % de las exportaciones e importaciones que se realizan en el país. (Viloria de la Hoz, 2006, p.4)

Entre las fiestas que se destacan en la región Caribe están:

> El Reinado Nacional de la Belleza (11 de noviembre); Fiesta Taurina en Cartagena (4 y 5 de enero); las Fiestas del Caimán (Ciénaga, Magdalena el 20 de enero), el Carnaval de Barranquilla del 9 al 12 de Barranquilla; el Festival de cine de Cartagena (1-8 de marzo), el Festival Internacional de la Luna Verde (4 al 8 de mayo), el Reinado Nacional de la Ganadería (13 al 17 de junio), las fiestas del Mar en Santa Marta (28 de julio al 1 de agosto), Festival y Reinado Nacional del Dividivi en Riohacha, La Guajira (1 al 5 de agosto), Festival de Cuna de Acordeones (Villanueva, La Guajira), Festival Nacional de Gaitas en Ovejas, Sucre (10 al 14 de octubre). (Colombia.com, 2014).

De esta región, los departamentos asignados fueron Atlántico, Bolívar y Cesar, y los distritos de Barranquilla y Cartagena.

Departamento del Atlántico

El departamento del Atlántico es el más pequeño pero más poblado de la costa Caribe con 2’866.156 habitantes, en su mayoría de raza mestiza y en menor proporción de raza negra. Su clima oscila entre los 27 a 35 grados centígrados.

Limita por el norte y nordeste con el mar Caribe, en una extensión aproximada de 90 Km. Al este, con el río Magdalena; al sur, suroeste y oeste con el departamento de Bolívar (Gobernación del Atlántico, 2014).

Es una entidad descentralizada, autónoma, conformada por 22 municipios, dos de ellos priorizados dentro del modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado: Santa Lucía, en categoría seis, y Soledad, en dos.

“El *Plan de Desarrollo Atlántico más social*, aprobado a través de Ordenanza 138 de julio de 2012, contiene inmerso el *Plan de Salud Territorial Atlántico es Familias Más Saludables*, y por medio de este el direccionamiento estratégico de la Entidad Territorial, caracterizado por el desarrollo económico, ambiental, cultural, social e institucional” (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014).

Departamento de Bolívar

Bolívar, cuya capital es Cartagena de Indias, tiene una superficie de 25.798 Km2 y cuenta con un total de 2'025.388 habitantes. Allí conviven diferentes etnias, negra, mestiza, blanca, indígena y gitana.

Limita por el norte con el mar Caribe y el departamento del Atlántico; al nororiente, con el Magdalena; al oriente, con Cesar y Santander; al sur, con Antioquia; y al occidente, con Sucre y Córdoba. Cuenta con 45 municipios, 21 de los cuales se encuentran priorizados dentro del proceso de AT para la implementación del PDSP 2012-2021.

La economía de Bolívar es bastante diversificada; en el norte predomina principalmente el turismo, la industria petroquímica y el comercio. Su parte sur, Viloria (2009) afirma: "gira en torno a actividades primarias como la minería, la agricultura, la ganadería y la pesca. También los cultivos ilícitos han marcado el perfil económico de la subregión" (p.56).

El *Plan de Desarrollo Bolívar Ganador*, aprobado a través de Ordenanza No. 021 del 31 de mayo de 2012, contiene inmerso el *Plan de Salud Territorial, Salud incluyente y equitativa*, y a través de este, el direccionamiento estratégico de la Entidad Territorial. Su objetivo es dar respuesta a la situación de ruina y calamidad que se verifica en el territorio bolivarense en los últimos años (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014).

Departamento del Cesar

Con una extensión de 22.905 Km2 y 1.166.420 habitantes, Cesar se sitúa al nordeste del país. Limita al norte con los departamentos de La Guajira y Magdalena; por el sur, con Bolívar, Santander y Norte de Santander; y por el este, con Norte de Santander y Venezuela.

El departamento del Cesar está situado en el norte de Colombia en la llanura del Caribe. Lo conforman 25 municipios y las subregiones Noroccidental, Norte, Central, Sur, y los municipios del área Metropolitana. Tiene una población de 991.584 habitantes.

Es el único departamento de la costa Caribe que no tiene salida al mar, pero cuenta con frontera terrestre internacional. Los principales renglones económicos del Cesar son el agropecuario, del que deriva un 30 % de sus ingresos; el de servicios, con el 35 %; y la minería; con el 27 %, de los mismos. La ganadería vacuna ocupa un lugar de primer orden, con una población estimada en 1.513.149 cabezas. (Revista Congreso Internacional de Estados , 2014)

El *Plan de Desarrollo Prosperidad a Salvo*, aprobado a través de Ordenanza No. 047 del 15 de mayo de 2012, contiene inmerso el *Plan de Salud Territorial Prosperidad a Salvo*, desarrollado en la estrategia Salud sin Fronteras, y por medio de este el direccionamiento estratégico de la Entidad Territorial.

Distrito Turístico y Cultural de Cartagena

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena, capital de Bolívar, es ante todo una ciudad histórica y turística localizada a orillas del mar Caribe. De los 967.103 habitantes para el año 2012, el 95.5 % (923.414 habitantes) se concentra en el área urbana, y el 4.5 % (43.689 habitantes) vive en el área rural e insular.

Cartagena se divide en 3 localidades: Localidad Histórica y Caribe Norte, Localidad Virgen y Turística, y Localidad Industrial de la Bahía.

El *Plan de Desarrollo En Cartagena hay campo para todos y todas 2012- 2015*, aprobado mediante Acuerdo No. 001 del 04 de julio de 2012, contiene inmerso el *Plan de Salud Territorial Salud digna y oportuna para vivir mejor*, y su propósito fundamental es el mejoramiento del estado de salud de la población del Distrito de Cartagena para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014)

Durante los últimos años, en cuanto a la diversificación de la economía en Cartagena de Indias, destaca el sector petroquímico, el procesamiento de productos industriales y el turismo internacional. Hoy es la cuarta ciudad en producción industrial de Colombia. El Puerto de Cartagena es especializado en contenedores y ha sido cinco veces ganador del premio al Puerto más Competitivo del Caribe (Círculo de Inversionistas, 2014).

Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla

El distrito de Barranquilla es la capital del departamento del Atlántico. Con un área continental de 3.388 Km2 y 1.386.865 habitantes, según el Acuerdo Distrital No. 006 de agosto de 2006, se organiza en cinco localidades así: Localidad de Murillo Sur Occidente, Localidad de Murillo Sur Oriente, Localidad Norte Centro Histórico, Localidad metropolitana, y Localidad Riomar.

“Barranquilla se consolidó en 2013 como la nueva joya que jalona la Inversión Extranjera Directa (IED) en Colombia (…). Según las cifras de Probarranquilla, la IED en esta región llegó a US$390 millones el año pasado, lo que reafirmó el

atractivo de la ciudad para las inversiones empresariales (…). El transporte, la metalmecánica y la salud fueron los sectores que más jalonaron este flujo de dinero." (La República, 2014)

El Puerto de Barranquilla maneja diversas cargas como contenedores, café, carbón, carga general, y graneles sólidos y líquidos.

El *Plan de Salud Territorial 2012-2015 Barranquilla Saludable*, se armoniza con el *Plan de Desarrollo Distrital 2012-2015 Barranquilla florece para todos*, y fue aprobado inmerso en el mismo, a través del Acuerdo No. 007 del 6 de julio de 2012. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014)

2.3.1. 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, capacidades, habilidades y destrezas transferidas de acuerdo a los productos, los procesos y las coberturas logradas.

Se registran 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 «Resumen de las capacidades, habilidades y destrezas de los componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social del modelo ATRU».

En las tres últimas filas se listan los productos de cada uno de los momentos que se pueden encontrar en los anexos. En su orden, se presentan las tablas de Atlántico y el distrito de Barranquilla, Bolívar y el distrito de Cartagena, y del departamento del Cesar.

2.3.1.1. Departamento del Atlántico y Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.

Momento de Implementación del modelo ATRU	Fecha	Capacidades, habilidades y destrezas que se transfirieron[2]	Coberturas		
			# Personas: socialización/ capacitación comunicación /grupo funcional de comunicación	# Asistentes lanzamiento	# Municipios capacitados/# de municipios priorizados
Apropiación	Oct. 16 y 17 de 2013	-Se transfirieron las habilidades y destrezas necesarias para que el equipo técnico territorial de comunicación comprendiera el enfoque del PDSP 2012 -2021, los desafíos que plantea, y los retos para el departamento. - Con base en el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 Atlántico Más Social, se transfirieron las habilidades necesarias para la identificación de actores y visualizar las dimensiones del PDSP 2012 – 2021. -Se transfirieron habilidades para que los equipos técnicos conocieran el	Al primer momento de la AT participaron 53 personas, de las cuales 10 conformaron el equipo funcional de comunicación. Actualmente este equipo está integrado por 6 personas.	N/A	N/A

[2] Para leer la casilla de capacidades, habilidades y destrezas se sugiere consultar de manera paralela el anexo 1 de este capítulo llamado Resumen de las capacidades, habilidades y destrezas a fortalecer en los procesos de Comunicación e Incidencia Política y Técnica, y Movilización Social.

		planteamiento del modelo ATRU que enmarca la AT para la implementación del PDSP 2012 – 2021.			
Posicionamiento	Nov. 22 de 2013	-El equipo mostró compromiso y responsabilidad en el proceso de transferencia de habilidades. -A través del acompañamiento para el conocimiento y uso de la herramienta Dropbox, el equipo técnico de comunicación desarrolló la destreza necesaria para usar el Kit de Territorio y preparar el evento de lanzamiento. -Se transfirieron habilidades para que el equipo técnico reconociera la importancia de hacer un evento de lanzamiento y convocar a los diferentes actores.	22 personas del departamento del Atlántico y 21 del distrito de Barranquilla.	Al evento de lanzamiento asistieron 179 personas.	Se capacitó a un municipio de los dos priorizados en el departamento.
Relacionamiento	Mar. 10 y 11 de 2014	-La transferencia de habilidades y destrezas se enfocó en la identificación de actores sociales y diseño de estrategias de relacionamiento. -Se logró reforzar la relación establecida con el Secretario de Salud Departamental y	En total asistieron 71 personas, 25 de Atlántico y 46 de Barranquilla.	N/A	N/A

		la Secretaria de Salud Distrital, quienes asistieron al taller y manifestaron públicamente su apoyo a la implementación del Plan. -Los equipos técnicos reconocen la importancia de establecer relacionamientos con otros sectores y actores comunitarios para lograr la transectorialidad de la salud.			
Descripción	- Como parte de las acciones de incidencia política se llevó a cabo reunión con el gobernador del departamento del Atlántico, Dr. José Antonio Segebre Berardinelli, quien manifestó su compromiso con la implementación y adopción del PDSP 2012 - 2021 y sus acciones de promoción y trabajo intersectorial. En este primer momento de verdad se estableció una relación de reciprocidad con el Gobernador, se dio a conocer la promesa de valor del PDSP 2012 – 2021, y se hizo entrega del material informativo sobre la asistencia técnica y el trabajo a desarrollar con los equipos técnicos. - La asistencia técnica (AT) inició en el auditorio de la Subsecretaría de Salud Pública del Atlántico, contando con espacio amplio y todos los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades agendadas durante los dos días de la visita. Se habilitó la oficina de Prevención y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública del Atlántico para el desarrollo del taller de comunicaciones. - El equipo técnico funcional de comunicación se conformó con la participación de profesionales interdisciplinarios del área de Promoción y Prevención. Este equipo aportó a la preparación del evento de lanzamiento y a la convocatoria de los actores sociales, tanto del Departamento como del Distrito.				
Aspectos relevantes que agregan valor al proceso	**Momento de Apropiación:** **-** Se logró sensibilizar al señor gobernador, José Antonio Segebre Berardinelli, en la importancia de la implementación del PDSP 2012 - 2021, al igual que fortalecer el concepto de transectorialidad, generando una expectativa favorable respecto al desarrollo de los procesos a desarrollar con los diferentes sectores, de manera que se recibe el proceso como un elemento favorable para la gestión departamental. -Durante la fase de alistamiento para el evento de lanzamiento, Margarita Mendoza, jefe de prensa de la Secretaría de Salud Departamental, gestionó la publicación de una invitación pública al lanzamiento del PDSP 2012 – 2021 en el sitio web de la Gobernación del Atlántico (Gobernación del Atlántico, 2013). -El equipo funcional de comunicación contó con el apoyo de la Dra. Carmen Rocío Avendaño, directora de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental, para la ejecución de las acciones y movilizar los recursos necesarios (informáticos, tecnológicos, humanos, financieros) para desarrollar la asistencia técnica con la				

	participación de los funcionarios del distrito de Barranquilla. -Durante este primer momento, y con la gestión de la Dra. Carmen Avendaño, se hizo el puente de conexión con los profesionales de Distrito, lo correspondientes pares, y citarlos a una asistencia técnica días antes del evento de lanzamiento en las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental del Atlántico. **Momento de Posicionamiento:** -Durante la AT llevada a cabo entre el 20 y 21 de noviembre de 2013, participaron 25 profesionales del distrito de Barranquilla, y se logró avanzar en la transferencia de habilidades y destrezas con los siguientes municipios del Atlántico: Sabanalarga, Palmar de Varela, Repelón, Usiacurí, Polonuevo, Suán y Baranoa, entre ellos Soledad, uno de los dos priorizados del departamento. -En este segundo momento se gestionó la participación del Dr. David Peláez Pérez, secretario de salud departamental, quien estuvo presente en la AT dirigida a los municipios y al distrito de Barranquilla. El Secretario manifestó su entero compromiso y anunció su acompañamiento junto con el Gobernador al evento de lanzamiento. De igual manera resaltó los avances de la SSD en materia de transectorialidad. - Como logro importante del evento de lanzamiento se destaca la asistencia de 179 personas, la presencia del Gobernador, del Secretario de Salud Departamental, y de la secretaria de salud distrital, Dra. Alma Solano. - Durante el evento de lanzamiento se puso en plataforma el trabajo articulado que se ha venido desarrollando con el distrito de Barranquilla en diferentes programas en salud, como muestra de los resultados del trabajo acordado entre el distrito y el departamento, y se hizo énfasis en la importancia de identificar los problemas de salud de los territorios con el uso valioso de la herramienta ASIS. - Se destacó la importancia del trabajo articulado entre Distrito y Departamento. **Momento de Relacionamiento:** - Durante este momento de la AT se contó con la participación de la secretaria de salud distrital, Dra. Alma Solano, y del secretario de salud departamental. Dr. David Peláez Pérez, quienes destacaron lo estratégico del trabajo articulado entre el Departamento y el Distrito como ejercicio de trabajo colaborativo para la gestión de la salud entre los dos contextos territoriales. - El liderazgo y carisma del secretario de salud departamental, Dr. David Peláez Pérez, y su discurso frente a los avances del departamento en cuanto al trabajo intersectorial, fue fundamental para crear un contexto positivo para el fortalecimiento de las capacidades de los equipos territoriales. - Se enfatizó en trabajar como un solo equipo para la gestión de la salud de los atlanticenses. En este sentido, para lograr la acción coordinada entre los profesionales de Distrito y los de Departamento se contó con la colaboración de la jefe de Salud Ambiental de Barranquilla, Dra. Eloína Goenaga. - El equipo técnico de comunicaciones del distrito de Barranquilla acogió con interés y entusiasmo la caja de herramientas para la construcción de estrategias de relacionamiento con actores sociales. Manifestaron que son instrumentos aplicables a las futuras acciones de comunicación para la promoción del PDSP 2012 – 2021 (en conversación sostenida con Rosirys Padilla, jefe de prensa de la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla). - La Oficina de Comunicaciones de la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla produjo un video sobre este momento de la AT que promocionó en su canal de noticias en YouTube (https://www.youtube.com/watch?v=R8sgMmG9wDs). - El equipo técnico de comunicaciones del departamento del Atlántico manifestó que

	la estrategia de relacionamiento que contempla el modelo ATRU le da un protagonismo positivo al componente de comunicación; se sienten motivados porque no es desde una visión instrumental, y consideran el desarrollo de las estrategias de relacionamiento como un reto a superar en sus territorios (en conversación con Margarita Mendoza, jefe de prensa de la Secretaría de Salud Departamental del Atlántico).
Análisis	- El momento de relacionamiento se programó estratégicamente con la participación conjunta de los equipos técnicos de Departamento y Distrito con el fin de iniciar acciones colaborativas que fomenten la intersectorialidad. - Durante la AT se contó con la participación de la gerencia media de las dos entidades territoriales, y se destacó la importancia de su vinculación al proceso de implementación y adopción del PDSP 2012 – 2021, enfatizando que la responsabilidad no está solo en los equipos técnicos territoriales conformados. - La AT fue un momento propicio para socializar algunos aspectos del documento *Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del Proceso de Planeación Territorial para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021* del departamento del Atlántico, y del Distrito de Barranquilla. - La gerencia media de las dos entidades territoriales y los equipos funcionales de comunicación se involucraron en el desarrollo de las plantillas de impacto de actores para el diseño de estrategias de relacionamiento, y manifestaron la ventaja con la que cuentan al tener el respaldo del Gobernados, el Secretario de Salud Departamental, y la Secretaria de Salud Distrital para la puesta en marcha de las iniciativas. - En general los equipos técnicos de Atlántico y de Barranquilla tienen un buen nivel de comunicación y comparten las mismas expectativas sobre la forma de implementar el PDSP 2012 – 2021 en los territorios, por lo cual se percibe un ambiente propicio para continuar con la planeación de la salud a la luz de esta carta de navegación. - La Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla ha sido muy receptiva a las acciones convocadas en el marco de la AT, y ha mostrado las ganas de aportar con su equipo humano a la implementación del PDSP 2012 – 2021, sin ningún tipo de contratiempos o prevenciones, y de la mano con el departamento del Atlántico, pues consideran que esta nueva planeación de la salud los beneficia a todos como atlanticenses. Así mismo, se destaca la importancia de reforzar y multiplicar la AT en los municipios.
Recomendaciones	- Fortalecer la AT en los municipios priorizados y no priorizados del departamento del Atlántico en cuanto al relacionamiento con actores sociales y diseño de estrategias. - Abrir un espacio de encuentro específicamente para socializar el documento *Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del Proceso de Planeación Territorial para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021,* del departamento del Atlántico y del distrito de Barranquilla, con la asistencia de los principales actores sociales de los dos territorios. - Incorporar metodologías participativas dentro del diseño de las estrategias de relacionamiento para enfatizar el uso del componente de comunicación desde su forma no instrumental para la movilización social y el aprendizaje significativo. - Fortalecer habilidades de relacionamiento con la Alcaldía de Barranquilla. - Fortalecimiento de los espacios de gestión transectorial por parte de las directivas y gerencia media de las Entidades Territoriales para la ejecución de alianzas y

	acciones estratégicas entre los diferentes actores. - Seguimiento de los lineamientos técnicos que indique la Comisión Intersectorial de Salud Pública de acuerdo con lo expuesto en el Decreto 859 del 6 de mayo de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
Anexo 9 **Momento I**	Acta momento 1, podcast y fotografías.
Anexo 10 Momento II	Formato de sistematización evento de lanzamiento y fotografías.
Anexo 11 **Momento III**	Acta de acuerdos y fotografías, listados de asistencia, boletín de prensa.

2.3.1.2. Departamento de Bolívar y Distrito Turístico y Cultural de Cartagena.

Momento de implementación del modelo ATRU	**Fecha**	**Capacidades, habilidades y destrezas que se transfirieron**[3]	**Coberturas**		
			# Personas: socialización/ capacitación comunicación /grupo funcional de comunicación	**# Asistentes lanzamiento**	**# Municipios capacitados/# de municipios priorizados**
Apropiación	Oct. 10 y 11 de 2013	- Se transfirieron las habilidades necesarias para comprender el enfoque del PDSP 2012 – 2021, sus alcances y beneficios. - Las destrezas transferidas le permitieron a los equipos técnicos manipular la herramienta Dropbox y los elementos del Kit del Territorio. -Se transfirieron	El primer momento de la AT contó con la participación de 33 personas, de las cuales 3 fueron capacitadas para conformar el equipo funcional de comunicaciones y a la fecha se mantienen como integrantes del mismo.	N/A	N/A

[3] Para leer la casilla de capacidades, habilidades y destrezas se sugiere consultar de manera paralela el anexo 1 de este capítulo llamado Resumen de las capacidades, habilidades y destrezas a fortalecer en los procesos de Comunicación e Incidencia Política y Técnica, y Movilización Social.

		habilidades para que los equipos técnicos conocieran el planteamiento del modelo ATRU que enmarca la AT para la implementación del PDSP 2012 – 2021. -- Con base en el Plan de Desarrollo "Bolívar Ganador 2012 – 2015", se transfirieron las habilidades necesarias para la identificación de actores y visualizar las dimensiones del PDSP 2012 – 2021.			
Posicionamiento	Dic. 17 de 2013	-Se transfirieron las habilidades necesarias para reconocer la importancia de la organización del evento de lanzamiento, y su impacto en los actores sociales convocados. -Las destrezas transferidas permitieron a los equipos técnicos organizar el evento de lanzamiento con el uso del Kit del Territorio cargado en la herramienta virtual Dropbox.	Se contó con la presencia de 15 profesionales del distrito de Cartagena y 41 profesionales del departamento de Bolívar.	Al evento de lanzamiento asistieron 130 personas.	Se capacitó a un municipio de los dos que están priorizados en el departamento.
Relacionamiento	Marzo 13 y 14 de 2014	-Se transfirieron todas las habilidades y destrezas	Este momento de la AT contó con la participación de 21 personas, 15 del	N/A	N/A

		necesarias para que los equipos técnicos identifiquen actores sociales y se diseñen estrategias de relacionamiento que den respuesta a las necesidades de los territorios. -Se transfirieron las habilidades necesarias para analizar las oportunidades de mejora de Bolívar y de Cartagena, seleccionar los actores relacionados, y articular la estrategia con una dimensión del Plan. Esta dinámica les permitió comprender la acción intersectorial y el propósito de que la salud sea transversal a todas las políticas públicas. -Se logró hacer un ejercicio de relacionamiento entre los profesionales de Distrito y del Departamento, miembros de diferentes áreas del sector salud, estableciendo aliados para la la implementación del PDSP 2012 - 2021.	equipo de planeación, y seis del equipo de comunicación.		

Descripción	- La reunión con el gobernador de Bolívar, Dr. Juan Carlos Gossaín Rognini, no pudo llevarse a cabo dado que se encontraba fuera de la ciudad. En su lugar, la reunión se sostuvo con la gobernadora (E), Dra. Francy Valenzuela, quien se mostró muy interesada en el planteamiento del PDSP 2012 – 2021, y se comprometió a informar al Gobernador a su regreso. - Durante los dos días de la AT se contó con el respaldo y el acompañamiento continuo de la secretaria de salud departamental, Dra. Ana María Álvarez Castillo, quien se comprometió a respaldar las acciones de la AT. El evento de apertura de la AT contó con su liderazgo y fue un espacio para que a través de un discurso hiciera un llamado a la acción a los jefes de área y demás profesionales asistentes a comprometerse con la adopción del PDSP 2012 – 2021, como agentes del cambio en la planeación de la salud. - La AT se llevó a cabo en las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, en un salón dotado con la infraestructura propicia para desarrollar la transferencia de habilidades y destrezas.
Aspectos Relevantes que Agregan valor al Proceso	**Momento de Apropiación:** **-** Se conformó un equipo funcional de comunicadores compuesto por el Jefe de Prensa de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, junto con otro profesional de la misma dependencia, y el Jefe de Prensa de la Gobernación de Bolívar. - Fruto de este primer momento se elaboraron dos podcast, uno con una entrevista a la Secretaria de Salud Departamental sobre el abordaje del PDSP 2012 - 2021 en el departamento de Bolívar, y otro sobre el PDSP 2012 - 2021 como un reto para todos. También se publicó un boletín digital en el sitio web de la Gobernación donde se informó que “Arrancó el proceso de implementación del Plan Decenal de Salud Pública en Bolívar” (Tarrá, 2013). - El equipo técnico de comunicación mostró mucha expectativa ante la metodología que se llevará a cabo en la etapa de movilización social y puesta en marcha de las estrategias de relacionamiento. Su preocupación radica en las estrategias de vinculación de los actores sociales comunitarios y la fuerte situación de vulnerabilidad de muchas comunidades del departamento. **Momento de Posicionamiento:** - Asistencia al evento de lanzamiento de la gobernadora (E), Dra. Francy Valenzuela, de la Dra. Martha Rodríguez Otálora, secretaria de salud distrital, y de la Dra. Ana María del Carmen Álvarez Castillo, secretaria de salud del departamento de Bolívar. - La Dra. Ana María del Carmen Álvarez Castillo, secretaria de salud del departamento de Bolívar, durante el evento de lanzamiento y ante un auditorio de 130 personas, enfatizó que afianzar la salud en un departamento tan grande y disperso como Bolívar es un reto muy difícil, y por lo tanto no sólo Salud Pública participará si no toda la Gobernación de Bolívar a la cabeza con todas sus secretarías. Estas palabras fueron un indicador de que se logró sensibilizar a la autoridad sanitaria y la gobernanza territorial. - El desafío de lograr que la salud sea transversal en las políticas públicas del departamento de Bolívar y se concreten acciones en las agendas de todos los sectores, también fue destacado por la Dra. Ana María del Carmen Álvarez Castillo, y manifestó que la necesidad de concreción de ese proyecto común de las instancias gubernamentales bolivarenses haciendo una labor conjunta entre todas las secretarías de la Gobernación de Bolívar y sus funcionarios. - Un ingrediente especial del evento de lanzamiento fue el genio creativo popular de un decimero costeño, cuya vena cultural lo motivó a construir un canto con base en la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del PDSP 2012 -2021 (Ministerio de

	Salud y Protección Social , 2013). - El periódico El Heraldo en su versión impresa publicó un artículo especial sobre el PDSP 2012 -2021, destacando su lanzamiento y cobertura a todos los rincones de Bolívar para brindar una mejor prestación de los servicios de salud. - El Canal Cartagena, de la televisión local, produjo una nota sobre el evento de lanzamiento del PDSP 2012 – 2021. Esta noticia además fue cargada en su canal de YouTube (https://www.youtube.com/watch?v=2tve9_0R4DM). **Momento de Relacionamiento:** - La AT para este momento se llevó a cabo en un espacio gestionado por el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), quienes invitaron a los equipos técnicos de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar. Se contó con la participación de 19 personas, 10 del distrito de Barranquilla y 9 del departamento de Bolívar. - Se contó con la participación de la Dra. Heyliana Guzmán, subdirectora del DADIS, quien dio la bienvenida a los equipos técnicos del departamento de Bolívar. - Para integrar al distrito de Cartagena con el departamento de Bolívar en la dinámica del diseño de las estrategias de relacionamiento en las plantillas de impacto de actores, las dos Entidades Territoriales intercambiaron el documento *Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del Proceso de Planeación Territorial para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021*.
Análisis	- En el momento dos, el departamento de Bolívar invitó a sus instalaciones al distrito de Cartagena. Para el momento tres, el Distrito convocó al Departamento. Esta metodología fue bien acogida por los equipos territoriales de las dos Entidades puesto que se creó un ambiente de igualdad y de correspondencia en relación con la adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021. - En este tercer momento se contó con la participación de la Dra. Heyliana Guzmán, subdirectora del DADIS, y de la Dra. Paola Vargas, profesional de la Coordinación de Planeación en Salud de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, quienes han actuado como fuertes dinamizadoras de los procesos al interior de los equipos territoriales, y como contactos para hacer el puente de articulación entre las dos Entidades Territoriales. - La participación de la Dra. Haydeé Luz Yepes, de la Coordinación de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental, aportó en gran medida para despejar las dudas sobre el diseño de estrategias de relacionamiento con las EPS para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado.
Recomendaciones	-El MSPS puede fortalecer aún más la voluntad política de la Gobernación de Bolívar y de la Alcaldía de Cartagena en beneficio del PDSP 2012 – 2021. -Fortalecimiento de las habilidades de cabildeo en los equipos territoriales. -Fortalecimiento del equipo funcional de comunicaciones tanto del Departamento como del Distrito y motivar su participación activa. -AT para apoyar el proceso de réplica con municipios priorizados. - La fuerza de cohesión de los equipos territoriales puede incrementarse en la medida en que se delimiten los roles y compromisos de sus integrantes, y se fortalezca el apoyo y cooperación que reciben del nivel directivo.

	-Fortalecer la AT en los municipios priorizados y no priorizados del departamento de Bolívar en cuanto al relacionamiento con actores sociales y diseño de estrategias. - Abrir un espacio de encuentro específicamente para socializar el documento *Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del Proceso de Planeación Territorial para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021,* del departamento de Bolívar y del distrito de Cartagena, con la asistencia de los principales actores sociales de los dos territorios. - Incorporar metodologías participativas dentro del diseño de las estrategias de relacionamiento para enfatizar el uso del componente de comunicación desde su forma no instrumental para la movilización social y el aprendizaje significativo. - Fortalecer habilidades de relacionamiento con la Alcaldía de Cartagena.
Anexo 12 **Momento I**	Noticia momento 1, dos podcast y fotografías.
Anexo 13 **Momento II**	Artículo especial de El Heraldo y fotografías.
Anexo 14 **Momento III**	Acta de acuerdos, listados de asistencia y fotografías.

2.3.1.3. Departamento del Cesar.

Momento de implementación del modelo ATRU	**Fecha**	**Capacidades, habilidades y destrezas que se transfirieron**[4]	**Coberturas**		
			# Personas: socialización/ capacitación comunicación /grupo funcional de comunicación	**# Asistentes lanzamiento**	**# Municipios capacitados/# de municipios priorizados**

[4] Para leer la casilla de capacidades, habilidades y destrezas se sugiere consultar de manera paralela el anexo 1 de este capítulo llamado Resumen de las capacidades, habilidades y destrezas a fortalecer en los procesos de Comunicación e Incidencia Política y Técnica, y Movilización Social.

Apropiación	Oct. 7 y 8 de 2013	- Se transfirieron las habilidades necesarias para comprender el enfoque del PDSP 2012 – 2021, sus alcances y beneficios. - Las destrezas transferidas le permitieron a los equipos técnicos manipular la herramienta Dropbox y los elementos del Kit del Territorio. -Se transfirieron habilidades para que los equipos técnicos conocieran el planteamiento del modelo ATRU que enmarca la AT para la implementación del PDSP 2012 – 2021. -- Con base en el Plan de Desarrollo "Prosperidad A Salvo", se transfirieron las habilidades necesarias para la identificación de actores y visualizar las dimensiones del PDSP 2012 – 2021.	Durante el primer momento de la asistencia técnica participaron 59 personas, de las cuales 10 conformaron el equipo de comunicación. Actualmente este equipo está conformado por 6 profesionales.	N/A	N/A

Posicionamiento	Dic. 10 de 2013	-Se transfirieron las habilidades necesarias para reconocer la importancia de la organización del evento de lanzamiento, y su impacto en los actores sociales convocados. -Las destrezas transferidas permitieron a los equipos técnicos organizar el evento de lanzamiento con el uso del Kit del Territorio cargado en la herramienta virtual Dropbox.	A la asistencia técnica de municipios priorizados asistieron 39 personas.	Al evento de lanzamiento asistieron 120 personas.	Valledupar como territorio priorizado para el departamento del Cesar recibió la AT.
Relacionamiento	Marzo 18 y 19 de 2014	-Se transfirieron todas las habilidades y destrezas necesarias para que los equipos técnicos identifiquen actores sociales y se diseñen estrategias de relacionamiento que den respuesta a las necesidades de los territorios. - Se logró tener participación de las diferentes áreas de la Secretaría de Salud Departamental, correspondientes a la gerencia media, quienes desde su área propusieron estrategias de relacionamiento basados en las	Este momento de la AT contó con la participación de 18 personas, una del equipo de comunicación y 17 del equipo de planeación.	N/A	N/A

		oportunidades de mejora del departamento. -Se logró destacar la importancia del componente de ASIS en el diseño de las estrategias de relacionamiento. -Se logró identificar a un responsable por cada una de las dimensiones del PDSP 2012 – 2021, para el diseño de las estrategias de relacionamiento.			
Descripción	- La apertura de la AT contó con el liderazgo del secretario de salud departamental, Dr. Hernán José Maya Cadavid, quien manifestó todo el respaldo para el desarrollo del proceso y motivó a la Entidad Territorial a hacer parte activa del mismo. - Como acción de incidencia política se llevó a cabo una reunión con el secretario privado del Gobernador, Dr. Carlos Mario Murillo, y la jefe de prensa de la Gobernación, Dra. Ana Patricia González, quienes se comprometieron a transmitirle el mensaje sobre la AT para la implementación del PDSP 2012 – 2021 al gobernador, Dr. Luis Alberto Monsalvo, por encontrarse fuera de la ciudad, para que conozca el impacto positivo de esta política pública en su Plan de Desarrollo Departamental "Prosperidad a Salvo". - La AT se desarrolló en las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental, en un salón dotado de los recursos tecnológicos necesarios para llevar a cabo la agenda programada.				
Aspectos Relevantes que Agregan Valor al Proceso	**Momento de Apropiación:** - Se conformó el equipo funcional de comunicación cuyos miembros mostraron entusiasmo por recibir la AT brindado por el Ministerio de Salud y Protección Social. - Se generó compromiso por parte de la Oficina de Comunicaciones de la Gobernación y de la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría de Salud Departamental para la puesta en marcha del PDSP 2012 – 2021. - La Oficina de Comunicaciones de la Gobernación del Cesar puso a disposición todo su equipo de profesionales para promocionar el PDSP 2012 – 2021 en sus medios institucionales. - Fruto de este primer momento el equipo de comunicación redactó un boletín digital que fue distribuido a través de la base de datos de periodistas del departamento del Cesar. También se elaboró un podcast que fue emitido en el canal institucional de la Gobernación del Cesar con cubrimiento departamental. **Momento de Posicionamiento:** - Se logró convocar a medios de comunicación reconocidos en el territorio como el				

	diario El Pilón, emisora La Voz, y emisora Maravilla Stereo, en esta última, se llevó a cabo una entrevista con la Dra. Ana María Peñuela, funcionaria del MSPS, en donde se tocaron los desafíos en materia de salud que afronta el departamento y el aporte del PDSP 2012 - 2021 como política pública para enfrentarlos. - La Secretaría de Salud Departamental dispuso de sus recursos para elaborar botones, escarapelas y afiches que contribuyeron a posicionar el PDSP 2012 - 2021 en el evento. Cada uno de los asistentes recibió este material, así como un CD con el ABC. - Los secretarios de salud de los municipios del departamento del Cesar manifestaron su gratitud con este material recibido pues les aporta en su tarea de documentarse frente al PDSP 2012 -2021 y los retos a los que se enfrentan para lograr que la salud sea transversal en todas las agendas de los diferentes sectores. - La Dra. Martha Luque, funcionaria de la Contraloría General de la República, manifestó que el verdadero reto del PDSP 2012 - 2021 es la revolución en el diálogo que se debe dar de los actores para su ejecución, y que es a partir del 2015 cuando se van a tener instrumentos de ejecución a partir de esta herramienta de navegación decenal. **Momento de Relacionamiento:** - La AT contó con la participación de funcionarios que hacen parte de la gerencia media de la Secretaría de Salud Departamental del Cesar. - Al taller de relacionamiento asistieron profesionales de Salud Pública, ASIS, Salud Oral, Promoción y Participación, Auditoría, Laboratorio de Salud Pública, Planeación, Nutrición, y Zoonosis. - Los funcionarios reconocen que la función del componente de comunicaciones no es instrumental, y que los medios de comunicación no son todo lo necesario para lograr un relacionamiento positivo con los actores (en conversación con la Dra. María Angélica Álvarez, líder de Planeación). - Se destacó la importancia de la herramienta Coquitos para aclarar temas que son desconocidos o poco manejados. Surgió la sugerencia de hacer un Coquito para el término colonización de medios. - Se destaca el entusiasmo, interés y dinamismo de los participantes en el diseño y socialización de las estrategias de relacionamiento con base en la plantilla de actores.
Análisis	- Los equipos territoriales están muy interesados en el proceso de adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021, y desean recibir mayor acompañamiento para el desarrollo de acciones de incidencia política, técnica, y movilización social. - Como gerencia media se reconocen como actores estratégicos para la implementación de acciones en la Entidad desde sus áreas, y fuera de ella con los actores transectoriales y comunitarios, en el marco del PDSP 2012 – 2021. - Existe un fuerte interés en realizar estrategias de relacionamiento articuladas con acciones que ya están en marcha con el fin de apuntarle al logro de objetivos dentro de una dimensión puntual del PDSP 2012 – 2021. - El departamento identificó que actualmente están llevando a cabo acciones intersectoriales que, respaldadas de un acompañamiento y direccionamiento, pueden aportar al logro de la salud como componente transectorial a la luz de los enfoques propuestos en las dimensiones del PDSP 2012 – 2021 (en conversación con la Dra. Melba Cadavid, profesional de Gestión de Salud Pública). - La Oficina de Comunicaciones de la Secretaría de Salud del Cesar está comprometida y ofrece su recurso humano y físico para hacer promoción y divulgación

	de las acciones de adopción e implementación del PDSP 2012 -2021.
Recomendaciones	-El MSPS debe fortalecer la voluntad política de la Gobernación del Cesar en beneficio del PDSP 2012 – 2021. -Fortalecimiento de las habilidades de cabildeo, participación, comunicación, y trabajo colaborativo dirigido a la gerencia media de la Secretaría de Salud Departamental del Cesar. - Motivar la participación de los profesionales de comunicación de la Gobernación del Cesar, dado que actualmente solo están involucrados los de la Secretaría de Salud Departamental del Cesar. Esto para dirimir la visión de que el PDSP 2012 – 2021 es un asunto del sector salud. - Abrir un espacio de encuentro específicamente para socializar el documento *Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora del Proceso de Planeación Territorial para la Migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021,* del departamento del Cesar, con la asistencia de los principales actores sociales de los dos territorios. - Incorporar metodologías participativas dentro del diseño de las estrategias de relacionamiento para enfatizar el uso del componente de comunicación desde su forma no instrumental para la movilización social y el aprendizaje significativo.
Anexo 15 **Momento I**	Noticia momento 1, podcast y fotografías.
Anexo 16 **Momento II**	Listados de asistencia, fotografías.
Anexo 17 **Momento III**	Acta de acuerdos, listados de asistencia y fotografías.

Respecto a los compromisos firmados en las actas durante los talleres de relacionamiento en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, y los distritos de Cartagena y Barranquilla, éstos se unificaron para la región Caribe quedando de la siguiente manera:

- Apropiar y garantizar el desarrollo de las recomendaciones descritas en el informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora del proceso de planeación territorial.
- Utilizar el informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora del proceso de planeación territorial para construir las estrategias de relacionamiento de los actores, conforme al desarrollo metodológico transferido.
- Priorizar de acuerdo con el criterio del territorio la oportunidad de mejora que se abordará, y diseñar mínimo una estrategia por dimensión, con el apoyo de la plantilla de caracterización de actores para el relacionamiento.

- Desplegar las estrategias de relacionamiento construidas con miras a asegurar que los actores transectoriales, sectoriales y comunitarios participen en el proceso de planeación territorial que se inicia en mayo de 2014.
- Asegurar que el Departamento y el Distrito cuentan con los insumos necesarios para desarrollar el proceso de planeación, estos son: ASIS, base de datos de actores, y subestrategias de relacionamiento para iniciar en junio la planeación territorial.
- Transferir la metodología y las herramientas para el relacionamiento a los municipios o localidades para asegurar que el proceso de alistamiento institucional para la planeación cumpla los requisitos.

3. Análisis agregado de la matriz DOFA de los componentes de Comunicación e incidencia técnica y política, y Movilización social

Con el propósito de presentar un panorama general de los componentes de Comunicación, incidencia técnica y política, y Movilización social de actores involucrados, se elaboró una matriz de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA) de los departamentos y distritos, identificando aquellos aspectos comunes entre Atlántico, Bolívar, Cesar, y Cartagena y Barranquilla, que deben ser intervenidos desde una mirada nacional, departamental, y distrital con la finalidad de avanzar hacia la equidad en salud y el desarrollo humano sustentable.

Teniendo en cuenta lo registrado en las evaluaciones del *Informe de Identificación de Potencialidades y Oportunidades de Mejora para la migración del PTS al PDSP 2012 – 2015* (de los departamentos mencionados), 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 2012 – 2021, y como oportunidades de mejora los aspectos susceptibles a ser fortalecidos para que contribuyan al logro de los objetivos propuestos.

A continuación se aborda el 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.

3.1. DOFA del componente de Comunicación

Debilidades	Oportunidades
• Uso instrumental del componente de comunicación como estrategia de relacionamiento con actores. • Desconocimiento de metodologías de aprendizaje significativo y trabajo colaborativo que fomenten el compartir y disminuyan el	• La AT destaca el uso de la comunicación para promover los espacios de interrelación entre los funcionarios de las Entidades Territoriales. • Es un componente que se integra con facilidad para interactuar con cualquier disciplina.

consumo de información mediática. • Falta de homologación de conceptos o conocimiento del glosario de términos del PDSP 2012 – 2021. • Dificultades para acceder a los recursos digitales por limitaciones en la conectividad. • Pocos comunicadores de profesión vinculados a los equipos funcionales territoriales.	• Las Entidades Territoriales en su mayoría cuentan con mínimo un profesional en comunicaciones. • Las habilidades comunicativas están presentes en todos los seres humanos y ese potencial se puede aprovechar en los integrantes de los equipos territoriales. • Todos los recursos digitales de información pueden ser almacenados en medios magnéticos para su uso sin depender de conexión a internet.
Fortalezas	**Amenazas**
• Apoyo de las Oficinas de Prensa en los procesos de cabildeo e incidencia política. • Las Entidades Territoriales ponen a disposición de la implementación del PDSP 2012 – 2021 sus medios de comunicación institucionales. • Las Entidades Territoriales implementan acciones educomunicativas para movilizar a los actores sociales comunitarios. • Las áreas de Promoción y Prevención implementan proyectos y programas donde el componente de comunicación tiene una alta relevancia. • Fuerte liderazgo, carisma y capacidad comunicativa de los (las) secretarios (as) de salud	• Enfoques instrumental de la comunicación por parte de algunas Oficinas de Prensa lo que impide su involucramiento en producción de piezas periodísticas que no sean catalogadas como noticia. • Afinidad media con el PDSP 2012 – 2021 de algunos líderes de la gerencia media o alta de las Entidades Territoriales. • Medios de comunicación del territorio exigen temas noticiosos para que sean emitidos en sus medios. • Las acciones relacionadas con la comunicación tienden a recaer en los comunicadores sociales u Oficinas de Prensa. • Poca disponibilidad de tiempo de la

departamental y distrital.	gerencia media para asistir a las AT.

3.1.1. Potencialidades del componente de Comunicación.

- Las Oficinas de Prensa o de Protocolo son instancias estratégicas para lograr espacios de diálogo con los directivos de las Entidades Territoriales en el contexto sectorial o transectorial, por lo cual, se debe potencializar su labor dentro del proceso, a través de la sensibilización, respecto a la importancia y lo trascendente del proceso de implementación del PDSP 2012-2021, logrando así empoderarlos y constituir con ellos y a través de ellos los espacios de diálogos con los diferentes sectores.

- Los Jefes de Prensa o Comunicadores Sociales de las secretarías de salud departamental o de las gobernaciones están prestos a integrarse en equipos interdisciplinarios como parte de un equipo de expertos para la puesta en marcha del PDSP 2012 – 2021. Con el fin de potencializar su participación en el proceso se deben fortalecer los conceptos claves del Plan, que transmitirán o comunicarán un mensaje claro y de interés en los diferentes ámbitos en que deben participar como parte activa del proceso.

- Los profesionales del área de Promoción y Prevención, y de Atención al Ciudadano, cuentan con habilidades comunicativas que pueden contribuir a sortear la carencia de profesionales en el área de la comunicación. A través de estos equipos se logrará además fortalecer específicamente el empoderamiento del sector comunitario, ya que su contacto directo con el ciudadano es una herramienta muy útil que debe aprovecharse, por medio de estrategias sencillas pero significativas en el trabajo de difusión sobre el papel de los actores comunitarios dentro del proceso de adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021.

- Las habilidades comunicativas y un alto nivel de experiencia profesional, son una fortaleza de los equipos de comunicación de la Región Caribe.

- El fuerte liderazgo y carisma de los (las) Secretarios(as) de Salud Departamental o Distrital los convierte a ellos mismos en un canal de comunicación que puede movilizar diferentes sectores de la sociedad, de ahí la importancia de fortalecer los acercamientos y el empoderamiento de cada uno de ellos dentro del proceso, mostrándoles un portafolio de

beneficios fruto de la implementación del PDSP 2012 - 2021 en sus territorios.

3.1.2. Oportunidades de mejora del componente de Comunicación.

- Fortalecimiento de la comprensión del rol de la comunicación dentro de las acciones de asistencia técnica para la implementación del PDSP 2012 – 2021.

- Elevar el nivel de afinidad con el PDSP 2012 – 2021 de algunos directivos de las Entidades Territoriales, tales como gobernadores de los departamentos de: Cesar y Bolívar y la autoridad sanitaria del departamento del Cesar, a través de metodologías que permitan el diálogo y el aprendizaje significativo.

- Ampliar con las emisoras y los canales comunitarios de los territorios el concepto de la salud fuera de su visión medicalizada, para dar paso a propuestas de piezas periodísticas de corte analítico que promuevan la exigibilidad de la salud como derecho fundamental por parte de todos los ciudadanos. Para ello, un insumo importante es la base de datos de emisoras comunitarias con la que cuenta el equipo ATRU, así mismo, se puede complementar con los datos de contacto de los canales de televisión comunitarios que se levanten en trabajo de campo.

- Con el fin de potencializar la labor desarrollada por los equipos técnicos, al momento de programar acciones de comunicación se hace necesario establecer compromisos puntuales con la participación del equipo de planeación. En los procesos comunicativos o de difusión de información, debe enfatizarse la importancia del trabajo conjunto con el equipo de planeación con el fin de enfocar mejor el mensaje que se quiere divulgar, de acuerdo con el momento en que se encuentre el proceso de implementación del Plan, la población hacia la cual van dirigidas estas acciones, y los temas específicos que se desean comunicar.

- Fortalecimiento de las habilidades comunicativas de los equipos funcionales para que sean un canal de información con la gerencia media y alta de las diferentes Entidades Territoriales.

3.2. DOFA de la Incidencia Técnica y Política

Debilidades	Oportunidades
• Autoridades territoriales (gobernadores, secretarios de salud departamental y distrital) con afinidad media hacia el PDSP 2012 2021. • Funcionarios con numerosos compromisos laborales que les impide asistir a las AT. • Las labores de los equipos funcionales no están sujetas a las exigencias contractuales. • Constante rotación de los funcionarios que son contratistas en las Entidades Territoriales. • Falta de socialización del PDSP 2012 – 2021 especialmente dirigida al Consejo de Planeación Territorial en los Departamentos y Distritos. • Actores transectoriales con afinidad por el PDSP 2012 – 2021 en camino de potencializar.	• El MSPS como ente rector de la salud en el contexto nacional puede reforzar su relación con las Entidades Territoriales para fortalecer el compromiso con la adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021. • A través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (Decreto 859 de 2014) se generan espacios para la coordinación de acciones encaminadas a intervenir los determinantes en salud con la participación de diferentes entidades, instituciones y sectores del país. • El PDSP 2012 – 2021 es una apuesta política que beneficia en resultados de gestión a las administraciones departamentales y distritales, para lograr la equidad en salud y el desarrollo humano en los territorios. • Las estrategias de relacionamiento con actores sociales abordan acciones de incidencia política en el contexto sectorial, transectorial y comunitario. • La incidencia técnica y política promueve el cambio cultural para superar el paradigma de la salud que corresponde a una visión medicalizada y es responsabilidad de las entidades prestadoras de salud.

Fortalezas	Amenazas
• Gobernadores y Secretarios de Salud Departamental y Distrital conocen el proceso de AT que se lleva en sus territorios como parte de la respuesta del Estado a las Entidades Territoriales para la adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021. • Gobernador del Atlántico, Secretario de Salud Departamental del Atlántico, y Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla se han vinculado a las acciones implementadas en el marco de la AT. • Los equipos técnicos territoriales conocen la importancia de la incidencia política para movilizar a los actores y lograr la voluntad política que aporte a la transectorialidad de la salud. • En el caso del departamento del Atlántico y el distrito de Barranquilla se identifica una fuerte comunicación interna y fortalecimiento de la fuerza de cohesión para la implementación del PDSP 2012 – 2021. • Equipos territoriales reconocen la importancia de fortalecer sus capacidades para la incidencia política, e identifican la necesidad de la movilización de la voluntad política por parte de los niveles directivos de la Entidad Territorial para lograr que se abra camino hacia la transectorialidad.	• El paradigma en el cual las acciones de incidencia política están asociadas a intereses políticos de corrupción o a intereses particulares de las administraciones departamentales y no corresponden a las necesidades y el bien común de las comunidades. • Paradigma cultural de la concepción de la salud desde una visión medicalizada. • Situaciones de inestabilidad en la gobernanza departamental. • Difícil accesibilidad a los gobernantes departamentales. • Visión particular de la salud por parte de los gobernantes departamentales. • Debilidades en la credibilidad de los actores comunitarios y transectoriales en sus gobernantes. • Vacíos de información que tienen los medios de comunicación frente al propósito del PDSP 2012 – 2021 y su implementación en los territorios. • Vacíos de información del CTP y del CTSSS frente a la adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021.

3.2.1. Potencialidades de la Incidencia Técnica y Política.

- Relaciones estratégicas con las autoridades territoriales de salud y los gobernantes departamentales establecidas durante el primer, segundo y tercer momento de la AT.

- El Decreto 859 de 2014 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública es el respaldo nacional que facilita que la transectorialidad de la salud se desarrolle.

- Se ha identificado la necesidad de fortalecer la participación del CTP y el CTSSS, como actores claves en el proceso de formulación de los PTS.

- Los equipos territoriales cuentan con capacidades fortalecidas y herramientas para implementar acciones de incidencia política.

- La incidencia política y técnica llevada a cabo en el primer, segundo, y tercer momento en los territorios ayuda a dirimir la visión medicalizada de la salud.

3.2.2. Oportunidades de mejora de la Incidencia Técnica y Política.

- Fortalecer las relaciones establecidas con Gobernadores y Secretarios de Salud Departamental y Distrital; y buscar formas de establecer estos relacionamientos positivos con los actores que están pendientes.

- Fortalecer la participación y el nivel de afinidad con el PDSP 2012 – 2021 del CTP y el CTPSSS, ya que el reconocimiento del papel que ejerce el Consejo Territorial de Planeación frente al proceso de planeación en salud es débil por parte de muchos funcionarios de las secretarías de salud, por lo cual, se hace necesario fortalecer este reconocimiento al interior de las instituciones de salud para, a su vez, hacer a estos consejos (CTP y CTSSS) parte activa del proceso de implementación del PDSP 2012 – 2021.

- Establecer capacitaciones o espacios de trabajo con periodistas de los medios de comunicación locales para llenar sus vacíos de información sobre la adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021, convertirlos en aliados, fortalecer el relacionamiento, y mantener siempre disponible para la prensa información actualizada en los sitios web que el MSPS disponga.

- Por medio del accionar de la Comisión Intersectorial de Salud Pública se invita a los Gobernadores que estén más distanciados del proceso de implementación del PDSP 2012 – 2021, a que se comprometan de acuerdo con sus competencias.

3.3. DOFA del componente de Movilización Social

Debilidades	Oportunidades
• El nivel de participación del CTS y el CTSSS. • Escaso conocimiento de los planes de acción de todos los actores territoriales (sectoriales, transectoriales y comunitarios), y sus puntos de confluencia con las dimensiones del PDSP 2012 – 2021. • Desconocimiento de la importancia de la participación del CTP y del CTSSS en los procesos de planeación de la salud de los territorios, y en la implementación del PDSP 2012 – 2021. • No se han llevado a cabo reuniones especialmente dirigidas al CTP y al CTSSS para aumentar su afinidad con el PDSP 2012 – 2021. • Los ciudadanos desconocen en gran medida sus derechos de exigibilidad a la salud. • Bases de datos de actores (sectoriales, transectoriales y comunitarios) en estado incipiente.	• El modelo ATRU plantea acciones de movilización social tendientes a incrementar la exigibilidad de los ciudadanos al derecho de la salud. • El componente de Movilización social es una oportunidad para capacitar al CTP y al CTSSS con el fin de fortalecer su participación en el proceso de planeación de la salud. • Actualización y alimentación de las bases de datos de actores (sectoriales, transectoriales y comunitarios). • Incorporar a la oficina de Atención al Ciudadano a los procesos de movilización social de la AT. • Estimular la participación de las organizaciones y personas con derechos especiales. • Mejorar los mecanismos del proceso de convocatoria a los diferentes actores sociales para fomentar su inclusión y garantizar una participación significativa. • Establecer los mecanismos o dinámicas de participación de los actores sociales dentro del proceso de implementación del PDSP 2012 –

	2021.
Fortalezas	**Amenazas**
• Fruto del segundo momento de la AT se recopiló información para alimentar las bases de datos de actores y establecer relacionamientos incipientes con los actores comunitarios. • Conocimiento de las necesidades de los territorios a través de la herramienta ASIS. • A través de las acciones de comunicación con los medios locales se han logrado alianzas para informar a la comunidad de los avances en la implementación del PDSP 2012 – 2021. • La herramienta Matriz de impacto de actores sociales establece lineamientos de acción por cuadrantes para segmentar a los actores y actuar en concordancia con su nivel de afinidad o influencia. • En el segundo momento de la AT se logró un acercamiento incipiente con algunos actores comunitarios que pueden ser estratégicos para movilizar a la ciudadanía.	• El paradigma de que la salud es un asunto de las autoridades sanitarias y no un asunto de todos. • La concepción cultural de dejar en manos del Estado la solución de los problemas de la salud adoptando una actitud pasiva. • La tendencia de los funcionarios de trabajar intrasectorialmente, con algunas acciones intersectoriales sin darle mayor participación activa a la comunidad en la planeación de la salud. • Falta de credibilidad de los actores sociales comunitarios en sus gobernantes. • Intereses viciados por razones políticas o de intereses privados de algunas organizaciones sociales. • Creencia profundamente generalizada de que la salud está mal y nunca se logrará un cambio porque se comercializa con la salud y es un negocio del Estado. • Temor de los actores sociales de vincularse al proceso de planeación de la salud por falta de conocimientos o experiencia.

3.3.1. Potencialidades del componente de Movilización Social

- Fortalecimiento de la participación del CTP y el CTSSS en el proceso de planeación en salud, en el marco del modelo de los DSS.

- Consolidación de una base de datos de actores sociales claves en la implementación del PDSP 2012 – 2021.

- Las acciones de movilización social a la luz del enfoque de los DSS propenden por la inclusión de las personas con derechos especiales y otros actores sociales cuya afinidad con el PDSP 2012 -2021 puede ser baja pero que pueden llegar a tener un alto impacto dentro del proceso.

- El trabajo intersectorial parte desde la misma toma de consciencia de los funcionarios de las Entidades Territoriales frente a la imperiosa necesidad de involucrar a los actores sociales comunitarios y que participen dentro del proceso de planeación de la salud.

3.3.2. Oportunidades de Mejora del Componente de Movilización Social

- Potencializar las acciones que ejercen los diferentes mecanismos de participación social (veedurías, asociaciones de usuario, COPACO), a través de un acercamiento al recurso humano que desde lo sectorial se encarga de llevar estos procesos (Servicios de Atención Comunitaria [SAC], Servicio de Información y Atención al Usuario [SIAU]), con el fin de disminuir la cultura de subvaloración de los procesos de participación social.

- Fortalecer, como se había mencionado, dentro de las secretarías de salud las capacidades técnicas en el marco normativo, los elementos metodológicos, y las orientaciones necesarias para que los alcaldes, los gobernadores y las comunidades, valoren la importancia de los Consejos Territoriales de Planeación (CTP) y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), y se comprometan con su conformación y funcionamiento, ya que son quienes representan a la sociedad civil en la planeación del desarrollo, con una función consultiva de gran importancia y carácter permanente.

- Contar con el liderazgo de las gobernaciones departamentales en la ejecución de las acciones de movilización social en pro del fortalecimiento de la relación estratégica con la autoridad departamental.

- A través de las acciones desarrolladas con los territorios se evidencian logros importantes que desde el componente de comunicaciones, articulado con el componente de planeación, propiciaron cambios dentro de la cultura institucional, fortaleciendo el trabajo en equipo, e involucrando a todas las áreas de las secretarías de salud dentro del proceso de implementación del PDSP 2012 - 2021, que ya no se ve aislado y de competencia únicamente

de un área específica de la institución.

- Algunas herramientas tecnológicas, aunque sencillas, fueron muy útiles para fortalecer el trabajo en equipo, como los grupos de comunicaciones conformados a través de los chats grupales de Whatsapp, las reuniones virtuales por Skype, la organización de eventos a través de herramientas importantes como la lista de chequeo colgadas en Dropbox, con las que se implementó un trabajo articulado, organizado, y que generó confianza y entusiasmo en los equipos regionales para el desarrollo de las actividades programadas.

- Otra herramienta fundamental fueron los talleres de relacionamiento, a través de los cuales se logró posicionar y apropiar algo tan importante como lo es el concepto de la transectorialidad, y ampliar la visión del trabajo del sector salud. Gracias a esta metodología y a la nutrida participación de los funcionarios de las diferentes áreas, se generó una expectativa positiva frente al trabajo que a futuro se desarrollará con los diferentes sectores, estableciendo 'portafolios de beneficios', y dando herramientas muy útiles para el desarrollo de este proceso, lo cual otorga claridad, confianza y entusiasmo frente al desarrollo del PDSP 2012-2021 en lo transectorial.

- Conocimiento de los planes de acción de los diferentes actores del proceso de implementación del PDSP 2012 – 2021 y su confluencia con las dimensiones de acuerdo con el enfoque de los DSS.

4. Acuerdos del Momento de Relacionamiento del Componente de Comunicación e Incidencia Técnica y Política Y Movilización Social

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la comunicadora Luz Eliana Bossa Quintero, como parte del equipo del Modelo ATRU, y los equipos funcionales y directivos de las SSD, el 11, 14, y 19 de marzo de 2014 firmaron el compromiso de completar la formulación de las estrategias de relacionamiento con base en la metodología transferida para su implementación, como 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 Atlántico, Bolívar y Sucre, y los distritos Barranquilla y Cartagena, que permitan el cumplimiento de los objetivos y estrategias establecidas en el Plan (Ver anexo 18).

El siguiente cuadro muestra de manera agregada en los departamentos y distritos mencionados los tres acuerdos relevantes sobre el particular.

Departamentos y distritos	Acuerdos	Fecha de cumplimiento	Medio de verificación
Atlántico y Barranquilla	1. Diseñar mínimo una estrategia de relacionamiento por dimensión.	31 de mayo	Plantillas de identificación de actores con texto explicativo
	2. Desplegar las estrategias de relacionamiento construidas.	30 de junio	Informe de avance
	3. Transferir metodología y las herramientas a los municipios.	30 de junio	Memoria de la reunión. Acta con acuerdos y plantillas de identificación de actores trabajadas.
Bolívar y Cartagena	1. Diseñar mínimo una estrategia de relacionamiento por dimensión.	31 de mayo	Plantillas de identificación de actores con texto explicativo
	2. Desplegar las estrategias de relacionamiento construidas.	30 de junio	Informe de avance
	3. Transferir metodología y las herramientas a los municipios.	30 de junio	Memoria de la reunión. Acta con acuerdos y plantillas de identificación de actores trabajadas.
Cesar	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 el	31 de mayo	Memoria de la reunión. Acta con acuerdos y

	municipio de Leticia		plantillas de identificación de actores trabajadas.

5. Lecciones Aprendidas

- El uso de la herramienta Dropbox, como disco de almacenamiento virtual, para la transferencia de destrezas y habilidades en los equipos técnicos ha sido una táctica que facilita la entrega de herramientas para el posicionamiento, la incidencia política, y el relacionamiento. Ha contribuido a que la AT sea dinámica, ofrezca material accesible a los Entidades Territoriales y a los mismos Gobernadores, y sea una fuente de consulta permanente y disponible con solo acceder a un enlace web.

- Los Kit de Gobernadores y Secretarios, Kit de Territorios y la Caja de herramientas para el relacionamiento han sido recibidos con satisfacción e interés por los equipos técnicos. Actualmente se está construyendo una cultura de consulta de estas herramientas que va por un camino favorable. Se evidencia su uso frecuente en los territorios, más aún con la ventaja que tienen al ser herramientas virtuales que se comparten con facilidad.

- El alto nivel profesional de los integrantes de los equipos de comunicación de la región Caribe y la infraestructura disponible en las Oficinas de Prensa, permitió enriquecer la propuesta de producción de piezas de comunicación del primer momento del Taller de Comunicaciones. El podcast se enriqueció con video, y el boletín digital con audios y enlaces web.

- Durante el primer momento de la AT el cabildeo político fue estratégico para abrir un terreno propicio al trabajo en los territorios con el respaldo de la autoridad departamental y la autoridad sanitaria, también para iniciar con la generación de alianzas y adquirir su compromiso para el momento de verdad del lanzamiento del PDSP 2012 – 2021.

- Fue positivo contar con una lectura previa de los planes de desarrollo departamental y distrital, y extraer los tips puntuales para argumentar el propósito de la implementación del PDSP 2012 – 2021 ante los gobernadores, dado que la interacción con los mandatarios fluía a la luz del enfoque de la salud desde los DSS, y la necesidad del cambio cultural para dirimir el paradigma de la visión medicalizada de la salud.

- A pesar de que el MSPS abrió previamente a través de oficios el camino a los Referentes de Planeación y Referentes de Comunicación en las gobernaciones y SSD, esto no fue suficiente para lograr un contacto personal con todos los mandatarios. En la siguiente fase de la AT se hace necesario retomar las relaciones establecidas, fortalecerlas, y en los casos donde no ha sido posible la interacción evaluar las causas e iniciar acciones que posibiliten el relacionamiento a largo plazo para generar compromiso y sostenibilidad del Plan.

- Los eventos de lanzamiento como segundo momento de la AT fortalecieron el relacionamiento con los equipos territoriales. Fue tal vez una prueba para ellos y conocer su dominio de las herramientas del Kit (lista de chequeo, libreto maestro de ceremonia, instructivo combinación masiva de cartas, agenda del evento, entre otros).

- Para el alistamiento del evento los equipos territoriales contaron con acompañamiento y asesoría virtual y telefónica. Fue un proceso que permitió conocer que la AT funciona en modalidad virtual. Los equipos colaboraban con entusiasmo para tomar las fotos como evidencia de su asistencia a las sesiones por Skype.

- Fue muy positivo contar con la presencia de los Gobernadores y Secretarios en los eventos de lanzamiento. En el caso de Cesar y Bolívar, departamentos cuyo Gobernador no asistió al evento, es necesario fortalecer el relacionamiento con los mandatarios para fomentar su participación en la implementación de las acciones de la AT.

- El Taller de relacionamiento, como tercer momento de la AT, fue muy positivo para dar luz sobre el paso a paso para empezar con la adopción de los lineamientos técnicos del PDSP 2012 – 2021 en los territorios. Los equipos técnicos se mostraron entusiasmados y satisfechos con la metodología sobre la cual diseñarán las estrategias de relacionamiento. También expresaron su pertinencia e impacto que tendrá en los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.

- Los coquitos han sido herramientas útiles para homogenizar conceptos y documentar a los equipos técnicos. Por su sencillez en el lenguaje y corta extensión han tenido una positiva acogida y usabilidad.

- El tercer momento de la AT coincidió con otros eventos del MSPS a los cuales estaban citados los mismos funcionarios invitados al Taller de relacionamiento. Esto influyó en algunos territorios en la baja convocatoria a la AT, de lo cual se

aprende que en lo posible se debe contar con mayor información sobre las agendas para no cruzar los compromisos.

- Los equipos de comunicación son interdisciplinarios, hay participación de comunicadores de profesión y 'por vocación'. Esta heterogeneidad resultó positiva tanto en el momento dos como en el tres, puesto que los profesionales se complementaron para llevar a cabo tareas, en el caso del evento de lanzamiento, y para liderar temáticas o despejar las dudas a sus compañeros, en el caso de los ejercicios de diseño de estrategias de relacionamiento con base en la plantilla de actores, donde tenían que tocar el tema de las dimensiones del PDSP 2012 – 2021 y las oportunidades de mejora del territorio.

- Estimular a los integrantes de los equipos técnicos y reconocer públicamente su labor y necesidad de compromiso y dedicación podría ser parte de una estrategia de mejora para lograr cohesionarlos y propiciar en ellos un estado propositivo y receptivo para las acciones subsiguientes en este proceso de implementación del PDSP 2012 – 2021.

6. Conclusiones

- La región Caribe es un territorio con gente trabajadora, comprometida, alegre, positiva, afable y tranquila. No obstante se ha visto afectada por los cuadros de corrupción política y la pobreza marcada en algunas zonas, que generan incredulidad y falta de esperanza en los habitantes frente a posibles cambios y retos para lograr la equidad en salud. Las acciones de movilización social deben tener en cuenta estas realidades para realmente generar cambios culturales y de consciencia en los ciudadanos.

- Actualmente se ha avanzado en el posicionamiento del PDSP 2012 – 2021, dado que se han establecido relacionamientos positivos en las Entidades Territoriales durante el primer momento; se lograron nutridas asistencias a los eventos de lanzamiento durante el segundo momento, donde se comprometió la voluntad política de las autoridades sanitarias y departamentales hacia la implementación del Plan; y los medios de comunicación locales ya 'hablan' de esta nueva apuesta política que busca el cambio del estado actual de la salud en Colombia.

- Los servidores públicos cuentan con destrezas, habilidades y capacidad instalada para emprender el camino de la movilización social, la incidencia política y participar en la planeación en salud a la luz del PDSP 2012 – 2021. Se muestran positivos y con ganas de implementar las acciones. Con el fin de apoyar su actitud provechosa, el MSPS podría evaluar espacios de capacitación dirigidos a algunos líderes en Bogotá, o adicionar sesiones de AT con el fin de respaldar la ejecución de sus compromisos adquiridos por acta en cada uno de los tres momentos.

- El PDSP 2012 – 2021 en su primer momento de despliegue y posicionamiento requiere fuerzas de cohesión al interior de las mismas Entidades Territoriales, por lo cual se hace inminente un trabajo interno, para fortalecer las competencias en trabajo en equipo, liderazgo y creatividad, que propenda por desempeños con mejor impacto en cada territorio y facilite el desarrollo de los momentos subsiguientes en la implementación y adopción de esta apuesta política.

- En este momento se ha logrado posicionar el PDSP 2012 – 2021 en cada uno de los departamentos y distritos asignados a la región Caribe y se cuenta con actores identificados para el diseño de las estrategias de relacionamiento por cada dimensión del Plan. Atlántico y Barranquilla son los territorios con más fortalezas y avances en la transectorialidad de la salud; Bolívar y Cartagena se encuentran receptivos para iniciarse en este camino y reenfocar sus estrategias a la luz del Plan; y Cesar se muestra

interesado pero a la vez requiere aumentar su fe ante la adopción e implementación del Plan, por lo que se requiere reforzar el cabildeo político con el apoyo del MSPS en estos tres últimos territorios.

- El tercer momento de la AT, el relacionamiento con actores, contribuyó a explicar vivencialmente la transectorialidad de la salud. Con la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y los lineamientos técnicos hacia los territorios se espera un mejoramiento en el relacionamiento interinstitucional, tácticas incluyentes, mayor atención, compromiso y credibilidad en el proceso de adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021.

- La movilización social de actores (sectoriales, transectoriales y comunitarios), así como la transectorialidad de la salud, es un desafío en la implementación del PDSP 2012 – 2021, por lo cual se requiere que los procesos adelantados en los territorios se sostengan en el tiempo y dejar memoria documental para preparar a los nuevos profesionales que se sumen a este reto.

- Para la implementación del PDSP 2012 – 2021 la región Caribe actualmente ofrece un terreno abonado con semillas que requieren del cuidado, monitoreo y seguimiento para su evolución. Reconocer la labor adelantada, los esfuerzos realizados, y humanizar el discurso técnico del Plan es vital para mover las voluntades en los diferentes actores, pues cada momento de verdad de la AT es una oportunidad única para ganar aliados, motivar y sembrar esperanzas en la búsqueda del cambio de la situación actual en salud de Colombia.

7. Recomendaciones

- La Comisión Intersectorial de Salud Pública es una instancia que puede favorecer la coordinación de los procesos de seguimiento, evaluación y ajuste de metas, estrategias y acciones en los territorios con el fin de lograr un mayor compromiso y eficiencia.

- Las estrategias y tácticas para la adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021 en su carácter incluyente deben ser flexibles y respetar los intereses de las comunidades y realidades culturales de los territorios, así como actuar frente a cualquier requerimiento de las organizaciones o ciudadanos con derechos especiales adquiridos.

- Es importante abrir espacios de participación activa de la academia y el CPT en los procesos de planificación sectorial e intersectorial para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del PDSP.

- Los territorios deben asegurar los recursos financieros, humanos y tecnológicos requeridos para garantizar el desarrollo eficiente de la asistencia técnica.

- Disponer de un sitio web con información completa, actualizada y oportuna, como fuente de información para los ciudadanos, las Entidades Territoriales, las autoridades sanitarias, la academia, y demás actores sociales involucrados en la implementación del PDSP 2012 – 2021.

- Propiciar espacios de participación, análisis, trabajo colaborativo, aprendizaje significativo, y articulación sectorial, transectorial y comunitaria, adicional a las AT para negociar las intervenciones sobre los DSS de cada una de las dimensiones del PDSP 2012 -2021.

- Fortalecer las capacidades de las Entidades Territoriales y los equipos técnicos para llevar a cabo las AT en los municipios y que estos puedan avanzar eficientemente en la adopción e implementación del Plan.

- Implementar estrategias para motivar la participación de los ciudadanos en el proceso de formulación, evaluación y control social del Plan Territorial de Salud, y aumentar su consciencia frente a la importancia de su vinculación a este proceso.

- Promover acciones, tácticas y abrir espacios para entregar resultados, y socializar avances de acuerdo con la normatividad vigente para mantener informados a los actores sociales sobre los momentos y logros en el camino

de implementación de esta política pública, más aún, en época de cambio de administración nacional.

8. Bibliografía

Alcaldía de Barranquilla. (28 de Octubre de 2010). *Alcaldía de Barranquilla*. Recuperado el 10 de Mayo de 2014, de http://www.barranquilla.gov.co/conoce-a-barranquilla/territorio

Círculo de Inversionistas . (mayo de 2014). *Círculo de Inversionisas.* Obtenido de http://www.circulodeinversionistas.com/especiales/caribe/item/83-region-caribe-protagonista-en-materia-de-inversion-extranjera

Colombia Aprende. (2014). *Colombia Aprende La Red del Conocimiento.* Recuperado el 2014, de http://www.colombiaaprende.edu.co/html/sitios/1610/article-131554.html: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/sitios/1610/article-131554.html

Colombia.com. (Mayo de 2014). *Colombia.com*. Obtenido de http://www.colombia.com/cultura/resenas/folclore1.asp

Departamento Nacional de Estadística (DANE). (Marzo de 2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020.* Obtenido de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

El Prisma Portal para investigadores y profesionales. (2014). *El Prisma.* Obtenido de http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/planeacionestrategica/default3.asp

Gobernación del Atlántico . (2012). *Plan de Desarrollo 2012 - 2015 .* Barranquilla .

Gobernación del Atlántico. (Mayo de 2014). *Gobernación del Atlántico, Atlántio más social* . Obtenido de http://www.atlantico.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=324&Itemid=37

Gobernación del Atlántico. (noviembre de 2013). *Sitio web Gobernación del Atlántico.* Obtenido de http://www.atlantico.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=3661:invitacion-lanzamiento-plan-decenal-de-salud-publica-&catid=265:eventos-de-salud&Itemid=846

La República. (3 de Marzo de 2014). Recuperado el 10 de Mayo de 2014, de http://www.larepublica.co/economia/barranquilla-es-la-segunda-ciudad-que-m%C3%A1s-ied-jalon%C3%B3-durante-el-a%C3%B1o-pasado_118341

Ministerio de Salud y Protección Social . (2014). *Informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora del proceso de planeación territorial para la migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.* Bogotá.

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. (6 de Mayo de 2014). Decreto No. 859 de 2014.

Observatorio del Caribe Colombiano. (2014). *Observatorio del Caribe Colombiano*. Recuperado el 13 de mayo de 2014, de http://www.ocaribe.org/caracterizacion.php

Revista Congreso Internacional de Estados . (2014). *Revista Congreso Internacional de Estados, Veracidad y Gestión*. Obtenido de http://www.revistadelcongreso.info/index.cfm?keypage=51&doc=pag_contenido3&Id_nivel4=565&Id_nivel3=812&Id_nivel2=551&Id_empresa_b=36&idn=2

Roca, A. M., & Pérez, G. J. (2006). *Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana.* Banco de la República .

Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). (2005). *Políticas de formación para el aprendizaje institucional .* Bogotá .

Tarrá, L. (2013). *El Original del Magdalena Medio.* Obtenido de http://www.eloriginal.co/seccion_3.asp?id_seccion=2040

Viloria de la Hoz, J. (2006). *Ciudades portuarias del Caribe .* Cartagena de Indias: Banco de La República .

Viloria de la Hoz, J. (2009). *Economía y conflicto en el Cono Sur*. Obtenido de http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-110.pdf

9. Anexos

Anexo 1. Tabla resumen de capacidades, habilidades y destrezas de los componentes de Comunicación e Incidencia Técnica y Política, y Movilización Social en el modelo ATRU.

Momentos del proceso de implementación del modelo ATRU del PDSP 2012-2021	**Procesos**	**Fortalecimiento de capacidades**		
		Capacidades	**Habilidades**	**Destrezas**
Momento 1: **Apropiación** **Actividades de la primera visita:** Presentación del PDSP 2012 - 2021 a secretarios(as) de salud departamental y gobernadores, socialización del PDSP 2012 - 2021 en las SSD y asistencia técnica (AT) con grupo funcional de comunicación. **Herramientas entregadas:** Bases de datos, taxonomía (definiciones fundamentales en comunicación), criterios de priorización de medios, combinación masiva de correspondencia, podcast, boletín digital, ABC del PDSP 2012 - 2021, videos del PDSP 2012 - 2021,	Comunicación	-Para generar interés, conocimiento y apropiación del Plan. -Para la identificación de actores. -Para el empoderamiento sectorial, transectorial y comunitario. -Para incluir los enfoques del PDSP 2012 - 2021.	-Para la transferencia de conocimiento y la motivación de los actores. -En la armonización de los intereses y trámite de las diferencias. -Para la difusión y multiplicación de las ideas fundamentales del PDSP 2012 - 2021. -Para el reconocimiento y optimización de medios locales de comunicación para la difusión del PDSP 2012 - 2021. - Para el diseño y producción de géneros narrativos y mensajes en torno al PDSP 2012 - 2021. -Para el trabajo en equipo desde diferentes	-Para el manejo de las bases de datos (actores, ronda de medios y eventos de posicionamiento). -Para mejorar las capacidades de diálogo interno y de trabajo en equipo.

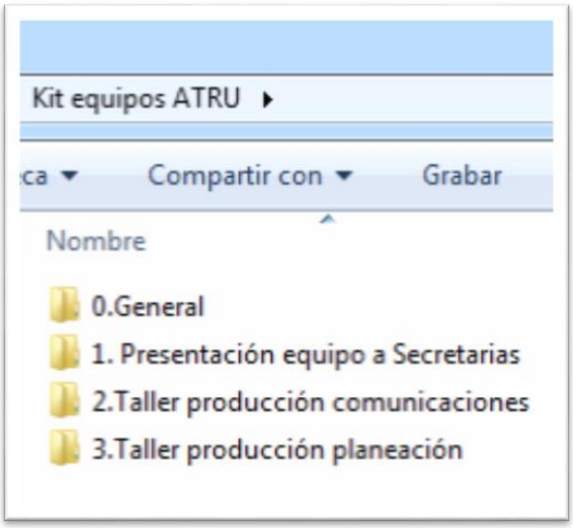
documento de preguntas y respuestas, presentaciones, parlamentos, actas de acuerdo.			disciplinas. -Para el diálogo y el logro de acuerdos. - Para el trabajo en equipo desde el dialogo de saberes. -Para el manejo y sistematización de información.	
	Incidencia técnica y política	-Para la incidencia política con los alcaldes y gobernadores. -Para la incidencia técnica con los equipos de la SSD y las secretarías municipales de salud.	- Para el uso de herramientas de abogacía y cabildeo con actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.	-Para la acabativa de proyectos y la negociación de acuerdos, con cronograma.
Momento 2: **Posicionamiento** **Actividades de la segunda visita:** Lanzamiento del PDSP 2012 - 2021 con actores sectoriales, transectoriales y comunitarios en todos los departamentos y AT con municipios priorizados. **Herramientas entregadas:** Lista de chequeo, modelo de agenda del evento, modelos	Comunicación	-Para generar interés, conocimiento y apropiación del Plan. -Para la identificación de actores. -Para la incidencia política de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios. -Para el empoderamiento sectorial, transectorial y comunitario. -Para incluir los enfoques del PDSP en la	-Para la transferencia de conocimiento y la motivación de los actores. -Para la difusión y multiplicación de las ideas fundamentales del PDSP 2012 - 2021. -Para el reconocimiento y optimización de los medios locales de comunicación para la difusión del PDSP 2012 - 2021. - Para el diseño y producción de géneros	-Para el manejo y sistematización de información. -Para la actualización y administración de las bases de datos. -Para adelantar convocatorias. -Para la realización eventos. -Para el seguimiento de tareas.

de cartas para la gestión, modelo de guión del maestro de ceremonias, formato para la priorización de medios.		gestión integral en salud.	narrativos y mensajes en torno al PDSP 2012 - 2021. - Para el trabajo en equipo desde el diálogo de saberes. -Para el mejoramiento de los procesos de organización y planeación de eventos para difusión del PDSP 2012 - 2021. -Para el trabajo en equipo del grupo funcional de comunicación para la organización, seguimiento de tareas y desarrollo del evento. -Para la generación de los procesos de convocatoria -Para el agendamiento público del PDSP 2012 – 2021 en el contexto mediático local.	
	Incidencia técnica y política	-Para la incidencia política de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.	-Para el uso de herramientas de abogacía y cabildeo. - Para el cabildeo con actores	-Para la acabativa de proyectos y la negociación de acuerdos con cronograma.

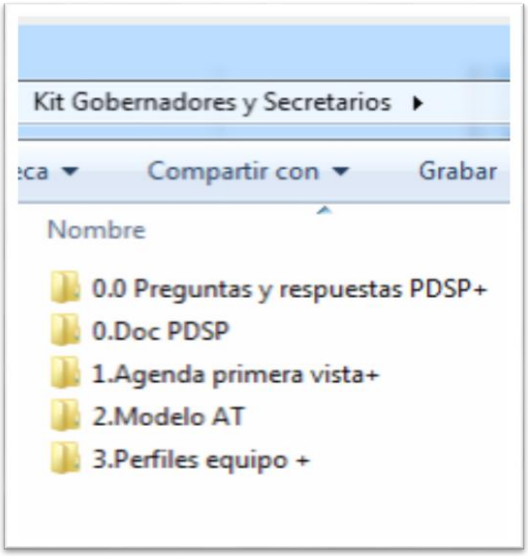
			sectoriales, transectoriales y comunidades en escenarios transectoriales para el PDSP 2012 - 2021.	
Momento 3: **Relacionamiento** **Actividades de la Tercera Visita:** Asistencia técnica con grupos funcionales de comunicación y planeación para el PDSP y la gerencia media de las SSD. **Herramientas entregadas*:*** ABC, documento de la metodología de relacionamiento, Coquitos de la participación, actores involucrados y transectorialidad. Plantilla de identificación de actores, acta de acuerdos, matriz de impacto, modelo de agenda, instructivo de taller.	Comunicación	-Para la generación interés, conocimiento y apropiación del Plan. -Para la identificación y articulación de actores. -Para el diseño de estrategias de relacionamiento.	-Para la transferencia de conocimiento y la motivación de los actores. -Para el trabajo en equipo desde el diálogo de saberes. -Para la difusión y multiplicación de las ideas fundamentales del PDSP 2012 – 2021 para el trabajo transectorial. -Para la identificación de actores territoriales para la transectorialidad -Para la adopción de un método de formulación de estrategias de relacionamiento para la transectorialidad del PDSP 2012 - 2021. -Para el mejoramiento de habilidades para el diálogo interno y de trabajo en equipo.	-En la armonización de los intereses y trámite de las diferencias. -Para el diálogo y el logro de acuerdos. -Para la acabativa de proyectos y la negociación de acuerdos con cronograma.

	Incidencia técnica y política	-Para la generación interés, conocimiento y apropiación del Plan con alcaldes y gobernadores.	-Para adaptar el PDSP 2012 - 2021 a los diálogos regionales y municipales.	
	Movilización Social	-Para la identificación y articulación de actores comunitarios -Para el diseño de estrategias de relacionamiento con actores comunitarios.	-Para la productiva participación ciudadana. -Para la canalización del interés y la exigencia ciudadana.	

Anexo 2. Kit equipos ATRU

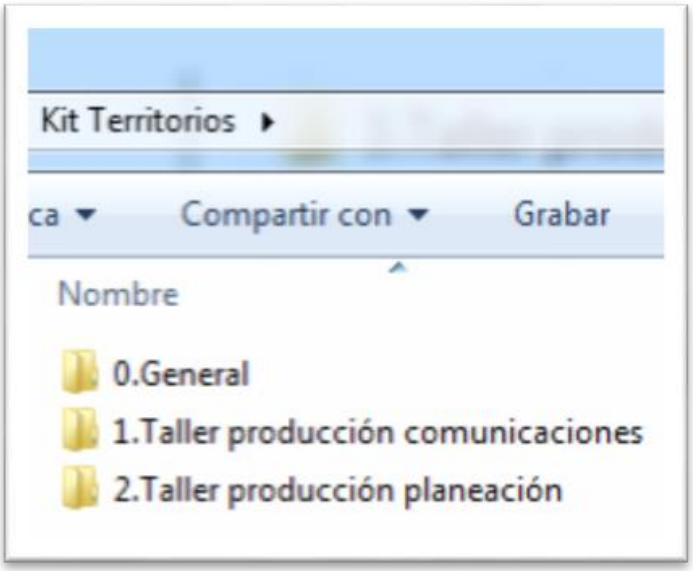


Anexo 3. Kit Gobernadores y Secretarios

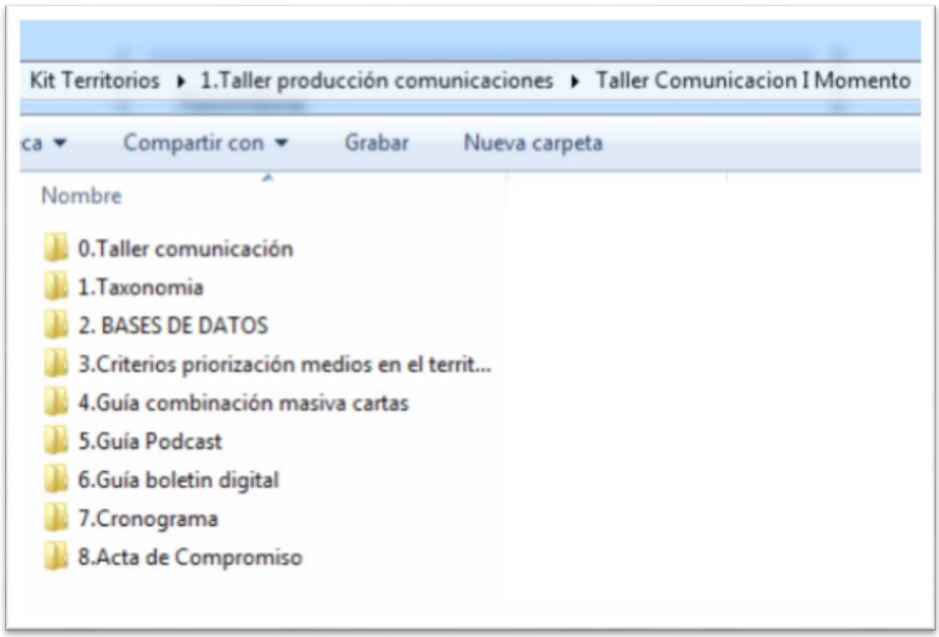


Anexo 4. Kit Presentaciones PDSP 2012 - 2021

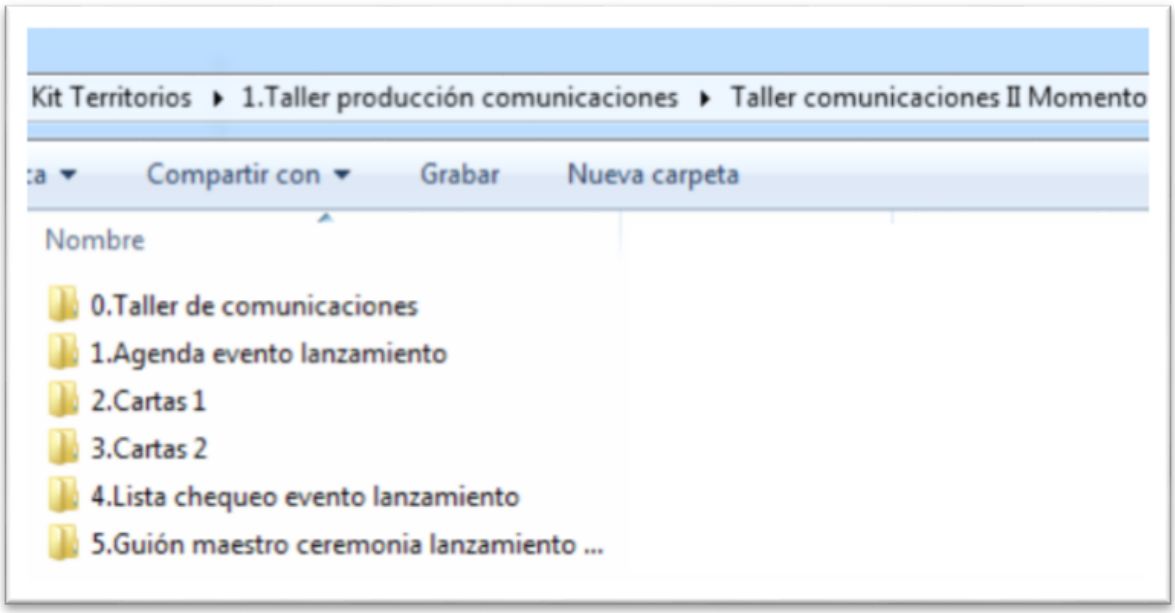
Anexo 5. Kit Territorios



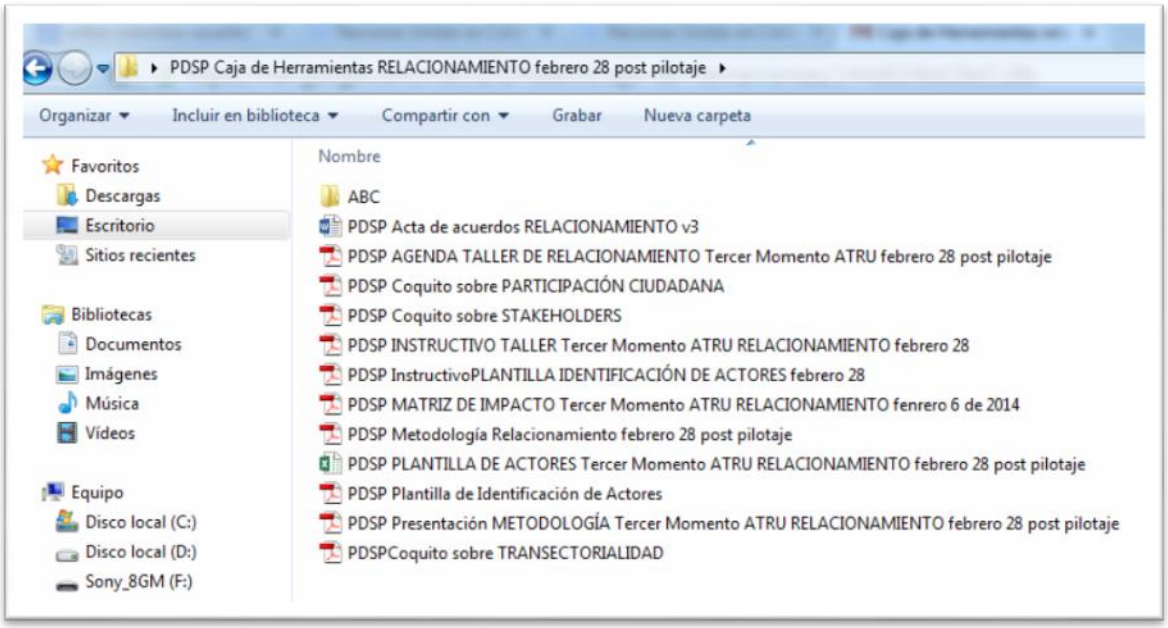
Anexo 6. Taller Comunicación I Momento



Anexo 7. Taller Comunicación II Momento



Anexo 8. Caja de Herramientas Relacionamiento. Momento III.



Anexo 9. Productos comunicación Atlántico y Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla. Momento I.

Anexo 10. Productos comunicación Atlántico y Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla. Momento II.

Anexo 11. Productos comunicación. Atlántico y Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla. Momento III.

Anexo 12. Productos comunicación. Bolívar y Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. Momento I.

Anexo 13. Productos comunicación. Bolívar y Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. Momento II.

Anexo 14. Productos comunicación. Bolívar y Distrito Turístico y Cultural de Cartagena. Momento III.

Anexo 15. Productos comunicación. Cesar. Momento I.

Anexo 16. Productos comunicación. Cesar. Momento II.

Anexo 17. Productos comunicación. Cesar. Momento III.

Anexo 18. Actas Relacionamiento.

Anexo 19. Listados de asistencia taller de relacionamiento.