



Guía para la implementación de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)

Bogotá, 2017.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

ANA ISABEL QUAN
Asesor Nacional OPS/OMS Colombia

ANDRES SUANCA SIERRA
Administrador Representación OPS/OMS
Colombia

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

RAFAEL HENAO
ALEX ARAQUE
Referente Técnico MSPS

LORENZA BECERRA
Coordinador Grupo Modos,
condiciones y estilos de vida
saludable- MSPS

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión MSPS
MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

DIANA MACELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

SALUA OSORIO MRAD
Consultor Nacional OPS/OMS

PATRICIA VEGA MORENO
Administradora Convenios
OPS/OMS

CONSULTORÍA

CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO EM CIDADES
SAUDÁVEIS (CEPEDOC)
Centro Colaborador de la OPS/OMS (Brasil)

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Contenido

Presentación	6
I. Objetivo	7
II. Requisitos para su implementación	7
a. Sensibilización gubernamental	7
b. Identificación de actores	8
c. Recolección de información básica del territorio	12
d. Organización para la implementación de CERS	12
II. Fases para implementación de la estrategia	12
Fase No 1: Identificación de los problemas de la ciudad .	13
Fase No. 2: Priorización	15
Fase No 3: Plan de Acción	16
Fase No 4: Estudios de pre inversión y factibilidad	17
Fase No 5: Sistema de monitoreo y evaluación	18
III. Conformación de Red de Ciudades saludables	22
Bibliografía	33

Presentación

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad y son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles. Por otra parte, en Colombia, en los últimos años, se viene registrando un incremento importante de enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores, como sífilis, dengue, leishmaniosis y zika.

La salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. La transformación de los resultados en salud de las personas no depende sólo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, que tienen que ver con el contexto social, ambiental y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona (OMS, 2009). La inequidad en salud debe ser un tema de discusión permanente, con diferentes actores y escenarios, para lograr que se constituya en una prioridad en las agendas políticas nacionales y locales, y que permita la toma de decisiones y acciones a favor de la extensión de la protección social en salud, principalmente en los grupos vulnerables.

La estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS) propone el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como buenas prácticas y basadas en la evidencia científica, dirigidas a promocionar la salud, prevenir las enfermedades, actuando de manera integral durante todo el curso de la vida; teniendo en cuenta los entornos en los que vive la población. La guía de implementación aquí presentada, es la estrategia que viene promoviendo el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y expertos internacionales en el tema, para promover la salud y la equidad. Por tanto, complementa el documento de orientación Lineamientos de la Estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable (Estrategia CERS) (MINSALUD, 2016).

Esta guía presenta de forma resumida, los elementos fundamentales a tener en cuenta por los territorios en la implementación de la estrategia CERS, recoge las recomendaciones entregadas por los organismos internacionales como el Banco Interamericano de desarrollo (BID), quienes a través de su guía metodológica de ciudades emergentes y sostenibles publicada en el año 2014 y en sus esfuerzos por mejorar la calidad de vida se propone bajo una visión multisectorial, “contribuir a la sostenibilidad ambiental, urbana, fiscal y de gobernabilidad de las ciudades de la región” (BID, 2014).

La guía describe tres momentos, que pueden completarse de manera secuencial: Justificación y Objetivos de la guía; Fases de Implementación de la Estrategia CERS, mediante cinco pasos; Casos que describen la experiencia de socialización y planificación en CERS. Adicionalmente se recomienda casos de socialización y de planificación como ejemplos de construcción de planes de implementación de la estrategia CERS en municipios y departamentos colombianos.

I. Objetivo

El objetivo de este documento es establecer una metodología unificada que le permitirá a las entidades territoriales desarrollar y acompañar la adopción de la estrategia de ciudad, entorno y ruralidad saludables (CERS). La cual permite ser adoptada en virtud de las particularidades de los territorios y de las complejidades de las relaciones de los distintos actores y del propio ciclo político.

Esta guía describe el paso a paso en la aplicación de la estrategia CERS, la cual se implementa a través de una serie de fases, desde la identificación de actores, la recopilación de datos básicos, hasta la planificación de la implementación de estrategias, y la puesta en marcha del sistema de monitoreo para la evaluación y seguimiento endógenos y exógenos de los resultados en salud.

II. Requisitos para su implementación

Su implementación, requiere desarrollar cuatro actividades iniciales: (i) sensibilización gubernamental, (ii) identificación de actores locales, (iii) el recaudo de información básica del contexto y de las instituciones relevantes en el municipio y (iv) elaboración de un esquema de organización para la implementación de la estrategia CERS.

a. Sensibilización gubernamental

El principal objetivo en esta etapa inicial es la adhesión a la estrategia CERS de manera voluntaria por las autoridades gubernamentales, como líderes de inició, con el fin de dar un marco de compromiso institucional a la implementación local de la misma. Es fundamental que toda la sociedad civil de los territorios se adhiera y apoyen de manera formal la estrategia ante las autoridades locales que la lideran.

Para ello se recomienda coordinar procesos de socialización y promoción activa de la estrategia ante los actores gubernamentales y la sociedad civil de los territorios en el país. En esta etapa inicial se pretende comprometer la administración de la ciudad y de gran parte de la sociedad civil con el desarrollo de la estrategia.

b. Identificación de actores

Las intervenciones gubernamentales son influenciadas permanentemente por los actores que intervienen en la problemática, que tienen responsabilidades en la implementación, o que tienen alguna injerencia en la evaluación. Para el caso en particular, es esencial contar con un mapa de actores que permita identificar no sólo los responsables de la implementación (para así hacer seguimiento a los compromisos), sino también analizar y dimensionar el contexto relacional en el que se inscribe la estrategia.

Así las cosas, la identificación de actores consiste en tener, además del listado de posibles actores de un territorio, reconocer el alcance de sus acciones y los intereses en la participación de la estrategia y sus perspectivas en un futuro inmediato (Tapella, 2007).

Para el proceso de identificación de actores, existe diversidad de metodologías. La selección de la metodología o las metodologías a usar, depende del contexto en el que se aplicará la metodología, la disponibilidad de información, el tiempo definido para la aplicación de la metodología, y el objetivo específico a lograr, respecto a cómo se espera sean involucrados y comprometidos los actores.

Aunque no es el propósito de esta guía hacer una extensa revisión de las metodologías existentes, si procura proponer algunas que cumplen con el propósito de facilitar la implementación de la estrategia.

Por una parte, la metodología de mapeo de actores clave (MAC), vinculada con la teoría de redes sociales, "supone el uso de esquemas para representar la realidad social en que estamos inmersos, comprenderla en su extensión más compleja posible y establecer estrategias de cambio para la realidad así comprendida" (Tapella, 2007). Así, la aplicación de esta metodología, permite conocer "las alianzas, los conflictos, los portavoces autorizados, y por ende, permite seleccionar mejor los actores a los que se deba dirigir en tal o cual momento" (Tapella, 2007). A continuación, se sintetiza cómo se aplica la metodología:

Grupo de actores sociales	Actor	Rol en el proyecto	Relación predominante	Jerarquización de su poder
Clasificación de los diferentes actores sociales en un espacio preciso	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta	Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus accionar	Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto) 1. a favor 2. indiferente 3. en contra	Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones 1. alto 2. medio 3. bajo

Se requiere tener presente algunas consideraciones metodológicas de importancia. Una forma de construir la matriz es a través de la realización de un test socio métrico y la elaboración de la correspondiente matriz de datos. Se inicia indagando a los actores sobre sus relaciones en primer lugar, en segundo, etc. Se debe procurar elaborar el test con los sectores formales e informales de la población, los dirigentes, técnicos, pobladores, etc.

La clasificación de actores relevantes debiera ser validada a través de un taller que involucre a los representantes de los supuestos grupos identificados.

Desde una perspectiva relacional, el análisis se concentra sobre las relaciones entre los actores, tanto directas como indirectas. Se identifican las cualidades de las relaciones, la intensidad, fortaleza, los conflictos, el tipo de relaciones sostenidas, económicas, de solidaridad, etc. También se establece la intensidad y la densidad de las relaciones tanto en sus características internas como en la relación que mantienen entre ellas. Es conveniente después haber desarrollado la versión final de la matriz, construir una base de datos que permita en forma periódica ir actualizando los actores¹.

Ahora bien, la propuesta teórica y metodológica desarrollada por Ronald Mitchell, Bradley Agle y Donna Wood, se basa en considerar a los actores o stakeholders como aquellos "(internos o externos) que afectan o son afectados por los objetivos o resultados de una organización dada, en diferentes grados, en la medida en que poseen entre uno y tres atributos básicos: poder, legitimidad y urgencia" (Falcao & Rubens, 2009). Este concepto, de acuerdo con los autores, tiene la ventaja de hacer evidente los intereses conflictivos y dinámicos de los actores, en tanto se identifican en función del poder, la legitimidad y la urgencia, en un determinado tiempo y espacio (Falcao & Rubens, 2009).

Como se mencionó, los actores se identifican a partir de tres atributos. El primer atributo es el poder, el cual hace referencia a cómo se impone la voluntad sobre otro; el imponer la voluntad implica contar con recursos como los medios económicos, el prestigio, el conocimiento o los medios coercitivos. El segundo atributo, la legitimidad, se define como la percepción generalizada de que las acciones de un actor (sea persona u organización) son deseables o apropiadas. El tercer atributo, la urgencia, se refiere al clamor por una atención inmediata, como por ejemplo, el caso de un desastre natural (Falcao & Rubens, 2009)².

¹ Para mayor información ver: <https://planificacionsocialunsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>

² Para mayor información: <http://siare.clad.org/revistas/0033942.pdf>

La aplicación de la metodología, comienza con la identificación y clasificación de los involucrados, y luego se asigna un valor cuantitativo a los tres atributos, urgencia, poder y legitimidad. Posteriormente, en la matriz de consolidación, con el promedio de cada uno de los valores de los atributos, se calcula el índice de preponderancia. Con base en este índice, se puede definir la clasificación de los actores:

Actores latentes: en esta categoría se encuentran tres tipos de actores.

Adormecidos: actores que tienen poder, pero no tienen legitimidad, ni urgencia. Un ejemplo puede ser el Estado que ejerce su autoridad sólo mediante el poder coercitivo.

Exigentes: son actores que sólo consideran la urgencia para ejercer poder. Ejemplo: una comunidad afectada por un desastre natural.

Discrecionales: son actores con legitimidad, como por ejemplo un organismo con objetivos filantrópicos.

Actores expectantes: existen tres tipos.

Peligrosos: tienen la condición de urgencia, y tienen poder. Pueden ejercer influencia a partir de acciones como la huelga.

Dominantes: tienen poder y legitimidad. Son actores que influyen decisivamente en las políticas.

Dependientes: actores que no tienen poder. Dependen necesariamente de otros actores. En este grupo pueden estar asociaciones civiles con poca capacidad.

Actores definitivos: son los que poseen los tres atributos. Son claves a la hora de tomar las decisiones.

Por su parte, la metodología de prospectiva MACTOR (Matriz de Alianzas y Conflictos: Tácticas, Objetivos y Recomendaciones), "es un sistema de análisis de juego de actores que persigue valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a un cierto número de posturas y de objetivos asociados" (Cano, 2004). Con este tipo de análisis se busca facilitar la puesta en marcha de acciones para generar alianzas y limitar la aparición de conflictos.

La aplicación de la metodología comienza con la identificación de actores a partir de su identidad, es decir se caracteriza a partir de sus finalidades, objetivos, motivaciones, obligaciones y comportamiento estratégico. Para esto se requiere el uso de herramientas cualitativas, como las entrevistas, que permiten obtener información sobre las perspectivas de los actores frente a la implementación de estrategias gubernamentales. Posteriormente se evalúan

las influencias directas entre los actores. Con esta información, se define el posicionamiento de los actores respecto a los objetivos (Cano, 2004).

En la elaboración del cuadro de influencias entre actores (Matriz de Actores X Actores), se establece la clasificación de los actores:

- i. Actores dominantes: Son aquellos que tienen el poder de decidir el rumbo del proyecto.
- ii. Actores autónomos: Aquellos que presentan el proyecto (con todas las especificaciones necesarias) lo defienden y apoyan, pero no toman la decisión de ejecución.
- iii. Actores de enlace: Son los que brindan apoyo al proyecto (técnica y financieramente) pero no influyen directamente en la decisión final.
- iv. Actores dominados: Aquellos que están a la espera de la decisión.

A continuación, se resumen los pasos de aplicación de esta metodología:

Actor (Paso 1)	Objetivos (Paso 2)	Tipo de actor (Paso 3)	Actitud del actor con relación a los objetivos (Paso 4)	Alianzas y conflictos de los actores en relación a los objetivos (Paso 5)	Evolución de las relaciones entre los actores. (Paso 6)
Realice un listado de los actores, máximo 15.	Identifique los objetivos estratégicos de los actores.	Clasifique al actor en Dominante, Enlace, Autónomo y Dominado.	Se representa su actitud con (+1) si está de acuerdo, (-1) en desacuerdo y (0) neutro.	Relacione los vínculos entre los actores aliados, opositores o neutrales.	Analice el futuro del proyecto teniendo en cuenta las relaciones de los actores.

Fuente: Cano, O (2004). Metodología para la concertación con los actores en la gestión de proyectos de desarrollo. Bogotá: ESAP-Imprenta Nacional.

Esta metodología “permite clasificar a los diversos actores a partir de distintos factores como los intereses y demandas; la clasificación de estos en aliados, opositores o neutrales, permite identificar también su poder a la vez que establece el provecho que cada sector encuentra en la materialización de la estrategia” (Cano, 2004)³.

³ Para mayor información ver: <http://www.bvsde.paho.org/cursomcc/e/pdf/lectura7.pdf>

c. Recolección de información básica del territorio

Se requiere recopilar información sobre los aspectos de salud y sus determinantes sociales y físicos. En este sentido la información de partida se estructura con los Análisis de Situación de Salud que permiten caracterizar, medir y explicar el estado de salud la población en el territorio, permitiendo identificar los desafíos y retos en salud en marco de los determinantes sociales en salud. El Plan de Salud Territorial, El Plan de Desarrollo y el Plan de Ordenamiento Territorial, se constituyen en los soportes de las decisiones de intervención estructurales que estarán en el plan de intervenciones, como parte de los acuerdos técnicos de soporte.

Organización para la implementación de CERS

En la organización para la implementación de la estrategia CERS, debe trascender los períodos de gobierno. La implementación local de la estrategia CERS supone la puesta en marcha de la constitución de una mesa de coordinación intersectorial. Para ello y conforme a la experiencia de los talleres municipales de socialización y ajuste de la estrategia CERS, se identificó que se podrían utilizar las ya existentes como: el Comité Territorial de Salud Ambiental – COTSAS o el Consejo Municipal de Política Social, que serán presididos por la autoridad pública de mayor rango que participe del mismo, y que tendrá como tarea la operacionalización de la estrategia.

Teniendo en cuenta el marco de determinantes sociales de la salud y las distintas acciones que conforman la implementación de la estrategia a nivel local; los sectores y políticas que se consideren clave para resolver de manera participativa los problemas priorizados, podrán ser incluidos en la mesa, progresivamente, por lo que se recomienda:

- i. Definir al menos una persona representante de cada sector o grupo de interés, preferentemente que corresponda a un nivel con capacidad de decisión;
- ii. elaborar acta oficial de reconocimiento de la mesa intersectorial por parte de las autoridades locales;
- iii. elaborar el reglamento de funcionamiento de la mesa intersectorial. Considerar qué recursos serán necesarios para mantener el trabajo de la mesa y de dónde vendrán (recursos financieros, equipamientos, espacio de trabajo, etc.).

II. Fases para implementación de la estrategia

Para la implementación local de la estrategia CERS, se recomiendan las siguientes fases: (i) identificación de los problemas de salud y ciudad - Análisis

y diagnóstico; (ii) Priorización, (iii) Plan de Acción, (iv) Estudios de pre-inversión y factibilidad y (v) el monitoreo y evaluación.

Fase No 1: Identificación de los problemas de la ciudad

Esta fase comprende la realización de una serie de actividades como: el Diagnóstico, la identificación de retos de sostenibilidad asociados a indicadores de resultados sociales y calidad de vida; y semaforización de la situación que permita establecer una primera idea de priorización de las intervenciones, la cual incluye un conjunto de acciones base, adicionales y complementarias.

a. Diagnóstico preliminar

Los municipios realizarán sus respectivos diagnósticos urbanos y rurales a partir de su vocación territorial (Ley 388 de 1997, POT). Se propone una estructura básica inicial como:

- i. Caracterización poblacional y demográfica
- ii. Caracterización geográfica, de la red de ciudades y de las funciones en el territorio del municipio
- iii. Estructura ecológica principal
- iv. Los sistemas urbanos
- v. Las condiciones sociales
- vi. Las condiciones económicas y sus referentes territoriales
- vii. La caracterización en salud
- viii. Las finanzas e instrumentos de financiamiento
- ix. Los desequilibrios físico espaciales del territorio

Estos diagnósticos, permiten diseñar las intervenciones en la perspectiva de la planeación estratégica del municipio que incorpore y promueva la estrategia CERS. (Decreto Nacional 879 de 1998).

b. Indicadores y semaforización.

Pretende identificar los retos de sostenibilidad de la estrategia CERS. Los indicadores establecidos en la fase constituyen una herramienta para identificar rápidamente las problemáticas críticas en la implementación de la estrategia sobre la base de criterios técnicos (línea base). Estos deben ser elaborados y validados por grupo y líder del proceso de diseño de la metodología. A partir de allí, estos indicadores se irán ajustando a las realidades urbanas de la región. Se sugieren dos sistemas de indicadores. Uno de evaluación y seguimiento del plan de acción (Procesos) y otro sobre indicadores internacionales de ciudades saludables (resultados e impactos deseados).

Para la identificación de las necesidades y prioridades de cada municipio se sugiere la metodología de marketing social, con el fin de conciliar los objetivos y propósitos de la salud pública con los del usuario. La metodología de marketing social⁴ supone construir con la ciudadanía, con el sector académico y con los diferentes sectores de la administración municipal, ideas de cambio que mejoren la vida de todos y todas desde sus necesidades. Entre los pasos que se deben seguir para la implementación de esta metodología se encuentran:

- i. Definir, con los participantes los objetivos del cambio social a los que ésta aporte;
- ii. Crear procedimientos o mecanismos de comunicación y distribución de acciones y tareas necesarias para la implementación de la estrategia en la Mesa de coordinación intersectorial o Comité que la vaya a dinamizar en el territorio específico;
- iii. Alinear los procesos en desarrollo en los territorios seleccionados con las acciones y temas prioritarios de la estrategia CERS;
- iv. Identificar las acciones a desarrollar sobre la base del diagnóstico y estructurar indicadores en cada una de las intervenciones y sobre el impacto esperado.
- v. Evaluar y ajustar el programa para que sea más eficaz.

c. Acciones o intervenciones base, adicionales y complementarias.

En esta fase se realiza la formulación de un plan de trabajo específico utilizando el enfoque de los determinantes de la salud (causas de las causas), para identificar los problemas y tomar decisiones. El proceso de planificación es dinámico, permite hacer ajustes continuos para fortalecer la estrategia y ampliar la participación de cada vez más actores del territorio en su formulación. Cada municipio deberá valorar, en función de su propia experiencia, el tipo de participación y a través de qué canales articularla.

El plan local de CERS, es una herramienta que orientan las acciones a desarrollar para lograr los objetivos propuestos. Por tanto, debe existir un diálogo y una coherencia importante entre lo definido en el plan local CERS y los instrumentos de planificación local, como: los Planes Territoriales de Salud (PTS), los Planes Territoriales de Desarrollo (PTD) y los Planes de Ordenamiento Territorial (POT), para lo cual se propone:

- i. Definir las estrategias de llamada/convocatoria para acción de la sociedad civil, sector privado, sector público, actores clave;

⁴ Para mayor detalle consultar la Guía de la estrategia Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable, 2016.

- ii. Definir estructuras de participación social, como grupos, consejos etc.;
- iii. Identificar y analizar las políticas de los distintos sectores que estén relacionadas con los factores e intervenciones priorizados en la estrategia CERS;
- iv. Desarrollar un plan de trabajo local en que se vean reflejados y contenidos en los PTS, PTD y POT.
- v. Identificar las oportunidades, limitaciones y retos para la implementación de la estrategia CERS definidos a partir de los documentos de planificación local;
- vi. Establecer las acciones para la implementación de la estrategia CERS en el marco de la priorización surtida a través de la planificación local;

Fase No. 2: Priorización

Esta fase corresponde a la etapa previa de su implementación de los programas y actividades definidas en el Plan Local CERS. Al estar integrada a los planes de desarrollo territoriales (PDT, PTS, POT), las actividades asociadas a CERS deben representar una prioridad elevada para las autoridades administrativas locales y para el conjunto de actores del territorio.

La metodología para la priorización de intervenciones deberá fundamentarse en la eficiencia y la eficacia de las intervenciones para maximizar los efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas. Por ello debe el municipio elegir la metodología que le permita alcanzar éste propósito.

A continuación se describe una propuesta metodológica que puede ser adoptada por el municipio con apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social; sin embargo éste podrá adoptar las más convenientes a sus necesidades y recursos:

Metodología insumo- producto:

Este sistema de priorización se puede elaborar a partir del Análisis de Componentes principales o de un matriz insumo producto de problemas- para establecer la posibilidad de conceptualización en la estructura similar a la de los multiplicadores de Leontief, que pretende cambiar una situación en sus determinantes directos (estructurales) e indirectos (proximales).

A través de ésta metodología, se lleva a cabo la priorización de las áreas críticas para lograr el mayor impacto por una ciudad saludable. El ejercicio de priorización utiliza los estudios base en la aplicación del diagnóstico y validación de los stakeholders, que se enunció anteriormente.

Fase No 3: Plan de Acción

Esta fase comprende la identificación, el desarrollo y la selección de estrategias y/o acciones para las áreas priorizadas en la fase anterior. En esta fase se realiza un análisis más detallado de las áreas priorizadas, se reconocen las oportunidades y riesgos para la mejora de la situación actual de cada una de ellas, se identifican las fuentes de financiamiento y los actores responsables que harán posible la implementación de las intervenciones definidas.

a. Formulación plan de acción detallado

Definir las acciones a desarrollar sobre las problemáticas priorizadas y de mayor impacto para la ciudad, siguiendo las indicaciones de una planeación participativa.

A continuación, se describe un ejemplo de un conjunto de intervenciones definidas en un plan, en virtud de las problemáticas priorizadas y en consenso con los actores, sectores y comunidades participantes. Se propone una matriz de ejemplo:

Componente	Estrategia	Programa	Proyecto	Meta	Indicador	Financiamiento	Gestión	Evaluación
Elementos Naturales	Protección	Áreas naturales certificadas e incorporadas al disfrute de los ciudadanos	Corredor vial	1. Construir y apropiar xxx kms de	1. Kms de senderos construidos	APP	Presidencia de la República	Dadep – Observatorio
			Senderos ecológicos	2. Construir el sendero de las	1. xx Kms de sendero construidos	APP	IDU- JBJCM	Dadep – Observatorio
			3. Agua Sagrada - Páramos protegidos	3. Construir xxx kms de senderos	1. xx Kms de senderos construidos	APP	Presidencia de la República	Dadep – Observatorio
			4. Parques saludables	4. Construir xxx (260) viviendas	1. Viviendas ambientales	APP		Dadep – Observatorio
	Protección	Áreas naturales certificadas (Sistema de	y Malecones ambientales	1. Construir xxx corredores	1. Valorización	Aprovechamiento económico - APP	IDRD - JB	Dadep – Observatorio
	Protección Conservación	Corredores - Malecones ambientales Espacio	Áreas naturales certificadas Zonas	1. Estrategias productivas rurales	1. Número de productores		IDRD – JB - SDMA	Dadep – Observatorio

b. Identificación de estrategias para su intervención.

En esta parte de la fase comienza con la ejecución inicial del Plan de Acción. Se hace referencia a la realización de los estudios de pre-inversión necesarios para llevar a cabo las intervenciones propuestas en el Plan, como antesala de la etapa de inversión propiamente dicha. Los estudios de pre-inversión pueden realizarse a nivel de pre-factibilidad o factibilidad, y formarán parte de proyectos

c. Identificación de los instrumentos de planeación para su gestión.

Cada intervención definida debe contar con su respectiva estructura de financiamiento, cronograma, responsables, estimado de costos de estudios de pre-inversión y costos de inversión, y posibles fuentes de financiamiento. El Plan debe considerar una etapa de corto y mediano plazo, dentro de la cual la administración tiene los recursos y el liderazgo para iniciar acciones específicas y llevarlas a cabo dentro de su período administrativo, considerando las variables políticas, de generación de resultados y de monitoreo. Sin embargo, estas acciones están orientadas al logro de metas de largo plazo que deben ser cumplidas por las próximas administraciones de la ciudad.

d. Formulación y programación del plan financiero.

Además de sentarse las bases para el acceso al financiamiento de los proyectos en el largo plazo, en esta fase se busca definir la viabilidad de ejecución de las intervenciones indicadas en el Plan de Acción. En las macro intervenciones sobre lo físico de la ciudad se proponen los instrumentos de gestión del suelo de la Ley 388 de 1997 cuyo impacto se espera sea de gran magnitud.

En el corto plazo se esperan las primeras acciones del plan local CERS, implementadas; los mecanismos que favorecen la participación (redes sociales, consulta pública, foros, etc.) en la implementación local de la estrategia y el trabajo de la mesa intersectorial, definidos.

Fase No 4: Estudios de pre inversión y factibilidad

Esta etapa se realiza una vez formulado el plan de acción, en donde los estudios de pre-inversión pueden realizarse a nivel de pre-factibilidad es decir el estudio detallado de las ventajas y desventajas que tendría un determinado proyecto de inversión o factibilidad que sugiere que se cuenta con los recursos

financieros para su ejecución. Esta etapa puede ser rápidamente resuelta si se considera que gran parte de los proyectos están en el banco de proyectos BPIN⁵. Allí se encuentra todos los elementos para la formulación evaluación y registro de proyectos de inversión pública cuando el proyecto lo requiera.

Existen fuentes de financiamiento o la obtención de recursos financieros para la elaboración de los estudios de pre-inversión, y presta asistencia técnica en la preparación de los términos de referencia para su contratación en entidades internacionales. En la búsqueda de recursos en la fase de pre inversión se recomienda un abordaje y coordinación intersectorial y participativo, socios estratégicos que estén interesados en el proyecto.

Fase No 5: Sistema de monitoreo y evaluación

El proceso de monitoreo y evaluación de la estrategia pretende generar evidencias de buenas prácticas en CERS identificando los avances y dificultades en la implementación de la estrategia, midiendo sus impactos y resultados. El proceso debe ser efectivo, relevante y generar información útil, confiable y oportuna para la acción. Para esto, debe buscar relacionar las prácticas a sus contextos, analizar los cambios logrados a partir de los factores y elementos que determinaron la iniciativa y comprender cómo se realizaron las actividades e intervenciones propuestas.

Teniendo en cuenta las capacidades y recursos, sistemas y fuentes de información existentes y a disposición de los territorios, el proceso de monitoreo y evaluación en CERS debe también ser una oportunidad formativa y de fortalecimiento de las capacidades locales para sistematizar, evaluar y ejecutar acciones en sus territorios.

En este contexto se propone combinar una metodología cuantitativa - la selección de indicadores para todos los municipios participantes como una manera amplia y general para establecer comparaciones - con una metodología cualitativa que pueda captar las especificidades y deseos de cada uno de los municipios participantes.

Se propone adoptar un abordaje intersectorial y participativo buscando involucrar a todos aquellos que tienen algún interés en el proyecto que está siendo evaluado - gestor, beneficiario, trabajador. Los beneficios de adoptar este abordaje incluyen: mayor flexibilidad en el proceso, mayor apropiación de los resultados por parte de los actores y sectores involucrados, mayor relevancia de la información generada para la gestión de la estrategia y mayor vínculo entre las acciones y la realidad y el contexto local.

Para orientar el proceso de monitoreo y evaluación de la estrategia CERS debemos tener en cuenta: Objetivos (El 'para qué'); Público blanco (el 'para

⁵ <http://bit.ly/1XTmroV>

quién'); Dimensiones y categorías (el 'qué'); Tiempo (con qué frecuencia); Metodologías y técnicas (el 'Cómo'). Muchos pueden ser los objetivos para establecer un proceso de monitoreo y evaluación. Estos incluyen:

- i. Legitimar la estrategia CERS;
- ii. observar los cambios y tendencias a lo largo del tiempo;
- iii. identificar y definir ajustes y cambios necesarios para la estrategia CERS;
- iv. permitir comparaciones entre ciudades y municipios;
- v. promover participación y compromiso continuo y sostenido de los actores involucrados en las acciones de la estrategia;
- vi. contribuir para la generación de evidencias y conocimientos.

Cada territorio debe reflexionar sobre cuáles son los objetivos que buscan en este proceso y guiarse a partir de estas definiciones. Sin embargo, es claro que las intervenciones requieren ser evaluadas, como se señaló, en su ejecución física y financiera y al final en el impacto causado en salud. La información generada debe ser útil para distintos grupos y actores. Ejemplos incluyen:

- i. Tomadores de decisión a nivel local y nacional;
- ii. actores involucrados en la gestión y planificación de la estrategia CERS;
- iii. técnicos y profesionales de los temas abordados y priorizados por la estrategia CERS;
- iv. sociedad civil y actores a nivel local;
- v. agencias financiadoras;
- vi. agencias internacionales;
- vii. autoridades políticas;
- viii. académicos e investigadores.

Es importante tener claro el público de este proceso para definir, ajustar y adaptar metodologías, técnicas y herramientas que permitan generar datos útiles, claros y efectivos para el usuario final de la información.

¿Qué evaluar y monitorear?

Por tratarse de una estrategia intersectorial y participativa y que busca promover cambios sociales y estructurales, la evaluación y monitoreo de la estrategia CERS debe ir más allá de la recolección de datos epidemiológicos y de salud, en su sentido más estricto entendido como ausencia de enfermedad. Es importante considerar los distintos aspectos y componentes clave de la estrategia para entender si está promoviendo salud. Para esto se deben considerar los valores y pilares básicos de participación social, intersectorialidad, sostenibilidad, construcción de capacidades y búsqueda por la equidad.

Se deben considerar también, como objeto del monitoreo y evaluación, los ejes propuestos por la estrategia CERS (Económico, Social, Demográfico, Ambiental, Financiero), las necesidades y prioridades reconocidas de la comunidad y los distintos grupos de población y los objetivos a largo plazo de la estrategia CERS.

¿Quién debe realizar el monitoreo y evaluación?

La respuesta a esta pregunta pasa por la identificación de las capacidades existentes a nivel local para la implementación de las metodologías, técnicas y herramientas definidas para el proceso de monitoreo y evaluación. Se deben considerar también las posibilidades de alianzas con universidades y centros de investigación y de apoyo técnico profesional de agencias o instituciones involucradas en la estrategia CERS. La comunidad y sociedad civil también deben participar en la realización del monitoreo y evaluación.

¿Cómo realizar el monitoreo y evaluación?

El monitoreo y evaluación en CERS requiere información cuantitativa y cualitativa, lo que implica emplear más de un método de recolección de datos. Los métodos de recolección estructurada por lo general reúnen información que se cuantifica con mayor facilidad, aunque también se puede cuantificar la información no estructurada. Son técnicas y instrumentos para la recolección de datos cuantitativos: la entrevista estructurada; cuestionario auto diligenciado; observación sistemática regulada o controlada; escalas de actitud y opinión; estadísticas, fuentes secundarias de datos (Álvarez, 2011).

Los métodos de recolección de datos cualitativos tienen lo objetivo de captar la percepción, es basada en un proceso interaccionar que favorece, por una parte, la expresión libre y, por otra parte, la escucha activa. Se orienta a clarificar conductas, fases críticas, potencialidades etc. Son técnicas y instrumentos para la recolección de datos cualitativos: entrevista no estructurada y entrevista dirigida; entrevista en profundidad; grupo focal; observación y observación participante; historias de vida, etc. (Álvarez, 2011)..

Criterios generales para definición de los indicadores

Los indicadores ayudan a valorar si se está avanzando hacia los objetivos y resultados esperados de un programa, proyecto o política y para medir fenómenos naturales y sociales. Así, se utilizan indicadores para medir el impacto de intervenciones, monitorear el avance hacia los objetivos, y observar tendencias a lo largo del tiempo. También pueden apuntar a las razones y factores que influyen en los cambios observados.

Indicadores pueden medir resultados físicos y visibles, así como cambios en actitudes y comportamientos. Se debe tener claro si lo que se busca es medir

la cantidad o conocer la calidad de algo. Por esta razón, es importante considerar indicadores cuantitativos y cualitativos, de acuerdo con lo que sea más apropiado y efectivo para el proceso de monitoreo y evaluación.

Indicadores pueden ser definidos para corto, mediano o largo plazo. Los mejores indicadores dependen de las necesidades y circunstancias del territorio y deben considerar tanto la disponibilidad de datos como las prioridades locales. En general, los indicadores deben atender los siguientes criterios: ser relevantes, precisos, factibles, realistas, mensurables, orientados hacia la acción y circunscrito a la unidad de tiempo apropiada. Se debe considerar también que los indicadores sean comunicables, diversos y siempre que posible, desagregados.

Los indicadores de la estrategia CERS deben articularse claramente con los objetivos, conceptos, ejes y acciones prioritarios propuestos en los lineamientos nacionales (MSPS, 2016). Así, se deben tener en cuenta los indicadores de proceso, que miden aspectos relacionados con la ejecución de las acciones; indicadores de resultado, que miden la consecución de los objetivos de la estrategia y como los indicadores de equidad; indicadores de proceso o resultado, que miden y diferencian la situación de los grupos sociales más vulnerables.

Es importante definir indicadores que incorporen la perspectiva de los usuarios primarios de la iniciativa. Esto garantizaría que los indicadores estén alineados con las realidades locales. Por ejemplo, entender cómo la comunidad define salud o qué considera que sería un cambio social relevante, facilita la definición de qué se debe medir para determinar los avances hacia los objetivos propuestos.

Así, la utilización de metodologías participativas para la construcción de indicadores, además de limitar la posibilidad de qué conceptos y perspectivas externas sean impuestos a una iniciativa, puede ser una oportunidad para empoderar y construir capacidades locales para la participación efectiva de la comunidad en la estrategia. En esta fase, se busca también la sistematización de experiencias, que puedan ser socializadas para fortalecer el desarrollo de la estrategia y servir de modelo a otras comunidades a través de una reflexión de las actividades, sus logros y limitaciones, con el objetivo de definir la continuidad y sostenibilidad de los procesos de implementación.

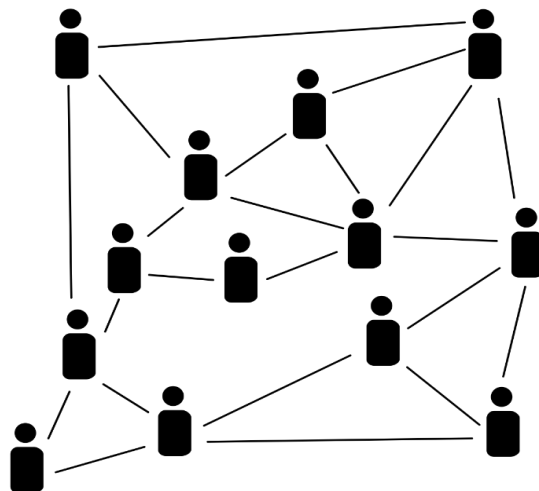
III. Conformación de Red de Ciudades saludables

Finalmente se tiene como último elemento la conformación de la red de ciudades.

¿Qué es una red?

Redes son estructuras sociales, conformadas por un grupo de actores (tales como individuos u organizaciones) y sus vínculos o interacciones (tales como parentescos, amistades y profesionales). Como se puede ver en la Ilustración 1, normalmente las redes son representadas simbolizando los actores como nodos y sus relaciones como líneas que los unen.

Ilustración 1. Representación de una red.



Fuente: Ann Fandrey.

Redes son omnipresentes en nuestro cotidiano, en muchos niveles. Las relaciones que tenemos con nuestros familiares, amigos o en el trabajo, por ejemplo, conforman una gran red informal en que nuestras vidas se entrelazan. Hay también relaciones de organizaciones en el nivel gubernamental, es decir, redes políticas, que determinan la agenda política.

Esta guía se destina a la formación de una red formal, establecida para alcanzar un conjunto de objetivos o propósitos común a sus actores. En este tipo de red, cada actor, a pesar de autónomo, desarrolla roles y acciones específicos para que todos logren sus objetivos conjuntamente. Trabajando en red, esos actores son capaces de generar soluciones que les permitan potenciar recursos y generar sinergias para alcanzar sus propósitos comunes e individuales.

Misión de la Red Colombiana de Ciudades Saludables

La Red Colombiana de Ciudades Saludables tiene como misión involucrar la mayor cantidad de ciudades y regiones del país que se encuentran comprometidas o que quieren incorporar la Estrategia CERS para compartir experiencias, conocimientos, soporte y recursos para la implementación de la Estrategia en cada territorio.

Objetivos de la Red Colombiana de Ciudades Saludables

Para cumplir su misión, la red tiene como **objetivos generales**:

- i. Ayudar sus miembros a incorporar de forma más profunda y sostenible la Estrategia CERS en sus localidades;
- ii. Obtener competencia técnica y política para fomentar la Estrategia CERS entre sus miembros y para incorporar nuevas ciudades y territorios en la red;
- iii. Asegurar la intercomunicación entre sus miembros para el intercambio de experiencias, conocimientos, soporte y recursos para implementar la Estrategia CERS;
- iv. Fomentar la colaboración, acción conjunta, sinergia y el desarrollo de proyectos entre sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos o propósitos comunes e individuales dentro de la Estrategia CERS;
- v. Difundir y compartir, nacional e internacionalmente, experiencias exitosas e informaciones relevantes sobre la red.

Siendo así, es esencial la conformación y fortalecimiento de redes que garanticen la articulación de acciones multidimensionales que proporcionen los medios necesarios para que las ciudades mejoren la salud de sus comunidades.

Para ayudar a cumplir estos objetivos generales, la red tiene un subconjunto de objetivos organizativos, que se refieren a cómo la red debe organizarse y funcionar:

- i. Garantizar el protagonismo de los actores miembros de la red, con real posibilidad de definir sus prioridades, roles y procesos;
- ii. Garantizar la sustentación de participación y control social en los diversos procesos decisorios de las redes;
- iii. Establecer una dinámica participativa entre los actores de la red para que, espontáneamente o dentro de una estructura organizada, mantengan interacciones y vínculos;
- iv. Potenciar las relaciones entre los actores como canales para transferir o “fluir” recursos materiales e inmateriales;
- v. Valorar el potencial de cada miembro para la red, respetando los enfoques, metas y metodologías propias de cada actor;

- vi. Establecer y valorar la corresponsabilidad de todos los miembros en la red.

Los objetivos finalistas de la red, es decir, qué bien mayor para la sociedad colombiana se desea lograr con esta iniciativa, son:

- i. Reducir las disparidades e inequidades de salud en Colombia;
- ii. Promover bienestar, calidad de vida, modos, condiciones y estilos de vida saludable a todos los colombianos;
- iii. Incluir la salud en todas las políticas, programas y acciones de todos los niveles;
- iv. Incorporar los determinantes de la salud y los principios de la promoción de la salud en todos los instrumentos de intervención en el territorio;
- v. Reducir el impacto de las enfermedades físicas y mentales en la morbimortalidad evitable de los territorios;
- vi. Fortalecer el alcance de la política y el Modelo Integral de Atención en Salud, en los distintos sistemas urbanos o red de ciudades.

Los objetivos finalistas toman como base las guías y orientaciones específicas del MSPS, especialmente el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Guía de la Estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable, y los planes multisectoriales colombianos, como el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Ventajas del trabajo en Red

Existe un conjunto amplio de ventajas del trabajo en red, de las cuales se pueden destacar:

- i. Creación de relaciones de confianza, que comparten información y conocimiento;
- ii. Es un mecanismo de aprendizaje mutuo y fortalecimiento de capacidades;
- iii. Ofrece oportunidades para unir distintos niveles del gobierno, sector privado, sociedad civil y organizaciones nacionales e internacionales;
- iv. Contribuye para la toma de decisión y resolución de problemas;
- v. Mejora la captación y movilización de recursos;
- vi. Desarrolla sinergias entre los actores;
- vii. Aumenta las posibilidades y espacios para probar nuevas ideas y soluciones innovadoras;
- viii. Permite la división del trabajo, sin duplicar esfuerzos;
- ix. Permite comparar fortalezas y fragilidades de sus actores, facilitando que se concentren en sus puntos fuertes y ayuden a los demás en sus puntos frágiles;
- x. Aumenta la difusión y diseminación de experiencias, informaciones, conocimientos y recursos en regiones más remotas.

Conformación de la Red Colombiana de Ciudades Saludables

La Red Colombiana de Ciudades Saludables se compone de todas aquellas ciudades que han asumido en compromiso de trabajar en la Estrategia CERS. El desarrollo de las redes regionales esta ordenado por cuatro fases, presentados en los Cuadros 1 a 4. Las fases de esta propuesta son formuladas a la luz de las prácticas exitosas nacionales e internacionales. Como la formación de las redes es un proceso dinámico, cada red regional puede estar en un momento distinto. Es decir, ni todas las fases pueden ser necesarias o aplicables a todas las redes. Por tanto, identificar en qué momento se encuentran los actores de su red regional es el primer paso para la adecuada utilización de esta guía.

Cuadro 1. Actividades generales de la Fase I (sensibilización y movilización) para conformación de la Red Colombiana de Ciudades Saludables.

Actividades generales	
Gobierno Nacional y MSPS	Territorios y ciudades
<ul style="list-style-type: none"> i. Divulgar, valorar y facilitar la adopción de la Estrategia de Ciudad, Entorno y Ruralidad Saludable (CERS); ii. Divulgar, valorar y facilitar la conformación de la <i>Red Colombiana de Ciudades Saludables</i>; iii. Definir y divulgar las redes regionales; iv. Definir un equipo de coordinación territorial de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> i. Firmar un compromiso político con la Estrategia CERS; ii. Definir un equipo de trabajo local encargada de representar el territorio o ciudad en la red regional, preferencialmente que sea intersectorial y con la participación de la sociedad civil; iii. Definir un equipo de coordinación de la red regional.
<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Amplio conjunto de ciudades movilizadas hacia la conformación de las redes regionales; ii. Gobierno federal, MSPS, territorios y ciudades con equipos definidos para iniciar la <i>Red Colombiana de Ciudades Saludables</i>. 	

Cuadro 2. Actividades generales de la Fase II (compromiso y preparación) para conformar la Red Colombiana de Ciudades Saludables.

Actividades generales	
Gobierno nacional y MSPS	Territorios y ciudades
<ul style="list-style-type: none"> i. Capacitar los miembros de las redes regionales para el trabajo y gestión en red; ii. Soportar la organización de las reuniones de las redes regionales; iii. Soportar los diagnósticos locales de la situación de salud; iv. Acompañar la construcción de los planes locales CERS; v. Sistematizar y compartir las experiencias y herramientas construidas por las redes regionales para formación y monitoreo de sus redes; vi. Construir herramientas nacionales de monitoreo de los avances. 	<ul style="list-style-type: none"> i. Organizar reuniones con los miembros de la red regional para formalizarla y definir las normas para ser un miembro, sus metas y estrategias para cumplir los objetivos organizativos, operativos y finalistas; ii. Firmar un compromiso político como miembro de su red regional; iii. Realizar diagnóstico local de la situación de salud; iv. Construir el plan local CERS, incluyendo un plan de monitoreo y evaluación de los avances. El plan debe considerar tanto las demandas de la población local como las orientaciones, planes y metas regionales y nacionales.
<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Un conjunto de actores capacitados y engajados para el trabajo en red; ii. Un documento con las normas para ser un miembro de la red, sus metas y estrategias para cumplir los objetivos organizativos, operativos y finalistas; iii. Diagnósticos locales de la situación de salud; iv. Planes locales CERS; v. Herramientas regionales y nacionales de monitoreo de las redes regionales. 	

Cuadro 3. Actividades generales de la Fase III (acción) para conformar la Red Colombiana de Ciudades Saludables.

Actividades generales	
Gobierno nacional y MSPS	Territorios y ciudades
<ul style="list-style-type: none"> i. Facilitar y acompañar la introducción de los planes locales CERS en los instrumentos de planificación locales (Planes Territoriales de Salud, Planes Territoriales de Desarrollo, y Planes de Ordenamiento Territorial); ii. Monitorear la implementación de 	<ul style="list-style-type: none"> i. Introducir explícitamente el plan local CERS en los instrumentos de planificación locales; ii. Garantizar la participación de la sociedad civil y la intersectorialidad en la implementación del plan local CERS; iii. Demostrar avances en la implementación de acciones, políticas o programas en los temas

<p>acciones, políticas o programas en los temas prioritarios de la Estrategia CERS;</p> <p>iii. Facilitar y acompañar la gestión de recursos financieros y de otra índole para la implementación de los planes locales CERS;</p> <p>iv. Soportar la creación u organización de medios de comunicación y reuniones frecuentes entre los miembros de las redes regionales para compartir y articular experiencias, conocimientos, soluciones y necesidades;</p> <p>v. Monitorear la efectividad y resolutivez de las redes regionales.</p>	<p>prioritarios de la Estrategia CERS;</p> <p>iv. Demostrar avances en la gestión de recursos financieros y de otra índole para la implementación del plan local CERS;</p> <p>v. Formalizar medios de comunicación y reuniones frecuentes entre los miembros de la red para compartir y articular experiencias, conocimientos, soluciones y necesidades;</p> <p>vi. Soportar, dentro de las posibilidades, la implementación del plan local CERS en los territorios y ciudades de su red regional.</p>
--	--

Resultados esperados:

- i. Instrumentos de planificación locales basados en los planes locales CERS;
- ii. Avances en la implementación de acciones, políticas o programas en los temas prioritarios de la Estrategia CERS;
- iii. Avances en la gestión de recursos para la implementación de los planes locales CERS;
- iv. Redes regionales funcionando de forma efectiva como plataformas de intercambio y articulación.

Cuadro 4. Actividades generales de la Fase IV (consolidación y expansión) para conformar la Red Colombiana de Ciudades Saludables.

Actividades generales	
Gobierno nacional y MSPS	Territorios y ciudades
<ul style="list-style-type: none"> i. Mantener actualizadas y públicamente disponibles las informaciones sobre el funcionamiento y los resultados de la <i>Red Colombiana de Ciudades Saludables</i>; ii. Facilitar el intercambio de experiencias, conocimientos y soluciones entre redes regionales, para hacer avanzar a las que están enfrentando más dificultades; iii. Acompañar los procesos continuos de planeación y mejoramiento de los planes locales CERS; iv. Sostener y mejorar los monitoreos 	<ul style="list-style-type: none"> i. Demostrar procesos continuos de monitoreo y evaluación participativos e intersectoriales, asociados a procesos continuos de planeación y mejoramiento del plan local CERS; ii. Demostrar niveles continuos o crecientes de participación de la sociedad civil y de intersectorialidad en la implementación de del plan local CERS; iii. Demostrar avances continuos y significativos en la implementación de acciones, políticas o programas en los

<p>periódicos empezados en la Fase III;</p> <p>v. Movilizar otros sectores para que incluyan la salud en sus políticas, programas y acciones;</p> <p>vi. Garantizar y perfeccionar la sostenibilidad financiera, política y técnica de la <i>Red Colombiana de Ciudades Saludables</i>.</p>	<p>temas prioritarios de la Estrategia CERS;</p> <p>iv. Incluir la salud en todas las políticas, programas y acciones;</p> <p>v. Demostrar avances continuos y significativos en la gestión de recursos financieros y de otra índole para la implementación del plan local CERS;</p> <p>vi. Soportar, dentro de las posibilidades, la consolidación del plan local CERS en los territorios y ciudades de su red regional;</p> <p>vii. Soportar, dentro de las posibilidades, que otras redes regionales avancen de fase.</p>
---	--

Resultados esperados:

- i. Consolidación de los planes locales CERS como insumos de planificación e intervención;
- ii. *Red Colombiana de Ciudades Saludables* funcionando de forma sostenible y efectiva;
- iii. Salud como tema transversal en las políticas, programas y acciones de otros sectores;
- iv. Avances significativos hacia los objetivos finalistas de la *Red Colombiana de Ciudades Saludables*.

Monitoreo y evaluación de la conformación y desempeño de la red

El plan monitoreo y evaluación tienen como propósito producir conocimiento relevante para la mejoría de la red, ayudar a alcanzar las metas y objetivos comunes pactados y evaluar la efectividad de las acciones.

El plan de monitoreo y evaluación debe ser construido durante la Fase II (compromiso y preparación), juntamente con el plan local CERS y de forma participativa. Un equipo responsable por el plan de monitoreo y evaluación debe ser creado, preferencialmente incluyendo distintos actores de la red y miembros externos a ella, que actúen como revisores imparciales. El plan debe prever los indicadores, tiempos, métodos (tanto cuantitativos como cualitativos) y recursos (materiales, financieros, humanos, informacionales etc.) para las evaluaciones.

El plan de monitoreo y evaluación debe incluir una gama diversificada de indicadores que permita evaluar el proceso de ejecución del plan local CERS, así como su desempeño, permitiendo saber si los resultados esperados en cada fase serán alcanzados o si cambios serán necesarios en relación al plan original. También se deben evaluar aspectos de la red en sí, como su estructura, sus recursos, sus relaciones y flujos, la diversidad de actores, su potencial de resiliencia y su capacidad resolutiva. Por tanto, los indicadores deben permitir que se evalúen tanto los procesos como los resultados de la red, por ejemplo:

- i. El nivel de alcance de los objetivos generales, organizativos, operativos y finalistas;
- ii. La cantidad, diversidad y rol de los actores;
- iii. La cantidad, diversidad y fuerza de las conexiones o colaboraciones;
- iv. El nivel de alcance de los resultados esperados en cada fase;
- v. La situación de salud y las necesidades de la población local;
- vi. La gestión de recursos (materiales, financieros, humanos, informacionales etc.);
- vii. El nivel de alcance de las megametas nacionales y de las metas sectoriales;
- viii. Los beneficios y logrados por los miembros durante su participación en la red.

La Ilustración 3 presenta un ejemplo de instrumento de evaluación que puede ser utilizado para evaluar esos indicadores, específicamente la cantidad y fuerza de las conexiones o colaboraciones.

Ilustración 3. Ejemplo de instrumento de evaluación de la cantidad y fuerza de las conexiones o colaboraciones.

Cuales son las instituciones que usted conoce que promueven la salud en su ciudad?

De acuerdo con los conceptos abajo, cual es la relación que su institución tiene con cada institución que usted citó?



Fuente: Msp-ops-Cepedoc, 2016.

La ejecución del plan ocurre en las fases III (acción) y IV (consolidación y expansión), permitiendo reconocer los avances, los puntos fuertes, las debilidades y la situación actual de la red y del plan local CERS. Esas evaluaciones se deben basar en informaciones institucionales (por ejemplo, informaciones y bancos de datos de las secretarías y del gobierno regional o federal), en datos colectados por la red sobre su funcionamiento y acciones, y en la interacción con el territorio y con las personas que viven en la comunidad.

El monitoreo es una actividad recurrente, que no ocurre sólo una vez al final del proceso. Diferentes evaluaciones pueden tener frecuencias, alcances y complejidades distintas, pero en general involucran los siguientes pasos:

- i. Preparación para obtención de los datos;
- ii. Recolección de datos;
- iii. Organización y análisis de los datos;
- iv. Sistematización de los datos analizados en informaciones utilizables;
- v. Interpretación de las informaciones;
- vi. Divulgación de las informaciones.

Es muy importante dejar a disposición las informaciones que advienen de las evaluaciones, de forma transparente y lo más rápidamente posible, para orientar las decisiones sobre la formación de la red y la ejecución del plan local CERS. Además, ese material debe facilitar la movilización y el control social y la difusión de experiencias exitosas, dentro e a través de las redes regionales. La diseminación de las informaciones puede ocurrir por medio de distintos canales de comunicación (encuentros presenciales, foros, grupos o páginas virtuales etc.). Es deseado que la red tenga canales de comunicación oficiales, que permitan acceder a los resultados de las evaluaciones de forma transparente y sin costo.

Ejemplos de experiencias exitosas

Con el intuito de compartir experiencias efectivas de redes, se presentan en esta sección final experiencias latinoamericanas que se aproximen a las intenciones y realidades de Colombia. Para esto, dos de las mayores redes constituidas y en funcionamiento en la región, en Argentina y México, fueron tomadas como objetos de exploración. Además de las experiencias de esas dos redes, la experiencia “clásica” de las redes de ciudades europeas, específicamente en España, ofrece soporte extra para articular ejemplos para implementar redes de ciudades saludables.

El primero ejemplo es la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, parte del Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables del gobierno argentino. Esa red, en 2016, está compuesta por 70% de los municipios del país, una cantidad elevada considerando la diversidad de provincias y la variedad de intereses de los municipios.

Una estrategia adoptada por el gobierno argentino para revertir fuertes disparidades entre municipios fue establecer compromisos mínimos y generales para la adhesión a la red, como la dedicación con modos de vida, condiciones socioeconómicas, los sistemas y servicios de salud y la salud ambiental. Esos cuatro ejes centrales, por tanto, orientan toda la estructuración de la red, definiendo también las diferentes etapas del programa, como sensibilización, adhesión, capacitación de municipios y

operacionalización de metas con sus debidos procesos de evaluación externa. Esa estructura clara, dotada de mecanismos prácticos de acompañamiento, además del constante proceso de evaluación externa sobre el cumplimiento de metas, contribuye para una retroalimentación de la red, una vez que los productos de los municipios son objeto de escrutinio de sus pares para alcanzar un objetivo común.

Sin embargo, algunos desafíos se presentan para garantizar una mayor consecución de metas y el fortalecimiento de la red. El primero de ellos es reconocer la necesidad de horizontalidad de acuerdos con provincias, pero también la necesidad de transversalidad de las intervenciones verticales necesarias para la centralidad de la red, reconociendo procesos singulares de municipios y garantizando, también, la capilaridad de las acciones del Ministerio de la Salud en los municipios. Otro aspecto desafiador es la capacidad de intervención técnica y financiera en municipios, que debe ser enfrentado estableciendo colaboraciones para actividades de comunicación y formación entre los actores del gobierno. Así, la red necesitó asumir protagonismo de inversiones técnica y financiera para garantizar el funcionamiento regular.

La Red Mexicana de Municipios de La Salud, por otro lado, objetiva fundamentalmente "Generar el intercambio de experiencias y una mutua colaboración entre sus agremiados, favoreciendo, por tanto, espacios de comunicación y de búsqueda de apoyos para el mejor desempeño de los planes de salud y bienestar". Esta red, diferentemente de la experiencia argentina, presenta objetivos genéricos y se constituye a través de representaciones políticas locales, contando con la figura central del Ministerio de la Salud para garantizar reuniones técnicas y políticas para fortalecer las acciones conjuntas intergubernamentales. Así, la red mexicana está más inclinada para una conformación formal de compartir de experiencias y ayuda conjunta que para un factor aglutinador de operacionalización de proyectos con metas y presupuestos específicos monitoreados y evaluados. Este modelo, más genérico, dificulta el mapeo, monitoreo y evaluación de metas y desafíos encontrados en el cotidiano de las redes, restringiéndose, muchas veces, al debate político y a acciones puntuales, como campañas de salud y guías de promoción de la salud dirigidas a los municipios.

La experiencia europea en redes de ciudades saludables y de promoción de la salud es la más tradicional y rica desde el punto de vista de experiencias exitosas, dado su carácter pionero de acciones vinculadas a la Organización Mundial de la Salud (OMS). La historia de estas redes en Europa es un reflejo y producto de avances teóricos, metodológicos y empíricos frente a los cambios sociales en salud en las últimas décadas. En ese período, los sistemas de promoción de la salud se adecuaron a realidades económicas diversas, con

demandas cada vez más tecnológico-dependientes frente al incremento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Dentro de Europa, la experiencia española tiene una tradición alineada con las iniciativas de ciudades saludables de la OMS en Europa, con metas quinquenales, orientadas por principios comunes de promoción de la salud, mostrándose altamente eficaz en el proceso de reconocimiento de sus necesidades locales entrelazadas con los compromisos generales establecidos en redes europeas. En España, hay objetivos/metás específicos para cada sub-área de salud, como promoción de la alimentación saludable, actividad física, enfermedades crónicas y medio ambiente, entre otros, estableciéndose para cada una de ellas objetivos comunes intragubernamentales que deben ser colectivamente alcanzados como forma de fortalecer la red. Este compromiso audaz – y criterioso en la mayoría de los casos – está relacionado también, con la tradición histórica de la red en responder a esas demandas.

Fue posible identificar constantes y permanentes obstáculos para implementar redes efectivas de ciudades saludables, en diversos contextos sociales. Sin embargo, algunas recomendaciones surgen de experiencias internacionales consideradas exitosas para la implementación y sostenibilidad de redes:

- i. Los gobiernos de las ciudades deberían trabajar con un amplio conjunto de tomadores de decisiones para construir alianzas políticas en torno a la salud. En particular, se debe fomentar la colaboración entre los tomadores de decisiones y los responsables de la salud pública;
- ii. Se debe prestar especial atención a las inequidades en salud durante el desarrollo de la planificación urbana, siendo la participación social un elemento fundamental para procesos de planificación exitosos;
- iii. Los problemas y soluciones en salud deben ser identificados y propuestos por un amplio conjunto de actores sociales adecuadamente representados;
- iv. Es necesaria la construcción de indicadores claros de evaluación y seguimiento, que permitan realizar evaluaciones sólidas sobre la efectividad de las experiencias de implementación;
- v. Son necesarios estudios cuantitativos y cualitativos que, de manera complementaria, aborden análisis integrales del proceso y de los resultados de las experiencias de ciudades saludables, y permitan difundir los resultados más provechosos.

Como se ha visto, experiencias exitosas existen con distintas configuraciones de red, aunque todas basadas en principios básicos de promoción de la salud. Cabe a los actores de los diversos niveles y sectores de Colombia analizar cuál perfil de red podrá ser mejor para la realidad colombiana, considerando intereses locales y nacionales para una agenda común de salud.

Bibliografía

- Álvarez, C.A.M. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana, 2011.
- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de la Estrategia de Ciudades, Entornos Y Ruralidad Saludable (Estrategia CERS). 2016.
- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la implementación de la Red Colombiana de Ciudades Saludables. 2016.
- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de Acompañamiento Territorial en Ciudad, Entorno Y Ruralidad Saludable. 2016.
- OMS Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2009. Subsanan las desigualdades en una generación. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A. 2009.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. Guía de Evaluación Participativa de Municipios y Comunidades Saludables. WDC: OPS. 2008.
- Springett. Issues in participatory evaluation. In: Wallerstein et al (eds.) Community Based Participatory Research for Health, p. 263-288. 2008.
- UN United Nations. Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment. 2012.
<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentid=97&articleid=1503>
- WHO World Health Organization. World Conference on Social Health Determinants. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2011. http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. (2012). Lineamientos estratégicos para la gestión 2012/2016. Buenos Aires: Ministerio de la Salud.
- Barton H., GRANT M. (2013). Urban planning for healthy cities: a review of the progress of the European Healthy Cities Programme. Journal of Urban Health, vol. 90, suppl. 1, p. 129-141.
- Caldarelli G, Catanzaro M. (2012). Networks: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press.

- Colombia. Ministerio de la Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de salud pública 2012–2021: la salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Gluek M. (2006). Work the net: a management guide for formal networks. New Delhi: GTZ.
- Green G, Price C, Lipp A, Priestley R. (2009). Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project. Health Promotion International, vol. 24, suppl. 1, p. i37-i44.
- Leeuw E. (2011). Do healthy cities work? A logic method for assessing impact and outcome of healthy cities. Journal of Urban Health, vol. 89, n. 2, p. 217-231.
- Meresman S, Rice M, Vizzotti C, Frassia R, Vizzotti P, Akerman M. (2010). Contributions for repositioning a regional strategy for healthy municipalities, cities and communities (HM&C): results of a Pan-American survey. Journal of Urban Health, vol. 87, n. 5, p. 740-754.
- O'Neill M, Simard P. (2006). Choosing indicators to evaluate health cities projects: political task? Health Promotion International, vol. 21, n. 2, p. 145-152.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Gestión de redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- Red Española de Ciudades Saludables. (2012). Buenas prácticas sobre experiencias desarrolladas por los gobiernos locales para contar con ciudades más saludables. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Red Mexicana de Municipios por la Salud. <<http://www.promocion.salud.gob.mx/red/>>. Visitada el 30 de mayo de 2016.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). National healthy cities networks in the WHO European Region: promoting health and well-being throughout Europe. Copenhagen: WHO Europe.
- BANCO Interamericano de Desarrollo (2014), Guía metodológica Iniciativa Ciudades Emergentes y Sostenibles. Segunda edición- Washington- EU.