



Salud



**GUÍA METODOLÓGICA PARA EL
ANÁLISIS DE PERTINENCIA DE LOS
PLANES TERRITORIALES DE SALUD CON
LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y EL
PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL**

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

Subdirección de Prestación de Servicios Grupo de Gestión de Atención Primaria en Salud

Junio 12 de 2026

Metodología para la valoración cualitativa de pertinencia entre el núcleo de inequidad vs enfoque rural en el marco del Plan Nacional de Salud Rural

Estrategia de búsqueda básica de información - Tablas Dinámicas con Sarmentadores de Datos



Fuente:
PAS 2026
Reporte primer
trimestre.
9.945 filas

Selección de términos
de búsqueda:
Términos relacionados
de significado parecido,
o del mismo campo
semántico.

*Área Rural y Rural
Dispersa, Áreas
Remotas, Campo,
Campesino*

Búsqueda avanzada:
El truncamiento
permite buscar
palabras que pueden
tener varias
terminaciones.

Valoración cualitativa



No.	Departamentos y Distritos	Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural	No. Registros	Enfoque Rural (Área Rural y Rural Dispersa, Áreas Remotas, Campo, Campesino)	% Inclusión Enfoque Rural	Pertinencia Núcleo de Inequidad vs Actividad	% Pertinencia Núcleo de Inequidad vs Actividad
1	Santa Marta	PDET	512	154	30,1	48	31,1
2	Caquetá	PDET, PNIS, ZOMAC	157	9	5,7	1	11,1
3	Vichada	ZOMAC, PNIS, ALTA DISPERSIÓN	118	107	90,7	10	9,3
4	Guainía	PNIS, ALTA DISPERSIÓN	97	22	22,7	2	9
5	Sucre	PDET, ZOMAC	255	61	23,9	5	8,1
6	Cauca	PDET, PNIS, ZOMAC	131	88	67,2	5	5,7
7	Cesar	PDET, ZOMAC	322	95	29,5	3	3,1
8	Huila	PDET, ZOMAC	206	195	94,7	4	2
9	La Guajira	PDET, ZOMAC, ALTA DISPERSIÓN	585	410	70,1	8	1,9
10	Meta	PDET, PNIS, ZOMAC	96	96	100	1	1
11	Amazonas	ALTA DISPERSIÓN	301	110			
12	Antioquia	PDET, PNIS, ZOMAC	240	74			
13	Arauca	PDET, PNIS, ZOMAC	243	1			
14	Bolívar	PDET, PNIS, ZOMAC	298	29			
15	Boyacá	ZOMAC	25	11			
16	Caldas	ZOMAC	231	9			
17	Chocó	PDET, ZOMAC, ALTA DISPERSIÓN	151	5			
18	Cundinamarca	ZOMAC	210	12			
19	Nariño	PDET, PNIS, ZOMAC, ALTA DISPERSIÓN	508	130			
20	Norte de Santander	PDET, PNIS, ZOMAC	255	25			
21	Putumayo	PDET, PNIS, ZOMAC, ALTA DISPERSIÓN	426	3			
22	Quindío	ZOMAC	217	142			
23	Risaralda	ZOMAC	472	30			
24	Valle del Cauca	PDET, PNIS, ZOMAC	203	37			
25	Vaupés	ZOMAC, ALTA DISPERSIÓN	164	22			

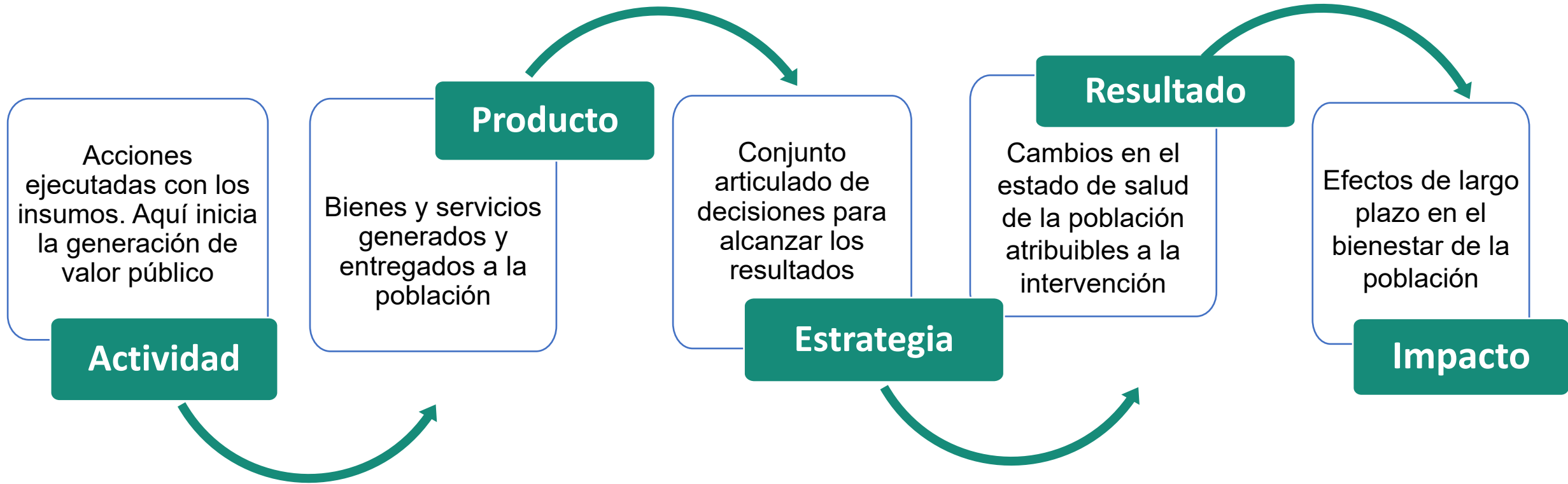


Valoración cualitativa



No.	Departamentos y Distritos	Acuerdo Final de Paz Plan Nacional de Salud Rural	No. Registros	Enfoque Rural (Área Rural y Rural Dispersa, Áreas Remotas, Campo, Campesino)	% Inclusión Enfoque Rural	Pertinencia Núcleo de Inequidad vs Actividad	% Pertinencia Núcleo de Inequidad vs Actividad
26	Buenaventura	PDET	175				
27	Casanare	ZOMAC	178				
28	Córdoba	PDET, PNIS, ZOMAC	100				
29	Guaviare	PDET, PNIS, ZOMAC, ALTA DISPERSIÓN	114				
30	Magdalena	PDET, ZOMAC	269				
31	Santander	ZOMAC	213				
32	Tolima	PDET, ZOMAC	231				
33	San Andrés	ALTA DISPERSIÓN	199				
34	Atlántico		1088	4			
35	Barranquilla		215				
36	Bogotá D.C		360				
37	Cali		277				
38	Cartagena		203				
Total general		397 Municipios	9945	1881	18,9	87	4,6

Metodología basada en cadena de valor



Proceso de análisis de pertinencia: pasos metodológicos

El análisis de pertinencia se estructura en los siguientes pasos secuenciales:

Paso 1: Identificación de los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031, sus resultados esperados.

Paso 2: Selección del eje estratégico del PTS para el análisis y extracción de actividades del PAS.

Paso 3: Construcción de la matriz de relación PTS–PAS y su relación con APS y Salud Rural.

Paso 4: Análisis de pertinencia por departamento con clasificación, justificación y recomendación.

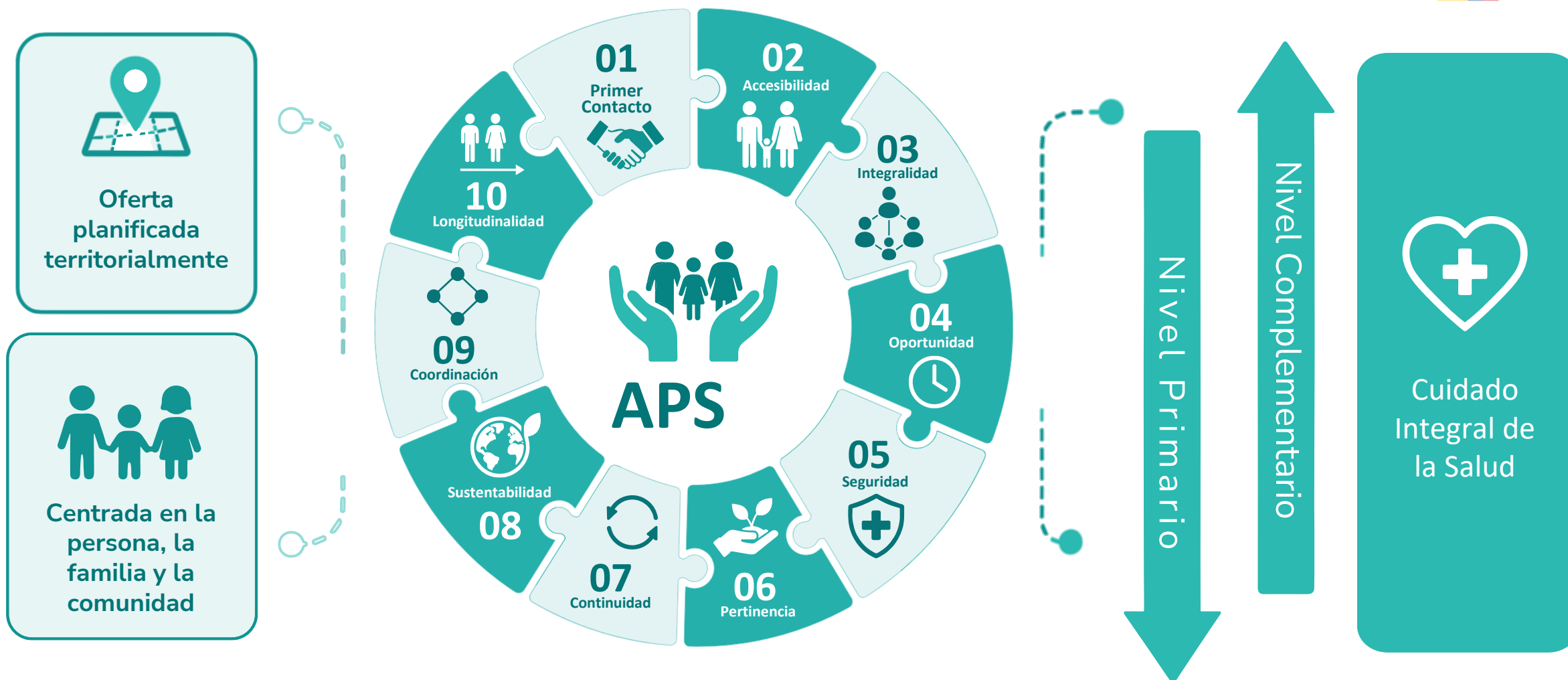
Paso 5: Matriz consolidada con análisis de actividades por nivel de pertinencia.

Paso 6: Redacción del informe de análisis, recomendaciones y plan de ajuste.

Eje Estratégico: Atención Primaria en Salud

EJES ESTRATEGICOS	RESULTADOS	ESTRATEGIAS	METAS (EJE)	APLICA APS	APLICA PNSR
 (4) Atención Primaria en Salud	(4.1) Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.	(4.1.1) Regionalización y territorialización del sistema de salud por áreas para la gestión en salud / territorios en salud con base en la estrategia atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial poblacional y territorial.	A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50 % de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.	Si	Si
	(4.2) Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,	(4.2.1) Conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud con base en la aplicación de criterios determinantes incluyendo el reconocimiento de las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales.		Si	Si
		(4.2.2) Implementación de mecanismos para la coordinación y gestión de la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud en el marco de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo basado en la APS.		Si	Si
		(4.2.3) Establecimiento de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño y resultados en salud de las redes integrales e integradas territoriales de salud — RIITS.		Si	Si
		(4.2.4) Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobernanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud — RIITS.		Si	Si
	(4.3) Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.	(4.3.1) Gestión territorial para el cuidado de la salud basado en la atención primaria en salud.		Si	Si
		(4.3.2) Establecimiento de acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios para la concurrencia de recursos orientados a garantizar el acceso de la población, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad de la atención en salud.		Si	Si
		(4.3.3) Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para el desarrollo de la APS con acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo un enfoque familiar y comunitario.		Si	Si
		(4.4.1) Reorientación de servicios e salud basado en atención primaria en salud.		Si	Si
	(4.4) Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales Y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,	(4.4.2) Conformación y puesta en funcionamiento de los centros de atención primaria en salud -CAPS.		Si	Si
		(4.4.3) Conformación y operación de equipos básicos de salud o equipos de salud territoriales.		Si	Si
		(4.4.4) Fortalecimiento de la infraestructura pública en salud con condiciones de accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia sociocultural		Si	Si
		(4.4.5) Integración de los dispositivos comunitarios, estructuras y formas de cuidados propios en la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud	A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud conforme al modelo de salud basado en la atención primaria.	Si	Si
	(4.5) Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.	(4.5.1) Reorganización de servicios de salud en complejidades y modalidades de prestación para mejoramiento de acceso, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.		Si	Si
		(4.5.2) Fortalecimiento de las modalidades de prestación de servicios de salud de telemedicina y extramuralidad en integración con el nivel primario de atención.		Si	Si
		(4.5.3) Definición e implementación de mecanismos de coordinación asistencial entre el nivel primario y los servicios de mediana y alta complejidad.		Si	Si
		(4.5.3) Definición de estándares y modelos de gestión para el acceso con oportunidad a servicios de mediana y alta complejidad.		Si	Si
		(4.5.4) Diseño de los mecanismos pertinentes para garantizar el acceso y la continuidad de los medicamentos [incluye terapias alternativas que hayan sido reconocidas] en el marco de la red integral e integrada territorial de salud.		Si	Si
		(4.5.5) Redistribución de competencias del talento humano en salud basado en atención primaria en salud.	A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.	Si	Si

¿Cuáles son los atributos de la APS?



Eje Estratégico: Atención Primaria en Salud

EJES ESTRATEGICOS	RESULTADOS	ESTRATEGIAS
(4) Atención Primaria en Salud	 (4.2) Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad,	(4.2.1) Conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud con base en la aplicación de criterios determinantes incluyendo el reconocimiento de las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales.
		(4.2.2) Implementación de mecanismos para la coordinación y gestión de la operación de las redes integrales e integradas territoriales de salud en el marco de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo basado en la APS.
		(4.2.3) Establecimiento de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño y resultados en salud de las redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS.
		(4.2.4) Desarrollo de las capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobernanza, la conformación, organización, operación, monitoreo y evaluación de las Redes integrales e integradas territoriales de salud – RIITS.

Criterios de calificación pertinencia



Ejemplos de pertinencia encontrados



Ejemplo alta

5. Estrategia del Plan Territorial de Salud	12. Línea Operativa PDSP 2022-2031	14. Actividad	Nivel de pertinencia
Verificación de estándares de calidad y normatividad vigente en la red prestadora de servicios de salud del departamento	DESARROLLO INSTITUCIONAL Y SECTORIAL PARA EL EJERCICIO DE LA AUTORIDAD SANITARIA.	84. Actualizar el documento PTRRMR incorporando los resultados del monitoreo de indicadores estratégicos y las necesidades priorizadas de la red pública de servicios de salud del departamento	Alta

Ejemplo Media

5. Estrategia del Plan Territorial de Salud	12. Línea Operativa PDSP 2022-2031	14. Actividad	Nivel de pertinencia
Tejiendo la atención primaria en salud – la salud en tu hogar: Mediante el fortalecimiento de las Eses de mediana complejidad y los equipos básicos de salud, para reducir la morbilidad evitable, con especial atención en salud mental, diagnóstico de Cáncer de la mujer la mortalidad materna, el dengue, la desnutrición.	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar dos (2) actividades de información en salud dirigida a docentes y padres de familia sobre la prevención de las violencias de género, ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual y derechos sexuales y reproductivos.	Media

Ejemplos de pertinencia encontrados



Ejemplo Baja

5. Estrategia del Plan Territorial de Salud	12. Línea Operativa PDSP 2022-2031	14. Actividad	Nivel de pertinencia	
Monitoreo y seguimientos a las entidades territoriales y a las IPS para el debido funcionamiento e implementación con sala ERA y UAIC - UROC-UAIRAC	CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Procesos transversales de la Gestión de la Salud Pública	Baja	1

Ejemplo Nula

5. Estrategia del Plan Territorial de Salud	12. Línea Operativa PDSP 2022-2031	14. Actividad	Nivel de pertinencia	
Reorganización de servicios de salud complejidades y modalidades de prestación para el mejoramiento de acceso, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.	DESARROLLO INSTITUCIONAL Y SECTORIAL PARA EL EJERCICIO DE LA AUTORIDAD SANITARIA.	No aplica	Nula	0

Resultados del análisis de pertinencia



Departamento	Alta	Baja	Media	Nula	Total general
AMAZONAS	3	5	1	8	17
ARAUCA	30	5			35
ATLANTICO		34	1	2	37
BOGOTA	6	48	5	41	100
BOLIVAR		1			1
BOYACA	1	1	10	37	49
BUENAVENTURA	2	2	1	1	6
CALDAS	4		1		5
CALI	8	18	15		41
CAQUETA	2	9	8		19
CARTAGENA		2	2		4
CASANARE		1			1
CAUCA	3			17	20
CESAR			5		5
CHOCO		5		2	7
CORDOBA	1	3	1	19	24
CUNDINAMARCA	3				3
GUAINIA	2			1	3
GUAVIARE				8	8
LA GUAJIRA		55		8	63
MAGDALENA				2	2
NARIÑO		5	8		13
NORTE DE SANTANDER		2	1	12	15
SAN ANDRES		17		11	28
SANTA MARTA		37		48	85
SANTANDER	1	1			2
SUCRE	4	3	1		8
TOLIMA	70	4	17		91
VALLE DEL CAUCA	21	10	6	32	69
VAUPES			1		1
VICHADA		3			3
Total general	161	271	84	249	765
Porcentaje	21%	35%	11%	33%	100%

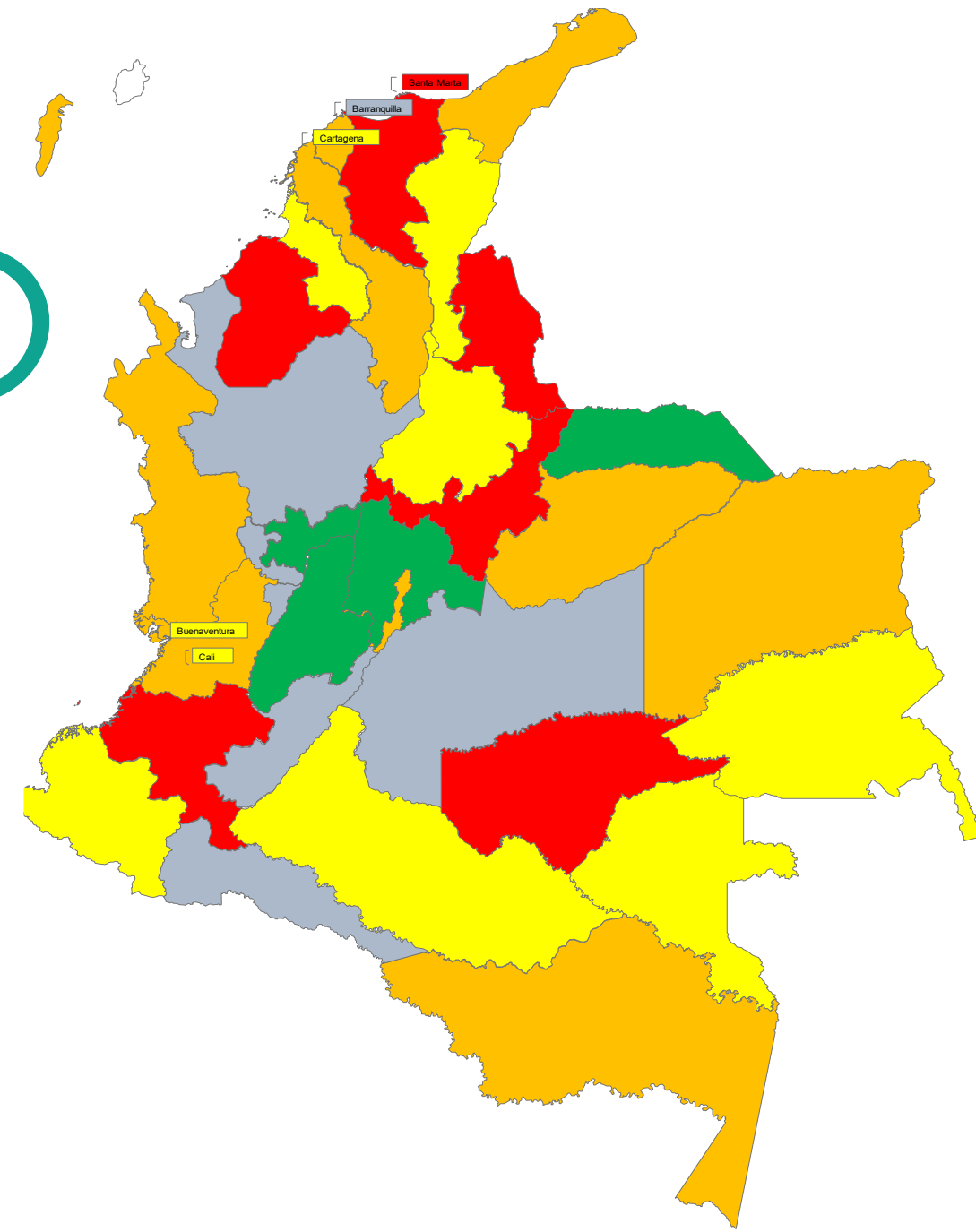
Resultados del análisis de pertinencia



- ✓ Los resultados evidencian que el nivel de pertinencia se concentra principalmente en las categorías de menor pertinencia, alcanzando un **68 %** entre los criterios de pertinencia **baja (35 %)** y **nula (33 %)**.
- ✓ Por su parte, el **11 %** de las actividades presenta una pertinencia **media** y solo el **21 %** corresponde a actividades con **alta** pertinencia.
- ✓ Se identificó que las entidades territoriales de Meta, Huila, Risaralda, Quindío, Barranquilla, Putumayo y Antioquia no registraron actividades ni información relacionada con el resultado analizado.



Resultados del análisis de pertinencia



1	Sin dato
2	Nulo
3	Bajo
4	Medio
5	Alto

Resultados del análisis de pertinencia



- Se evidenció que, de las 765 actividades revisadas, el 41 % no guarda correspondencia con el Eje Estratégico 4 de Atención Primaria en Salud (APS).
- En particular, se identificaron 120 actividades asociadas a *"procesos transversales de la Gestión de la Salud Pública"*, 50 actividades relacionadas con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), 41 actividades reportadas como "No aplica" y 151 actividades duplicadas.
- Se evidencia la necesidad de fortalecer los criterios de clasificación y depuración de la información reportada, con el fin de garantizar una adecuada coherencia y pertinencia de las actividades con los objetivos y alcances del Eje Estratégico 4 de APS.

Resultados del análisis de pertinencia



Se observan avances en:

- Incorporación de actividades orientadas al fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)
- Apropiación progresiva de los lineamientos del PDSP 2022-2031 y de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Persisten oportunidades de mejora en la formulación de actividades, la coherencia entre los resultados esperados, los núcleos de inequidades y la articulación entre los instrumentos de planeación territorial.

Núcleos de Inequidad

- Realizar análisis en el marco de los determinantes sociales de la salud, un enfoque interseccional, reconocimiento de Sujeto de Especial Protección, Oferta Institucional .
- Visibilizar las tres (3) líneas estratégicas del Plan Nacional de Salud Rural.
 - Gobernanza y gobernabilidad
 - Modelo especial de salud pública para la ruralidad
 - Garantía de la calidad en salud para las personas, familias y comunidades rurales.

- **Evidencia Cualitativa y Participativa (Realidad territorial):** El PDSP exige metodologías como los “cartografía” o diálogos comunitarios. La comunidad rural debe validar qué es lo que consideran injusto y evitable.

Ejemplo: “Las mujeres rurales dispersas y las parteras comunitarias manifiestan que cuando se presenta una complicación en el embarazo (como una hemorragia o preeclampsia), no hay cómo salir de la vereda”.

- **Evidencia Cuantitativa (Brechas de Desigualdad):** Demostrar la brecha comparando el dato rural con el urbano.

Ejemplo:

Indicador: Razón de Mortalidad Materna (RMM) por 100.000 nacidos vivos.

La Brecha: Mientras que en la **cabecera urbana** la RMM es de **35 por 100.000 nacidos vivos**, en la **zona rural dispersa** del mismo territorio la cifra se dispara dramáticamente a **120 por 100.000 nacidos vivos**. Esto demuestra una brecha de inequidad donde una mujer en el **contexto rural disperso tiene 3.4 veces más riesgo de morir por causas asociadas al embarazo**, parto y puerperio que una mujer en el área urbana.

- **El Enunciado del Núcleo:** Redactar el núcleo conectando la causa estructural con el efecto en salud en las zonas rurales.

Ejemplo de enunciado: "Injusticia social y vulnerabilidad sociosanitaria derivada de la exclusión estructural del territorio rural disperso, manifestada en el deterioro de vías terciarias, la inexistencia de un sistema de transporte asistencial de emergencias adaptado a la geografía local y el gasto de bolsillo impuesto a las familias campesinas (Causas Estructurales). Esta situación se ve agravada por la baja capacidad resolutoria e intermitencia del talento humano en los puestos de salud rurales y la falta de articulación con el saber de las parteras tradicionales (Barreras del Sistema), lo que genera barreras de acceso críticas (tiempo y distancia) que retrasan la atención oportuna de emergencias obstétricas. Como consecuencia, se perpetúa una brecha injusta e inequitativa que triplica el riesgo de morir en el campo, elevando la Razón de Mortalidad Materna a 120 por 100.000 nacidos vivos en la zona rural dispersa, frente a 35 por 100.000 en la cabecera urbana (Efecto Epidemiológico y Brecha)."



¡Gracias!

Leidy Tatiana Aguilar Rodriguez laguilar@Minsalud.gov.co
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Angela Lucila Barrios Diaz abarrios@Minsalud.gov.co
Subdirección de Prestación de Servicios

Sandra Liliana Fuentes Rueda sfuentes@minsalud.gov.co
Grupo Gestión de la Atención Primaria en Salud