

No. **100**

septiembre del 2023

ISSN 2215 - 7816 (En línea)

Documentos de Trabajo

Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Diseño de un modelo de gestión
integral y calidad para fortalecer en
equipos territoriales de salud pública
capacidades y desempeño de las
funciones esenciales en salud pública

Diego Iván Lucumí Cuesta, Claudia Marcela Mosquera
Perea, Jenny Elizabeth Ordoñez Betancourth, Mauricio
Fuentes Vallejo

Serie Documentos de Trabajo 2023

Edición No. 100

ISSN 2215-7816 (En línea)

Edición digital

Agosto del 2023

© 2023 Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Carrera 1 No. 19 -27, Bloque Aulas

Bogotá, D.C., Colombia

Teléfono: 3394949, ext. 2073

publicaciones@uniandes.edu.co

<http://gobierno.uniandes.edu.co>

Autores

Diego Iván Lucumí Cuesta, Claudia Marcela Mosquera Perea, Jenny Elizabeth Ordoñez Betancourth, Mauricio Fuentes Vallejo

Directora de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

María Margarita, Paca, Zuleta

Coordinación editorial, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Angélica María Cantor Ortiz

Dirección de Investigaciones, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Diego Iván Lucumí Cuesta

Diagramación de cubierta, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Luisa Fernanda Gómez Avilán

El contenido de la presente publicación se encuentra protegido por las normas internacionales y nacionales vigentes sobre propiedad intelectual, por tanto su utilización, reproducción, comunicación pública, transformación, distribución, alquiler, préstamo público e importación, total o parcial, en todo o en parte, en formato impreso, digital o en cualquier formato conocido o por conocer, se encuentran prohibidos, y solo serán lícitos en la medida en que cuente con la autorización previa y expresa por escrito del autor o titular. Las limitaciones y excepciones al Derecho de Autor solo serán aplicables en la medida en se den dentro de los denominados Usos Honrados (Fair Use); estén previa y expresamente establecidas; no causen un grave e injustificado perjuicio a los intereses legítimos del autor o titular; y no atenten contra la normal explotación de la obra.

Diseño de un modelo de gestión integral y calidad para fortalecer en equipos territoriales de salud pública capacidades y desempeño de las funciones esenciales en salud pública

Por Diego Iván Lucumí Cuesta¹, Claudia Marcela Mosquera Perea², Jenny Elizabeth Ordoñez Betancourth³, Mauricio Fuentes Vallejo⁴

Resumen

A nivel internacional, y particularmente desde el campo emergente de investigación en sistemas y servicios en salud pública, se ha enfatizado desde la década del setenta en el papel fundamental de las organizaciones de salud pública del nivel local en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para el caso colombiano, la evidencia generada en este campo es aún incipiente, lo cual podría influenciar el desarrollo de intervenciones para el fortalecimiento de la capacidad en salud pública de estas organizaciones.

Este documento tiene como objetivo examinar cualitativamente cómo es el desarrollo de las funciones esenciales en salud pública (FESP) a nivel territorial en Colombia como insumo para el desarrollo de un modelo de gestión integral y calidad para las capacidades y el desempeño de estas funciones, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los resultados del estudio de casos múltiples sugieren que cuatro grandes dimensiones vinculadas entre sí influyen de manera general las FESP a nivel territorial y, específicamente, las capacidades, el desempeño y los resultados en salud pública a nivel territorial. Estas cuatro dimensiones son el contexto, las interacciones entre actores, los recursos y las acciones. En el análisis de los planes territoriales de salud de las entidades

¹ Profesor asociado, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Médico, magíster en salud pública, doctor en comportamientos en salud y educación para la salud. Correo electrónico de contacto: di.lucumi@uniandes.edu.co

² Asistente de investigación, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Enfermera, magíster en salud pública. Correo electrónico de contacto: c.mosquera@uniandes.edu.co

³ Profesional de proyectos de investigación, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Fisioterapeuta, magíster en Epidemiología, doctora en Ciencias de la Población. Correo electrónico de contacto: jenny.ordonez@correounivalle.edu.co

⁴ Profesional de proyectos de investigación, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Geógrafo, magíster en Salud Pública, magíster en Geografía de la Salud, doctor en Geografía de la Salud. Correo electrónico de contacto: fuentesv.mauricio@gmail.com

participantes en el estudio de casos se encontró que estos planes apuntaban principalmente al cumplimiento de tres de las dimensiones que conforman la reforma de las FESP propuesta por la Organización Panamericana de la Salud en el 2020: i) evaluación; ii) desarrollo de políticas; y iii) acceso. En respuesta a los resultados del estudio, se propuso un modelo orientado a mejorar de forma integral las capacidades y el desempeño en salud pública en Colombia. De manera específica, este modelo se enmarca dentro la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nivel poblacional. Este modelo enfatiza en la necesidad de incrementar las capacidades y el desempeño territorial en salud pública, no señalando de forma particular las FESP propuestas por Organización Panamericana de la Salud, sino considerando cuatro funciones básicas específicas (analizar, planear, implementar y evaluar) y dos funciones transversales (gestión del conocimiento y participación social y alianzas), a partir de la cual se esperan alcanzar resultados en salud y avanzar en la reducción de inequidades en esta área. A su vez, el modelo tiene tres componentes: 1) formulación, implementación y evaluación de políticas; 2) gobernanza, gestión y liderazgo; y 3) fortalecimiento técnico y operativo.

Palabras clave: salud pública, funciones esenciales, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, capacidades, desempeño, nivel local

Abstract

At the international level, and particularly from the emerging field of research on public health systems and services, since the 1970s an emphasis has been placed on the fundamental role of public health organizations at the local level in the development of actions to promote health and prevent disease. In the Colombian case, the evidence generated in this field is still incipient, which could influence the development of interventions to strengthen the public health capacity of these organizations. Although progress has been made in the adoption of regulatory and technical guidelines to promote public health management at all levels of government, the role of territorial entities to achieve better results in population health could be limited given that not all entities could respond on equal terms to the challenges involved in adequate public health management, including those aspects related to the essential public health functions (EPHF).

This working paper aims to qualitatively examine the development of the EPHF at the territorial level in Colombia as an input for the development of a comprehensive and quality management model for the capacities and performance of these functions, emphasizing in health promotion and disease prevention.

The results of the multiple case study suggest that four major interrelated dimensions generally influence the EPHF at the territorial level and, specifically, shape the capacities, performance, and results in public health at the territorial level. These four dimensions are the context, the interactions between actors, resources and actions. In the analysis of the territorial health plans of the entities participating in the case study, it was found that these plans were mainly aimed at compliance with three of the dimensions that make up the EPHF reform proposed by the Pan American Health Organization in 2020: i) evaluation; ii) policy development; and iii) access.

In response to the results of the study, a model aimed at comprehensively improving capacities and performance in public health in Colombia was proposed. Specifically, this model is framed within health promotion and disease prevention at the population level. This model emphasizes the need to increase territorial capacities and performance in public health, not pointing specifically to the EPHFs proposed by the Pan American Health Organization, but considering four specific basic functions (analysis, planning, implementation, and evaluation) and two cross-cutting functions (knowledge

management and social participation and alliances), from which it is expected to achieve results in health and advance in the reduction of inequities in this area. In turn, the model has three components: 1) formulation, implementation, and evaluation of policies; 2) governance, management, and leadership; and 3) technical and operational strengthening.

Key Words: Public Health, Essential Functions, Health Promotion, Disease Prevention, Capacities, Performance Local Level.

Tabla de contenidos

1. Introducción	7
2. Estudio de casos múltiples	9
2.1 Alcance	9
2.2 Metodología	10
2.3 Resultados	14
2.3.1 Entrevistas a actores clave.....	14
2.3.2 Análisis documental	44
2.4 Conclusiones	55
3. Modelo integral de capacidades y desempeño en salud pública en el territorio	57
3.1 Justificación del modelo	57
3.2 Descripción y bases conceptuales del modelo	59
4. Recomendaciones e instrumentos para la implementación del modelo	64
4.1 Recomendaciones	64
4.1.1 Instrumentos.....	67
5. Referencias	69
6. Anexo. Matriz de revisión documental	71

1. Introducción

A nivel internacional, y particularmente desde el campo emergente de investigación en sistemas y servicios en salud pública (Harris *et al.*, 2012; Meyer, Davis, y Mays, 2012), se ha enfatizado desde la década del setenta en el papel fundamental de las organizaciones de salud pública del nivel local en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Erwin, Greene, Mays, Ricketts, y Davis, 2011; Erwin, Mays, y Riley, 2012; Ford, Duncan, y Ginter, 2005; Kelly, Baker, Williams, Nanney, y Haire-Joshu, 2004; Ransom, Schaff, y Kan, 2012; Schenck, Meyer, Kuo, y Cilenti, 2015). A su vez, como parte de la agenda de fortalecimiento del sector de la salud en la región de las Américas, desde hace varias décadas la Organización Panamericana ha propuesto a los países un conjunto de funciones esenciales en salud pública (FESP), las cuales fueron renovadas recientemente con el fin de actualizar la respuesta de los sistemas de salud a los retos actuales y futuros en salud pública. En su versión renovada, las 11 FESP se asumen como las capacidades del Estado y de la sociedad para proteger la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para el caso colombiano, si bien se ha avanzado en la adopción de orientaciones normativas y técnicas para favorecer la gestión de la salud pública en todos los niveles de gobierno (ej., Res. Minsalud 518 del 2015 y Res. Minsalud 1841 del 2013), el potencial de las entidades territoriales para lograr mejores resultados en salud poblacional podría estar limitado dado que no todas entidades podrían responder en igualdad de condiciones a los desafíos que implica una adecuada gestión de la salud pública, incluyendo aquellos aspectos vinculados con las FESP.

Diversas condiciones podrían explicar la brecha entre la evidencia disponible para gestionar la salud pública territorial y los resultados hasta ahora alcanzados en este campo. Estas condiciones incluyen algunas externas a las organizaciones en salud pública, como aspectos de tipo político, económico y social, al igual que relacionados con las características de la población en el área de jurisdicción de cada organización. Mientras otras condiciones que influyen la gestión en salud pública a nivel local están más directamente vinculados a

características intrínsecas de las organizaciones responsables de estas o del personal que las integra (Handler, Issel, & Turnock, 2001; Mays *et al.*, 2009; Meyer *et al.*, 2012).

De estas condiciones explicativas, la literatura ha señalado la importancia de la capacidad de prevención, un constructo frente al cual no hay consenso en cuanto a su definición (Flaspohler, Duffy, Wandersman, Stillman, & Maras, 2008; Meyer *et al.*, 2012). No obstante la falta de consenso, el constructo de capacidad se ha relacionado con las actitudes, motivaciones, conocimientos, habilidades y recursos que subyacen al cumplimiento de acciones o tareas (Flaspohler *et al.*, 2008). Este constructo tiene una naturaleza multinivel y multidimensional, siendo un prerrequisito fundamental para el desempeño efectivo de la gestión en salud pública, especialmente en contextos caracterizados por una alta y desigual ocurrencia de las enfermedades y la muerte (Erwin, 2008; Handler *et al.*, 2001).

Las diferencias en capacidades y desempeño en la gestión de salud pública son, por tanto, un asunto crítico al momento de entender las divergencias en resultados en salud a nivel poblacional. Lo cual puede evidenciarse ante eventos preexistentes o emergentes como la pandemia COVID-19.

Una de las limitaciones para el fortalecimiento en el país de las capacidades y del desempeño en la gestión de la salud pública tiene que ver con las brechas que aún existen frente a su caracterización y el desarrollo de modelos aplicables al contexto colombiano que permitan establecer acciones basadas en la evidencia que permitan una mejor gestión de las FESP a nivel territorial.

Este documento hace parte de un estudio que incluyó como componentes una revisión exploratoria, revisión normativa, un estudio de casos múltiples, un análisis de georreferenciación sobre el gasto en salud pública y consulta con expertos. A través del estudio se buscaba contribuir a cerrar la brecha señalada a partir de un análisis desde varios niveles de gobierno y abordajes metodológicos, para derivar en la propuesta de un modelo

de gestión integral y calidad para las capacidades y el desempeño de las FESP, que particularmente se oriente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Este documento tiene como objetivo examinar cualitativamente cómo es el desarrollo de las FESP a nivel territorial en Colombia como insumo para el desarrollo de un modelo de gestión integral y calidad para las capacidades y el desempeño de estas funciones, haciendo énfasis en los aspectos orientados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Este documento se divide en tres secciones. En la primera se describe el estudio de casos múltiples para indagar acerca de la FESP a nivel territorial en Colombia. En la segunda sección se describe el modelo propuesto. Finalmente, se proponen recomendaciones y requerimientos generales para la adopción e implementación del modelo.

2. Estudio de casos múltiples

2.1 Alcance

A través de este estudio se buscaban entender dos grandes aspectos: **1) cómo se gestionan en las entidades territoriales las FESP; y 2) por qué se gestionan las FESP de la manera en la cual se hace.** A partir de la comprensión de las categorías de estudio que se describen más adelante, se darán insumos para desarrollar el modelo de gestión integral y de calidad para fortalecer capacidades y desempeño de la gestión de las funciones esenciales de salud pública por los equipos territoriales responsables de la salud pública y otros grupos relevantes del sistema de salud.

A partir de los dos aspectos mencionados se buscaban identificar necesidades y oportunidades para ajustar la versión que se proponga en el objetivo 1 del proyecto, con relación al modelo de gestión integral y de calidad para fortalecer capacidades y desempeño de la gestión de las FESP por los equipos territoriales responsables de la salud pública y otros grupos relevantes del sistema de salud. Para esto, como punto de partida se tuvieron en cuenta cuatro grandes dimensiones propuestas en el documento de reforma de la FESP (Organización

Panamericana de la Salud, 2020): 1) evaluación, 2) desarrollo de políticas, 3) asignación de recursos y 4) acceso.

2.1 Metodología

Entre mayo y julio del 2022 se realizó un estudio de casos múltiples (Yin, 2003), en el cual el fenómeno a estudiar fue la gestión territorial de las funciones esenciales en salud pública (FESP) por parte de las secretarías de salud o las entidades que hacían sus veces.

Para abordar los dos aspectos señalados se seleccionaron cuatro casos, a partir de una división del país en cuatro regiones: Andina, Caribe, Pacífico y Orinoquía/Amazonia. De acuerdo a los tipos de muestreo deliberado o basado en criterio (Ritchie & Spencer, 2003), se usó el de tipo estratificado para la selección al interior de estas cuatro regiones de un caso por cada una de ellas. Con el uso de este tipo de muestreo se buscaba encontrar variación en la expresión del fenómeno, pero considerando que dentro de los grupos o estratos hay homogeneidad.

Ante la ausencia de indicadores que permitieran agrupar a los departamentos de acuerdo con su nivel de capacidad y desempeño de las FESP, para la definición de los estratos se tuvieron en cuenta dos criterios referidos en la literatura como explicativos de la capacidad y desempeño o desenlace de estos (Erwin, 2008; Handler *et al.*, 2001). Desde el punto de vista explicativo se usaron las condiciones socioeconómicas medidas a través del porcentaje de la población en pobreza multidimensional. Para el desenlace se usó el perfil epidemiológico, tomando en cuenta eventos de los grupos que representan las principales causas de morbimortalidad del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). A partir de esto, en la tabla1 se indican los criterios para seleccionar los cuatro departamentos caso.

Tabla 1. Criterios para la selección de los casos del estudio

Criterios	Tipo de caso			
	Caso A	Caso B	Caso C	Caso D
Índice de pobreza multidimensional para 2020 ⁵	Por debajo del promedio nacional.	Por debajo del promedio nacional.	Por encima del promedio nacional.	Por encima del promedio nacional.
Perfil epidemiológico para 2019 ⁶ (materno-infantil, enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas)	Menos de tres indicadores por encima del promedio nacional.	Tres o más indicadores por encima del promedio nacional.	Menos de tres indicadores por encima del promedio nacional.	Tres o más indicadores por encima del promedio nacional.

Fuente: elaboración propia.

Cada caso estuvo constituido por tres unidades de análisis: 1) la secretaría departamental de salud; 2) la secretaría de salud de la ciudad capital; y 3) la secretaría de salud de un municipio diferente a la capital.

La información para cada caso se obtuvo a partir de dos técnicas de recolección de información, las cuales se describen a continuación:

- 1) Entrevistas semiestructuradas.
- 2) Revisión documental.

Entrevistas semiestructuradas: a través de estas entrevistas se buscaba examinar: 1) cómo se entendían y desarrollaban desde la perspectiva de los actores clave en cada entidad territorial las FESP; 2) qué factores explicaban el desarrollo de la FESP en la entidad territorial; y 3) cómo las explicaciones dadas por actores clave frente al significado y aplicación de la FESP se relacionaban con la capacidad y desempeño de las entidades territoriales en salud pública.

Para estas entrevistas se seleccionaron informantes clave, para lo cual se anticiparon los siguientes actores según la disponibilidad de los cargos que se describen dentro de las secretarías de salud para el nivel departamental, la capital y el municipio seleccionado:

- Secretario (a) de salud o director (a) de planeación o quien hiciera sus veces.
- Director (a) de salud pública o quien hiciera sus veces.

⁵ Fuente: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>

⁶ Información a partir del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO): razón de mortalidad materna a 42 días y tasa de mortalidad en menores de 5 años; tasa de incidencia de dengue e índice parasitario anual para malaria; y tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón.

Por cada caso se buscó tener, hasta donde fue posible, la perspectiva de un representante del sector académico que pudiera aportar a los intereses del estudio. Tomando en consideración estos actores se anticipó realizar siete entrevistas por cada caso, para un total de veintiocho.

Para las entrevistas semiestructuradas se desarrolló una guía que incluyó preguntas para las categorías iniciales. Las entrevistas se grabaron previa autorización y firma del consentimiento informado por parte de los participantes y se transcribieron de forma literal.

A partir de la transcripción de las entrevistas se realizó un análisis de marco de trabajo (Ritchie & Spencer, 1994; Ritchie & Spencer, 2003). Este método de análisis fue usado en este estudio dada su orientación particular hacia el análisis de fenómenos sociales y políticos, y a facilitar la generación de resultados que puedan orientar la toma de decisiones. El análisis de marco de trabajo tiene cinco etapas: 1) familiarización, 2) identificación de marco temático de trabajo, 3) indexación, 4) creación de matrices analíticas, 5) interpretación.

Revisión documental: en respuesta a los dos intereses principales del estudio de caso, la revisión documental aporta frente a: 1) cómo se entienden y aplican en los documentos seleccionados las FESP; y 2) cómo los patrones que se identifiquen frente al significado y aplicación de la FESP se relacionan con la capacidad y desempeño en salud pública de las entidades territoriales.

La revisión documental siguió el enfoque READ (*ready material, extract data, analyze data, and distill your findings*): alistar materiales, extraer datos, analizar la información y refinar los hallazgos (Dalglish, Khalid, & McMahon, 2021).

Con relación al paso uno: alistar los materiales, la revisión documental incluyó los planes territoriales de salud (PTS) vigentes de los cuatro casos, teniendo en cuenta que cada caso estaba conformado por el ente departamental, la ciudad capital y un municipio, se planteó realizar la revisión de doce documentos. Es importante mencionar que durante las entrevistas no emergieron otros documentos como una fuente pertinente de información

según el fenómeno estudiado. Para la inclusión en el análisis de estos documentos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Dar cuenta de las cuatro grandes dimensiones propuestas en el documento de reforma de la FESP: (1) evaluación, 2) desarrollo de políticas, 3) asignación de recursos y 4) acceso.
- Haber sido escritos durante el periodo 2018-2022.
- Haber sido elaborados por la respectiva autoridad sanitaria territorial y sean de acceso público de manera física o electrónica.

La ejecución del segundo paso consistió en la extracción de datos, para ello, se creó una matriz para el registro de la información (anexo 1), la cual tuvo siete categorías:

- Tipo de documento
- Año de elaboración
- Autor
- Dimensiones de FESP que abordaba
- Temas incluidos en las dimensiones FESP abordadas
- Conclusiones
- Observaciones

Para la revisión de cada documento se establecieron como criterios de búsqueda las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de la FESP: (1) evaluación, 2) desarrollo de políticas, 3) asignación de recursos y 4) acceso. Con base en estas categorías, se hizo una revisión exhaustiva de cada plan territorial de salud y se realizó la extracción de los aportes a las FESP y de otros aspectos considerados relevantes. Esta revisión se encuentra descrita en el anexo 13.

Con la información obtenida se desarrolló el tercer paso, el cual consistió en un análisis narrativo de los datos sobre el aporte que los objetivos, estrategias y metas de los planes territoriales de salud al cumplimiento de las FESP. También identificó las funciones que no eran abordadas en los dichos planes.

Finalmente, en el paso 4, refinamiento del análisis, se revisó en detalle si los hallazgos cumplían con el objetivo del estudio y se valoró si había información suficiente y pertinente para responder a este.

Resultados

Entrevistas a actores clave

Se obtuvo información de casos correspondientes a las tipologías de selección A, C y D, según lo previsto inicialmente. Para reemplazar la tipología B, de la que no fue posible la aceptación a participar del departamento que cumplía ese criterio, se seleccionó a un departamento de la tipología tipo C (nivel de pobreza por encima del país y menos de tres indicadores epidemiológicos por arriba del indicador nacional), buscando mantener de esta forma la representación de las cuatro regiones geográficas indicadas.

Se realizaron 18 revistas semiestructuradas individuales o grupales, con 33 participantes. La distribución de entrevistas y participantes por cada caso se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de participantes en las entrevistas semiestructuradas según casos

Tipo de caso (número de entrevistas individuales o grupales)	Tipo de participantes (números de personas en la entrevista)
Caso A (n=6)	Secretaria de salud departamental (n=1) Coordinadora de salud pública departamental (n=1) Equipo de salud pública de pública de la capital (n=3) Equipo de salud pública de municipio seleccionado (n=4) Profesora de salud pública (n=1) Profesor de salud pública (n=1)
Caso B (n=4)	Secretaria de salud departamental (n=1) Coordinadora de salud pública departamental (n=1) Coordinadora de salud pública de la capital (n=1) Equipo de salud pública de municipio seleccionado (n=2)
Caso C (n=3)	Equipo de salud pública departamental (n=2) Equipo de salud pública de la capital (n=6) Secretaria de salud municipal (n=1)
Caso D (n=5)	Equipo de salud pública departamental (n=2) Secretario de salud la capital (n=1) Funcionaria de salud pública de la capital (n=1) Equipo de salud pública de municipio seleccionado (n=3) Profesora de salud pública (n=1)

Fuente: elaboración propia.

Todas las entrevistas fueron presenciales, excepto una, y tuvieron una duración de entre una hora y una hora quince minutos. Las entrevistas se realizaron en los lugares de trabajo de las personas y equipos entrevistados, tal como se acordó al momento de concertar su realización. La entrevista virtual tuvo una duración de treinta minutos.

A partir de las cuatro categorías iniciales que tomaban en cuenta el modelo de FESP de la OPS y la identificación del marco temático de trabajo, se propusieron las categorías y subcategorías que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Categorías y subcategorías propuestas para la codificación de los datos

Acciones
Determinantes sociales de la salud
Gestión del riesgo
Plan de intervenciones colectivas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad
Adopción, formulación e implementación de políticas públicas
Prestación servicios de salud
Vigilancia en salud pública
Situación y respuesta ante COVID
Definición y alcance de las FESP
Gestión del conocimiento
Gobernanza de la salud pública
Articulación intra o intersectorial
Autoridad sanitaria
Competencias y estructura
Desarrollo de la gobernanza
Participación social
Planeación y evaluación
Análisis de la situación de salud
Monitoreo y evaluación
Planes locales
Resultados en salud
Recursos en salud pública
Recursos financieros
Talento humano

Fuente: elaboración propia.

Tomando en cuenta estas categorías y subcategorías, se realizó la indexación a partir del cual se obtuvo la distribución que se presenta en la figura 1.

Figura 1. Distribución de la codificación por categorías y subcategorías usadas para el análisis

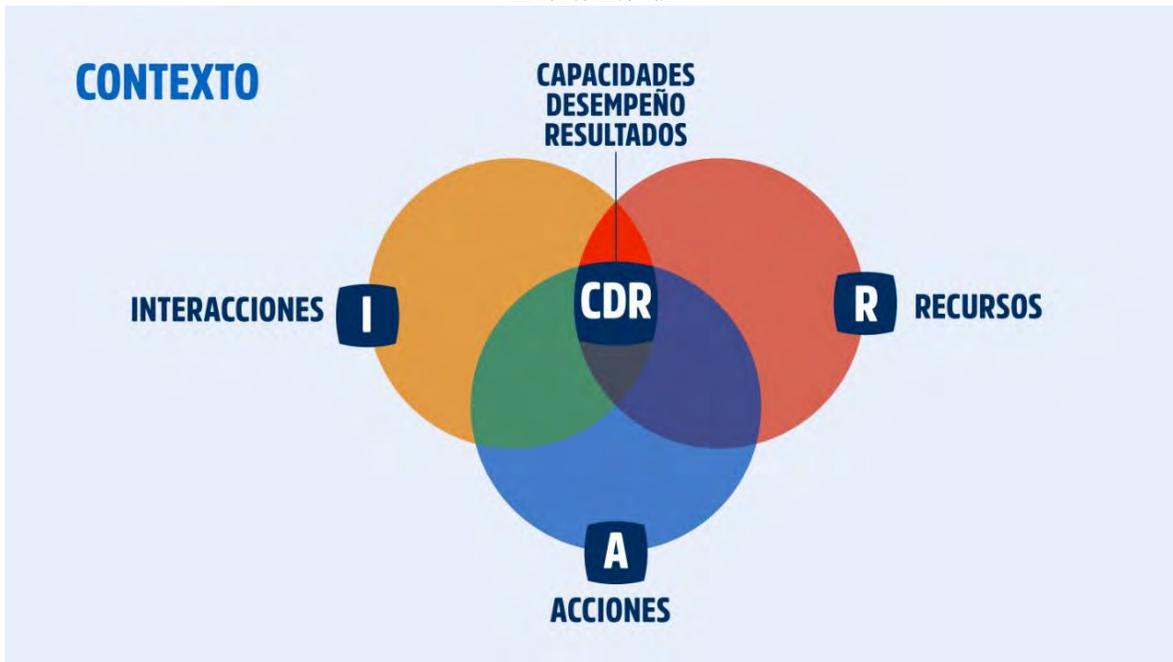


Fuente: elaboración propia

Del análisis realizado para cada uno de los casos, tomando como referencia las categorías y subcategorías descritas, emergieron cuatro grandes dimensiones vinculadas entre sí y que tomando en cuenta lo indicado por los participantes influyen de manera general las FESP a nivel territorial y específicamente las capacidades, el desempeño y los resultados en salud pública a nivel territorial. Estas cuatro dimensiones se muestran en la figura 2.

A continuación, se presentan los hallazgos para cada dimensión y se señalan las divergencias que emergieron entre casos o aspectos en los que hubo mayor énfasis en alguno de ellos.

Figura 2. Dimensiones que influyen las capacidades, el desempeño y los resultados en salud pública a nivel territorial



Fuente: elaboración propia

2.1.1 Contexto

Desde el punto de vista del contexto, a través de los casos se evidencian diversos aspectos que según los participantes en el estudio influenciaban las capacidades, el desempeño y los resultados en salud pública a nivel territorial. Estos aspectos corresponden a condiciones que se reportaron en cuanto a: 1) tensiones en la relación entre la nación y los territorios; 2) la excesiva y compleja normatividad en salud pública; y 3) aspectos sociales, económicos o políticos que influyen el desarrollo de la salud pública en el nivel local.

Un primer aspecto enmarcado en la relación entre la nación y las entidades territoriales involucradas en el estudio estuvo referido a cómo los participantes de los cuatro casos se valoran desde el nivel nacional las dinámicas y el contexto territorial. Frente a esto, para los participantes hay una visión centralizada del país que impide un reconocimiento de las realidades en las que las instituciones, funcionarios y poblaciones gestionan la salud pública en cada territorio. Esto se sintetiza en lo reportado en dos de las entrevistas frente a esta visión centralizada del país:

“Bueno, hay acciones que definitivamente cuando las enmarcan en las leyes como que no tienen en cuenta el departamento o sea el contexto, no es lo mismo hacer una acción en Bogotá que hacer una acción aquí”.

“Luego salen el Ministerio de Salud con unas teorías financieras todas rebuscadas porque todos los precios los acomodan a Bogotá, no saben que aquí hay otras realidades”.

Vinculado a esta percepción, en los casos C y D se planteó con mayor énfasis una relación conflictiva, incluso se indicó la necesidad que tenía el Ministerio de Salud y Protección (MSPS) de reconocer que eran las instituciones territoriales las que finalmente desarrollaban el trabajo en salud pública e interactuaban directamente con las poblaciones, por lo cual el nivel nacional no podía asumir una posición jerárquica o de poder en la relación con los territorios. En el caso C también se planteó como preocupante el hecho de que el MSPS establecía para ciertos asuntos relaciones directas con actores dentro del departamento sin la interlocución esperada de la secretaría departamental de salud. Esto fue considerado como una forma de minar el rol de rectoría en salud a nivel territorial.

Dada la valoración positiva que se evidenció en los cuatro casos sobre la importancia de tener relaciones colaborativas y contar con el soporte que de manera periódica o ante solicitudes concretas les da el MSPS, se podría considerar que desde la perspectiva de los participantes resultaría útil una relación entre el nivel nacional y los territorios centrada en la cooperación horizontal y no en la perspectiva exclusiva de autoridad o de juzgamiento frente al desempeño y resultados de los territorios.

Un aspecto transversal en el análisis de los casos fue la valoración que hicieron los participantes acerca de la excesiva, compleja, confusa y cambiante normatividad en salud pública en Colombia. Esto se consideró por los participantes con una barrera para el ejercicio de sus funciones y lo señalaron como evidencia del desconocimiento que se tiene desde el nivel nacional de las realidades territoriales. La siguiente cita soporta este hallazgo:

“Entonces aterrizar eso bonito en papel ya al territorio entonces ya se complica y ahí es donde uno empieza a decir es fácil decir hágalo, pero realmente nosotros somos los que tenemos el hacer y ahí es donde empieza a dificultarse y ahí es donde uno empieza, pues, a ver que no es justo; como que vengan miren porque todo el tema y, a veces, es el simple hecho del tema del tiempo que uno dice miren llevan tanto tiempo planeando, lo que va a pasar con plan decenal: llevan un muy buen tiempo planeando el plan decenal y cuando salga es ya hagan la transición, ya tiene que tenerla hecha y nos dan dos meses, tres meses”.

Frente a los retos que se plantearon con relación a la normatividad se pueden describir dos tipos de respuesta desde las entidades territoriales: 1) intentar el cumplimiento de las orientaciones normativas sin mayor cuestionamiento o buscando adaptarse a estas; y 2) adoptar la normatividad con limitaciones para su total u oportuno cumplimiento. En las frases siguientes se evidencian estas perspectivas:

“Ese papel que tiene esta secretaria de ser juiciosa con cada norma que sale a aplicarla. Sale una norma y aplicarla, pero muchas veces no, como que no hay un juicio crítico”.

“Pero hay normatividad de normatividad que sí, que son como muy extensas, que son como muy difícil de digerir, que no son muy comprensibles, pero como te dije uno a veces se acostumbra a que uno pues tiene que cumplir”.

“Nosotros nos toca, o sea creo que la normatividad es para todos. Nosotros tratamos así sea a destiemplos o de manera inoportuna, pero se cumple”.

La existencia de una profusa normatividad en salud pública no es garantía de su cumplimiento, pues el desconocimiento de las normas puede llevar a desarrollar las acciones al margen de estas, tal como se reportó en una de las entrevistas:

“Yo sé que hay municipios, la mayoría de municipios violan la [resolución] 518 en cuanto a los gastos de salud pública. Todos compran cosas que no están contenidas en el anexo,

porque todos los secretarios de salud de aquí para dentro desconocen la 518, todos, y eso no es un tema de asistencia técnica”.

Similar a las tensiones que se evidenciaron entre el nivel nacional y los territorios, se encontró que hay una relación con cierto nivel de conflicto que se presenta con especial énfasis entre tres de las capitales y los departamentos correspondientes. En la sección de interacciones se retoma este hallazgo de las entrevistas, considerando que esta tensión estaba vinculada a dos situaciones. La primera correspondía a la percepción que, de cierta forma, se tuvo al departamento como un mensajero o intermediario de la normatividad en salud pública proveniente del nivel nacional. La segunda situación hacía referencia a discrepancias en la valoración de competencias que tenían a cargo las capitales y los departamentos donde se hizo evidente el conflicto.

Desde el punto de vista territorial en las entrevistas se evidenciaron varias condiciones que, si bien no fueron generales para todos los casos, en C y D particularmente fueron consideradas como influencias estructurales con relación a la consolidación de capacidades y el desempeño en salud pública. En dos de estos casos se manifestó que la alta dispersión geográfica limitaba que se diera el soporte a los municipios más alejados y que dentro de estos se realizaran las acciones en salud pública.

En el caso D se mencionó que la inestabilidad política, dada por el constante cambio en mandatarios locales sin terminar los periodos del gobierno, afectaba la planeación o la oportuna ejecución de acciones en salud pública. En este mismo caso, la dispersión geográfica fue agravada, según lo indicado por los participantes, por la escasez de recursos y los costos de insumos para desarrollar estas acciones. En este caso también se destacó que las condiciones de pobreza de la población impedían considerar un mayor esfuerzo fiscal que llevara a generar más recursos locales que pudieran ser invertidos en salud pública. Finalmente, en este caso, se reportó que los altos niveles de violencia a los que está expuesta la población y los funcionarios de salud pública también influyen en la realización de las acciones en salud pública. Estas condiciones se evidencian en las siguientes citas:

“Me vale \$25.000.000 de pesos un viaje o sea una bajada que ellos vayan completos que lleven su comida, que lleven equipos, insumos el transporte asegurado de los tres o cuatro días que van a durar allá me vale \$25.000.000 de pesos, y yo como municipio no tengo esa plata, entonces eso lo puedo hacer una vez”.

“Personas en situación de pobreza, menores de edad de pertenencia étnica indígena que les decía bajos niveles educativos, condiciones de desplazamiento y discapacidad, y aquí están todas las barreras de acceso a los servicios en salud, a las condiciones geográficas falta de medios de comunicación que limitan en situaciones de orden público”.

“Nosotros no podemos ir allá. Me pongo un chaleco y me monto en una lancha para que ya no sean más once muertos si no que seamos doce, nosotros no podemos ir allá”.

“Como mejoramos si ya sabe el nivel nacional, ya sabe, no es pereza fiscal del departamento es incapacidad social del tributar, o sea no es pereza fiscal es que yo cómo le digo a una persona que no tiene ninguna fuente formal de empleo que pague unos impuestos; yo cómo le digo a una señora que está haciendo un esfuerzo pa’ construir una casita en madera que venga y pague una licencia de construcción si ni siquiera tiene planos de la casa, eso es muy complicado, es muy complicado, y es la realidad de la mayoría de la gente. No es por hacer como sacar banderas de la pobreza, no”.

Interacciones

A partir de lo reportado por los participantes se lograron identificar tres aspectos que se agruparon bajo la dimensión *interacciones* y que jugaban un papel importante en las capacidades, el desempeño y los resultados vinculados a la salud pública en los territorios: 1) debilidades en el ejercicio de las competencias; 2) desafíos y oportunidades para la articulación intra e intersectorial; y 3) necesidad de fortalecer o replantear las relaciones formales e informales que se han establecido entre entidades territoriales.

Con relación al cumplimiento de las competencias, los participantes mencionaron que este suele ser, en general, parcial o muy débil. La limitación en el cumplimiento de algunas

competencias fue explicada por los participantes por la poca disponibilidad de recursos, especialmente talento humano, la concentración de responsabilidades de múltiples sectores del gobierno en un solo funcionario y la no correspondencia entre las funciones y los perfiles de funcionarios, incluyendo a quienes ejercen el papel de secretarios de salud. Esta incoherencia en los perfiles también puede estar asociada a lo señalado frente a la falta de conocimientos en salud pública por funcionarios relacionados con la gestión de esta.

“Por ejemplo, este secretario al menos tiene conocimiento ¿cierto?, pero hay unos secretarios que llegan y no saben ni siquiera para dónde van y no se dejan orientar, digamos, por los técnicos”.

Los participantes vincularon más estas explicaciones con los municipios más pequeños. Adicionalmente, para estos, se consideró que era más frecuente la contratación de diversos asesores que entran a cumplir funciones que no logran ser realizadas por quienes tienen asignadas las responsabilidades de salud pública en los municipios. La contratación de estas asesorías se asoció por parte de algunos participantes a prácticas clientelistas.

“Porque las direcciones locales de salud están a cargo de profesionales de planeación, de gobierno y de desarrollo, entonces la autoridad sanitaria, no está con el conocimiento y quien le apoya las decisiones a estos secretarios, entonces son profesionales que también en el ejercicio de la contratación se han convertido en un vicio y en un ejercicio politiquero, entonces se convierten en ¡eh! un profesional en economía que tienen veinte municipios contratados para asesorarles aseguramiento, auditorías a un profesional que tiene veinte municipios asesorarles de salud pública y realmente ¡eh! cuando miran su experiencia”.

Frente al cumplimiento de las competencias se destacó la importancia de poder tener una estructura organizativa apropiada. La cual estaba en proceso de tenerse o ya se había adoptado en varias de las unidades de análisis de los cuatro casos. La siguiente cita aborda este prerrequisito indicado por los participantes:

“Porque nosotros tenemos la competencia sanitaria, entonces desde esa competencia tiene que haber una estructura que responda a eso, entonces para mí, yo me iría a esa parte estructural. Es muy, muy mi pensar, y que pienso que sería una ayuda valiosísima que haría el Ministerio diciendo: ‘venga, vamos a organizar verdad los territorios para que realmente funcionen y me puedan dar respuesta’”.

“Mire el reto principal es la reorganización administrativa de la secretaría, porque la secretaría está funcionando básicamente en la estructura que fue creada en el 99, así en el 99, o sea, sí en el 99, ¿cuántos años tenemos ya? ¿Veintidós?”.

Como se anticipó en la sección de contexto, hay tensiones en la relación y distinción de competencias entre el departamento y algunos municipios, principalmente los que son sus capitales. En este sentido, el papel del departamento tuvo una valoración mixta. Mientras desde algunas capitales se consideró que incluso se debía considerar la eliminación del rol de intermediación o de obstáculo que le asignaban al departamento, hubo otras opiniones frente a la necesidad de fortalecerlos con la asignación de recursos para el papel que juegan las secretarías departamentales de salud, particularmente en el seguimiento y acompañamiento a los municipios. La divergencia en estas percepciones se puede apreciar en las siguientes citas:

“Porque los municipios realmente prefieren que la secretaría de salud no vaya; porque les genera un desgaste”.

“Por tal motivo considero que el apoyo que se ha recibido por parte de la secretaría de salud departamental ha sido eficiente, ha sido óptimo en algunas oportunidades de pronto que la secretaría de salud municipal ha requerido del apoyo tanto para el fortalecimiento de capacidades en la parte de trabajo en campo siempre han estado dispuestos también a participar y a colaborar”.

“Siempre me he preguntado: por qué tanta jerarquía, por qué entonces el ministerio acá, si realmente quien va a ejecutar, como lo decía la doctora, quién va a ser el hacer, por lo

general, es el ente territorial municipal, porque el departamental realmente da directrices que le dio directrices el ministerio la nación, entonces bajo estas directrices al departamento y el departamento los baja a los entes territoriales municipales, y los entes territoriales municipales ejecutan y devuelven la información para que el departamento reporte. Entonces, yo siempre, desde mi pregrado, y eso vuelvo y repito es algo muy personal, he dicho, bueno, ¿cuál es esa función real del departamento?, o sea el departamento ¿por qué no bajar las directrices directamente al municipio? Evitarnos ese paso de que yo se la mando al departamento y el departamento me da las directrices a mí”.

Para los casos A y C, desde las mismas secretarías departamentales se indicó que su rol en la interacción con los municipios era ser en ocasiones un obstáculo para el desarrollo de las acciones en salud pública. Mientras, como se describe en la siguiente cita, aún en el caso B, donde al parecer había una menor tensión, se mencionó desde la secretaría departamental que no había suficiente comprensión en los municipios sobre el rol que esta secretaría cumplía en la respectiva jurisdicción:

“Porque, a veces, no comprenden esa función que nosotros somos la entidad gestora en salud del departamento, que nosotros no solamente ir y sentarnos, y como que, como te digo, como no hacerles el trabajo a los municipios, pero sí hacerle un seguimiento al municipio, ayudarlos a que ellos hagan o realicen las acciones que a ellos les corresponde según la categoría, porque yo siempre les digo a ellos no es darle, no es hacerle un seguimiento, no es ser un auditor, es ayudar a los municipios a que ellos realicen sus funciones. Si a ellos les va bien, a nosotros como departamento nos va bien, y siempre es el tema el reflejo de lo que hagan los municipios somos nosotros como departamento”.

Algunos aspectos que se consideraron relevantes para explicar las relaciones que se tienen entre el departamento y los municipios para el cumplimiento de las competencias fueron problemas de conectividad, logísticos, financieros y operativos, al igual que las condiciones estructurales ya mencionadas en la sección de contexto. Estos problemas de cumplimiento de las competencias desde los departamentos pueden ser amplificadas ante circunstancias como la del caso A que, por su gran número de municipios y extensión

territorial, tiene importantes desafíos para responder ante la alta dispersión y poca disponibilidad de recurso humano. A su vez, de manera más general, se señaló que existe una alta fragmentación y problemas de coordinación al interior de las secretarías departamentales, lo que las lleva a multiplicar las exigencias que desde diferentes funcionarios les hacen a los respectivos municipios. Esto reproduce, en cierta forma, lo indicado en la relación entre la nación y las entidades territoriales.

La asistencia técnica fue reconocida como la principal herramienta orientada a fortalecer las capacidades para el cumplimiento de las competencias que tienen asignadas los departamentos y los municipios. Para el caso de los primeros, la asistencia técnica fue dada desde el MSPS, mientras para los segundos principalmente desde las secretarías departamentales, si bien algunas capitales acceden en ocasiones directamente a asistencias técnicas del MSPS. Una situación también evidenciada a partir de las entrevistas fue la asistencia técnica o acompañamiento que prestan municipios más grandes, como las capitales de departamento o de provincia, a otros más pequeños dentro del mismo departamento. En el desarrollo de la asistencia técnica desde el departamento y los municipios se destacó que aquellos que están más próximos geográficamente a acceder a la secretaría departamental de salud suelen beneficiarse más de este tipo soporte para el desarrollo de las acciones en salud pública.

Si bien la asistencia técnica fue valorada como positiva por la mayoría de las capitales y municipios que la recibieron, también fue cuestionada por algunos participantes al considerar que esta no se relaciona con las necesidades que tenía el municipio, tenía un carácter policivo o faltaba experticia por parte de quienes la orientaban desde el departamento e incluso desde la nación a los departamentos.

“El departamento nos hace una asistencia técnica en los procesos, tenemos buenas relaciones, no tengo queja de manera personal”.

“Ellos están también en un proceso de aprendizaje y si vamos a estar, porque la idea que decíamos, vamos a estar cuatro años con ellos, imposible cuatro años no, este equipo con

ese equipo no logremos mostrar resultados, pero en el imaginario de la mayoría de los que están, en los programas es no, yo cojo una lista de chequeo cumple, no cumple, cumple, no cumple y haga aquí, hay que hacer esto, miren a ver cuándo van a mejorar, más o menos es desde allá le explicamos: mire nosotros estamos así, no nos contrataron, estoy sola, no sé qué, como sí, señor gerente mire a ver cómo va a resolverlo”.

Desde el punto de vista de las relaciones entre actores y la gobernanza en salud pública a nivel territorial, hay varios aspectos a destacar de las entrevistas. Por un lado, las relaciones entre el departamento y los municipios se establecían en ocasiones de forma jerárquica o estaba condicionada por la filiación partidista. Aunque como se evidenció en el caso D, la relación entre la secretaría departamental y la de la capital no era positiva incluso aunque el gobernador y el alcalde compartían la misma filiación política, prevaleciendo los asuntos de tipo personal como explicación de la relación negativa entre la secretaría departamental y la de la capital.

“Con la secretaria que está ha sido imposible, porque a veces es como el coso de los egos, ni siquiera es como funcional, si como el ego, el ego personal y no se está mirando porque jefe porque las personas inteligentes saben que usted no llega hasta allá si usted no viene cogido de la mano porque todos ganamos, porque nunca se dice a nivel nacional Xxxxxx tal cosa, sino que se dice Xxxxxx, o sea que todos perdemos así sea el alcalde, así sea el no sé dónde, todos perdemos. Entonces, a veces, los egos es algo complicado le digo, es como una competencia no sé, pero no es competencia de saberes, deberíamos era de unirnos, esa competencia para poder que podamos mejorar las cosas, pero por esas competencias no se ha podido lograr y más por lo menos en esta administración ha sido casi imposible con ellos, con ella ha sido imposible, entonces y así cada secretario llega con su dinámica cada uno llega, esta vez hay unos rangos y aunque se supone que las dos la gobernación y la alcaldía vienen de la misma línea debería ser mejor”.

Un aspecto que también fue reconocido favorece las relaciones y la gobernanza en salud pública fue el que los gobernadores o alcaldes tuvieran formación en un área de la salud y los tipos de liderazgo que ejercían los secretarios de salud, al igual que su capacidad de

gestión. Otro aspecto valorado como facilitador de las relaciones y la gobernanza fue el que los diferentes actores tuvieran conocimientos sobre salud pública. Por su parte, una barrera fue la debilidad del departamento para cumplir sus competencias. Como consecuencia de los problemas con la gobernanza se señaló la limitación que se genera para la implementación de políticas públicas a nivel territorial. También, algunos participantes señalaron vínculos entre competencias y gobernanza, indicando que la falta de cumplimiento de las primeras afectaba la segunda e impactaba negativamente la credibilidad en las instituciones de salud pública.

Un aspecto que se reconoció importante para el cumplimiento de las funciones en salud pública fue el que hubiera una adecuada y positiva relación entre las diferentes áreas dentro de las secretarías de salud. Este hallazgo complementa lo indicado antes, en cuanto a que para el cumplimiento de las competencias en salud pública se necesitaba una adecuada estructura y también una adecuada relación entre las diferentes unidades que se originan dentro de la respectiva organización.

Frente a las relaciones intersectoriales, se destacó que si bien la multiplicidad de funciones, incluyendo las de salud pública, que son asumidas por los funcionarios locales principalmente en municipios pequeños podría ser una ventaja, finalmente esto no parece materializarse en una mejor articulación intersectorial. Una situación en la que se evidenció la intersectorialidad y la colaboración con diversos actores fue la pandemia de la COVID-19. Como producto de estas relaciones se indicó por los participantes que se mejoró la obtención de información, se establecieron mecanismos de cooperación y se tuvo acceso a recursos adicionales.

Una condición que se señaló como limitación para el trabajo intersectorial es la falta de una estrategia para su desarrollo. De igual forma, se consideró que la intersectorialidad y la gobernanza se ven afectadas por el poco reconocimiento que tienen otros sectores sobre el papel del sector salud. A su vez, se señaló que la articulación con otros actores llevaba a que el sector salud asumiera competencias que normativamente están asignadas a otros sectores. A pesar de los beneficios que se consideró tenía la articulación con otros sectores, también

se indicó que esto lleva a demandas adicionales para las secretarías de salud, pues implican la participación en múltiples instancias o espacios de gobierno. Sin embargo, se destacó el valor y oportunidades que genera para un mejor desempeño en salud pública la participación en espacios como el consejo de política social y el consejo de gobierno

“Es el tiempo, son muchas cosas al mismo tiempo y pues digamos que, que salud pública es ¡eh! o esta dirección es la que más participa en todos los comités intersectoriales, entonces para dar tema de agua, va salud pública, para el tema de niñez, la política de primera infancia, salud pública, para la política de envejecimiento y vejez, salud pública, entonces aquí pues estamos en, en mucho comité y eso también, muchas reunitis”.

“Yo trato de asistir a todos los comités porque yo quiero esta secretaria, es la dueña de todos los comités habidos y por haber, entonces tenemos el comité de drogas, tenemos el comité de salud, de discapacidad, tenemos el comité de... hoy estábamos en un comité que se acaba de formar precisamente porque el Ministerio nos lo ordenó y es un comité llamado el mecanismo articulador, entonces y tengo comité todas las semanas hoy, hoy que es miércoles tuve dos comités, por eso traté de que fuera en la tarde porque por la mañana imposible y siempre trato de asistir a todos los comités y esos comités le van dando a uno toda la información y la orientación necesaria para uno decir ‘ahhh bueno esto es de esto y esto es de aquello, y hay que impactar esto’, y ahí recibe uno mucha información primaria de la comunidad que asiste y los representantes de cada sector, porque cada comité tiene sus invitados y tiene sus miembros permanentes y de esos miembros permanentes uno escucha todas las necesidades”.

En el caso D, donde se mencionó la presencia de agencias u organismos internacionales desarrollando acciones de salud pública, se indicó que las relaciones han sido conflictivas dado que no siempre estas organizaciones coordinan sus acciones con las secretarías de salud e incluso estas conocen del desarrollo de estas actividades cuando han finalizado y no necesariamente se garantiza su sostenibilidad.

“La cooperación que aunque esté y este si se enfocaron mucho en lo que nosotros queríamos, pero a veces hay unos que vienen como volador sin palo, que viene es como lo que ellos traen y luego dicen que están invirtiendo en una cosa, pero realmente para que traen una cosa que nosotros no necesitamos si lo que necesitamos es esto, con eso nosotros podemos mejorar lo de modelo o la implementación de un modelo de atención primaria en salud que eso es un reto que va enfocado de acuerdo a la competencia”.

Si bien se considera que hay un débil proceso de participación social o comunitaria para las acciones en salud pública, en las unidades de análisis de los casos C y D, donde se destacaron formas de participación, estas estuvieron vinculadas a la concertación del plan de intervenciones colectivas (PIC), la contribución a actividades de vigilancia en salud pública y al desarrollo de algunas acciones.

Tal como se indicó en esta misma sección, entre algunos municipios se han establecido mecanismos de articulación en el marco de lo que podría ser denominado asistencia técnica, al igual que otras formas de cooperación como se evidenció durante la pandemia por la COVID-19 u otros tipos de relaciones que se mencionaron como parte de la vigilancia en salud pública. Estas formas de cooperación en algunos casos fueron explicadas a partir de la cercanía geográfica o la existencia de un municipio con aparente mayor capacidad de respuesta, que podría ser la capital de departamento o de provincia, y otros circundantes con menor capacidad.

“Entonces en ese universo de cosas termina siendo Xxxxxxxx un municipio, un nodo, por llamarlo así, donde se cruzan los problemas de todos los municipios. Terminamos nosotros teniendo que atender los problemas de todos los municipios”.

“Considero que los municipios circunvecinos siempre apoyan en el territorio, siempre se trata como de apoyarse con los municipios más cercanos; por ejemplo, en la parte de vacunación, por poner un ejemplo, siempre se hacen apoyos con respecto a los biológicos o sea lo que se requiera en cada una de las áreas, en este caso yo que tengo la oportunidad de trabajar con otros municipios si de Xxxxxxxx se requiere algo para Xxxxxxxx siempre la

Secretaría de Salud tiene la disposición y viceversa. En varias oportunidades, incluso, el municipio de XXXXXXXX le ha prestado una unidad móvil que se tiene para jornadas al municipio de XXXXXXXX, entonces siempre hay como esa fluidez con el apoyo con otros municipios, así mismo el municipio de XXXXXXXX, el municipio de las XXXXXXXX siempre estamos prestos a colaborar en lo que se requiera y apoyar el proceso”.

Si bien estas relaciones fueron evidenciadas en todos los casos, en el A se destacó que una limitación para la articulación entre municipios es el interés que existe al interior de cada uno de ellos por mantener las acciones y los recursos que vienen asociados a las actuales competencias de estas entidades territoriales.

Como alternativa para la formalización de estas formas de articulación se señaló la utilidad de considerar una estructura de carácter regional o provincial. La cual se indicó debería estar vinculada a nuevas formas de asignación de recursos que reconozcan los esfuerzos de los municipios que reciben las mayores demandas. Para la secretaría departamental del caso A, una forma de articulación como esta podría traer beneficios en cuanto a facilitar el acompañamiento y el seguimiento a los municipios, lo cual, a su vez, llevaría formas de organización que hicieran más eficiente el trabajo desde esta secretaría.

Acciones

A partir del análisis de las entrevistas se lograron identificar tres aspectos relacionados con las acciones de salud pública: 1) su planeación; 2) el proceso para su contratación e implementación; y 3) su articulación con la generación y uso de evidencia.

En las entrevistas se pudo establecer que hay debilidades en los procesos de planeación de acciones en salud pública y estas no siempre se articulan a los planes territoriales como el de salud y el de desarrollo. Adicionalmente, se señaló que la planeación y desarrollo de estas acciones no necesariamente se corresponde con las características del territorio.

“En los territorios, los procesos de planeación son muy débiles, porque cuando nosotros vamos a mirar, por ejemplo, como nos ocurrió a nosotros en el plan de desarrollo el tema

de salud si usted va a ver las metas y las cosas uno dice, cómo se hizo, cómo las hicieron, eso no va de acuerdo a lo que nosotros estamos planteando, eso no va de acuerdo a lo que nosotros trabajamos, o sea a quien se le ocurrió que, por ejemplo, todas las metas y los indicadores de salud se van a medir durante los cuatro años”.

Siendo el análisis de situación de salud un insumo crítico del proceso de planeación en salud pública, en la indagación sobre este se encontró que su desarrollo y uso era heterogéneo, incluso dentro de los mismos cuatro casos del estudio. En algunas unidades estudiadas la realización este tipo de análisis es contratado a asesores externos a las secretarías de salud y una vez elaborado es poco o nada usado para orientar la toma de decisiones. Siendo, de esta forma, un simple requisito a reportar a la instancia superior, departamento o MSPS, según el nivel de gobierno. Entre las razones mencionadas para esta contratación externa estaban una decisión del alcalde sin clara justificación o la falta de tiempo por parte de los equipos de las secretarías para desarrollar este análisis.

“¡Ah! no, eso es fácil. Yo ya tengo una gente que sabe hacer eso; entonces, hay unos expertos del mismo departamento que incluso han estado en la secretaria de salud y le dicen: ¡venga yo le formulo el PIC, venga yo le hago el ASIS [análisis de situación de salud]!, venga yo le hago, tranquilo; entonces encuentra uno, por ejemplo, ASIS de un municipio con el nombre de otro”.

En otras unidades, sin embargo, independiente de si lo contratan o no, el análisis de situación de salud fue considerado como una herramienta útil para la toma de decisiones. El caso B fue particularmente diferente a los otros casos frente a lo relacionado con estos análisis, en la medida que se evidenció un alto nivel de acompañamiento desde la secretaría departamental y una mayor capacidad de desarrollo de este análisis por parte de los municipios:

“Sabes que, este yo he hechos ASIS, yo he hecho el ASIS, yo he hecho el ASIS de la XXXXXXXXXXXXXXX, yo hecho el ASIS de XXXXXXXXXXXXXXX, hecho el ASIS de XXXXXXXXXXXXXXX, muchos municipios. Todo funciona igual, porque el departamento es quien da las directrices, entonces ya como municipio, nosotros tenemos la responsabilidad de cumplir esa directriz. Ellos son muy exigentes y muy dedicados al momento de solicitarle a los municipios el análisis de la situación en salud, el doctor XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX

es el referente departamental de ASIS, un profesional idóneo, supercomprometido con el proceso es una persona. Entonces, no ha habido inconveniente con ellos, le hace incluso la evaluación al documento haciéndoles asistencia técnica para revisar posibles inconsistencias. Entonces, no tenemos, por lo menos, en el departamento en los municipios que ha acompañado en el proceso no tenemos queja”.

Con respecto a la formulación de estos análisis, una crítica que emergió es que no siempre contaban a nivel territorial con fuentes actualizadas. Por otro lado, los procesos de concertación social no fueron señalados como algo usual, salvo lo reportado en una unidad de análisis del caso C. En otras palabras, pareciera que estos análisis, sin importar quien las elabore, responden más a un proceso institucional, con poca o nula participación social y comunitaria en los casos involucrados en este estudio.

Tal como se señaló para el análisis de situación de salud, en la elaboración del PIC también se evidenció la participación de asesores externos al municipio. Este hallazgo se vincula con lo señalado frente a que este plan, a veces, tampoco es coherente con las realidades locales. En otros casos, sin embargo, se destacó que el proceso de formulación del PIC sí estaba alineado al análisis de situación de salud territorio.

“Nosotros todo lo hacemos con base en el ASIS o sea cualquier decisión que tomemos; por ejemplo, los planes de intervenciones colectivas, yo priorizo los municipios y priorizo las actividades de acuerdo como están ellos o sea como están esos municipios en el ASIS”.

Un asunto que fue recurrente en todos los casos fue la poca oportunidad en la contratación y ejecución de las acciones del PIC. En varias de las unidades de análisis se indicó que esta contratación solía tomar varios meses, con lo cual su ejecución se solía hacer en poco tiempo, afectando su calidad y los resultados que esperaban de las acciones. Estos aspectos podrían explicar las dudas que se plantearon con relación a la efectividad del PIC.

Una razón que se manifestó a estos problemas de contratación oportuna del PIC fue la existencia de prácticas clientelistas. Para el periodo reciente, el retraso en la contratación fue asociado a las restricciones que impuso “la ley de garantías”, lo que llevó a que casi todas las entidades territoriales no hubieran contratado a mayo y junio el PIC del 2022.

“Pues yo hago el PIC en doce meses o en cuatro, multiplico la gente que va a trabajar, porque creen que eso se puede hacer así, creo que es por ahí la cuestión. ¡Sí!, ese desconocimiento es tan grande que hace, termina subestimando las cosas, ya sea porque yo soy como ejecutor que no creo en eso, lo hago muchas veces, lo hago porque no había más trabajo o fue la oportunidad política para hacer algo, o desde este lado, pues como que no hay costos serios, yo creería que, por ejemplo, si eso se costeara bien, sería distinto, pero son unos ejercicios como estimados más bien”.

“Yo sé que hay excepciones, pero pienso que si en el país hicieran un balance en cuanto a cuántos municipios cumplen la temporalidad del de la ejecución del PIC escasamente yo creo que llegamos a un 60 % y el municipio no es la excepción, nosotros hemos tenido muchos inconvenientes, porque pues el PIC, aunque no es la panacea ni es digamos como el fuerte, es... siempre tiene cosas que lo retrasa, que lo retrasa y hace que pues cuando se ejecute, pues sea en muy poco tiempo y pues realmente tampoco es que afecte los indicadores porque no podemos como tener una medida inmediata ¿cierto?, hay cosas que son como a largo plazo, además que se bota mucho a la parte de educación y pues tampoco son digamos resultados a corto plazo, sino que son a mediano y largo plazo”.

Otro aspecto de la contratación y ejecución del PIC en el que hubo divergencias fue que esto se hiciera con las empresas sociales del Estado (ESE). En algunas entidades territoriales la contratación con las ESE se favoreció por las buenas relaciones que tenían con estas empresas o la capacidad técnica de las mismas, y estos contratos fueron considerados una buena forma de fortalecer financieramente a estas entidades. Otras entidades territoriales, sin embargo, vieron como problemática la obligatoriedad de contratación e implementación del PIC a través de las ESE, al considerar que independiente de los resultados de estos procesos, las tenían que seguir contratando al siguiente año.

“Hacemos también toda la logística de la contratación del plan de intervenciones colectivas con la ESE Xxxxxxxx. Tenemos esa ventaja también que tenemos una muy buena estructura, o sea la ESE Xxxxxxxx está muy bien constituida, ha tenido muy buenos gerentes, que no la ha dejado como en otras partes, que de pronto se deteriore, creo que esa es una fortaleza en el municipio, entonces con ellos siempre contratamos todo lo del

plan de intervenciones colectivas. ¡Eh!, donde, pues, abordamos, prácticamente todo el municipio”.

“Otra cosa que nos está matando tiene que ver con el tema de la contratación de las acciones del plan de intervenciones colectivas que nos obligan que tiene que ser con la ESE, pero así con la ESE cumpla o no cumpla, básicamente tenemos que hacerla con ella porque por ejemplo no hay. La única ESE que tiene la mayor capacidad es la del Xxxxxx Xxxxxx y si no contratamos con el Xxxxxx dígame si Xxxxxx con toda la capacidad que tiene se la vamos a dar a Xxxxxx o se la vamos a dar a Xxxxxx o se la vamos a dar a otros municipios más pequeños; claro que no, porque ellos son muchos más pequeños y además la experiencia que tiene el Xxxxxx no es otra entonces y si le quitamos la plata o si lo contratamos con otra entidad entonces lo que hacemos es ver que con todas la situación de recurso que tienen los hospitales, el Xxxxxxxx, entonces también es como si le estuviéramos dando la espalda”.

En cuanto a la implementación de las acciones del PIC también se observó variación entre los casos. Mientras en algunas entidades territoriales esta implementación se centraba en la población urbana, en otras se indicó se hacía un esfuerzo por llegar a las zonas rurales y cubrir los diversos grupos de población que habitaban en el territorio. En cuanto a la participación comunitaria, esta varió de ser muy limitada en algunos casos hasta incluir la participación más activa de las comunidades en los procesos de concertación del plan.

Dentro de las áreas de acción en salud pública, la relacionada con la vigilancia en salud pública (VSP) fue aquella que se señaló había mayor fortaleza, considerando que incluso en algunas entidades territoriales estas se habían fortalecido durante la pandemia de la COVID-19.

“Mire, pues nosotros básicamente somos fuertes en vigilancia solamente, pero necesitamos fortalecer todo lo que son programas las rutas que no hemos trabajado en eso”.

“¡Cierto!, tenemos el reconocimiento del Ministerio, del instituto, porque pues es una tarea que se hace de una forma juiciosa, muy comprometidos con el seguimiento, con la búsqueda de eventos, se garantizan los recursos para que las ESE también puedan cumplir esas tareas a través del tema de la complementariedad y la concurrencia”.

Esta fortaleza en VSP fue explicada por el seguimiento que hace MSPS, porque se consideró como un proceso altamente normado y contaban con talento humano exclusivo para este fin. En cuanto a lo último, a pesar de que la mayor parte de los equipos de VSP estaban conformados principalmente por contratistas, su contratación era usualmente priorizada, si compara con la contratación del talento humano vinculado al desarrollo de otras acciones en salud pública en la entidad territorial.

En la mayor parte de las entidades territoriales involucradas en este estudio, se reconoció que existen espacios o instancias para presentar y discutir la información proveniente de la VSP. Sin embargo, también se identificaron áreas de mejora. En particular, se señaló la necesidad de ir más allá del reporte de casos para que las acciones de vigilancia orienten las acciones en salud pública, de tal forma que se pueda avanzar en un enfoque más analítico, tal cómo se menciona en la siguiente cita:

“Entonces, digamos que la conclusión fue: pasemos de la epidemiología descriptiva a una epidemiología más analítica. Hagamos cosas. ¡Eh! Analicemos a profundidad qué está pasando, pero que el resultado del comité sea un plan y que la próxima vez sea: vamos a conversar sobre este plan”.

Otro aspecto señalado particularmente desde algunas capitales de departamento y de provincia, es que similar a lo mencionado previamente, estas secretarías terminan asumiendo unos roles que no necesariamente tienen establecidos con relación a las acciones de VSP relacionadas con los municipios geográficamente cercanos.

Como se reconoció para otros aspectos, las condiciones estructurales, de tipo económico o de seguridad, también jugaban un papel importante frente al desarrollo de las acciones de VSP, particularmente el caso D, tal como se muestra en estas citas:

“Ir atender un brote que se presenta en el Xxxxx Xxxxxx, en donde me puedo demorar días para llegar allá, en donde humanamente es desgastante en todo llegar allá. Comparado con otras ciudades en donde se van en carro, los carros fletados con todo el equipo, con toda la tecnología y todo, y van y eso está a dos tres horas las más lejos; pues claramente pues ese departamento va tener más oportunidad de respuesta, o sea va a responder en menos tiempo, va a responder de manera más eficiente que un equipo que yo tenga que

mandar de aquí a pasar días enteros; que cuando llega al sitio ya físicamente está desgastado y no quiere pensar en lo que va a hacer porque ya es tanto el cansancio, ¿cierto? Ya es tanto el cansancio y todo lo que sufrió inclusive con presencia de actores ilegales alrededor, que pensar que la muestra la tengo que recolectar, y llevar. No, ¿pero yo cómo hago para llevar esa muestra? No, esa muestra se me daña, acá no hay como congelarla, acá no hay como conservarla. Usted se puede gastar hasta creo que en estos momentos para ir a Xxxxxxx, se están gastando hasta quince millones de pesos. Digamos, irse un equipo por agua allá, es si mando un equipo de tres cuatro; si lo mando con condiciones, o sea por acá en avión mínimamente solo el transporte se está gastando una persona millón quinientos mil. Una persona solo transporte, vaya los viáticos. Entonces, esos son muchos recursos que hay que invertir y de una comunidad lejos, porque una persona se murió, un niño se murió para hacer una investigación, o se murió una materna. A veces no es tan importante, a veces no es tan importante ir a gastar todos esos recursos, y no le digo que no es importante, si no que a veces no se toma como importante hacer eso rutinariamente porque se nos presenta muy frecuente también”.

“Nos damos cuenta de que los niños se mueren cuando ya se murieron, nos damos cuenta de que la gente se está enfermando después de que ya se recuperó, nos damos cuenta de que hay una persona de que se está enfermando de diabetes y de hipertensión la población después de que ya es diagnosticado, entonces algo está fallando”.

Con relación al monitoreo y evaluación en salud pública, y a diferencia de la VSP, estos dos aspectos fueron señalados como débiles por la mayoría de las entidades territoriales involucradas en este estudio. En algunos casos se planteó básicamente la existencia de acciones de monitoreo o actividades muy concretas de auditoría buscando responder a lo normado por el MSPS, incluyendo la consignación de información sobre indicadores en las plataformas existentes para hacer seguimiento desde el nivel local o nacional. También se señaló que en algunas entidades territoriales había desarticulación entre los indicadores y las acciones desarrolladas, al igual que la falta de coherencia entre la ejecución de las acciones y los tiempos de medición de sus efectos en salud pública. La siguiente cita, recoge esta apreciación:

“Pues realmente tampoco es que afecte los indicadores, porque no podemos tener una medida inmediata, ¿cierto?, hay cosas que son como a largo plazo, además que se bota mucho a la parte de educación y pues tampoco son, digamos, resultados a corto plazo, sino que son a mediano y largo plazo, entonces, pues, básicamente es eso”.

Con relación a la generación de conocimiento, es muy poco lo que se hace en este aspecto en las entidades territoriales que hicieron parte de este estudio, particularmente en los casos B y C. En los casos que se mencionó, este trabajo estuvo vinculado principalmente a los equipos de VPS o fue llevado a cabo por funcionarios de estos equipos u otras áreas que tenían interés particular en el tema a investigar. Como una alternativa para superar esta debilidad, desde las entidades territoriales señalaron la necesidad de fortalecer alianzas particularmente con universidades, destacando la necesidad de descentralizar estos procesos de generación de conocimiento.

“Entonces, de pronto si nos gustaría esa parte que de pronto las instituciones educativas nos apoyen con la parte de proyectos de investigación que puedan generar un impacto en la comunidad. Aquí se han acercado. El año pasado contamos con la visita de la Universidad Xxxxxxxxxxxxxx, ellos tenían pendiente de realizar un tema de un abordaje con la postpandemia, pero finalmente pues luego de la reunión no se dio, quedó ahí. Y sí, de pronto nos gustaría que esos profesionales que componen o que hacen parte de estas instituciones también se interesen por estos municipios que están bastante, de pronto, alejados de la región central, de pronto Bogotá, que es donde funciona todos los entes, porque también pues hacemos parte importante de todos los procesos en salud”.

En términos de uso y apropiación de evidencia en el marco del desarrollo de capacidades, se señaló que esto se dio principalmente a través de la asistencia técnica o capacitaciones que reciben de MSPS o de las secretarías departamentales de salud.

“El talento humano de planta, o sea, es un talento humano que viene muchos años y años, y tras año se han capacitado con el ministerio”.

Recursos

En los cuatro casos se hizo alusión a que la rotación continua del talento humano y su déficit afectaba el desarrollo de capacidades y el cumplimiento de acciones en salud pública.

“Entonces es una de las grandes debilidades. Los municipios no cuentan con el personal, no cuentan con unos recursos y hay algunos que, si son muy estudiosos, hay otros que la formación tampoco la tiene como muy actualizada, entonces nosotros sí estamos como muy pendientes algunas dimensiones más que otras”.

“Entonces nosotros tenemos gente desde hace diez años por orden de prestación de servicio, entonces se conocen la dinámica, pero en los municipios los cambian cada dos meses en los municipios, entonces cada dos meses cuando ya tenemos la persona formada que ya está capacitada ya nos lo cambian”.

“Yo debería tener un equipo para este municipio, por lo menos unas veinticinco personas, que realmente me ayuden a llegar a cada rincón y hasta más, digamos que en salud uno nunca tiene una cifra exacta de personas que lo puedan a uno acompañar en un equipo que nos ayude a impactar y a poder minimizar cada uno de los eventos en salud pública que se presentan, pero trece personas, a veces, sí nos vemos bastante cortos con la cantidad de población que tenemos”.

La alta rotación se da porque la mayor parte del talento humano en salud pública tiene vinculación a través de contratos de prestación de servicios. Esta vinculación laboral se consideró que no proporcionaba condiciones dignas para el desarrollo de sus funciones.

Asimismo, los contratos por prestación de servicios tenían en todos los casos una periodicidad menor a un año y la contratación no se efectuaba en todas las entidades territoriales durante el primer trimestre del año, culminando en la mayoría de los casos en noviembre; lo anterior generaba una pausa en las acciones. De manera muy enfática el caso D se indicó que cuando se terminaba el contrato, la continuidad de las acciones obedecía a que el talento humano a cargo de estas las desarrollaba sin recibir ningún tipo de remuneración económica.

“Se limitada la respuesta, muchos de los profesionales que vienen contratando lo que hacen es que continúan habiendo una labor digamos social”.

La contratación del talento humano en salud pública también se ve afectada por aspectos normativos, incluyendo las limitaciones que impone la ley de garantías o las restricciones frente al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

“Estamos en ley de garantías y a mi equipo todo se le termina el contrato el viernes, o sea pasado mañana, entonces yo tengo los recursos de SGP, hay SGP de la inversión y hay SGP de destinación específica, pero tengo ochenta y cinco millones de pesos en el recurso de destinación específica que va exclusivamente para talento humano en salud, pero si tengo otros veinticinco en inversión no los puedo coger para ayudar que todo el equipo quede completo y poderlo contratar completo, porque no lo puedo usar para recurso humano. Entonces, digamos que debería ser en estos momentos que estamos en ley de garantías, debería haber alguna clase de flexibilización en la forma de uno ejecutar esos recursos”.

En la mayoría de los casos, durante el proceso de contratación se prioriza al área de vigilancia en salud pública, seguida por otras dimensiones. Adicional, según lo reportado en las entrevistas hay inconsistencia entre la remuneración salarial y la carga laboral, ya que la compensación económica que recibe el talento humano en salud pública no se corresponde con las responsabilidades que desempeña, lo cual se vinculó en una de las entrevistas a un mayor riesgo de corrupción.

“Vigilancia de salud pública aquí tiene una fortaleza y es que siempre ha sido manejada por un profesional muy competente, que tiene, pues, también un grupo de profesionales que ha permitido, que, por ejemplo, en vigilancia nos vaya bien”.

Los problemas vinculados a la contratación oportuna del talento humano fueron vinculados a prácticas clientelistas o fallas en la gestión administrativa. Si bien en algunas entidades territoriales se garantiza la continuidad del talento humano con contrato de prestación de servicios, esto obedece principalmente a las buenas relaciones de quienes están a cargo de las secretarías de salud con los mandatarios locales. Para quienes reportaron que esta contratación fue oportuna, esto también se explicó por haber logrado sensibilizar a las

oficinas de contratación o de personal de la entidad territorial sobre la importancia de contar con el talento humano en salud pública. Lo anterior se evidencia en las siguientes citas:

“En este gobierno los referentes que son de contrato y casi diría yo casi 95 % del personal de contrato lleva los dos años que lleva el gobierno, no ha existido un cambio que nos permita quizás alguna, no sé, cómo algún tropiezo en lo que es el proceso porque, pues, se ha mantenido el personal sin ningún problema, la persona que inició con el gobierno hasta el momento lo tenemos aún en ese mismo en esa misma responsabilidad y con ese mismo contrato”.

“Y también contratarlo lo más ligero posible, porque ustedes saben ¡eh! al cambio de año también, muchas veces, se demoran, o se para que las contrataciones, los están contratando en marzo, aquí afortunadamente en el tiempo que he tenido, los hemos logrado contratar, generalmente los priorizan en contratación de personal y en enero y febrero ya los tenemos contratados”.

La falta de estabilidad laboral también se asoció a una menor motivación del personal y una sensación de incertidumbre, y a tener duplicidad de empleos, tal como se manifestó en uno de los casos:

“Y mire que, explicando un poquito más allá la motivación del personal, mantener el personal motivado, que va con lo mismo de la permanencia. Resulta que aquí se vive una sensación de inestabilidad laboral, entonces tú no sabes cuánto tiempo vas a tener contrato, los salarios no son muy buenos. Los salarios tampoco, entonces te obliga a vos tener siempre en la mira otras oportunidades de trabajo; entonces tenés varios empleos, uno porque necesitas cubrir tus necesidades, mantener un salario adecuado para vivir y dos por que como no sabes si aquí te vas a quedar sin empleo entonces tenés otros empleos que te garanticen que no vas a estar cierto tiempo sin trabajo entonces esto también, la modalidad y la finalidad con la que se contrata hace que el profesional no sienta la motivación ni el interés de estar desarrollando sus actividades”.

En algunos casos los secretarios o coordinadores de salud cuentan con poca autonomía en la selección del talento humano en salud pública. Otro problema que fue identificado es que especialmente en los municipios más pequeños las responsabilidades de secretario o director de salud está asignada a un profesional con poco conocimiento o experiencia en salud pública y quien asume adicionalmente responsabilidades en otros sectores. En cuanto al resto de personal que labora en salud pública también se evidenció que no siempre este cuenta con el perfil requerido para cumplir con estas funciones, tal como se evidencia en lo reportado en uno de los casos:

“Entonces, a veces, uno llega a estos cargos como este es un municipio de sexta categoría se escogen personas que de pronto no tienen el perfil idóneo si, si es salud pública debería de haber alguien que supiera de salud pública como tal, ¿cierto?, pero le toca a uno aprender”.

La pandemia de COVID-19 evidenció las necesidades de talento humano para el desarrollo de acciones en salud pública. Sin embargo, los municipios que no son capitales de departamento enfrentaron una escasez de recurso humano mayor, lo cual dificultó el desarrollo de acciones; además, el poco personal con el que cuentan, no tiene experiencia y se enfrentan a una alta carga laboral, debido al desarrollo de funciones propias y de otros sectores como cultura, deporte, entre otros, sumado a la alta inestabilidad laboral. Por ello, algunos mencionaron que, con la disponibilidad del talento humano suficiente, podrían dar cumplimiento a múltiples acciones en salud pública que actualmente son limitadas y habría una mejor coordinación con el departamento y el resto de los municipios.

En las entidades territoriales en las que se presentó aumento del talento humano, esto se debió principalmente a la pandemia generada por el COVID-19 y en menor medida al cambio de categoría del municipio. Sin embargo, este aumento en el número del talento humano ha generado dificultades, ya que no cuentan con la infraestructura para garantizar condiciones de trabajo adecuadas.

“Otra cosa, mire que nosotros estamos acá y es incierto porque el secretario nos sacó porque crecimos, pero estamos inciertos donde es que vamos a quedar porque allá en la alcaldía ya no cabemos, se pensaba construir una sede ya en otra parte, pero ahorita ya es incierto dónde vamos a quedar”.

Por otro lado, se evidenció que los entes territoriales estudiados no tienen estructurados mecanismos de evaluación que den cuenta del desempeño o gestión del talento humano; en el caso del personal de planta en pocos casos se realiza un proceso de evaluación y este se basa en lo definido por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Por último, uno de los mayores retos en el desarrollo de las funciones en salud pública radica en la formación del talento humano, ya que se requiere una formación que vaya más allá de la visión clínica o asistencial, y que esté orientada hacia los determinantes sociales de la salud, lo cual contribuya a la gestión y articulación, al igual que compromiso por parte del personal.

Respecto a recursos financieros, el dinero destinado para el desarrollo de las acciones en salud pública en todos los casos son recursos provenientes del SGP, en pocos casos se destinan recursos propios para estas acciones, ya que la asignación de recursos propios se ve limitada por aspectos como: i) bajo recaudo a nivel local, lo cual dificulta la destinación de recursos para otras áreas; y ii) en algunas ocasiones la voluntad política del gobierno de turno limita o facilita la asignación de recursos propios para el desarrollo de acciones en salud pública. En otros casos, los recursos de SGP se complementan con recursos de estampillas de licores o recursos provenientes de regalías, los cuales son destinados para fines específicos como, por ejemplo, programas de salud mental.

“A veces el tema del plan de intervenciones colectivas es el recurso, porque, a veces, tenemos recursos de SGP muy poco y digamos que es un esfuerzo muy grande, digamos que estructurar un proceso por cien millones de pesos, entonces pues aquí siempre nos hemos dado a la lucha para que la alcaldesa nos dé más recursos propios para poder fortalecer el PIC”.

“Solamente con los recursos de SGP, alguna que otra cosita de recursos propios no es mucho, pero sí, a veces, conseguimos en unas vigencias más en otras menos de recursos propios”.

Por otro lado, se evidenció un consenso entre los casos respecto al hecho de que los recursos destinados para el desarrollo de las acciones de salud pública son limitados o insuficientes, lo cual influye directamente en la contratación del talento humano, limitando la vinculación del personal considerado idóneo para la ejecución de acciones. De igual manera, un aspecto relevante de este radica en que algunos casos consideran que los recursos son inconsistentes con el contexto y necesidades de cada territorio, generando que el gasto en salud pública varíe en cada ente territorial y limite el desarrollo efectivo de acciones en salud pública. Frente a esto se destacó que hay una inconsistencia entre los recursos asignados y las exigencias normativas en salud pública que les son realizadas.

“Entonces nosotros tenemos una capacidad muy reducida de hacer un ejercicio correcto de vigilancia epidemiológica porque terminamos haciéndolo prácticamente en condiciones de mendicidad”.

Sin embargo, aunque los casos son enfáticos en la limitación de los recursos para el desarrollo efectivo de las funciones en salud pública, también reconocen que en algunos casos el problema no radica en la falta de recursos sino en la mala ejecución de estos. Es así, como algunos casos indican que la ejecución de los recursos del PIC se realiza de forma parcial, aunque los soportes entregados informen lo contrario.

Ahora bien, la pandemia del COVID-19 generó el incremento de los recursos, de igual manera favoreció la continuidad del talento humano y la gestión del riesgo que usualmente se ve limitada por la carencia de recursos financieros.

Por último, algunos casos coinciden en que la articulación sectorial es una herramienta que facilita la ejecución de acciones mediante la utilización de recursos de diferentes sectores en el desarrollo de intervenciones que inciden en salud pública. Sin

embargo, continúa haciendo falta la generación de fuentes de recursos para fortalecer la investigación en salud pública, al igual que fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Análisis documental

Luego de realizar la extracción de información de los doce planes territoriales de salud (PTS) de la totalidad de las unidades de análisis de los casos estudiados se encontró que apuntan principalmente al cumplimiento de tres de las dimensiones que conforman el documento de reforma de las FESP (2): i) evaluación; ii) desarrollo de políticas; y iii) acceso.

Evaluación

La dimensión de evaluación aborda funciones que buscan valorar y monitorear el estado de salud de la población. Además, por medio de esta se busca vigilar e identificar los factores asociados a las fallas o mala calidad de la salud, al igual que las inequidades en salud de la población, para proporcionar a través de la vigilancia, el control, la gestión del riesgo e investigación, la evidencia y conocimiento necesario, para que los entes rectores o las instituciones responsables, desarrollen acciones oportunas y eficaces para su mejoramiento (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En este sentido, los planes territoriales de salud revisados establecían objetivos estratégicos y/o metas, que apuntaban al desarrollo de dos de las tres funciones que hacen parte de esta dimensión: FESP 1: monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud; y FESP 2: vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.

La FESP 1 establecía una serie de acciones para que los entes territoriales aseguraran la disponibilidad, análisis y uso de información sobre el estado de salud y bienestar de la población; al igual que garantizaran la equidad en relación con la salud, los determinantes sociales y fortalecieran la capacidad de respuesta del sistema y las acciones colectivas e individuales en salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Al respecto,

en el caso D realizaron un abordaje de esta función dentro de las metas y objetivos planteados en sus PTS. Para ello propusieron aumentar la capacidad resolutoria del ente territorial con articulación interinstitucional e intersectorial que avance en el goce efectivo de los derechos en salud de su población, con acciones de inspección, vigilancia y control a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), dando cumplimiento a las competencias normativas.

La FESP 2 establece el fortalecimiento que se debe realizar de las capacidades institucionales y de la autoridad sanitaria para que puedan garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, las emergencias y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, la salud mental y lesiones, entre otros temas (Organización Panamericana de la Salud, 2020). En este sentido, los PTS del caso A desde su nivel departamental, buscaban trabajar en esta función mediante el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en la aplicación de sus competencias en inspección, vigilancia y control, en los programas que contribuyeran a disminuir la morbimortalidad por enfermedades evitables y a controlar los riesgos que ocasionan las enfermedades crónicas en el departamento.

Para el desarrollo de esta función el caso D, a nivel municipal, estableció como meta en su PTS fortalecer el sistema de información y vigilancia en salud pública, al igual que prevenir, vigilar y controlar las enfermedades transmisibles por animales vertebrados, como: encefalitis, rabia, leptospirosis, brucelosis y toxoplasmosis. Además, planteó implementar el plan de emergencias y desastres, y prevenir, vigilar y controlar las enfermedades no transmisibles en el municipio.

Desarrollo de políticas

Esta dimensión se orienta a las capacidades técnicas para la formulación de políticas de salud a nivel poblacional, con un enfoque hacia intervenciones que abordan las causas de la mala salud y el fortalecimiento del sistema. Adicionalmente, en esta se incluyen las capacidades para asegurar mecanismos de participación de actores claves y rendición de cuentas, que den

viabilidad a la implementación de estrategias para fortalecer el sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para ello, los planes territoriales de salud estudiados abordaban las dos funciones esenciales que conforman esta dimensión. Por un lado, la FESP 4, referente a la formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población, la cual comprende dos componentes: i) el desarrollo de capacidades de la autoridad sanitaria para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población; ii) el fortalecimiento de su influencia sobre la producción legislativa que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020). En este sentido, dentro de las metas y objetivos estratégicos del PTS, el caso C, desde su nivel departamental, buscaba cumplir esta función mediante el fortalecimiento de los procesos de planeación integral y de ejecución de planes, programas, estrategias y acciones bajo criterios de calidad, integralidad, continuidad y oportunidad, orientados a lograr la reducción de las inequidades y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud. A su vez, la capital en el caso D buscaba abordar esta función a través de la implementación de políticas que aborden los problemas de salud de su población, para ello se plantean cumplir con los lineamientos como ente rector de la salud del municipio.

De otra parte, la FESP 5 concerniente a la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia; comprende una serie de acciones colectivas de actores sociales con capacidades, habilidades y oportunidades para identificar problemas y necesidades en salud. Además, la forma en que la sociedad civil y la comunidad trabajan de forma mancomunada, intervienen e influyen para el control, gestión y fiscalización de las instituciones y el sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Al respecto, todos los casos objeto de estudio, desde alguno de sus niveles, plantearon en sus planes territoriales objetivos estratégicos y/o metas que buscaban trabajar en el desarrollo de esta función: i) desarrollo y fortalecimiento de la transectorialidad, y acciones intersectoriales con respuestas oportunas y eficientes para lograr reducir riesgos en salud y

garantizar mejores condiciones de salud en la población del municipio; ii) afianzar los estilos de vida saludables a partir de la promoción de buenas prácticas de cuidado de la salud en los diferentes cursos de vida y entornos del ser humano, a través de la articulación intersectorial y la oferta de una agenda permanente de actividades de deporte, recreación y cultura; iii) fomentar espacios de construcción transectorial y comunitaria, y programas para la promoción de la salud mental y la convivencia social; iv) mejorar las condiciones de salud de la población mediante la gestión articulada de actores sectoriales, transectoriales, institucionales y comunitarios liderados por la entidad territorial para la obtención de logros y resultados en la salud de las personas, familias y comunidades, reconociendo la diversidad poblacional, demográfica y epidemiológica, el curso de vida, los entornos y el enfoque diferencial y de derechos; v) fortalecer la gestión intersectorial para el abordaje integral de los factores de riesgo en el marco de la política de atención integral en salud, buscando la participación de los sectores relacionados con los determinantes de la salud para la gestión de la salud municipal; vi) realizar acciones tendientes a aumentar la capacidad de gestión, participación y articulación de los diferentes actores estatales, privados, públicos y comunitarios para favorecer la generación de entornos protectores para la salud mental y la convivencia, la exigibilidad de los derechos, con equidad y enfoque diferencial; vii) fortalecer las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, para el logro de los objetivos planteados.

Acceso

En gran medida los planes territoriales de salud revisados buscaban garantizar el acceso equitativo de su población a servicios de salud integrales y de calidad, lo cual responde al derecho fundamental a la salud. Todos los casos objeto de estudio desde sus diferentes niveles (departamental, capital, municipal), establecieron en sus planes territoriales objetivos estratégicos y metas que propendían por el desarrollo de las tres funciones que conforman esta dimensión.

Así, la FESP 9 referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, corresponde a intervenciones de salud pública de tipo individual que abarcan tanto la prevención primaria de protección específica, los programas de prevención secundaria

(tamizaje) y terciaria (rehabilitación) como los cuidados de atención individual y las intervenciones multisectoriales y comunitarias que habitualmente se gestionan desde los establecimientos de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En este sentido, para el cumplimiento de esta función los PTS se establecieron metas que buscaban:

- Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud involucrando a los actores del sistema de seguridad social, para la superación de barreras de acceso a los servicios de salud, formación y entrenamiento del personal y mejoramiento de la infraestructura de salud, garantizando atención integral a sus ciudadanos y reduciendo morbilidad y mortalidad por causas evitables.
- Fortalecer la autoridad sanitaria en el cumplimiento de sus funciones frente al aseguramiento y la prestación de servicios de salud, control de factores del medio ambiente y acciones de salud pública orientadas a mejorar el nivel de satisfacción del ciudadano.
- Garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias, un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación. De igual manera, se plantean como meta controlar que las EPS del municipio garanticen el acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad.
- Garantizar el aseguramiento y acceso de las personas a los servicios de salud integrales, integrados y continuos con calidad, eficiencia y humanización, mediante la implementación de acciones coordinadas de la autoridad sanitaria y con los diferentes actores del sistema en el marco de sus competencias legales con suficiencia de oferta de servicios, red hospitalaria modernizada, acciones, gestión y promoción de la salud y acorde con las necesidades en salud de la población.
- Fortalecer la gestión de la autoridad sanitaria y la garantía del derecho a la salud de la población con cero tolerancias frente a la morbimortalidad y discapacidad evitables, generando capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad intervengan y modifiquen los determinantes sociales de la salud.

- Gestionar la mejora de la prestación adecuada de servicios individuales, en condiciones de suficiencia, calidad y oportunidad, y la ampliación de la red pública en sitios estratégicos del municipio tanto en el área urbana como en la rural.
- Garantizar a la población el acceso a los servicios de salud con oportunidad, utilizando los mecanismos y tecnologías de seguimiento y monitoreo propios de las competencias territoriales municipales en salud.
- Garantizar la adopción del modelo de atención integral en salud en el municipio, con la implementación de las rutas integrales de salud materno perinatal y de promoción y mantenimiento de la salud.
- Garantizar la calidad, oportunidad y accesibilidad a la prestación de servicios de salud del SGSSS y el aseguramiento de la población pobre no asegurada, logrando la satisfacción de los usuarios y promoviendo la gestión del riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de personas, colectividades y el ambiente.
- Fortalecer la infraestructura y dotación médica de la ESE especialmente en la zona rural; para disminuir los indicadores de embarazo adolescente, mortalidad materna y perinatal, y enfermedades crónicas y nutricionales.
- Garantizar la autoridad sanitaria sin diferencias en el acceso, uso y calidad en la atención de los servicios de salud población, y disminuir la morbilidad y mortalidad evitable en todo el municipio.

De otra parte, la FESP 10, concerniente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables, incluye las intervenciones destinadas a la protección de la salud, que corresponden a intervenciones de salud pública de tipo colectivo que buscan reducir factores de riesgo y crear entornos saludables (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Los planes territoriales revisados establecen diferentes objetivos y metas que buscan trabajar en el desarrollo de esta función, siendo estos:

- Promover modos de vida y estilos de vida saludables que contrarresten las prácticas culturales basadas en el paternalismo, la cultura de la pobreza, el machismo; así como

también reducir la pobreza, disminuir el maltrato a la mujer y garantizar la seguridad alimentaria en la población más vulnerable.

- Fortalecimiento de la política pública ambiental, con la cual buscan disminuir indicadores de riesgo para la salud relacionados con factores ambientales y mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales de la población. Adicional, el PTS aborda esta función mediante apropiación y reconocimiento de la cultura ciudadana como estrategia para la promoción de estilos de vida saludables, impactando en el tejido social, desarrollo humano y morbimortalidad evitable.
- Establecer estrategias que permitan garantizar las condiciones necesarias para la afiliación de toda su población al SGSSS, mediante la gestión y orientación para el acceso efectivo a los servicios con calidad y oportunidad basándose en las normas reglamentadas de orden nacional, departamental y municipal.
- Mejorar las condiciones de salud de su población, impactando positivamente los indicadores a través de las acciones y estrategias, en articulación con los actores sectoriales y transectoriales que permitan la disminución de la morbilidad y mortalidad evitable en el territorio.
- Implementar acciones que fortalezcan la seguridad alimentaria y fomenten hábitos y estilos de vida saludables, con el fin de prevenir muertes evitables en el territorio, a través de alianzas estratégicas.
- Promoción de estrategias conductuales para el fomento de la cultura, los estilos de vida, la atención y adaptación al entorno social de la población víctima del conflicto armado y la población con discapacidad, que permita disminuir los indicadores de morbimortalidad del municipio.
- Garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición en el municipio, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos, y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.
- Implementar y fortalecer estrategias y acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo colectivo, con enfoque de determinantes y atención a las poblaciones vulnerables, incentivando la adopción de hábitos y estilos de vida saludables dirigidos a recuperar y mejorar las condiciones de salud en las diferentes etapas vitales y

ámbitos de vida cotidiana, con atención a las poblaciones vulnerables y el reconocimiento de las diferencias.

- Generar, en las comunidades e individuos del municipio, capacidades para asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, mejoren las condiciones de su entorno y logren el desarrollo del autocuidado y cultura de la salud.
- Promover el trabajo articulado con actores del sector ambiental y actores comunitarios para incidir sobre los determinantes ambientales, con el fin de disminuir los factores de riesgo ambiental presentes en el territorio y avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes del municipio.
- Promover hábitos y estilos de vida saludables, factores protectores en salud mental y reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos en la población.

Por último, la FESP 11, referente a la gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, incluye iniciativas intersectoriales que están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud. Además, está enfocada en el abordaje de los determinantes sociales de la salud como, reducción de la pobreza, mejoras en la educación, la calidad de los vecindarios, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Los PTS de todos los casos de estudio establecieron diferentes estrategias que buscaban incidir en el desarrollo de esta función. Es importante mencionar que algunas de estas estrategias eran transversales a las dimensiones ya mencionadas:

- Mejorar las condiciones de pobreza rural y urbana marginal relacionada con deficientes condiciones sanitarias, carencia de empleo y situaciones no favorables en ambientes laborales y educativos que aún no responden a las necesidades de las personas, lo cual genera condiciones vulnerables para maltrato, deficiencias en nutrición y enfermedades transmisibles, afectando las condiciones de vida de estos habitantes.
- Mejorar y crear infraestructura vial con el fin de garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, educación, deporte, cultura, turismo y a la generación de cadenas productoras que faciliten la comercialización de productos agrícolas, mineros,

ganaderos y de construcción para reducir las condiciones de pobreza en el área rural y mitigar la carga de enfermedad asociada a mortalidad materno infantil, y morbimortalidad por causas evitables.

- Promover la salud con la implementación de políticas públicas, estrategias de prevención y atención integral de forma intersectorial con enfoque de determinantes sociales y equidad.
- Mejorar el nivel sanitario del territorio rural y urbano a través de mejores infraestructuras, saneamiento, transporte, conectividad, producción e industrialización que redunde en la calidad de vida y salud de la población, permitiendo recuperar la confianza en las instituciones y fortaleciendo la gobernanza.
- Mejorar las condiciones sanitarias y ambientales, para el aumento de la calidad y cobertura de los servicios públicos y la calidad de vida y acceso a los servicios de salud de los habitantes.
- Mejorar la calidad de agua y el manejo de los residuos sólidos y líquidos.
- Gestionar la atención prioritaria y transectorial a las necesidades ambientales y sanitarias existentes en el municipio, propendiendo por la modificación positiva de los determinantes sociales y la vinculación y gestión comunitaria e institucional para el desarrollo de planes estratégicos y el empoderamiento de la población para la modificación de su entorno y la disminución de los riesgos y el autocuidado de la salud.
- Mejorar el desarrollo integral de la población, con la optimización y el acceso a los servicios integrales de educación, agua potable, recreación y deporte, así como a la seguridad alimentaria mediante procesos de autogestión, oferta institucional, desarrollo humano y económico de manera amigable y sostenible con el medio ambiente.
- Proteger la integridad de la salud de los habitantes en la medida en que el desarrollo social y el desarrollo sostenible se complementen en un proceso consciente de mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes del municipio sin comprometer o deteriorar el medio ambiente y/o los recursos naturales forestales, faunísticos e hídricos del territorio.

- Actuar sobre los determinantes que contribuyen al uso pleno y de manera colectiva de los bienes y servicios del sistema departamental de salud, alrededor de los cuales, los ciudadanos tienen derecho a servirse, y que permiten garantizar la vida sana.
- Generar alianzas estratégicas que permitan incidir sobre los determinantes sociales de la salud para favorecer el acceso de toda la población a servicios sociales y de salud.
- Promover el mejoramiento de la convivencia social a través de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que favorezcan la afectación positiva de los determinantes sociales y que incidan en el mejoramiento de las condiciones de vida de los pobladores.
- Fortalecer el acceso al agua potable de la zona corregimental y el abastecimiento periódico de agua, así como la respuesta a emergencias y desastres, y la gestión para la disminución del déficit cualitativo de vivienda, para favorecer los indicadores de morbilidad y mortalidad por enfermedades hídricas, respiratorias y transmisibles.
- Mejorar los resultados de calidad de las instituciones educativas públicas; los estímulos a gestores, creadores y trabajadores y organizaciones culturales; la programación recreativa y deportiva en sectores vulnerables; y la gestión para la disminución de las condiciones de pobreza y miseria.
- Aumentar la respuesta institucional y las fortalezas en la protección de la población de los impactos ocasionados por el sector económico, tales como el desempleo y la informalidad laboral, y mejorar las situaciones de riesgo por depresión y comportamientos sociales.
- Impactar positivamente los atenuantes ambientales, sanitarios y la conectividad en las zonas rurales y urbana del municipio. Al igual que proveer oportunidades de educación, recreación, deporte y cultura para crear corresponsabilidad social.

Como síntesis de este análisis documental se puede indicar que los planes territoriales de salud de los casos de estudio planteaban una serie de objetivos estratégicos y metas, en los cuales se abordaban tres de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP: evaluación, desarrollo de políticas y acceso (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Se pudo observar que, de las tres dimensiones, los PTS de todos los casos se enfocaban en mayor medida en el desarrollo de acciones para el acceso, buscando garantizar: i) intervenciones de salud pública de tipo individual que permitan el acceso de la población a los servicios de salud, abarcando la prevención primaria de protección específica, la prevención secundaria y terciaria; ii) acciones colectivas que permitan el acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; iii) intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. En todos los casos, el mayor porcentaje de sus objetivos estratégicos o metas apuntaba al desarrollo de estas funciones. En contraste, en menor medida, se observaron acciones de evaluación y las plasmadas estuvieron enfocadas en gran parte a las acciones de vigilancia en salud pública.

En el marco de las funciones que conforman cada dimensión abordada, a los entes territoriales les hace falta contemplar y formular en sus planes territoriales de salud acciones que fortalezcan: i) las capacidades de rectoría en salud para implementar procesos de monitoreo y evaluación; ii) la investigación y gestión del conocimiento, como una medida que contribuye al fortalecimiento de la salud pública y el sistema de salud; iii) la capacidad técnica para la formulación de políticas, planes y programas que aborden los problemas de salud que afectan a su población.

Ahora bien, un aspecto que no está contemplado de manera explícita en las cuatro grandes dimensiones del documento de reforma de las FESP, y en las once funciones que las conforman, es la gobernanza en salud. Al respecto, se encontró en los PTS del caso A, desde su nivel departamental y capital, al igual que en el caso C, desde su nivel departamental, acciones tendientes a fortalecer la gobernanza, la cual consideran se ve afectada por el bajo impacto de las acciones, entidades ineficientes y poca credibilidad en las instituciones del Estado. Además, en el marco de esta línea se plantean mejorar las condiciones de gobernabilidad para evitar que el conflicto de intereses y malas prácticas de gobierno afecten el desarrollo de sus competencias sociales. Al igual que fortalecer la gobernanza en salud a

través de diferentes procesos de gestión de la salud pública y la implementación de un modelo de acción integral territorial que garantice la atención en salud en un marco de derecho.

Por último, se observó que ninguno de los planes territoriales de salud establecía entre sus metas acciones que permitieran el desarrollo de las funciones que conforman la dimensión “asignación de recursos”, teniendo en cuenta que una de sus funciones busca el desarrollo de recursos humanos para la salud, la cual es una función que reflejo grandes problemáticas en las entrevistas realizadas a cada caso. Lo anterior, permite evidenciar una gran inconsistencia entre los problemas ya identificados por los entes territoriales y las inversiones que realizan para la intervención de estos.

Conclusiones

- Las condiciones actuales de contexto, estructura, competencias, talento humano, financiación y normatividad en salud pública no son lo suficiente apropiadas para garantizar las capacidades y el desempeño que se requiere en el nivel subnacional para el desarrollo de las FESP, tal como han sido previstas por la OPS, y, por ende, para el logro de mejores resultados en salud pública. Los resultados del estudio de caso múltiple también sugieren que el desarrollo de estas funciones es altamente desigual, con un mayor énfasis en lo referido a la VSP y una muy débil capacidad y desempeño frente a la generación de conocimiento y evaluación en salud pública. No obstante, lo crítico que resulta la situación del talento humano en salud pública, llama la atención su poco desarrollo en los PTS.
- El fortalecimiento de las capacidades y desempeño de las FESP, buscando tener mejores resultados en salud a nivel territorial, debe considerar que no se trata de realizar solamente cambios a nivel organizacional o del talento humano en salud pública, sino que existen realidades del contexto que condicionan dicho fortalecimiento, lo cual exige como mínimo ajustar cualquier intervención en este campo a las condiciones diferenciales que experimenta cada territorio en lo social, económico y político, a la vez que a revisar cuáles son las funciones básicas que debería desarrollar cualquier entidad territorial.

- Hay una necesidad de revisar las relaciones que para efectos de la salud pública históricamente se han mantenido entre la nación y los territorios, partiendo del reconocimiento de las divergencias en las realidades de país y la necesidad de profundizar en la descentralización y autonomía territorial, sin desconocer el aporte que desde el nivel nacional se debe garantizar para que las diferentes entidades territoriales mejoren su capacidad, desempeño y resultados en salud pública. Esto plantea considerar ajustes en las competencias, la distribución de recursos y los mecanismos de relación entre nación y territorio, al igual que dentro de los niveles de gobierno a nivel subnacional.
- Debe haber una simplificación de la normatividad en salud pública, que debe basarse en un trabajo conjunto entre la nación y los territorios, buscando que esta sea coherente con las realidades de los diferentes niveles de gobierno, basada en la evidencia y orientada a alcanzar los procesos, impactos y resultados esperados en salud pública.
- Dados las diversas tensiones que se pudieron evidenciar con relación a las competencias en salud pública dentro las entidades territoriales resulta relevante que estas sean revisadas y actualizadas para responder condiciones de contexto compartidas entre territorios y a favorecer la adecuada coordinación, complementariedad y subsidiaridad, al igual que una adecuada gestión y uso de los recursos con los que cuenta cada uno de los niveles de gobierno a nivel subnacional. La revisión de estas competencias debe reconocer y fomentar las diversas formas de relación colaborativa que se han venido estructurando entre entidades territoriales.
- A partir de la actualización de competencias, es necesario avanzar en la estructuración de nuevas formas de gobernanza basadas en relaciones más horizontales entre los actores que promuevan la participación social y comunitaria en la gestión de salud pública y fortalezcan el rol de rectoría de las entidades territoriales.
- En el marco de la revisión de las competencias de las entidades territoriales es necesario garantizar un proceso de fortalecimiento de largo plazo de estas frente a sus capacidades y desempeño de la gestión en la salud pública, considerando los hallazgos de este estudio en cuanto a divergencias en la elaboración y uso de los

análisis de situación de salud y la planeación, implementación, monitoreo y evaluación de acciones en salud pública.

- Como parte de la revisión de procesos contractuales a través de los cuales se concretan las condiciones para la gestión de la salud en pública es necesario considerar modificaciones de fondo a la contratación del talento humano, buscando suprimir la discontinuidad de su vinculación, la falta de garantías laborales y los problemas de motivación y ausencia de incentivos. Desde el punto de vista contractual también es necesario plantear modificaciones que lleven a una oportuna contratación del PIC y generar los incentivos adecuados con relación a esto. Es también necesario atender los problemas señalados frente a la contratación exclusiva con las ESE, aun cuando no se cumplan las condiciones para su adecuado cumplimiento y calidad.
- Con relación al financiamiento, es necesario entrar a revisar de manera profunda el mecanismo de asignación de recursos para la salud pública vía Sistema General de Participaciones. Esta revisión debe estar alineada con los ajustes en las competencias y la definición de nuevas formas de articulación territorial para la gestión de la salud pública.

2. Modelo integral de capacidades y desempeño en salud pública en el territorio

2.1 Justificación del modelo

La evidencia generada en este proyecto a partir de la revisión exploratoria, la revisión normativa, el estudio de casos múltiples y el análisis georreferenciado del gasto en salud pública en Colombia, llevó a plantear un modelo orientado a mejorar de forma integral las capacidades y el desempeño en salud pública en Colombia. De manera específica, este modelo se enmarca dentro la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nivel poblacional.

Este modelo reconoce que, como se indicó en la revisión exploratoria, la región de las Américas ha avanzado conceptual y operativamente en el desarrollo de las FESP. Sin embargo, cada país debe reconocer sus propias realidades para orientar el funcionamiento óptimo de la salud pública a nivel nacional y subnacional. A partir de esto, el modelo que se

propone enfatiza en la necesidad de incrementar las capacidades y el desempeño territorial en salud pública, no señalando de forma particular las FESP propuestas por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2020), sino considerando cuatro funciones básicas específicas y dos funciones transversales, a partir de la cual se esperan alcanzar resultados en salud y avanzar en la reducción de inequidades en esta área.

El modelo se formula tomando en cuenta dos decisiones estratégicas. Una primera decisión es adoptar la concepción de territorio (Borde & Torres-Tovar, 2017; Molina Jaramillo, 2018), reconociendo que es necesario avanzar de una práctica en la salud pública centrada exclusivamente en divisiones político-administrativas, a una que considere como las poblaciones comparten un conjunto de condiciones en un territorio que influencia su salud y bienestar, al igual que las posibilidades de enfermar y morir (Borde & Torres-Tovar, 2017; Molina Jaramillo, 2018). Esto plantea el desafío de priorizar la realidad de los fenómenos en salud pública y no subordinar netamente su gestión a las jurisdicciones establecidas.

La segunda decisión tiene que ver con poner en el centro de cualquier reforma al sistema de salud colombiano la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Después de treinta años de reformas, estos dos aspectos han sido relegados por las discusiones centradas en el aseguramiento y la prestación de servicios (Lucumí, 2020).

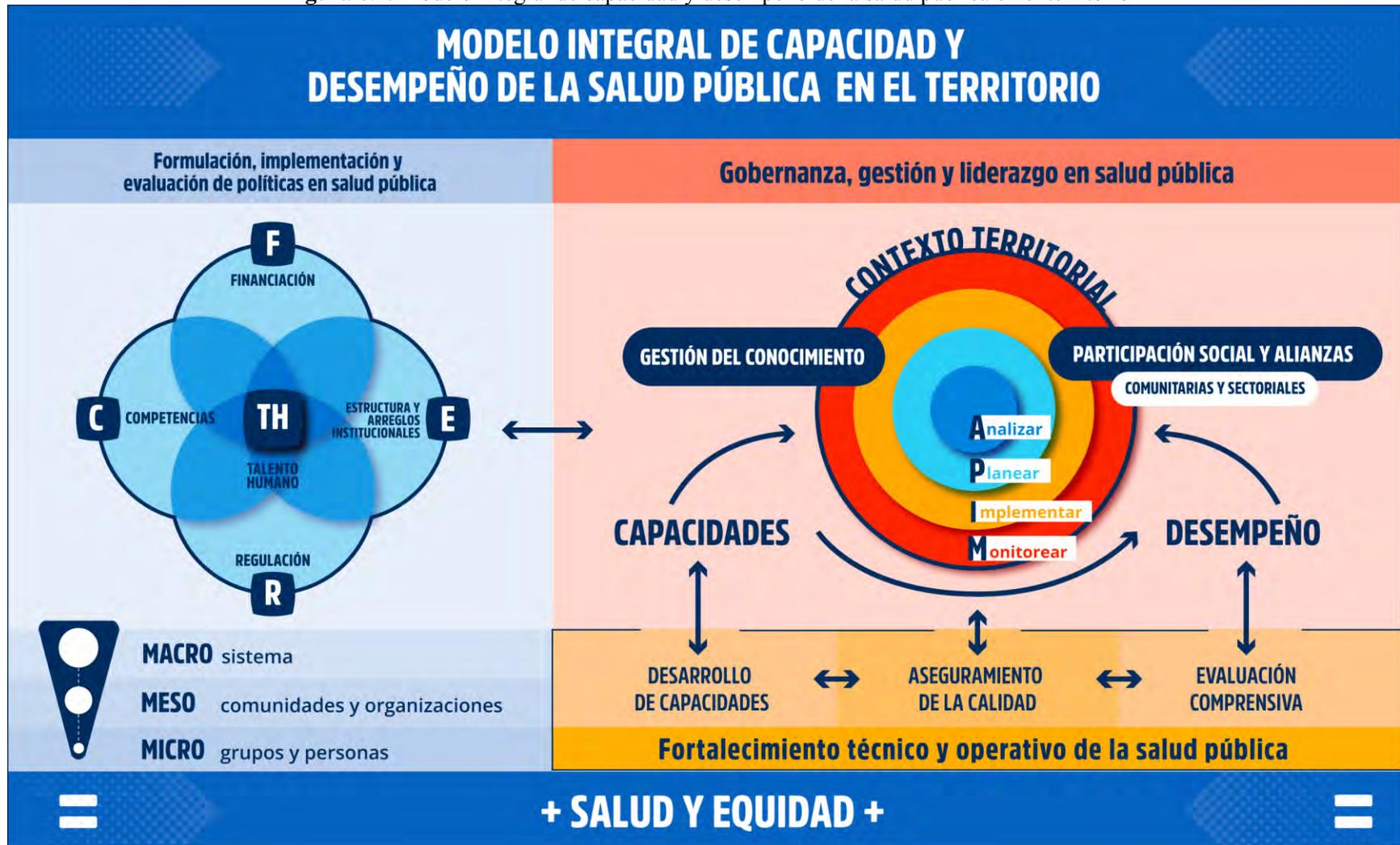
La última decisión se orienta a considerar la capacidad y el desempeño en salud pública como constructos multidimensionales y multinivel (Erwin, 2008; Handler et al., 2001; Meyer et al., 2012). A su vez que se reconoce que estos constructos en la práctica son influenciados por las condiciones del contexto, son dinámicos y modificables (Erwin, 2008; Handler et al., 2001; Meyer et al., 2012). En esta medida, se requiere abordarlos desde una perspectiva integral y de proceso.

Tomando en cuenta estas decisiones, a continuación, se hace una descripción de los diferentes componentes del modelo y se plantean las interacciones existentes entre cada uno de ellos. En la siguiente sección se plantean recomendaciones, instrumentos y requerimientos para su adopción.

Descripción y bases conceptuales del modelo

El modelo integral de capacidad y desempeño de la salud pública en el territorio tiene tres componentes: 1) formulación, implementación y evaluación de políticas; 2) gobernanza, gestión y liderazgo; y 3) fortalecimiento técnico y operativo. Estos se describen y se presentan en la figura 6.1.

Figura 6.1. Modelo integral de capacidad y desempeño de la salud pública en el territorio



Fuente: elaboración propia.

El primer componente, orientado a la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud pública en y para el territorio, considera que hay condicionantes de la salud pública en general, y de las capacidades y desempeño en particular. Para el modelo, estas condiciones tienen expresiones a nivel macro (sistema), meso (comunidades y organizaciones) y micro (grupos y personas), teniendo como referencia –en estos dos últimos niveles– el territorio. La evidencia de este estudio, que coincide con literatura frente a las capacidades y desempeño en salud pública, sugiere que es necesario actuar sobre cinco condiciones estructurantes:

1. **Competencias:** funciones asignadas al territorio frente a la rectoría en salud pública, gestión de recursos, análisis de la situación en salud y planeación, implementación y monitoreo de intervenciones, entre otras.
2. **Financiación:** hace referencia a los recursos financieros de los que se dispone para el cumplimiento de las competencias territoriales en salud pública, incluyendo las acciones vinculadas a los otros dos componentes del modelo. Su asignación corresponde a criterios objetivos de tipo social, económico, geográfico, poblacional y epidemiológico, al igual que incentivos frente al mejoramiento de capacidades y desempeño en salud pública. Contempla el fortalecimiento al seguimiento que se hace a la inversión de estos recursos.
3. **Estructura:** parte de reconocer la necesidad de avanzar en el proceso de descentralización en salud con el correspondiente fortalecimiento de la autonomía territorial, al igual que el fomento de la aplicación de los principios de coordinación, complementariedad y subsidiaridad, y la adopción de mecanismos de articulación territorial que contribuyan a una mejor respuesta a las condiciones del contexto y al mejoramiento de la situación de salud de la población, a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el desarrollo de economías de escala en el marco de las competencias asignadas a la nación y los territorios.
4. **Regulación:** se orienta a la revisión, actualización, desarrollo, unificación, simplificación y adopción de la normatividad que reglamenta la salud pública, tomando en cuenta las otras condiciones estructurantes. También reconoce la necesidad de propiciar la incorporación y seguimiento que se haga a los intereses en

promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las políticas públicas y reglamentaciones de otros sectores tanto del nivel nacional como territorial.

5. **Talento humano:** es considerado el principal recurso para el cumplimiento de las funciones en salud pública a nivel nacional y territorial, y como una condición estructurante que articula las demás. Desde el modelo se enfatiza en la necesidad de su reconocimiento formal, la definición de perfiles para el desarrollo de las correspondientes funciones y la adopción de mecanismos y procesos para su retención y estabilidad laboral, adecuada remuneración, bienestar y cualificación adecuada y permanente.

Estas condiciones tienen puntos de intersección entre sí y en términos de influencia tienen una relación bidireccional con los otros dos componentes que se presentan a continuación.

El segundo componente del modelo hace referencia a la gobernanza, gestión y liderazgo en salud pública. Desde la perspectiva de la gobernanza en salud pública el modelo señala que es necesario que el énfasis actual, que es casi exclusivamente institucional, dé paso a mecanismos efectivos para la participación comunitaria, adopte relaciones más horizontales entre los actores del sistema y apropie procesos de rendición de cuentas vinculados al monitoreo y evaluación de las acciones en salud pública. Adicionalmente, este modelo incorpora de manera explícita la necesidad de fortalecer el liderazgo en salud pública, desde la perspectiva del cumplimiento de sus competencias de rectoría y desde la perspectiva de las organizaciones, comunidades y personas involucradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Sintetizando y reconceptualizado la propuesta de FESP realizada por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2020), para este modelo se proponen cuatro funciones específicas y dos funciones transversales a ser desarrolladas a nivel territorial. El primer grupo de funciones incluye el análisis de la situación de salud que oriente a la planeación, implementación y monitoreo de intervenciones basadas en la evidencia. Para efectos del modelo el concepto de intervenciones corresponde a toda acción planeada que busque modificar una situación o condición relacionada con la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad, actuando a nivel de las personas, los grupos, las

organizaciones, comunidades, los sistemas y la sociedad como un todo (Schensul & Trickett, 2009), a través enfoques comunitarios, políticas públicas, modificaciones ambientales, etc.

Las funciones transversales corresponden a la gestión del conocimiento en salud pública y a la gestión de las alianzas comunitarias y sectoriales. Frente a la gestión del conocimiento, esta puede tener como alcances la generación de evidencia a través de la investigación, la diseminación de ese conocimiento para orientar la acción en salud pública y la adopción de la evidencia al contexto y necesidades locales. Este último alcance es el esperado para todos los territorios independientemente de las competencias que ejecuten.

Con relación a la gestión de la participación social y alianzas comunitarias e intersectoriales, el modelo enfatiza en la necesidad de fomentar la participación de diversos actores sociales y a desarrollar enfoques comunitarios, a la vez que se propician alianzas con diversos sectores y se adoptan estrategias que lleven a que la salud pública sea reconocida como un asunto prioritario en la agenda pública y política, dado su condición de prerrequisito para el bienestar y el desarrollo social y económico de los territorios y del país como un todo.

El último componente, fortalecimiento técnico y operativo de la salud pública en el territorio, incluye como campos de acción el desarrollo de capacidades, el aseguramiento de la calidad y la evaluación comprensiva. Frente al primer campo, el modelo reconoce la necesidad de superar los procesos aislados de desarrollo de capacidades, que usualmente están centradas en las personas y desarrollados a través de una herramienta como la asistencia técnica, para adoptar e implementar una iniciativa de desarrollo de capacidades que sea multinivel (macro, meso y micro), de largo plazo y sostenible, basada en fomentar el uso de evidencia que sea adecuada a las necesidades y recursos de cada territorio.

El segundo campo de acción orienta a la adopción de un sistema de aseguramiento de la calidad en salud pública que incluya: a) el desarrollo de procesos y procedimientos adecuados a las competencias territoriales en salud pública; b) programas de certificación y educación continua; c) un proceso de acreditación opcional con incentivos frente a la mejora continua de las organizaciones de salud pública en los territorios.

El último campo de acción reconoce el déficit que hay frente a la evaluación en salud pública, por lo cual el modelo propone la adopción de un sistema de evaluación comprensivo

que articule proceso, impacto y resultados, escala nacional y territoriales, abordajes multimétodos y las diversas fuentes de información del sector salud y otros sectores.

3. Recomendaciones e instrumentos para la implementación del modelo

Con el propósito de adoptar e implementar el modelo de manera progresiva y considerando este como una innovación en salud pública desde la perspectiva que se propone desde la Teoría de Difusión de Innovaciones (Greenhalgh, Rober, Macfarlane, & Bate, 2004; Mayer & Davidson II, 2000; Oldenburgh, Hardcastle, & Kok, 1997), en esta sección se plantean un conjunto de recomendaciones de política pública e instrumentos, con el fin de buscar su articulación a las iniciativas y procesos de planificación en salud pública, en especial en lo que tiene que ver con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y otras que se relacionen con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el país.

3.1 Recomendaciones

1. Adoptar un enfoque de salud pública, en particular para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrado en el territorio, a través del cual se profundice en el proceso de descentralización y se reconozcan tanto las heterogeneidades como similitudes en términos de las condiciones que explican y condicional la situación de salud de la población, al igual que la aplicación efectiva de los principios de complementariedad, subsidiaridad y coordinación. Para profundizar en un enfoque territorial, es necesario que se realice una modificación de la Ley 715 del 2001, en la cual se definen las competencias y recursos relacionados con la salud pública en el país.

El nuevo marco de competencias y asignación recursos debe ajustarse a las realidades territoriales, considerando una mejor relación entre estos dos aspectos y las expectativas en salud pública para las siguientes décadas. Por tanto, la nueva normatividad debe incorporar de manera explícita iniciativas relacionadas con: a) el fortalecimiento de la gobernanza, la gestión y el liderazgo en salud pública, al igual que con el fortalecimiento técnico y operativo que lleve a mejorar las capacidades, desempeño, procesos, impactos y resultados vinculados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; b) el desarrollo de diversas formas de organización territorial que sean apropiadas a las condiciones sociales, económicas, políticas y

epidemiológicas; c) la inclusión de mecanismos de financiación en salud pública que mantengan criterios objetivos y los procesos de seguimiento a la asignación e inversión de los recursos, pero que adicionalmente incorpore incentivos frente al desarrollo continuo de capacidades y el aseguramiento de la calidad en salud pública y lleven a una alineación entre la asignación e inversión de estos recursos con la evaluación comprensiva de procesos, impactos y resultados; d) la modificación de la asignación de competencias y recursos en salud públicas basados en las categorías, para apropiar criterios que respondan a las condiciones mencionadas en el literal b; e) el favorecimiento de formas de gobernanza horizontales que favorezcan la participación comunitaria, la interacción continua con diversos actores, la transparencia y el control social frente a la planeación y uso de los recursos destinados a la salud pública.

2. Incluir en la normatividad que se desarrolle el reconocimiento de talento humano en salud pública, considerando las particularidades en el ejercicio de las funciones que realizan y su carácter interdisciplinario. Esta normatividad debe desarrollar los aspectos relacionados con la definición de perfiles laborales frente a las funciones técnicas, operativas, de dirección y coordinación que son necesarias según las competencias que se establezcan de acuerdo al numeral 1. De igual forma, la normatividad sobre talento humano que desarrolla acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel nacional y territorial debe garantizar la adopción de mecanismos y procesos que contribuyan a la retención y estabilidad laboral, la adecuada remuneración salarial, el bienestar y la formación pertinente basada en la evidencia desde los niveles de educación técnica a posgraduada y de forma continua de acuerdo al ejercicio de las diferentes funciones en salud pública, al igual que a procesos de evaluación integrales de desempeño.
3. Desarrollar un programa orientado al fortalecimiento técnico y operativo en salud pública. Este programa debe incorporar los tres campos señalados en la descripción del modelo: desarrollo de capacidades, aseguramiento de la calidad y evaluación comprensiva. El programa debe considerarse como una prioridad en la asignación de recursos y desarrollo de iniciativas que se haga con el fin de garantizar la implementación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública.

4. Fortalecer los procesos relacionados con la gestión de la salud pública, en particular los vinculados a las funciones de análisis de situación de salud y planeación, implementación de intervenciones, gestión del conocimiento y gestión de las alianzas comunitarias e intersectoriales. Adicional a la contribución que a esto tiene lo recomendado en los numerales previos, es necesario: a) revisar y fortalecer los procesos técnicos y operativos vinculados con a cada una de estas funciones, buscando su armonización con las particularidades de cada territorio en términos de su contexto, situación epidemiológica y desarrollo de capacidades; b) garantizar que estas funciones tengan desarrollos más homogéneos, evitando que los recursos y operación hagan énfasis en un tipo específico de función, mientras otras resultan rezagadas o poco atendidas; c) analizar alternativas que garanticen desde el punto de vista técnico, administrativo y legal la adecuada, y oportuna contratación e implementación del PIC, considerando que las decisiones contractuales asociadas deben estar integradas, entre otros, a criterios objetivos sobre la calidad de su ejecución en los periodos previos y que es necesario eliminar barreras legales y administrativas que llevan a la falta de continuidad en su ejecución; d) garantizar que todos los procesos vinculados a la gestión de la salud pública estén basados en la evidencia y existen mecanismos concretos que llevan a la financiación de la agenda de investigación en salud pública, respondiendo a las particularidades y prioridades de cada territorio, al igual que a la adopción de estrategias para la disseminación y uso de la evidencia; e) propiciar del desarrollo de incentivos y mecanismos de articulación frente a la gestión del conocimiento en salud pública.
5. Realizar la revisión, actualización, desarrollo, unificación, simplificación y adopción de la normatividad en salud pública. Esta recomendación debe articularse con todas las señaladas previamente y en su ejecución se requiere: a) que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad sean consideradas como prioridades del sistema de salud colombiano; b) que la evidencia rigurosa en salud pública juegue un papel clave frente a la definición normativa; c) que haya un diálogo y concertación entre la nación y los territorios, al igual que con la sociedad civil; d) que se fomenten relaciones colaborativas entre diferentes actores legítimos de la salud pública y la aplicación efectiva de los principios de coordinación, complementariedad y

subsidiariedad; e) que se adopten mecanismos de seguimiento y control por parte de las instancias de seguimiento administrativo y fiscal que no se centren en propósitos punitivos y, por el contrario, lleven a la adopción de procesos de mejora continua en el desarrollo de las funciones en salud pública.

Instrumentos

Desde el punto de vista de instrumentos que se requieren para la implementación del modelo es necesario reconocer los existentes y los que deberían ser desarrollados para soportar la planeación, los procesos técnicos, financieros y administrativos. A continuación, se presenta el listado de estos instrumentos:

- Legislación que modifique lo relacionado con la Ley 715 del 2001.
- Legislación que aborde los aspectos señalados con relación al talento humano en salud pública.
- Programa y lineamiento técnico para el desarrollo y evaluación de capacidades y desempeño de la salud pública.
- Lineamientos técnicos para el desarrollo para el análisis de situación de salud y la planeación, implementación de intervenciones, gestión del conocimiento y gestión de las alianzas comunitarias e intersectoriales.
- Manuales, procesos y procedimientos técnicos y operativos, y definición de perfiles para el talento humano en salud pública en el marco de las competencias territoriales, arreglos institucionales y financiación.
- Sistema de seguimiento a la inversión territorial en salud pública a partir del Consolidador de Hacienda e Información Financiera Pública (CHIP) y el Formulario Único Territorial.
- Agenda de investigación en salud pública con perspectiva territorial y orientada a favorecer articulaciones entre los diferentes actores del ecosistema de generación de conocimiento en este campo.
- Plataforma para la diseminación y uso de la evidencia en salud pública.
- Programa de educación continua y certificación para el talento humano en salud pública y acreditación voluntaria para las instituciones involucradas en la gestión de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los territorios.

- Lineamiento de competencias y contenidos mínimos para la formación en salud pública desde el nivel técnico a posgraduado.
- Sistema de evaluación comprensivo de procesos, impactos y resultados en salud pública.

Referencias

- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*, 41(Especial), 264-275.
- DalGLISH, S. L., Khalid, H., & McMahon, S. A. (2021). Document analysis in health policy research: the READ approach. *Health Policy Plan*, 35(10), 1424-1431. doi:10.1093/heapol/czaa064
- Erwin, P. C. (2008). The performance of local health departments: a review of the literature. *J Public Health Manag Pract*, 14(2), E9-18. doi:10.1097/01.phh.0000311903.34067.89
- Erwin, P. C., Greene, S. B., Mays, G. P., Ricketts, T. C., & Davis, M. V. (2011). The association of changes in local health department resources with changes in state-level health outcomes. *Am J Public Health*, 101(4), 609-615. doi:10.2105/ajph.2009.177451
- Erwin, P. C., Mays, G. P., & Riley, W. J. (2012). Resources that may matter: the impact of local health department expenditures on health status. *Public Health Rep*, 127(1), 89-95. doi:10.1177/003335491212700110
- Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L., & Maras, M. A. (2008). Unpacking Prevention Capacity: An Intersection of Research-to-Practice Models and Community-Centered Models. *Am J Community Psychol*, 41(3-4), 182-196. doi:10.1007/s10464-008-9162-3
- Ford, E. W., Duncan, W. J., & Ginter, P. M. (2005). Health departments' implementation of public health's core functions: an assessment of health impacts. *Public Health*, 119(1), 11-21. doi:10.1016/j.puhe.2004.03.002
- Greenhalgh, T., Rober, G., Macfarlane, F., & Bate, P. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Handler, A., Issel, M., & Turnock, B. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health*, 91(8), 1235-1239.
- Harris, J. K., Beatty, K. E., Barbero, C., Howard, A. F., Cheskin, R. A., Shapiro, R. M., 2nd, & Mays, G. P. (2012). Methods in public health services and systems research: a systematic review. *Am J Prev Med*, 42(5 Suppl 1), S42-57. doi:10.1016/j.amepre.2012.01.028
- Kelly, C. M., Baker, E. A., Williams, D., Nanney, M. S., & Haire-Joshu, D. (2004). Organizational capacity's effects on the delivery and outcomes of health education programs. *J Public Health Manag Pract*, 10(2), 164-170.
- Lucumí, D. (2020). Salud pública en Colombia: aportes de política y gestión tras 30 años de reformas. Vol. 5. *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo*. Bogotá D.C.: Escuela de Gobierno. Universidad de los Andes.
- Mayer, J. P., & Davidson II, W. S. (2000). Diffusion of Innovation as Social Change. In J. Rapport & S. E (Eds.), *Handbook of Community Psychology*.
- Mays, G. P., Smith, S. A., Ingram, R. C., Racster, L. J., Lamberth, C. D., & Lovely, E. S. (2009). Public health delivery systems: evidence, uncertainty, and emerging research needs. *Am J Prev Med*, 36(3), 256-265. doi:10.1016/j.amepre.2008.11.008

- Meyer, A. M., Davis, M., & Mays, G. P. (2012). Defining organizational capacity for public health services and systems research. *J Public Health Manag Pract*, 18(6), 535-544. doi:10.1097/PHH.0b013e31825ce928
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2018*. Retrieved from Bogotá:
- Molina Jaramillo, A. N. (2018). [Territory, places, and health: resizing spatiality in public health]. *Cad Saude Publica*, 34(1), e00075117. doi:10.1590/0102-311x00075117
- Oldenburgh, B., Hardcastle, D. M., & Kok, G. (1997). Diffusion of Innovations. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education* (pp. 270-286). San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. from Washington D.C.:
- Ransom, J., Schaff, K., & Kan, L. (2012). Is there an association between local health department organizational and administrative factors and childhood immunization coverage rates? *J Health Hum Serv Adm*, 34(4), 418-455.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research. In A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data* (pp. 173-194). New York: Routledge.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (2003). *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: SAGE Publications Ltd.
- Schenck, A. P., Meyer, A. M., Kuo, T. M., & Cilenti, D. (2015). Building the evidence for decision-making: the relationship between local public health capacity and community mortality. *Am J Public Health*, 105 Suppl 2, S211-216. doi:10.2105/ajph.2014.302500
- Schensul, J. J., & Trickett, E. (2009). Introduction to Multi-Level Community Based Culturally Situated Interventions. *American Journal of Community Psychology*, 43(232-240).
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods* (Vol. 5). Thousands Oaks: Sage Publications.

Anexo. Matriz de revisión documental

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
<p>Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud</p>	2020	Secretaría de Salud Departamental caso A	i) Acceso; ii) evaluación	<p>El PTS del departamento caso A plantea una serie de objetivos estratégicos, desafíos y metas que abarcan todas las funciones esenciales que conforman la dimensión de acceso. En este sentido, para el cumplimiento de la FESP 9, referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, el ente territorial plantea mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud involucrando a los actores del sistema de seguridad social, lo cual permita la superación de barreras de acceso a los servicios de salud, formación y entrenamiento del personal y mejoramiento de la infraestructura de salud garantizando atención integral a sus ciudadanos y reduciendo morbilidad y mortalidad por causas evitables.</p> <p>De igual manera, para el abordaje de la FESP 10, la cual promueve el acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; el PTS plantea promover modos de vida y estilos de vida saludables que contrarresten las</p>	<p>El PTS del departamento caso A aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas acceso y evaluación.</p> <p>Por un lado, busca trabajar en el acceso estableciendo estrategias, desafíos y metas que propendan el cumplimiento de las tres funciones que conforman esta dimensión (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p> <p>De otra parte, establecen estrategias de evaluación,</p>	<p>Un aspecto que no está contemplado de manera explícita en las cuatro grandes dimensiones del documento de reforma de las FESP y en las 11 funciones que las conforman, es la gobernanza en salud. Al respecto, el PTS del departamento caso A plantea fortalecer la gobernanza, la cual consideran se ve afectada por el bajo impacto de las acciones, entidades ineficientes y poca credibilidad en las instituciones del Estado.</p> <p>Además, en el marco de esta línea se plantean mejorar las condiciones de gobernabilidad en el departamento para evitar que el conflicto de intereses y malas prácticas de gobierno afecten el desarrollo de las competencias sociales, económicas y ambientales.</p>

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>prácticas culturales basadas en el paternalismo, la cultura de la pobreza, el machismo; así como también reducir la pobreza, disminuir el maltrato a la mujer y garantizar la seguridad alimentaria en la población más vulnerable.</p> <p>Adicional, para el cumplimiento de la FESP 11, referente a la gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, el ente territorial establece dos metas y/o desafíos, por un lado, mejorar las condiciones de pobreza rural y urbana marginal relacionada con deficientes condiciones sanitarias, carencia de empleo y situaciones no favorables en ambientes laborales y educativos que aún no responden a las necesidades de las personas, lo cual genera condiciones vulnerables para maltrato, deficiencias en nutrición y enfermedades transmisibles afectando las condiciones de vida de estos habitantes. Por otro lado, se plantean mejorar y crear infraestructura vial con el fin de garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, educación, deporte, cultura, turismo y a la generación de cadenas productoras que faciliten la comercialización de</p>	<p>mediante la vigilancia de la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>productos agrícolas, mineros, ganaderos y de construcción para reducir las condiciones de pobreza en el área rural y mitigar la carga de enfermedad asociada a mortalidad materno infantil, y morbimortalidad por causas evitables en el departamento.</p> <p>Finalmente, el PTS realiza un abordaje a una de las funciones que conforman la dimensión de evaluación, referente a la FESP 2 de vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias. Para ello, se plantean fortalecer la autoridad sanitaria en la aplicación de sus competencias en inspección, vigilancia y control, en los programas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad por enfermedades evitables y a controlar los riesgos que ocasionan las enfermedades crónicas.</p>		
Plan territorial de salud 2020-2023 Metodología PASE a la equidad en salud	2020	Secretaría de Protección Social, ciudad capital caso A	i) Acceso; ii) desarrollo de políticas	En el PTS de la ciudad capital del caso A está contemplada la FESP 10 referente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. El PTS aborda esta función a través del fortalecimiento de la política pública ambiental, con la cual buscan	El PTS de la ciudad capital del caso A aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas acceso y desarrollo de políticas.	Un aspecto que no está contemplado de manera explícita en las cuatro grandes dimensiones del documento de reforma de las FESP y en las 11 funciones que las conforman, es la gobernanza en salud.

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>disminuir indicadores de riesgo para la salud relacionados con factores ambientales y mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales de la población. Adicional, el PTS aborda esta función mediante apropiación y reconocimiento de la cultura ciudadana como estrategia para la promoción de estilos de vida saludables, impactando en el tejido social, desarrollo humano y morbimortalidad evitable.</p> <p>Por otro lado, el PTS realiza un abordaje de la FESP 11, la cual promueve la gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, el ente territorial en su PTS busca trabajar en esta función mediante la promoción de la salud con la implementación de políticas públicas, estrategias de prevención y atención integral de forma intersectorial con enfoque de determinantes sociales y equidad.</p> <p>A su vez, el PTS promueve el desarrollo de política a través de la ejecución de acciones para el cumplimiento de la FESP 5, referente a la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y</p>	<p>Por un lado, busca trabajar en el acceso mediante el establecimiento de planes, estrategias y metas que abordan las funciones de acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; además, la gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.</p> <p>De otra parte, establece estrategias para el desarrollo de políticas mediante la participación y movilización social, al igual que la inclusión de actores estratégicos que permita el desarrollo de acciones intersectoriales y transectoriales que permitan reducir riesgos en salud.</p>	<p>Al respecto, el PTS de la ciudad capital del caso A dentro de sus estrategias y metas le apunta a fortalecer la gobernanza en salud a través de diferentes procesos de gestión de la salud pública y la implementación de un modelo de acción integral territorial que garantice la atención en salud en un marco de derecho.</p>

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>transparencia. Para ello el PTS establece estrategias para el desarrollo y fortalecimiento de la transectorialidad, y acciones intersectoriales con respuestas oportunas y eficientes para lograr reducir riesgos en salud y garantizar mejores condiciones de salud en la población del municipio.</p>		
<p>Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud</p>	<p>2020</p>	<p>Secretaría de Salud, municipio caso A</p>	<p>i) Acceso; ii) desarrollo de políticas</p>	<p>El PTS de uno de los municipios del caso A plantea una serie de objetivos estratégicos y metas que abarcan todas las funciones que conforman la dimensión de acceso; es así, como a través de la FESP 9 busca lograr el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, lo cual busca conseguir a través del fortalecimiento de la autoridad sanitaria en el cumplimiento de sus funciones frente al aseguramiento y la prestación de servicios de salud, control de factores del medio ambiente y acciones de salud pública orientadas a mejorar el nivel de satisfacción del ciudadano. Además, fortalecer la cultura de hábitos de vida saludables a partir de la identificación de prácticas saludables en los diferentes cursos de vida y entornos del ser humano, promoviendo la articulación con otras dependencias buscando el desarrollo</p>	<p>El PTS de uno de los municipios del caso A aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas acceso y desarrollo de políticas.</p> <p>Por un lado, busca trabajar en el acceso, estableciendo estrategias y metas que propendan el cumplimiento de las tres funciones que conforman esta dimensión (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>de una agenda permanente en el municipio.</p> <p>Por otro lado, el PTS realiza un abordaje a la FESP 10, la cual promueve el acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; para cumplir esta función el ente territorial se plantea como metas establecer estrategias que permitan garantizar las condiciones necesarias para la afiliación de toda su población al SGSSS, mediante la gestión y orientación para el acceso efectivo a los servicios con calidad y oportunidad basándose en las normas reglamentadas de orden nacional, departamental y municipal.</p> <p>Adicional, buscan desvincular el crecimiento económico de la degradación del medio ambiente con programas y modalidades sostenibles que contribuya al autocuidado y corresponsabilidad de gestión del riesgo a nivel institucional, local y regional, impactando positivamente la salud de la población y la conservación del medio ambiente.</p>	<p>saludables; gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p> <p>De otra parte, establece estrategias para el desarrollo de políticas mediante la participación y movilización social e inclusión de actores estratégicos que permita la articulación intersectorial.</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Por último, se plantean para cumplir esta función aumentar los espacios de interacción familiar y replicar estrategias validadas con el fin de garantizar herramientas de confrontación que le permitan a la comunidad manejar de manera asertiva situaciones de riesgo para la salud mental.</p> <p>De igual manera, el PTS del municipio plantea estrategias que abordan la FESP 11 de la dimensión de acceso referente a la gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, para ello, buscan mejorar el nivel sanitario del territorio rural y urbano a través de mejores infraestructuras, saneamiento, transporte, conectividad, producción e industrialización que redunde en la calidad de vida y salud de la población, permitiendo recuperar la confianza en las instituciones y fortaleciendo la gobernanza.</p> <p>Finalmente, el PTS realiza un abordaje a una de las funciones que conforman la dimensión desarrollo de políticas, referente a la FESP 5 de participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia,</p>		

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				para ello, se plantea como meta afianzar los estilos de vida saludables a partir de la promoción de buenas prácticas de cuidado de la salud en los diferentes cursos de vida y entornos del ser humano, a través de la articulación intersectorial y la oferta de una agenda permanente de actividades de deporte, recreación y cultura.		
Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud	2020	Secretaría de Salud Departamental caso D	i) Evaluación; ii) acceso	El PTS del departamento caso D plantea una serie de objetivos estratégicos, desafíos y metas que abarca una de las funciones esenciales que conforman la dimensión de evaluación, referente FESP 1 de monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud. Para ello, plantean aumentar la capacidad resolutoria del ente territorial con articulación interinstitucional e intersectorial que avanza en el goce efectivo de los derechos en salud de la población, con acciones de inspección vigilancia y control a todos los actores del Sistema general de seguridad Social en Salud (SGSS), dando cumplimiento a las competencias normativas, lo que permitirá mejorar los indicadores.	El PTS del departamento caso D aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas acceso y evaluación. Por un lado, busca trabajar en el acceso, estableciendo estrategias, desafíos y metas que propenden el cumplimiento de una de las tres funciones que conforman esta dimensión referente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Finalmente, el PTS realiza un abordaje a una de las funciones que conforman la dimensión de acceso, referente a la FESP 10 que aborda el acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Para ello, el ente territorial se plantea dos metas y/o desafíos; como primero, mejorar las condiciones de salud de su población impactando positivamente los indicadores a través de las acciones y estrategias, en articulación con los actores sectoriales y transectoriales que permitan la disminución de la morbilidad y mortalidad evitable en el territorio. Como segundo, plantean implementar acciones que fortalezcan la seguridad alimentaria y fomenten hábitos y estilos de vida saludables, con el fin de prevenir muertes evitables en el territorio, a través de alianzas estratégicas.</p>	<p>Por otro lado, establecen estrategias de evaluación, mediante el monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.</p>	
<p>Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud</p>	<p>2020</p>	<p>Secretaría de Salud, ciudad capital caso D</p>	<p>i) Desarrollo de políticas; ii) acceso</p>	<p>El PTS de la ciudad capital del caso D plantea una serie de objetivos estratégicos que aborda una de las funciones que conforman la dimensión de desarrollo de políticas; es así, como a través de la FESP 4 referente a la formulación e implementación de políticas de salud y promoción de</p>	<p>El PTS de la ciudad capital del caso D aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas acceso y desarrollo de políticas.</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>legislación que proteja la salud de la población. A través de los objetivos trazados en el PTS buscan abordar esta función a través de la implementación de políticas que aborden los problemas de salud de la población, para ello, se plantean cumplir con los lineamientos como ente rector de la salud del municipio.</p> <p>Por otro lado, el resto de objetivos y metas planteadas abordan todas las funciones de la dimensión de acceso. En este sentido, las FESP 9 y 11, las cuales se refieren al acceso equitativo a servicios de salud integrales y la gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, respectivamente. El ente territorial busca trabajar en el cumplimiento de estas mejorando las condiciones sanitarias y ambientales, para el aumento de la calidad y cobertura de los servicios públicos y la calidad de vida y acceso a los servicios de salud de los habitantes.</p> <p>Por último, la FESP 10 de esta misma dimensión que establece el acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos</p>	<p>Por un lado, busca trabajar en el acceso mediante el establecimiento de planes, estrategias y metas que abordan las tres funciones que conforman esta dimensión (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p> <p>De otra parte, establece estrategias para el desarrollo de políticas mediante la formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población; enfocándose solo en la implementación de políticas que aborden los problemas de salud de población y no</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				saludables, es abordada en el PTS del municipio, mediante la promoción de estrategias conductuales para el fomento de la cultura, los estilos de vida, la atención y adaptación al entorno social de la población víctima del conflicto armado y la población con discapacidad, que permita disminuir los indicadores de morbimortalidad del municipio.	en la formulación de las mismas.	
Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud	2020	Secretarías de Salud, Educación y Cultura, municipio caso D	i) Evaluación; desarrollo de políticas; ii) acceso	El PTS de uno de los municipios del caso D plantea una serie de objetivos estratégicos y metas que abarcan una de las tres funciones que conforman la dimensión de evaluación, la cual corresponde a la FESP 2 que aborda la vigilancia en salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias. Para el desarrollo de esta función el ente territorial establece como meta en su PTS fortalecer el sistema de información y vigilancia en salud pública, al igual que prevenir, vigilar y controlar las enfermedades transmisibles por animales vertebrados, como: encefalitis, rabia, leptospirosis, brucelosis y toxoplasmosis. Además, plantean implementar el plan de emergencias y desastres y prevenir, vigilar y controlar las enfermedades no transmisibles.	<p>El PTS de uno de los municipios del caso D, hasta el momento, es el único de los evaluados que realiza un abordaje de tres de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas: evaluación, desarrollo de políticas y acceso.</p> <p>Por un lado, busca trabajar en la evaluación a través de la vigilancia en salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.</p> <p>De otra parte, establece estrategias para el desarrollo de políticas mediante la</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Por otro lado, dentro de los objetivos estratégicos se aborda una de las funciones de la dimensión desarrollo de políticas, siendo esta, la FESP 5 que aborda la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia. Para ello, el PTS plantea fomentar espacios de construcción transectorial y comunitaria, y programas para la promoción de la salud mental y la convivencia social.</p> <p>Por último, en su PTS el ente territorial establece metas que apuntan a las tres funciones que conforman la dimensión de acceso.</p> <p>Como primero la FESP 9, referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; para la cual buscan garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias, un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación. De igual manera, se plantean como meta controlar que las EPS del municipio garanticen el acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad.</p>	<p>participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.</p> <p>Por último, busca trabajar en la dimensión de acceso mediante el establecimiento de estrategias y metas que abordan las tres funciones que conforman esta dimensión (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Como segunda medida, realizan un abordaje a la FESP 10, concerniente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Para ello, establecen garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición en el municipio, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.</p> <p>En tercera medida, el PTS plantea una meta que aborda la FESP 11 referente a la gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Para el cumplimiento de la misma, plantean mejorar la calidad de agua y el manejo de los residuos sólidos y líquidos.</p>		
Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud	2020	Secretaría de Salud Departamental caso C	i) Desarrollo de políticas; ii) acceso	El PTS del departamento caso C plantea una serie de objetivos estratégicos y metas que abarcan las funciones esenciales que conforman la dimensión de desarrollo de políticas. Como primero, la FESP 4 referente a la formulación e implementación de	El PTS del departamento caso C aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas: desarrollo de políticas y acceso.	Al igual que la ciudad capital y el municipio del caso A, el PTS del departamento caso C busca fortalecer la gobernanza en salud, lo cual no está contemplado de manera

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población. Para ello, el PTS establece como meta fortalecer los procesos de planeación integral y de ejecución de planes, programas, estrategias y acciones bajo criterios de calidad, integralidad, continuidad y oportunidad, orientados a lograr la reducción de las inequidades y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.</p> <p>En segunda medida, el PTS aborda la FESP 5 referente a la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia. En este sentido, plantean mejorar las condiciones de salud de la población mediante la gestión articulada de actores sectoriales, transectoriales, institucionales y comunitarios liderados por la entidad territorial para la obtención de logros y resultados en la salud de las personas, familias y comunidades, reconociendo la diversidad poblacional, demográfica y epidemiológica, el curso de vida, los entornos y el enfoque diferencial y de derechos.</p>	<p>Por un lado, busca trabajar en el desarrollo de políticas mediante la formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población. Al igual que la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.</p> <p>De otra parte, busca trabajar en el acceso estableciendo estrategias y metas que logren el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.</p>	<p>explícita en las cuatro grandes dimensiones del documento de reforma de las FESP y en las 11 funciones que las conforman, es la gobernanza en salud.</p>

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Por último, en el PTS el ente establece dos metas que abordan la dimensión de acceso a través de la FESP 9, la cual se refiere al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad. Para ello, establece dos metas: i) garantizar el aseguramiento y acceso de las personas a los servicios de salud integrales, integrados y continuos con calidad, eficiencia y humanización, mediante la implementación de acciones coordinadas de la autoridad sanitaria y con los diferentes actores del sistema en el marco de sus competencias legales con suficiencia de oferta de servicios, red hospitalaria modernizada, acciones, gestión y promoción de la salud y acorde con las necesidades en salud de la población; ii) fortalecer la gestión de la autoridad sanitaria y la garantía del derecho a la salud de la población con cero tolerancias frente a la morbilidad y discapacidad evitables, generando capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad intervengan y modifiquen los determinantes sociales de la salud en el departamento.</p>		
Plan territorial de salud 2020-2023.	2020	Secretaría	i) Desarrollo de políticas; ii) acceso	El PTS de la ciudad capital del caso C plantea una serie de objetivos estratégicos que aborda una de las	El PTS de la ciudad capital del caso C aborda dos de las cuatro grandes categorías	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
Metodología PASE a la equidad en salud		de Salud, ciudad capital caso C		<p>funciones que conforman la dimensión de desarrollo de políticas; es así, como a través de la FESP 5 referente a la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia, el ente territorial plantea dos objetivos estratégicos y/o metas. Como primero, fortalecer la gestión intersectorial para el abordaje integral de los factores de riesgo en el marco de la política de atención integral en salud, buscando la participación de los sectores relacionados con los determinantes de la salud para la gestión de la salud municipal. Como segundo, realizar acciones tendientes a aumentar la capacidad de gestión, participación y articulación de los diferentes actores estatales, privados, públicos y comunitarios para favorecer la generación de entornos protectores para la salud mental y la convivencia, la exigibilidad de los derechos, con equidad y enfoque diferencial.</p> <p>Por último, en el PTS se establecen estrategias que abordan todas las funciones que conforman la dimensión de acceso, siendo estas: i) FESP 9 referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad. El PTS busca su cumplimiento</p>	<p>propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas: acceso y desarrollo de políticas.</p> <p>Por un lado, busca trabajar en el acceso mediante el establecimiento de planes, estrategias y metas que abordan las tres funciones que conforman esta dimensión (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; y, gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p> <p>De otra parte, establece estrategias para el desarrollo de políticas mediante la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>gestionando la mejora de la prestación adecuada de servicios individuales, en condiciones de suficiencia, calidad y oportunidad y la ampliación de la red pública en sitios estratégicos del municipio tanto en el área urbana como en la rural.</p> <p>ii) FESP 10 concerniente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. El PTS establece implementar y fortalecer estrategias y acciones de promoción de la salud, y gestión del riesgo colectivo, con enfoque de determinantes y atención a las poblaciones vulnerables incentivando la adopción de hábitos y estilos de vida saludables dirigidos a recuperar y mejorar las condiciones de salud en las diferentes etapas vitales, y ámbitos de vida cotidiana, con atención a las poblaciones vulnerables y el reconocimiento de las diferencias.</p> <p>iii) FESP 11 referente a la gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Para ello, se plantea gestionar la atención prioritaria y transectorial a las necesidades ambientales y sanitarias existentes en el municipio, propendiendo por la modificación</p>		

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				positiva de los determinantes sociales y la vinculación y gestión comunitaria e institucional para el desarrollo de planes estratégicos y el empoderamiento de la población para la modificación de su entorno y la disminución de los riesgos y el autocuidado de la salud.		
Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud	2020	Secretaría de Salud y Gestión Social, municipio caso C	Acceso	<p>El PTS de uno de los municipios del caso C plantea una serie de objetivos estratégicos y metas que apuntan a las tres funciones que conforman la dimensión de acceso.</p> <p>Como primero la FESP 9, referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; para la cual buscan garantizar a la población el acceso a los servicios de salud con oportunidad, utilizando los mecanismos y tecnologías de seguimiento y monitoreo propios de las competencias territoriales municipales en salud. De igual manera, garantizar la adopción del modelo de atención integral en salud en el municipio, con la implementación de las rutas integrales de salud materno perinatal y de promoción y mantenimiento de la salud.</p>	<p>El PTS de uno de los municipios del caso C hasta el momento, es el único que realiza un abordaje de solo una de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo esta la dimensión de acceso.</p> <p>Busca trabajar en esta dimensión mediante el establecimiento de estrategias y metas que abordan las tres funciones que la conforman (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; gestión y</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Como segunda medida, realizan un abordaje a la FESP 10, concerniente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Para ello, establecen generar en las comunidades e individuos del municipio, capacidades para asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, mejoren las condiciones de su entorno y logren el desarrollo del auto cuidado y cultura de la salud.</p> <p>En tercera medida, el PTS plantea una meta que aborda la FESP 11 referente a la gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Para el cumplimiento de la misma, plantean mejorar el desarrollo integral de la población, con la optimizan y el acceso a los servicios integrales de educación, agua potable, recreación y deporte, así como a la seguridad alimentaria mediante procesos de autogestión, oferta institucional, desarrollo humano y económico de manera amigable y sostenible con el medio ambiente. Además, buscan proteger la integridad de la salud de los habitantes en la medida en que el</p>	<p>promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>desarrollo social y el desarrollo sostenible se complementen en un proceso consciente de mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes del municipio sin comprometer o deteriorar el medio ambiente y/o los recursos naturales forestales, faunísticos e hídricos del territorio.</p>		
<p>Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud</p>	<p>2020</p>	<p>Secretaría de Salud Departamental caso B</p>	<p>i) Desarrollo de políticas; ii) acceso</p>	<p>El PTS del departamento caso B plantea una serie de objetivos estratégicos y metas que abarcan todas las funciones esenciales que conforman la dimensión de acceso. En este sentido, para el cumplimiento de la FESP 9, referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, el ente territorial plantea garantizar la calidad, oportunidad y accesibilidad a la prestación de servicios de salud del SGSSS y el aseguramiento de la población pobre no asegurada, logrando la satisfacción de los usuarios y promoviendo la gestión del riesgo de desastres como una práctica sistemática, con el fin de garantizar la protección de personas, colectividades y el ambiente.</p> <p>Adicionalmente, para el abordaje de la FESP 10, la cual promueve el acceso</p>	<p>El PTS del departamento caso B aborda dos de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo estas acceso y desarrollo de políticas.</p> <p>Por un lado, busca trabajar en el acceso estableciendo estrategias y metas que buscan el cumplimiento de las tres funciones que conforman esta dimensión (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; gestión y</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; el PTS plantea promover el trabajo articulado con actores del sector ambiental y actores comunitarios para incidir sobre los determinantes ambientales, con el fin de disminuir los factores de riesgo ambiental presentes en el territorio y avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes del municipio.</p> <p>Adicional, para el cumplimiento de la FESP 11, referente a la gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, el ente territorial establece tres metas u objetivos. Por un lado, se plantea actuar sobre los determinantes que contribuyen al uso pleno y de manera colectiva de los bienes y servicios del sistema departamental de salud, alrededor de los cuales, los ciudadanos tienen derecho a servirse, y que permiten garantizar vida sana.</p> <p>Adicional, busca generar alianzas estratégicas que permitan incidir sobre los determinantes sociales de la salud para favorecer el acceso de toda la</p>	<p>promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p> <p>Por otro lado, establece estrategias para el desarrollo de políticas mediante la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>población a servicios sociales y de salud. Por último, establece como meta promover el mejoramiento de la convivencia social a través de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que favorezcan la afectación positiva de los determinantes sociales y que incidan en el mejoramiento de las condiciones de vida de los pobladores del departamento.</p> <p>Finalmente, de forma explícita las metas u objetivos trazados en el plan, abordan la FESP 5 referente a la participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia; para ello, en la mayoría de sus metas se busca fortalecer las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, para el logro de los objetivos ya mencionados.</p>		
<p>Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud</p>	<p>2020</p>	<p>Secretaría de Salud ciudad capital caso B</p>	<p>Acceso</p>	<p>El PTS de la ciudad capital del caso B plantea una serie de objetivos estratégicos que abordan dos de las funciones que conforman la dimensión de acceso.</p> <p>Por un lado, el PTS aborda la FESP 9, concerniente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, estableciendo como meta el</p>	<p>El PTS de la ciudad capital del caso B, aborda solo una de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo esta la dimensión de acceso.</p> <p>Busca trabajar en esta dimensión mediante el</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>fortalecimiento de la infraestructura y dotación médica de la ESE HEAD especialmente en la zona rural; para disminuir los indicadores de embarazo adolescente, mortalidad materna y perinatal y enfermedades crónicas y nutricionales.</p> <p>De otra parte, la FESP 11, referente a la gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, es abordada en las siguientes estrategias: i) fortalecer el acceso al agua potable de la zona corregimental y el abastecimiento periódico de agua, así como la respuesta a emergencias y desastres, y la gestión para la disminución del déficit cualitativo de vivienda, para favorecer los indicadores de morbilidad y mortalidad por enfermedades hídricas, respiratorias y transmisibles.</p> <p>ii) Mejorar los resultados de calidad de las instituciones educativas públicas; los estímulos a gestores, creadores y trabajadores y organizaciones culturales; la programación recreativa y deportiva en sectores vulnerables; y la gestión para la disminución de las condiciones de pobreza y miseria.</p> <p>iii) Aumentar la respuesta institucional y las fortalezas en la protección de la</p>	<p>establecimiento de estrategias y metas que abordan dos de las tres funciones que la conforman (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>población de los impactos ocasionados por el sector económico, tales como el desempleo y la informalidad laboral, y mejorar las situaciones de riesgo por depresión y comportamientos sociales.</p>		
<p>Plan territorial de salud 2020-2023. Metodología PASE a la equidad en salud</p>	<p>2020</p>	<p>Secretaría de Salud municipio caso B</p>	<p>Acceso</p>	<p>El PTS de uno de los municipios del caso B plantea una serie de objetivos estratégicos y metas que apuntan a las tres funciones que conforman la dimensión de acceso.</p> <p>Como primero la FESP 9, referente al acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; para la cual buscan garantizar la autoridad sanitaria sin diferencias en el acceso, uso y calidad en la atención de los servicios de salud población, y disminuir la morbilidad y mortalidad evitable en todo el municipio.</p> <p>En segunda medida, realizan un abordaje de la FESP 10, concerniente al acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Para ello, se plantean promover hábitos y estilos de vida saludables, factores protectores en salud mental y reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos en la población.</p>	<p>El PTS de uno de los municipios del caso B aborda solo una de las cuatro grandes categorías propuestas en el documento de reforma de las FESP, siendo esta la dimensión de acceso.</p> <p>Busca trabajar en esta dimensión mediante el establecimiento de estrategias y metas que abordan las tres funciones que la conforman (acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad; acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables; gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud).</p>	

Tipo de documento	Año	Autor(es)	Dimensiones de FESP que aborda	Temas incluidos en las dimensiones y FESP abordadas	Conclusiones	Observaciones
				<p>Por último, establecen dos metas que promueven la FESP 11, referente a la gestión y promoción de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Mediante el mejoramiento de los atenuantes ambientales, sanitarios y la conectividad en las zonas rurales y urbana del municipio. Al igual que proveer oportunidades de educación, recreación, deporte y cultura para crear corresponsabilidad social.</p>		

Documentos de trabajo es una publicación periódica de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes, que tiene como objetivo la difusión de investigaciones en curso relacionadas con asuntos públicos de diversa índole. Los trabajos que se incluyen en la serie se caracterizan por su interdisciplinariedad y la rigurosidad de su análisis, y pretenden fortalecer el diálogo entre la comunidad académica y los sectores encargados del diseño, la aplicación y la formulación de políticas públicas.

gobierno.uniandes.edu.co

     | **GobiernoUAndes**