



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

INFORME FINAL

CONTRATO DE SERVICIOS
CO/CNT/1300458.003

COMPONENTE DE PLANEACIÓN
“PARA LA ADOPCIÓN, ARMONIZACIÓN Y ADAPTACIÓN DEL
PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021”
REGIÓN PACÍFICO

PRESENTA

LUIS ALFONSO SIERRA LOPEZ
Referente Planeación Regional Pacífico

Bogotá, Mayo 30 de 2014



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

Plan Decenal de Salud Pública:

La salud en Colombia la construyes tú

Ministerio de Salud y Protección Social

Gerente del PDSP

Jacqueline Acosta de la Hoz

Equipo Técnico

Dirección de Epidemiología y Demografía

Ruth Nancy Londoño de Montoya

Margie Simone Martínez

Sistema de Monitoreo y Evaluación

Alba Liliana Navarrete Ávila

Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández

Análisis de Situación de Salud

María Belén Jaimes Sanabria, Coord.

Luz Stella Ríos Marín

Sandra Milena Villada Alzate

Claudia Marcela Moreno Segura

Astrid Berena Herrera López

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

Organización Panamericana de la Salud

Representante Organización Panamericana de la Salud

Gina Watson



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Asesor Internacional HSS – OPS/OMS – Colombia

Armando Güemes San José

Consultor Nacional – Equipo Técnico OPS/OMS – Colombia

José Milton Guzmán Valbuena

Coordinador Nacional Proceso Planeación PDSP

Convenio 310 MSPS – OPS/OMS

Jaime Alberto Castro Díaz

Equipo Asistencia Técnica Modelo ATRU Planeación

Helia Fenora Neira Zapata

Liliana Paola Ramirez Muñoz

Sugey Henríquez Celedon

Claudia Lily Rodríguez Neira

Ibett Cristina Manrique Forero

Margarita Lucía Gómez Echeverry

Luis Alfonso Sierra

Comunicación y Movilización Social

Maria del Pilar Sosa Santos

Luz Eliana Bossa Quintero

Liliana Marcela Ariza Galvis

Maria Mónica Castañeda Delgado

Claudia Luz Bermudez Suarez

Fanny Romero Henao

Andrés Benavidez

Tabla De Contenido

Introducción	7
I. Descripción General Del Proceso De Migración	2
1. Fase de Alistamiento	2
2. Fase de Ejecución	2
II. Descripción del proceso de migración por departamento	5
1. Departamento del Valle del Cauca	5
1.1. Datos Generales de la Entidad Territorial	5
1.2. Hallazgos	6
2. Departamento Nariño.....	12
2.1. Datos Generales de la Entidad Territorial	12
2.2. Hallazgos	12
3. Departamento del Cauca	17
3.1. Datos Generales de la Entidad Territorial	17
3.2. Hallazgos	17
4. Departamento de Archipiélago de San Andrés	23
4.1. Datos Generales de la Entidad Territorial	23
4.2. Hallazgos	23
5. Departamento del Quindío	28
5.1. Datos Generales de la Entidad Territorial	28
5.2. Hallazgos	29
III. Lecciones Aprendidas.....	34
1. Buenas prácticas	34
2. Generación de conocimiento	35
3. Sistema de monitoreo y evaluación	35
IV. Recomendaciones	36

Glosario De Términos

ATRU	Asistencia Técnica Regional Unificada
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDD	Plan de Desarrollo Departamental
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PST	Plan de Salud Territorial
SDS	Secretaría Departamental de Salud

Introducción

En el presente informe se describe el desarrollo del tercer momento de asistencia técnica realizado en el marco del Contrato de Servicios CO/CNT/1300458.003, cuya enmienda tiene como propósito “dar continuidad a las obligaciones a desarrollar enmarcadas en el Plan de Asistencia Técnica en la Regional Pacífico, que incluye los Departamentos de Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Quindío y San Andrés, para la adopción, armonización y adaptación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021”.

En el primer capítulo se describe el proceso general de migración de los actuales planes de salud territorial (PST) a la estructura de PDSP 2012 – 2021, según las directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus fases de alistamiento y ejecución.

En el segundo capítulo, se describen los hallazgos más significativos producto de la migración de los PST de cada una de las entidades territoriales en el aplicativo tecnológico destinado para tal fin, en términos de oportunidades de mejora de acuerdo a los vacíos encontrados en la migración, así como los supuestos que se asumieron y las dificultades visualizadas durante el proceso.

El tercer capítulo, muestra las principales lecciones aprendidas producto del tercer momento de asistencia técnica en lo referente al proceso de migración, en función a las buenas prácticas evidenciadas durante el proceso, la generación de conocimiento y las lecciones aprendidas para el sistema de monitoreo y evaluación.

Finalmente, el cuarto capítulo describe las principales recomendaciones derivadas del proceso de migración.

I. Descripción General Del Proceso De Migración

1. Fase de Alistamiento

Como parte del proceso de armonización, adopción e implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 bajo los lineamientos del Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificada (ATRU) desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), se realizó un proceso de alistamiento tanto técnico como tecnológico, con el fin de llevar a cabo el proceso de migración de los actuales Planes de Salud Territorial (PST) a la estructura del marco estratégico del PDSP 2012 – 2021.

En este orden de ideas, se desarrollaron las siguientes actividades con el fin de disponer de los elementos necesarios para llevar a cabo el proceso en mención:

- ✓ Alistamiento de información de cada una de las Entidades Territoriales de la Región (Planes de Salud Territorial con sus Anexos Técnicos 1 – Planeación Indicativa en Salud y 2 – Plan Plurianual de Inversiones).
- ✓ Revisión de los anexos técnicos 1 y 2 de cada Departamentos.
- ✓ Identificación de las metas de resultado y de producto descritas en los anexos de planeación indicativa en salud.
- ✓ Relacionamiento de las metas identificadas en los PST con las metas definidas en el PDSP de acuerdo a las dimensiones y componentes establecidos, buscando el mayor grado de afinidad entre dichas metas. Para esta actividad, se utilizó una escala de colores que permitió señalar las metas de los PST relacionadas con cada dimensión del PDSP, para su posterior traslado al aplicativo de migración.
- ✓ Apoyo en las pruebas tecnológicas del aplicativo de migración, dónde se identificaron los ajustes requeridos para desarrollar el proceso de migración.

2. Fase de Ejecución

De acuerdo a las directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el propósito de establecer el punto de partida en los procesos de planeación estratégica y operativa de las entidades territoriales (departamentales y distritales), se llevó a cabo el proceso de migración de los actuales Planes de Salud Territorial (PST) a la estructura del marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, para lo cual se contó con una herramienta tecnológica que permite el cargue de la información requerida en este proceso.

Para tal efecto, se tomó como insumo base los PST con sus respectivos anexos técnicos 1 y 2 (Plan Indicativo y Plan Plurianual de Inversiones), así como el documento del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2015. En este sentido, la información migrada corresponde al componente estratégico e indicativo de los PST de las entidades territoriales de la Región Pacífico.

El proceso en mención se desarrolló aplicando el relacionamiento de los ejes programáticos con las dimensiones del PDSP, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 1. Relacionamiento de ejes programáticos y dimensiones del PDSP

EJES PROGRAMÁTICOS DEL PST	DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA
Aseguramiento	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud
Prestación de Servicios	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud
Salud Pública	Salud Ambiental
	Vida Saludable y condiciones no transmisibles
	Convivencia Social y Salud Mental
	Seguridad Alimentaria y Nutricional
	Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos
	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles
Promoción Social	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud
	Gestión diferencial de poblaciones vulnerables
Riesgos Profesionales	Salud y Ámbito Laboral
	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud
Emergencias y Desastres	Salud Pública en emergencias y desastres
	Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud

Fuente: *Guía para la evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del plan de salud territorial al plan decenal de salud pública.*

En este orden de ideas, a continuación se describe la ruta metodológica de migración utilizada para el diligenciamiento de cada uno de los campos requeridos en el aplicativo.

En primer lugar, se identificó el responsable del proceso de planeación, que para efectos del proceso de migración, corresponde a la información del Secretario de Salud de cada Entidad Territorial. Así mismo, se identificaron los objetivos estratégicos y sanitarios de los PST y se estableció su relación con los objetivos estratégicos del PDSP y con los determinantes estructurales, intermedios o de carga de la enfermedad, respectivamente.

Posteriormente, se ubicó la información de metas de resultado y de producto de acuerdo a la tabla de relacionamiento descrita anteriormente (Tabla 1. Relacionamiento de ejes programáticos y

dimensiones del PDSP) y se realizó la vinculación de las metas de resultado formuladas en los PST con las metas del PDSP, teniendo en cuenta el nivel de afinidad y correlación de las mismas. En este sentido, se seleccionaron las metas del PDSP y se incluyó la información de las metas descritas en los PST según los campos requeridos en el aplicativo que incluyen, entre otros, la descripción de la meta, la población beneficiada, el indicador de la meta, la fuente del dato, la línea de base y el valor esperado a los cuatro años.

De otra parte, se seleccionaron las estrategias del PDSP que guardan mayor relación con las metas de producto de los PST y se diligenció el área responsable de dicha estrategia. De igual forma, se diligenció el campo correspondiente a las metas de intervención, las cuales corresponden a las metas de producto consignadas en el Plan Indicativo en Salud. La intervención se diligenció con base en lo descrito en la meta migrada.

En este contexto, las intervenciones se asociaron a una línea operativa del PDSP según su mayor afinidad a las mismas, teniendo en cuenta los siguientes criterios¹:

- *Línea operativa de promoción de la salud:* Intervenciones transectoriales y colectivas, formulación de políticas públicas en salud, movilización social e institucional para el desarrollo, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, participación ciudadana, comunicación en salud y mercadeo social, prevención, protección de riesgos colectivos.
- *Línea operativa de gestión del riesgo en salud:* Intervenciones individuales, análisis de riesgo con enfoque diferencial, planeación de la atención con enfoque diferencial, modificación del riesgo, vigilancia de la gestión del riesgo, gestión de la calidad de los servicios de atención y resultados, coordinación administrativa y técnica de los servicios de atención y resultados.
- *Línea operativa de gestión del riesgo de la salud pública:* Intervenciones complejas de la salud pública, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública y control, gestión de insumos en salud pública, gestión del talento humano.

Finalmente, para el componente plurianual de inversiones, se trasladó la información financiera de acuerdo a cada eje programático reportado en los PTS de la región, totalizando los valores por año y por fuente de financiación, teniendo en cuenta la siguiente tabla de relacionamiento:

¹ Planeación para el Desarrollo Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo 2014.

Tabla 2: Relacionamiento Fuentes de Financiación PST 2012 – 2015 con PDSP 2012 – 2021

FUENTE DE FINANCIACIÓN DESCRITAS PST – ANEXO 2 (PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES)	FUENTES DE FINANCIACIÓN APLICATIVO DE MIGRACIÓN
RP: Recursos Propios	Recursos del Esfuerzo Propio Territorial
SGP: Sistema General de Participaciones	Recursos Provenientes de Sistema General de Participaciones
FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía	Fondo de Solidaridad y Garantía
TN: Transferencias Nacionales	Recursos del Presupuesto General de la Nación - Transferencias Nacionales
REG: Regalías	Recursos del Esfuerzo Propio Territorial - Regalías
RC: Rentas Cedidas	Recursos del Esfuerzo Propio Territorial – Rentas Cedidas
CC: Recursos de las Cajas de Compensación	Recursos de las Cajas de Compensación Familiar
RF: Rendimientos Financieros	Otros recursos – Rendimientos Financieros
LDSP: Prestación de Servicios Laboratorio de Salud Pública	Otros recursos - Prestación de Servicios Laboratorio de Salud Pública
FORP: Fondo de Riesgos Profesionales	Otros recursos – Recursos de Promoción y Prevención de Aseguradoras de Riesgos Laborales
SOAT-ECAT: Recursos SOAT	Otros recursos - Recursos Del Seguro Obligatorio De Accidentes De Tránsito SOAT
INV: Recursos de Fondos de Investigación en Salud	Recursos del Esfuerzo Propio Territorial - Recursos Destinados a Proyectos Regionales para Crecimiento Sostenible y Competitividad, Igualdad de Oportunidades para la Prosperidad Social, Sostenibilidad Ambiental y Prevención del Riesgo
OTROS: Otros Recursos de Banca Nacional y Multilateral	Otros recursos - Otros Recursos de Banca Nacional y Multilateral

En este orden de ideas, a continuación se muestran los resultados del proceso de migración realizado a cada entidad territorial que integra la región Pacífico:

II. Descripción del proceso de migración por departamento

1. Departamento del Valle del Cauca

1.1. Datos Generales de la Entidad Territorial

Nombre de la Institución: Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Domicilio: carrera 6ª calle 9 y 10, piso 10 y 11, Edificio Palacio San Francisco.

Secretario de Salud: Fernando Gutiérrez.

Correo electrónico: fgutierrez@valledelcauca.gov.co

Teléfono: 6200000 extensión 2691

Nombre Plan de Salud Territorial: Plan Departamental de Salud 2012-2015.

Fecha de inicio del proceso de migración: 22 de abril de 2014. Fecha finalización del proceso de migración: 30 de abril de 2014.

1.2. Hallazgos

De acuerdo a lo evidenciado en el proceso de migración, a continuación se muestra la tabla de las metas, estrategias, intervenciones y líneas operativas del PST asociadas al PDSP, a manera de resumen de lo encontrado en el Departamento:

Tabla 3: Balance general de afinidad del PST del Departamento del Valle del Cauca con el PDSP.

DIMENSIÓN PDSP	COMPONENTE	NÚMERO DE METAS	NÚMERO DE ESTRATEGIAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES	LINEA OPERATIVA ASOCIADA(*)
Salud Ambiental	Hábitat Saludable	3	4	4	PS
	Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales	2	2	4	PS
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	1	2	2	PS
	Condiciones crónicas prevalentes	3	11	13	PS
				2	GRS
Convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	1	1	1	PS
	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	1	1	1	PS
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	2	2	1	PS
				1	GRS
	Consumo y aprovechamiento biológico	3	3	1	PS
				2	GRS
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque	6	7	5	PS
				4	GSP

	de derechos				
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	3	3	1	PS
	Enfermedades inmunoprevenibles	1	1	3	GSP
	Enfermedades endemo epidémicas	4	4	1	GRS
				5	GRS
Salud Pública en Emergencias y Desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	1	1	1	GRS
	Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres	2	3	4	GRS
Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	3	4	1	PS
				3	GRS
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.	2	3	3	PS
	Envejecimiento y vejez	1	1	1	PS
	Discapacidad	1	1	1	PS
	Víctimas del conflicto armado	2	2	2	PS
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	8	19	4	PS
				37	GRS

TOTAL	50	75	108	
--------------	----	----	-----	--

LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*): GSP: Gestión de la Salud Pública, GRS: Gestión del Riesgo en Salud, PS: Promoción de la Salud.

Como se evidencia en la tabla anterior, el PST del departamento del Valle del Cauca contribuye al PDSP 2012 – 2021 en 50 metas, las cuales se encuentran relacionadas con 75 estrategias del PDSP. Así mismo, las 108 intervenciones definidas, están asociadas en su mayoría a la línea operativa gestión del riesgo en salud (56), seguida de la promoción de salud (45) y de la gestión de la salud pública (7).

1.2.1. Oportunidades de mejora

A continuación se describen los hallazgos más relevantes del proceso de migración del componente estratégico del Plan de Salud Territorial de la vigencia 2012 – 2015 del Departamento del Valle del Cauca.

1.2.1.1. Vacíos

Para efectos del proceso de migración, no se trasladó información para los siguientes componentes, dado que en la estructura actual del plan de salud territorial del Valle del Cauca no se identificó relacionamiento directo con las metas definidas en el PDSP o no se encontraron explícitas en el Anexo Técnico 1 – Plan Indicativo en Salud:

- ✓ Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, componente inocuidad y calidad de los alimentos.
- ✓ Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; componente promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.
- ✓ Dimensión Salud y ámbito laboral, componente Situaciones prevalentes de origen laboral.
- ✓ Dimensión Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componentes Salud y género; y Salud en poblaciones étnicas.

En cuanto a la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; componente Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, se debe tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento, el desarrollo de este componente dado el alcance que tiene en cuanto a maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la población adolescente, cáncer de cuello uterino, prevención de ITS, VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. Entendida las acciones a impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en SSR. Igualmente como un proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil.

Igualmente los demás componentes descritos anteriormente que no se evidenciaron metas relacionadas con los mismos, se deberán asumir como oportunidades de mejoramiento de acuerdo a las necesidades identificadas del Departamento del Valle del Cauca.

1.2.1.2. Supuestos que se asumieron para el proceso de migración

La información relacionada con el responsable del proceso de planeación es el Secretario de Salud Departamental, Doctor Fernando Gutiérrez.

El Propósito del Plan Territorial de Salud se asumió como Objetivos Estratégicos del PST por relación en la formulación y contenido con los Objetivos Específicos del PST.

Los Objetivos Específicos de cada eje programático del PST se asumieron como Objetivos Sanitarios por su formulación y relación con el componente del PDSP a diligenciar.

El Plan Indicativo de Salud no identifica la población objeto. Se asumió la población en el Plan de Desarrollo Departamental y DANE.

De acuerdo a las metas de resultado y de producto descritas en el plan indicativo, se trasladó la información para cada una de las dimensiones y componentes del PDSP, según la tabla de relacionamiento número 1.

Teniendo en cuenta que las metas del PST que incluyen población vulnerable (población con características particulares relacionadas con discapacidad, víctimas de violencia, niñas, niños y adolescentes; y persona mayor), se trasladó la información de manera desagregada en el componente de la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables según su correspondencia. Es así, como la información relacionada con la población vulnerable de niñas, niños y adolescentes se trasladó al componente Desarrollo Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes, la información relacionada con adulto mayor se incluyó en el componente Envejecimiento y Vejez, la relacionada con etnia en el componente Salud en poblaciones étnicas, la relacionada en condición de discapacidad, se incluyó en el componente de Discapacidad e igualmente para la población relacionada con Víctimas del Conflicto.

De otra parte, según las metas de producto descritas en el Plan Indicativo 2012 – 2015, se seleccionaron las metas y estrategias del PDSP que guardan mayor relación con dichas metas. Se diligenció adicionalmente, como área responsable la Secretaría Departamental de Salud. En cuanto a los nombres y apellidos del responsable, requeridos en el aplicativo, se diligenció el responsable consignado en la última columna del plan indicativo, que para el caso específico del Departamento del Valle del Cauca, se tiene identificado el nombre del funcionario responsable.

Por otro lado, las metas de intervención diligenciadas en el aplicativo, corresponden a las metas de producto consignadas en el Plan Indicativo 2012 – 2015. La intervención diligenciada corresponde a las estrategias descritas en el Plan Indicativo para cada meta de producto formulada. El responsable de la intervención se diligenció de acuerdo al sector explícito mencionado en el Plan Indicativo, para este caso particular la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Las metas de producto del eje programático del PST Fortalecimiento Institucional se ubicaron en la dimensión transversal de Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

1.1.1.1. Dificultades para el proceso de migración

Las metas de resultado no tienen información de resultados esperados por cada año del cuatrienio. Se asumió con la información de la línea de base teniendo en cuenta que es lo mínimo esperado en los resultados esperados.

El Plan Indicativo de Salud no identifica la población objeto. Se asumió la población en el Plan de Desarrollo Departamental y DANE.

La asignación de recursos se visualiza por cada eje programático y áreas sub programáticas. No se especifica por cada meta de producto, por lo cual la información del plan plurianual se migró de acuerdo a lo asignado para cada eje programático.

Por otro lado, se destaca como dificultad, la condición del aplicativo que sólo permite asociar una meta del PST a una meta del PDSP, dado que operativamente se identificó durante el proceso de migración que varias metas de resultado definidas por la Entidad Territorial pueden estar asociadas a una misma meta del PDSP. Dicha situación se subsanó, diligenciando en el mismo campo del aplicativo (en el campo destinado para tal fin) las metas del PST afines a la misma meta del PDSP.

En cuanto a la transectorialidad, esta no se evidencia de manera explícita en el Plan Indicativo 2012-2015, aunque es mencionado en los Enfoques y Principios del el PST.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente se encuentra que el Departamento del Valle del Cauca cuenta con una formulación del componente estratégico que aporta en gran medida a lo establecido en el PDSP 2012-2021.

Sin embargo, se sugiere ajustar la visión proyectada (2015) a 2021, manteniendo la armonía con los Propósitos, Enfoques y Principios del Plan Territorial de Salud del Departamento y el marco estratégico del PDSP 2012 – 2021.

Se recomienda realizar una revisión temática sobre la construcción del marco estratégico en el marco del PDSP que conduzcan a acciones sistemáticas y estratégicas para lograr una planeación territorial e institucional en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y la transectorialidad. Igualmente, la identificación de prioridades a intervenir y el desarrollo del componente operativo de forma coherente y la adecuada gestión de los recursos en cuanto a consecución, alianzas y asignación por cada intervención.

Finalmente, como oportunidad de mejoramiento se debe llevar a cabo una revisión temática sobre la identificación de metas de resultado y producto, su formulación que permitan llevar a cabo el

proceso de seguimiento, evaluación, control e intervención en forma oportuna. Igualmente, tener en cuenta el componente poblacional y territorial para lograr el impacto deseado en poblaciones vulnerables.

2. Departamento Nariño

1.2. Datos Generales de la Entidad Territorial

Nombre de la Institución: Instituto Departamental de Salud de Nariño

Domicilio: Calle 15 No. 28-41. Plazuela Bombona

Directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño: Elizabeth Trujillo de Cisneros

Correo electrónico: etrujillo@idsn.go.co

Teléfono: 3013708179

Nombre Plan de Salud Territorial: Plan de Salud Territorial “Salud para el Buen Vivir”

Fecha de inicio y finalización del proceso de Migración: 01 de Mayo de 2014 – 5 de Mayo de 2014.

1.3. Hallazgos

Según lo evidenciado en el proceso de migración, a continuación se muestra el balance general de lo aportado por el Departamento de Nariño al PDSP 2012 – 2021:

Tabla 4: Balance general de afinidad del PST del Departamento de Nariño con el PDSP.

DIMENSIÓN PDSP	COMPONENTE	NÚMERO DE METAS	NÚMERO DE ESTRATEGIAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES	LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*)
Salud Ambiental	Hábitat Saludable	2	2	2	GSP
	Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.	2	2	2	GSP
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	2	2	1	GSP
				1	PS
	Condiciones crónicas prevalentes	1	2	1	PS
				1	GRS

Convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	1	1	1	PS
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico	3	3	3	PS
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos	5	6	5	GSP
				1	GRS
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	3	3	1	PS
				1	GSP
				1	GRS
	Enfermedades inmunoprevenibles	1	1	1	GRS
Enfermedades endemo epidémicas	1	1	1	GRS	
Salud Pública en Emergencias y Desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	1	1	1	PS
Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	2	2	2	PS
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Salud en poblaciones étnicas	1	1	1	PS
	Discapacidad	1	1	1	PS
	Víctimas del conflicto armado	1	1	1	PS

Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	5	9	4	GRS
				6	GSP
				1	PS
TOTAL		32	38	40	

LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*): GSP: Gestión de la Salud Pública, GRS: Gestión del Riesgo en Salud, PS: Promoción de la Salud.}

La tabla anterior muestra que el Departamento de Nariño, contribuye al PDSP 2012 – 2021 en 32 metas, de acuerdo a lo formulado en su PST 2012 – 2015, las cuales se encuentran relacionadas con 38 estrategias del PDSP. El total de 40 intervenciones definidas, están asociadas en su mayoría a la línea operativa gestión de la salud pública (17) seguida de la promoción de salud (14) y la gestión del riesgo en salud (9).

1.3.1. Oportunidades de mejora

A continuación se describen los hallazgos más relevantes del proceso de migración del componente estratégico del Plan de Salud Territorial de la vigencia 2012 – 2015 del Departamento de Nariño.

1.3.1.1. Vacíos

Durante el proceso de migración, no se identificó relacionamiento directo entre las metas definidas en el PST y el PDSP, para los componentes que se mencionan a continuación:

- ✓ Dimensión Convivencia social y salud mental, componente Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.
- ✓ Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional, componentes de Disponibilidad y acceso a los alimentos e Inocuidad y calidad de los alimentos.
- ✓ Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, componente de Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.
- ✓ Dimensión salud pública en emergencias y desastres, componente Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencia en salud pública y desastres.
- ✓ Dimensión salud y ámbito laboral, componente de situaciones prevalentes de origen laboral.
- ✓ Dimensión transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componentes Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes; y envejecimiento y vejez.

En cuanto a la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; componente Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, se debe tener en cuenta como oportunidad de mejoramiento, el desarrollo de este componente dado el alcance que tiene en

cuanto a maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la población adolescente, cáncer de cuello uterino, prevención de ITS, VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. Entendida las acciones a impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en SSR. Igualmente como un proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil.

Los demás componentes que no fueron desarrollados en el Plan Indicativo 2012-2015, se deberán tener en cuenta como oportunidad de mejoramiento de acuerdo a las prioridades identificadas en el diagnóstico situacional.

Es de precisar que el Departamento de Nariño tiene un alto riesgo de emergencias y desastres de tipo volcánico, sin embargo, lo relacionado a la Dimensión salud pública en emergencias y desastres, componente Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencia en salud pública y desastres no se incluye ninguna intervención. En el componente de Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres solo incluye una intervención. Se deberá tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento el desarrollo de esta dimensión con enfoque transectorial.

Los demás componentes descritos anteriormente que no se evidenciaron metas relacionadas con los mismos, se deberán asumir como oportunidades de mejoramiento de acuerdo a las necesidades identificadas del Departamento de Nariño.

1.3.1.2. Supuestos que se asumieron para el proceso de migración

La información relacionada con el responsable del proceso de planeación es la Directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño Doctora Elizabeth Trujillo de Cisneros.

El PST del Departamento de Nariño no formula visión, se toma la decisión de asumir la visión del Plan de Desarrollo del Departamento de Nariño como la visión del PST.

El Objetivo formulado en el PST se asumió como Objetivos Estratégicos del PST por relación en la formulación y contenido con los Objetivos Específicos del PST.

Los Objetivos formulados en cada eje programático se asumieron como Objetivos Sanitarios de acuerdo a su relación para cada componente del PDSP. El Plan Indicativo de Salud no identifica la población objeto. Se asumió la población en el Plan de Desarrollo Departamental y DANE. De acuerdo a las metas de resultado y de producto descritas en el plan indicativo, se trasladó la información para cada una de las dimensiones y componentes del PDSP, según la tabla de relacionamiento número 1.

Teniendo en cuenta que las metas del PST que incluyen población vulnerable (población con características particulares relacionadas con discapacidad, víctimas de violencia, persona mayor y pertenencia étnica), se trasladó la información de manera desagregada en el componente de la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables según su correspondencia. Es así, como la información relacionada con adulto mayor se incluyó en el componente Envejecimiento y Vejez, la relacionada en condición de discapacidad, se incluyó en el componente de Discapacidad e igualmente para la población relacionada con Víctimas del Conflicto.

De otra parte, según las metas de producto descritas en el PST 2012 – 2015, se seleccionaron las metas y estrategias del PDSP que guardan mayor relación con dichas metas. Se diligenció adicionalmente, como área responsable el Instituto Departamental de Salud de Nariño. En cuanto al nombre del responsable requerido en el aplicativo, se diligenció el nombre de la Directora del Instituto Departamental, dado que no se visualiza nombre del responsable en el Plan indicativo 2012- 2015.

Por otro lado, las metas de intervención diligenciadas en el aplicativo, corresponden a las metas de producto consignadas en el Plan Indicativo 2012 – 2015. La intervención diligenciada corresponde a las estrategias descritas en el Plan Indicativo para cada meta de producto formulada. El responsable de la intervención se diligenció de acuerdo al sector explícito mencionado en el Plan Indicativo, para este caso particular el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Las metas de producto del subprograma Fortalecimiento Institucional del PST se ubicaron en la dimensión transversal de Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud por su relación con esta dimensión.

1.3.1.3. Dificultades para el proceso de migración

El Plan Indicativo de Salud no identifica la población objeto. Se asumió la población en el Plan de Desarrollo Departamental y DANE.

La asignación de recursos se visualiza por cada eje programático. No se especifica por cada meta de producto, por lo cual la información del plan plurianual se migró de acuerdo a lo asignado para cada eje programático.

En cuanto a la transectorialidad, esta no se evidencia de manera explícita en el Plan Indicativo 2012-2015, aunque es mencionado en los Principios del PST.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente se encuentra que el Departamento de Nariño cuenta con una formulación del componente estratégico que aporta en gran medida a lo establecido en el PDSP 2012-2021.

Sin embargo, se sugiere formulación de la visión proyectada 2021, manteniendo la armonía con el Objetivo estratégico, Enfoques y Principios del Plan Territorial de Salud del Departamento y el marco estratégico del PDSP 2012 – 2021.

Se recomienda realizar una revisión temática sobre la construcción del marco estratégico en el marco del PDSP que conduzcan a acciones sistemáticas y estratégicas para lograr una planeación territorial e institucional en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y la transectorialidad. Igualmente, la identificación de prioridades a intervenir y el desarrollo del componente operativo de forma coherente y la adecuada gestión de los recursos en cuanto a consecución, alianzas y asignación por cada intervención.

Finalmente, como oportunidad de mejoramiento se debe llevar a cabo una revisión temática sobre la identificación de metas de resultado y producto, su formulación que permitan llevar a cabo el proceso de seguimiento, evaluación, control e intervención en forma oportuna. Igualmente, tener en cuenta el componente poblacional y territorial para lograr el impacto deseado en poblaciones vulnerables.

2. Departamento del Cauca

2.1. Datos Generales de la Entidad Territorial

Nombre de la Institución: Secretaría Departamental de Salud del Cauca

Domicilio: Calle 5ª # 15-47 Barrio Valencia, Popayán

Secretario Departamental de Salud: Doctor Duvan Eli Quintero Muñoz

Correo electrónico: duvan.quintero@saludcauca.gov.co catalina.mancilla@saludcauca.gov.co

Teléfono: 3108245170 - 3127920128

Nombre Plan de Salud Territorial: inmerso en el Plan de Desarrollo Departamental: Cauca: Todas las Oportunidades.

Fecha de inicio y finalización del proceso de Migración: 06 de Mayo de 2014 – 11 de Mayo de 2014.

2.2. Hallazgos

Según lo encontrado en el proceso de migración, a continuación se muestra el balance de aporte del PST del Departamento del Cauca al PDSP 2012 – 2021:

Tabla 6: Balance general de afinidad del PST del Departamento del Cauca con el PDSP.

DIMENSIÓN PDSP	COMPONENTE	NÚMERO DE METAS	NÚMERO DE ESTRATEGIAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES	LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*)
Salud Ambiental	Hábitat Saludable	1	1	1	GRS

Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	3	4	2	GRS
				2	PS
	Condiciones crónicas prevalentes	5	9	12	GRS
				1	PS
Convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	1	2	2	GRS
	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	3	3	3	PS
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico	3	4	3	GRS
				1	PS
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero	1	1	2	GRS
	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos	5	9	9	GRS
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	1	1	1	GRS
	Enfermedades inmunoprevenibles	1	1	1	GRS
Salud Pública en Emergencias y Desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres	1	1	1	GRS

	Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres	1	1	2	GRS
Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	1	1	1	GRS
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes	3	5	6	GRS
	Salud en poblaciones étnicas	1	5	7	GRS
				2	PS
Discapacidad	1	1	1	PS	
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	7	23	19	GSP
				24	GRS
				1	PS
TOTAL		39	72	104	

LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*): GSP: Gestión de la Salud Pública, GRS: Gestión del Riesgo en Salud, PS: Promoción de la Salud.

La tabla anterior muestra que el Departamento del Cauca, contribuye al PDSP 2012 – 2021 en 39 metas, de acuerdo a lo formulado en su PST 2012 – 2015, las cuales se encuentran relacionadas con 72 estrategias del PDSP. El total de 104 intervenciones definidas, están asociadas en su mayoría a la línea operativa gestión del riesgo en salud (74) seguida de gestión de la salud pública (19) y promoción de salud (11).

2.2.1. Oportunidades de mejora

A continuación se describen los hallazgos más relevantes del proceso de migración del componente estratégico del Plan de Salud Territorial de la vigencia 2012 – 2015 del Departamento del Cauca.

2.2.1.1. Vacíos

Durante el proceso de migración, no se identificó relacionamiento directo de las metas formuladas en el PST con las definidas en el PDSP para los siguientes componentes:

- ✓ Dimensión de Salud ambiental, componente de Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.
- ✓ Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional, componentes de disponibilidad y acceso a los alimentos e inocuidad y calidad de los alimentos.
- ✓ Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles, componente Enfermedades endemo-epidémicas.
- ✓ Dimensión Salud y ámbito laboral, componente de situaciones prevalentes de origen laboral.
- ✓ Dimensión transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componente de Envejecimiento y vejez, Salud y género; y Víctimas del conflicto armado.

Tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento, respecto a la no inclusión de metas relacionada con Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional, componentes de disponibilidad y acceso a los alimentos e inocuidad y calidad de los alimentos, el Departamento del Cauca presenta una desnutrición crónica en la población menor de 5 años del 23,1% (PDD del Cauca) comparado con la Nacional del 13,2% (PDD del Cauca), además, en algunas subregiones el bajo peso al nacer alcanzan cifras entre 8,0% y 13,5%.

Como oportunidades de mejoramiento, respecto a la no inclusión de metas relacionada con Dimensión Transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componente Víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta que el Departamento del Cauca la situación por desplazamiento forzado como consecuencia del conflicto armado “alcanza dimensiones críticas” (PDD del Cauca).

Los demás componentes descritos anteriormente que no se evidenciaron metas relacionadas con los mismos, se deberán asumir como oportunidades de mejoramiento de acuerdo a las necesidades identificadas del Departamento del Cauca.

2.2.1.2. Supuestos que se asumieron para el proceso de migración

La información relacionada con el responsable del proceso de planeación, corresponde a la información del Secretario de Salud Departamental, Doctor Duvan Eli Quintero Muñoz. Para efectos de la migración, la visión del PST se asume la visión del PDD.

Se asume el objetivo descrito en el PDD del Departamento Componente Estratégico, Eje Social en su Componente Salud como el objetivo estratégico del Plan territorial de Salud.

La información relacionada con los objetivos sanitarios del PST se tomó de los objetivos de los diferentes programas del PDD Componente Salud y su afinidad de acuerdo al eje programático vinculado a cada uno de ellos.

Debido a que información relacionada con la población beneficiada no fue incluida en el Plan Indicativo 2012-2015, se tomó del documento de PPD y de la proyección de población DANE para el año 2012.

La información de las metas de resultado y de producto descritas en el Plan Indicativo 2012-2015, se trasladó para cada una de las dimensiones y componentes del PDSP, de acuerdo a la tabla de relacionamiento (Tabla 1. Relacionamiento de ejes programáticos y dimensiones del PDSP).

El plan indicativo 2012-2015 respecto a la línea de base, no es explícito en su fecha, fue diligenciado con el año 2011, por ser el punto de partida para la formulación del PST 2012 – 2015.

Teniendo en cuenta que las metas del PST que incluyen población vulnerable (población con características particulares relacionadas con discapacidad, niñas, niños y adolescentes y salud en población étnica), se trasladó la información de manera desagregada en el componente de la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables según su correspondencia. Es así, como la información relacionada con la población vulnerable de niñas, niños y adolescentes se trasladó al componente Desarrollo Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes, la relacionada con etnia en el componente Salud en poblaciones étnicas, la relacionada en condición de discapacidad, se incluyó en el componente de Discapacidad.

De otra parte, según las metas de producto descritas en el Plan Indicativo 2012 – 2015, se seleccionaron las metas y estrategias del PDSP que guardan mayor relación con dichas metas. Se diligenció adicionalmente, como área responsable la Secretaría Departamental de Salud. En cuanto a los nombres y apellidos del responsable, requeridos en el aplicativo, se diligenció el responsable consignado en la última columna del plan indicativo, que para el caso específico del Departamento del Cauca, no se tiene identificado, se decide incluir el nombre del secretario Departamental de Salud.

Las metas de producto consignadas en el Plan Indicativo 2012-2015 se migraron en el campo del aplicativo denominado Metas de intervención. La intervención se diligenció con base en lo descrito en la meta de producto. En este contexto, las intervenciones se asociaron a una línea operativa del PDSP según su mayor afinidad a las mismas y el responsable de la intervención se diligenció de acuerdo al sector explícito mencionado en el PST del Departamento, para este caso particular la Secretaría Departamental de Salud.

Las metas de resultado con sus correspondientes metas de producto que a continuación se describen se incluyeron en la Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad sanitaria para la gestión de la salud:

- ✓ Acuerdos de cooperación a nivel sub nacional regional (pacífico) realizados.
- ✓ Bancos de proyectos implementados y organizados por tres mesas de investigación en salud con proyectos presentados a diferentes convocatorias de fondo de regalías, Colciencias y otros.

- ✓ Experiencias municipales, subregionales y departamentales demostrativas en salud pública y de promoción de la salud para las diferentes comunidades étnicas del Departamento en un marco de integración, solidaridad y armonía promovidas, articuladas y apoyadas.

✓

2.2.1.3. Dificultades para el proceso de migración

Se tienen metas de resultado las cuales contienen más de un evento a intervenir, ejemplo: “100 defunciones maternas/100.000 nacidos vivos. 10% de reducción en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Mantener la prevalencia de infección por VIH en población entre 15 y 49 años por debajo de 1.2%. Reducir en 5% la incidencia de transmisión madre – hijo”.

Las metas de resultado no tienen información de resultados esperados por cada año del cuatrienio. Se asumió con la información de la línea de base teniendo en cuenta que es lo mínimo esperado en los resultados esperados.

El Plan Indicativo de Salud no identifica la población objeto. Se asumió la población del Plan de Desarrollo Departamental y proyección DANE.

Se evidenciaron metas de resultado con valores superiores a la línea de base siendo desfavorable en términos de impacto en la salud pública. Ejemplo: “4% de los mayores de 18 años mantienen los dientes permanentes” y línea de base es de 2%.

La asignación de recursos se visualiza por cada eje programático. No se especifica por cada meta de producto, por lo cual la información del plan plurianual se migró de acuerdo a lo asignado para cada eje programático.

En el diligenciamiento de la Dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud se evidenciaron hasta tres objetivos sanitarios del PST con afinidad para esta dimensión en su componente. Dicha situación se subsana, diligenciando el total de objetivos sanitarios con afinidad.

Por otro lado, se destaca como dificultad, la condición del aplicativo que sólo permite asociar una meta del PST a una meta del PDSP, dado que operativamente se identificó durante el proceso de migración que varias metas de resultado definidas por la Entidad Territorial pueden estar asociadas a una misma meta del PDSP. Dicha situación se subsanó, diligenciando en el mismo campo del aplicativo (en el campo destinado para tal fin) las metas del PST afines a la misma meta del PDSP.

En cuanto a la transectorialidad, esta no se evidencia de manera explícita en el Plan Indicativo 2012-2015, aunque es mencionado explícitamente en el PDD.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente se encuentra que el Departamento del Cauca cuenta con una formulación del componente estratégico que aporta en gran medida a lo establecido en el PDSP 2012-2021.

Sin embargo, se recomienda realizar una revisión temática sobre la construcción del marco estratégico en el marco del PDSP que conduzcan a acciones sistemáticas y estratégicas para lograr una planeación territorial e institucional en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y la transectorialidad. Igualmente, la identificación de prioridades a intervenir y el desarrollo del

componente operativo de forma coherente y la adecuada gestión de los recursos en cuanto a consecución, alianzas y asignación por cada intervención.

Finalmente, como oportunidad de mejoramiento se debe llevar a cabo una revisión temática sobre la identificación de metas de resultado y producto, su formulación que permitan llevar a cabo el proceso de seguimiento, evaluación, control e intervención en forma oportuna. Igualmente, tener en cuenta el componente poblacional y territorial para lograr el impacto deseado en poblaciones vulnerables.

3. Departamento de Archipiélago de San Andrés

3.1. Datos Generales de la Entidad Territorial

Nombre de la Institución: Secretaría Departamental de Salud de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Domicilio: Avenida Francisco Newball, edificio de cómputo segundo piso.

Secretario Departamental de Salud: Doctor Miguel Alfredo May Salcedo

Correo electrónico: savigila_sanandres@yahoo.com.mx

Teléfono: 3162935578

Nombre Plan de Salud Territorial: inmerso en el PPD: “Para Tejer un Mundo más Humano y Seguro”.

Fecha de inicio y finalización del proceso de Migración: 12 de Mayo de 2014 – 18 de Mayo de 2014

3.2. Hallazgos

De acuerdo a lo formulado en el PST 2012 – 2015 del Departamento de Archipiélago de San Andrés y a lo evidenciado durante el proceso de migración, a continuación se muestra la tabla resumen del balance de aporte del PST al PDSP:

Tabla 8: Balance general de afinidad del PST del Departamento de Archipiélago de San Andrés con el PDSP.

DIMENSIÓN PDSP	COMPONENTE	NÚMERO DE METAS	NÚMERO DE ESTRATEGIAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES	LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*)
Salud Ambiental	Hábitat Saludable	4	4	6	GRS
				1	PS
	Situaciones en salud relacionadas con condiciones	1	2	6	GRS

	ambientales.				
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	1	1	1	GRS
	Condiciones crónicas prevalentes	3	8	11	GRS
Convivencia social y salud mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	1	2	1	GRS
				1	PS
	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	3	3	6	PS
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Disponibilidad y acceso a los alimentos	1	4	4	GRS
	Consumo y aprovechamiento biológico	1	4	4	GRS
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero	2	4	5	PS
				4	GRS
	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos	9	13	1	PS
				12	GRS
				1	GSP
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	2	2	2	GSP

	Enfermedades inmunoprevenibles	1	3	7	GRS
	Enfermedades endemo epidémicas	4	10	13	GRS
				1	PS
Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	2	2	2	GRS
	Situaciones prevalentes de origen laboral	1	1	1	GRS
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes	3	3	3	GRS
	Envejecimiento y vejez	1	2	3	GRS
	Salud en poblaciones étnicas	1	1	1	GRS
	Discapacidad	1	3	3	GRS
	Víctimas del conflicto armado	1	2	2	GRS
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	8	21	36	GRS
TOTAL		51	95	138	

LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*): GSP: Gestión de la Salud Pública, GRS: Gestión del Riesgo en Salud, PS: Promoción de la Salud.

La tabla anterior muestra que el Departamento del Archipiélago de San Andrés, contribuye al PDSP 2012 – 2021 en 51 metas, de acuerdo a lo formulado en su PST 2012 – 2015, las cuales se encuentran relacionadas con 95 estrategias del PDSP. El total de 138 intervenciones definidas, están asociadas en su mayoría a la línea operativa gestión del riesgo en salud (120) seguida de promoción de salud (15) y de gestión de la salud pública (3).

3.2.1. Oportunidades de mejora

A continuación se describen los hallazgos más relevantes del proceso de migración del componente estratégico del Plan de Salud Territorial de la vigencia 2012 – 2015 del Departamento del Archipiélago de San Andrés con el PDSP.

3.2.1.1. Vacíos

Durante el proceso de migración, no se identificó relacionamiento directo de las metas formuladas en el PST con las definidas en el PDSP para los siguientes componentes:

- ✓ Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional, componente Inocuidad y calidad de los alimentos.
- ✓ Dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres, componentes Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres; y Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres.
- ✓ Dimensión transversal Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componente de Salud y género.

Tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento, respecto a la no inclusión de metas relacionada con la Dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres, dado que el Departamento por su condición insular, alejado de las costas continentales del país, está expuesto a diferentes tipos de amenazas naturales y entrópicas, donde además las condiciones socio-económicas de la población, el cambio climático y el crecimiento urbanístico sin organización al que se vio expuesto el territorio en su proceso de desarrollo y asentamiento poblacional, lo han hecho potencialmente más vulnerable a diferentes amenazas posibles, exponiendo al Departamento a variados escenarios de riesgos. (Tomado del PDD).

Los demás componentes descritos anteriormente que no se evidenciaron metas relacionadas con los mismos, se deberán asumir como oportunidades de mejoramiento de acuerdo a las necesidades identificadas del Departamento del Cauca.

3.2.1.2. Supuestos que se asumieron para el proceso de migración

La información relacionada con el responsable del proceso de planeación corresponde a la información del Secretario de Salud Departamental, Doctor Miguel Alfredo May Salcedo.

Para efectos de la migración, se trasladó la visión formulada en el PDD como visión del PST al aplicativo.

Se asume el objetivo estratégico del PST con el descrito en el PDD en lo concerniente a lineamientos por su afinidad con el Plan indicativo 2012-2015.

La información relacionada con los objetivos sanitarios del PST se tomó de los objetivos de los diferentes programas relacionados con salud del PDD por su afinidad con los ejes programáticos y metas de producto formuladas en el Plan Indicativo 2012-2015.

Debido a que información relacionada con la población beneficiada no fue incluida en el Plan Indicativo 2012-2015, se tomó del documento de PPD y de la proyección de población DANE para el año 2012.

La información de las metas de resultado y de producto descritas en el Plan Indicativo 2012-2015, se trasladó para cada una de las dimensiones y componentes del PDSP, de acuerdo a la tabla de relacionamiento (Tabla 1. Relacionamiento de ejes programáticos y dimensiones del PDSP).

Teniendo en cuenta que las metas del PST que incluyen población vulnerable (población con características particulares relacionadas con discapacidad, niñas, niños y adolescentes, envejecimiento y vejez, discapacidad, víctimas del conflicto armado y salud en población étnica), se trasladó la información de manera desagregada en el componente de la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables según su correspondencia. Es así, como la información relacionada con la población vulnerable de niñas, niños y adolescentes se trasladó al componente Desarrollo Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes, la relacionada con etnia en el componente Salud en poblaciones étnicas, la relacionada en condición de discapacidad, se incluyó en el componente de Discapacidad y así sucesivamente.

De otra parte, según las metas de producto descritas en el Plan Indicativo 2012 – 2015, se seleccionaron las metas y estrategias del PDSP que guardan mayor relación con dichas metas. Se diligenció adicionalmente, como área responsable la Secretaría Departamental de Salud. En cuanto a los nombres y apellidos del responsable, requeridos en el aplicativo, no se visualiza responsable por lo que se decide asumir como responsable el nombre del Secretario Departamental de Salud.

Las metas de producto consignadas en el Plan Indicativo 2012-2015 se migraron en el campo del aplicativo denominado Metas de intervención. La intervención se diligenció con base en lo descrito en la meta de producto. En este contexto, las intervenciones se asociaron a una línea operativa del PDSP según su mayor afinidad a las mismas y el responsable de la intervención se diligenció de acuerdo al sector explícito mencionado en el PST del Departamento, para este caso particular la Secretaría Departamental de Salud.

3.2.1.3. Dificultades para el proceso de migración

Las metas de resultado no tienen información de resultados esperados por cada año del cuatrienio. Se asumió con la información de la línea de base teniendo en cuenta que es lo mínimo esperado en los resultados esperados.

El Plan Indicativo de Salud no identifica la población objeto. Se asumió la población en el Plan de Desarrollo Departamental y proyección DANE.

La asignación de recursos se visualiza por cada eje programático. No se especifica por cada meta de producto, por lo cual la información del plan plurianual se migró de acuerdo a lo asignado para cada eje programático.

No se evidencia metas de resultado en el Plan Indicativo 2012-2015 relacionadas o con afinidad con las metas de producto relacionadas con convivencia social y salud mental. Se subsano tomando como meta de resultado la misma meta de producto.

Se encontraron metas de producto que no son explícitas y su formulación no corresponde técnicamente. Ejemplo: “porcentaje de ejecución” y nombre del indicador “0%”.

Se evidenciaron metas de producto formuladas en forma genérica lo que no permite hacer medición en cada año del cuatrienio. Ejemplo: “A 2015 haber formulado la política pública de las enfermedades crónicas sus factores de riesgo y determinantes”. Nombre del indicador: “Política formulada”.

El Plan Indicativo en Salud del PTS, muestra sus metas tanto de resultado como de producto de manera separada, dificultando el proceso de relacionamiento de las mismas, no vincula explícitamente sus metas de producto con las metas de resultado definidas. Esta situación sugiere la necesidad de apropiación por parte del Departamento, de la metodología de planeación en salud definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de estandarizar los procesos de formulación, monitoreo y evaluación.

Por otro lado, se destaca como dificultad, la condición del aplicativo que sólo permite asociar una meta del PST a una meta del PDSP, dado que operativamente se identificó durante el proceso de migración que varias metas de resultado definidas por la Entidad Territorial pueden estar asociadas a una misma meta del PDSP. Dicha situación se subsanó, diligenciando en el mismo campo del aplicativo (en el campo destinado para tal fin) las metas del PST afines a la misma meta del PDSP.

Finalmente, teniendo en cuenta este contexto, se recomienda reforzar las capacidades básicas en la construcción de la plataforma estratégica y realizar una revisión temática sobre la construcción de metas de resultado y producto como también su relación, de tal forma que queden expresadas en términos poblacionales. Así mismo, se recomienda generar espacios de formación para desarrollar habilidades y destrezas en la formulación de metas alcanzables, factibles, viables y medibles, con coherencia interna; y en la construcción de indicadores que den cuenta del cambio esperado en los resultados y productos formulados.

4. Departamento del Quindío

4.1. Datos Generales de la Entidad Territorial

Nombre de la Institución: Secretaría Departamental de Salud del Quindío.

Domicilio: Calle 20 No. 13-22 Gobernación del Quindío Armenia

Secretario Departamental de Salud: José Antonio Correa López

Correo electrónico: josecorreamd@aol.com - nebio62@hotmail.com

Teléfono: 7417700

Nombre Plan de Salud Territorial: Inmerso en el PDD: Gobierno Firme por un Quindío más Humano.

Fecha de inicio y finalización del proceso de Migración: 19 de Mayo de 2014 – 22 de Mayo de 2014.

4.2. Hallazgos

De acuerdo con lo formulado en el Plan Territorial de Salud del Departamento del Quindío, a continuación se muestra el balance general del ente territorial, según lo evidenciado en el proceso de migración:

Tabla 11: Balance general de afinidad del PST del Departamento del Quindío con el PDSP.

DIMENSIÓN PDSP	COMPONENTE	NÚMERO DE METAS	NÚMERO DE ESTRATEGIAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES	LÍNEA OPERATIVA ASOCIADA (*)
Salud Ambiental	Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.	2	2	4	GRS
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables	1	1	1	GRS
	Condiciones crónicas prevalentes	1	1	1	PS
Convivencia social y salud mental	Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia	1	2	2	PS
				1	GRS
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico	1	1	1	GRS

Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos	1	1	1	GRS
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	1	1	1	GRS
	Enfermedades endemo epidémicas	1	1	1	GRS
Salud Pública en Emergencias y Desastres	Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres	1	1	2	GRS
Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo	1	1	2	GRS
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes	2	2	1	GRSP
				1	GRS
	Víctimas del conflicto armado	1	1	1	GRS
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	3	6	9	GRS
				1	PS
TOTAL		17	21	30	

LINEA OPERATIVA ASOCIADA (*): GSP: Gestión de la Salud Pública, GRS: Gestión del Riesgo en Salud, PS: Promoción de la Salud.

Según lo que se evidencia en la tabla anterior el Departamento del Quindío contribuye al PDSP 2012 – 2021 en 17 metas, las cuales se encuentran relacionadas con 21 estrategias del PDSP. Así

mismo, las 30 intervenciones definidas, están asociadas en su mayoría a la línea operativa de gestión del riesgo en salud (25), seguida de promoción de salud (4) y gestión de la salud pública (1).

4.2.1. Oportunidades de mejora

A continuación se describen los hallazgos más relevantes del proceso de migración del componente estratégico del Plan de Salud Territorial de la vigencia 2012 – 2015 del Departamento del Quindío.

4.2.1.1. Vacíos

Durante el proceso de migración, no se identificó relacionamiento directo de las metas formuladas en el PST con las definidas en el PDSP para los siguientes componentes:

- ✓ Dimensión Salud ambiental, componente Hábitat saludable.
- ✓ Convivencia social y salud mental, componente Promoción de la salud mental y la convivencia.
- ✓ Dimensión seguridad alimentaria y nutricional, componentes de disponibilidad y acceso a los alimentos e inocuidad y calidad de los alimentos.
- ✓ Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, componente de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.
- ✓ Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, componente Enfermedades inmunoprevenibles.
- ✓ Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres, componente Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres.
- ✓ Dimensión Salud y ámbito laboral, componente Situaciones prevalentes de origen laboral.
- ✓ Dimensión Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, componentes Envejecimiento y vejez, Salud y género, Salud en poblaciones étnicas y Discapacidad.

Lo anterior muestra que la mayoría de vacíos se encuentran en los componentes previstos en el PDSP 2012 – 2021 para la acción transectorial, evidenciándose la necesidad de fortalecer el relacionamiento con los actores que puedan contribuir con la afectación de los determinantes sociales.

Respecto a la Dimensión Convivencia social y salud mental, componente Promoción de la salud mental y la convivencia, se debe tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento, dado que el Departamento del Quindío presenta un incremento de los casos de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas, situación planteado en el PDD.

En cuanto a la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; componente Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, se debe tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento, el desarrollo de este componente dado el alcance que tiene

en cuanto a maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en la población adolescente, cáncer de cuello uterino, prevención de ITS, VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual. Entendida las acciones a impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en SSR. Igualmente como un proceso permanente y articulado de los diferentes sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil.

Igualmente los demás componentes, descritos anteriormente que no se evidenciaron metas relacionadas con los mismos, se deberán asumir como oportunidades de mejoramiento de acuerdo a las necesidades identificadas del Departamento del Quindío.

En cuanto a la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, componente Enfermedades inmunoprevenibles, se debe tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento la inclusión en la formulación del Plan indicativo. Es de señalar, que en el PDD se encuentran formuladas metas relacionadas con el programa PAI y el Departamento del Quindío ejecuta dicho programa de obligatorio cumplimiento.

En cuanto a la Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres, componente Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres, tener en cuenta que el departamento de Quindío es una región de alto riesgo de fenómenos naturales.

Las demás dimensiones no incluidas se deberán igualmente tener en cuenta como oportunidades de mejoramiento.

4.2.1.2. Supuestos que se asumieron para el proceso de migración

La información relacionada con el responsable del proceso de planeación, corresponde a la información del Secretario Departamental de Salud Doctor José Antonio Correa López. Para efectos de la migración, se asume la visión del PDD como la visión del PST.

Para efectos de la migración, como objetivo estratégico del PST se toma el objetivo programático correspondiente al programa de Salud Humanizada, accesible y oportuna del PDD por su contenido y afinidad con el “Plan indicativo con corte 31 dic 2012”.

La información relacionada con los objetivos sanitarios del PST, para la dimensión Salud ambiental se asume el objetivo estratégico de la Dimensión ambiente Natural (Capítulo V) del PDD por su afinidad y relación con las metas de producto del PST. Para las demás dimensiones y componentes se tomaron de los objetivos Programáticos del componente estratégico componente salud del PDD según afinidad en su contenido.

Debido a que la información relacionada con la población beneficiada no fue incluida en el Plan Indicativo 2012-2015, se tomó del documento de PPD y de la proyección de población DANE para el año 2012.

Las metas de producto se asumen como metas de resultado, situación que se explica en Dificultades para el proceso de migración.

La información de las metas producto descritas en el “Plan indicativo con corte 31 dic 2012”, se trasladó para cada una de las dimensiones y componentes del PDSP, de acuerdo a la tabla de relacionamiento (Tabla 1. Relacionamiento de ejes programáticos y dimensiones del PDSP).

De otra parte, según las metas de producto descritas en el “Plan indicativo con corte 31 dic 2012”, se seleccionaron las metas y estrategias del PDSP que guardan mayor relación con dichas metas. Se diligenció adicionalmente, como área responsable la Secretaría Departamental de Salud. En cuanto a los nombres y apellidos del responsable, requeridos en el aplicativo, se diligenció el responsable con el nombre del Secretario Departamental de Salud.

Las metas de producto consignadas en el “Plan indicativo con corte 31 dic 2012” se migraron en el campo del aplicativo denominado Metas de intervención. La intervención se diligenció con base en lo descrito en la meta de producto. En este contexto, las intervenciones se asociaron a una línea operativa del PDSP según su mayor afinidad a las mismas y el responsable de la intervención se diligenció como Secretaría Departamental de Salud.

La información de recursos se toma de los documentos: formato "Proyección y ejecución financiera en salud pública años 2012 - 2015"- Planes financieros territoriales de salud pública totalizado por cada eje programático.

4.2.1.3. Dificultades para el proceso de migración

Teniendo en cuenta que el PST del Quindío se encuentra inmerso en el PDD, la Secretaría Departamental de Salud del Quindío suministra como Plan indicativo el documento “Plan indicativo con corte 31 dic 2012”, el cual contiene la siguiente información relacionada para el proceso de migración: “identificación”, “indicador de producto”, “Línea de base” y “Meta 2015”. Esta información se asume como metas de producto con su respectivo indicador, línea de base y meta 2015.

Por lo anteriormente descrito, no se evidencia lo relacionado con metas de resultado. Se subsanó asumiendo las metas de producto como metas de resultado y la información de la línea de base como logros por cada año del cuatrienio teniendo en cuenta que es lo mínimo esperado en los resultados esperados. Se asumió la población del Plan de Desarrollo Departamental y proyección DANE. Debido a las dificultades descritas no es posible llevar a cabo un proceso de análisis crítico y técnico.

Es necesario resaltar que el PDD del Quindío contiene los elementos técnicos e información para la formulación del Plan Indicativo, el cual permite identificar, analizar y formular las metas de resultado,

producto y demás información técnica requerida, con la consistencia y coherencia interna, de acuerdo a las necesidades de su situación de salud.

Como recomendación general, se sugiere realizar una revisión temática sobre la construcción del marco estratégico en el marco del PDSP que conduzcan a acciones sistemáticas y estratégicas para lograr una planeación territorial e institucional en el ámbito de los determinantes sociales de la salud y la transectorialidad. Igualmente, la identificación de prioridades a intervenir y el desarrollo del componente operativo de forma coherente y la adecuada gestión de los recursos en cuanto a consecución, alianzas y asignación por cada intervención.

Finalmente, como oportunidad de mejoramiento se debe llevar a cabo una revisión temática sobre la identificación de metas de resultado y producto, su formulación que permitan llevar a cabo el proceso de seguimiento, evaluación, control e intervención en forma oportuna. Igualmente, tener en cuenta el componente poblacional y territorial para lograr el impacto deseado en poblaciones vulnerables.

Esta situación sugiere el apoyo y asistencia técnica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en el proceso de planeación territorial en salud.

III. Lecciones Aprendidas

De manera general, a continuación se presentan las principales lecciones aprendidas durante el tercer momento de asistencia técnica en lo correspondiente al proceso de migración para la Región Pacífico.

1. Buenas prácticas

La existencia de equipos de planeación en las entidades territoriales permite avanzar de manera colaborativa en los procesos de armonización e implementación del PDSP 2012 – 2021 a nivel regional.

La fase de alistamiento institucional prevista en el Modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado permitió a las Entidades Territoriales disponer de la información necesaria para facilitar el proceso de migración de sus Planes de Salud Territorial a la estructura del PDSP 2012 - 2021.

Las Entidades Departamentales de la región, cuentan con planes de salud territorial elaborados y aprobados de acuerdo a las exigencias normativas vigentes. Sin desconocer las características específicas de cada departamento, vacíos y dificultades que se evidenciaron durante el proceso de migración. Así mismo, suministran de manera oportuna la información correspondiente a la planeación indicativa en salud y plurianual de inversiones.

Los entes territoriales de la región formulan metas de resultado y de producto para los ejes programáticos definidos en la Resolución 425 de 2008, a excepción del Departamento del Quindío, lo cual facilitó el relacionamiento con las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP.

La herramienta tecnológica dispuesta para realizar el proceso de migración, permite la unificación y estandarización de conceptos para realizar procesos de planeación en salud en las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal.

2. Generación de conocimiento

El proceso de migración es un proceso sistemático basado en criterios técnicos que permiten establecer el relacionamiento de metas y estrategias de los planes de salud territorial con lo establecido en el marco estratégico del PDSP 2012 - 2021.

A partir de la línea de base establecida a través del proceso de migración, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con insumos que le permitirán direccionar la asistencia técnica a las Entidades Territoriales de la región de acuerdo a las oportunidades de mejora evidenciadas en cada una de ellas.

La metodología desarrollada como parte del proceso de migración, se constituye en una herramienta que permitirá establecer la ruta metodológica para los procesos de migración de los Planes de Salud Territorial actuales a la estructura del PDSP 2012 - 2021. Así mismo, dicha metodología podría ser una herramienta útil para transferir las capacidades técnicas a los entes municipales, con el fin de contar con la línea de base que permita monitorear y evaluar los impactos en salud de la población según los avances en la planeación en salud de las entidades en mención.

La participación en el proceso de sistematización que adelanta el MSPS y la OPS genera aportes que permitirán documentar el proceso de armonización, adopción e implementación del PDSP 2012 – 2021 en el país.

3. Sistema de monitoreo y evaluación

La línea base establecida con base en los resultados del proceso migración, permitirán avanzar en el sistema de monitoreo y evaluación de acuerdo a la periodicidad establecida en el PDSP 2012 – 2021.

Dado que el PDSP no cuenta con una meta explícita referente a la mortalidad perinatal, se sugiere definir los mecanismos por medio de los cuales se realizará seguimiento a dicho evento de tal forma que se establezcan las alarmas y estrategias preventivas y correctivas a que haya lugar, para disminuir los perfiles de morbimortalidad por esta causa.

En cuanto a los objetivos definidos en las dimensiones tanto transversales como prioritarias del PDSP 2012 - 2021, se sugiere establecer su relacionamiento con los objetivos específicos definidos por las entidades territoriales (por eje programático), toda vez que en el proceso de migración, sólo se estableció su relación con los determinantes estructurales, intermedios y de carga de la enfermedad, de tal manera que a futuro se logre realizar el monitoreo y evaluación de su cumplimiento de manera comparativa entre los periodos evaluados.

IV. Recomendaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

Se recomienda mantener comunicación permanente con los equipos de planeación en las Entidades Territoriales, con el fin de dar continuidad a los procesos, disminuir la incertidumbre en el nuevo proceso de planeación y organizar la agenda de trabajo de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Es de vital importancia que los desarrollos tecnológicos se lleven a cabo de manera colaborativa con el área técnica de planeación, con el fin de optimizar los recursos y disminuir el riesgo de generar reproceso.

Se recomienda gestionar el conocimiento documentado en el proceso de migración con todos los actores institucionales de las secretarías de salud de la región, con el fin de validar y legitimar el proceso.

Se sugiere que la información financiera migrada con base en lo reportado en los planes plurianuales de cada Departamento, sea validada por cada entidad territorial, toda vez que con el PDSP 2012 – 2021, se amplió la desagregación de las fuentes de financiación reportadas para la vigencia 2012 – 2015. Todo esto, con el fin de lograr la uniformidad de los datos y asegurar el cumplimiento de los criterios de calidad de la información migrada.

Entidades Territoriales de Salud

Reforzar las capacidades básicas en la construcción de la plataforma estratégica (visión, objetivos, metas de resultados y de producto, estrategias), de tal forma que se consolide el marco estratégico del PST de manera armónica con lo establecido en el PDSP 2012 – 2021.

Llevar a cabo una revisión temática sobre la identificación de metas de resultado y producto, su formulación que permitan llevar a cabo el proceso de seguimiento, evaluación, control e intervención en forma oportuna. Igualmente, tener en cuenta el componente poblacional y territorial para lograr el impacto deseado en poblaciones vulnerables.

Adoptar los lineamientos técnicos para la inclusión de elementos del marco estratégico del PDSP en el PST.