

**TENSIONES Y DESAFIOS EN LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN SALUD
PÚBLICA. MUNICIPIOS DE CAJICÁ Y SUPATÁ, CUNDINAMARCA**

ADRIANA CECILIA MARTÍNEZ DUQUE

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE ECONOMÍA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

2019

**TENSIONES Y DESAFIOS EN LA PLANIFICACIÓN LOCAL EN SALUD
PÚBLICA. MUNICIPIOS DE CAJICÁ Y SUPATÁ, CUNDINAMARCA**

ADRIANA CECILIA MARTÍNEZ DUQUE

Trabajo de Grado para optar por el título de:

Magister en salud Pública

Director.

Edson Jair Ospina Lozano.

Odontólogo. Doctor en Antropología Social

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE ECONOMÍA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

2019

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	7
2.1 Planteamiento del problema.....	7
2.3. Preguntas de Investigación.....	9
2.4 Justificación de la Propuesta.....	10
3. OBJETIVO GENERAL	11
3.1. Objetivos Específicos.....	11
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1. Definiciones de Planificación en Salud Pública	11
Historia de la planificación en salud para América Latina.....	12
La planificación en Salud Pública en Colombia.....	13
Intersectorialidad	13
Gobernanza.....	15
Participación Social.....	16
5. ESTADO DEL ARTE	17
6. DISEÑO METODOLÓGICO	18
6.1. Tipo de Estudio.....	18
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	19
8. RESULTADOS.....	19
8.1. Cajicá y Supatá.....	20
8.1.1 Cajicá.....	20
8.1.2 Supatá.....	21
8.1.2 Ámbito Político Administrativo	21
8.2.1. Cajicá.....	22
8.2.2. Supatá.....	23
8.3. Planificación en salud pública.....	25
8.3.1. Cajicá.....	25
8.3.2. Supatá.....	29
8.4. Implementación en Salud	33
8.4.1. Cajicá.....	33
8.4.2. Supatá.....	35

8.5. Evaluación.....	36
8.5.1. Cajicá.....	37
8.5.2. Supatá.....	39
9. DISCUSION.....	39
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

1. INTRODUCCIÓN

La planificación en salud emergió de manera organizada en América Latina a finales de los años setenta. De acuerdo a Chorny ésta ha tenido diferentes enfoques, destacando el enfoque productivo que “considera que la función gerencial es la relación de la planificación, la ejecución y el control de la toma de decisiones adecuadas, buscando la optimización de los recursos en salud y basado en la información. Permite así, identificar las metas de producción, verificar los resultados y retroalimentar la información para la gerencia eficiente”. Uno de éstos se soporta en el pensamiento estratégico y ha sido una herramienta que permite ordenar u organizar todos los recursos existentes en los servicios de salud y, como corolario, hacer frente a los desafíos existentes en el escenario de la salud pública¹.

El proceso de planificación actualmente se implementa a nivel local a partir de una guía metodológica, misma que es elaborada conceptual y técnicamente por Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); es decir, esta entidad mantiene su estatus de planificador y orienta estrategias y planes para que sean implementadas por los municipios, ejemplo de ello por medio de la Resolución 1438 de 2011 el MSPS establece en el Artículo 6 el Plan Decenal para la Salud Pública. Esta norma estableció que el “MSPS elaborara un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales”².

En el año 2013 el MSPS hace una modificación a esta norma por medio de la Resolución 1841 y resuelve en el Artículo N° 1 que se “Adopte un Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contenido en el anexo técnico que forma parte integral de la presente resolución, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones”³.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, “es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuir la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables”⁴.

Este proceso contempla aspectos de tipo político y social, sin obviar los asuntos culturales existentes en la planificación. Asimismo, se sustenta en una categorización que está orientada por la Ley 617 del año 2000 y que especifica las categorías de cada municipio donde existen diferencias por ingresos corrientes y número de habitantes. La planificación en este caso presenta variaciones específicamente, por acciones de obligatorio cumplimiento ante las entidades de control que tiene que ver con el manejo y uso de los recursos públicos.

Con respecto a la planificación en salud pública, los municipios de categorías uno, dos y tres cuentan con más ingresos corrientes destinados para salud, lo que implica mayor demanda de servicios sanitarios, organización y planeación de la ejecución de sus recursos, distribución apropiada para cubrir la demanda y necesidades de la población. Para el caso de los municipios de categoría cuatro, cinco y seis la planificación en salud pública cuenta con recursos económicos limitados, se planea de acuerdo a las orientaciones del MSPS mediado por el recursos económicos y se complementa con las acciones de concurrencia de la secretaria de salud departamental por medio de convenios interadministrativos con las Empresas Sociales del Estado ESE- referentes en cada región.

En este proceso es central reconocer que los periodos de gobierno, ejecutivo y legislativo, influyen de manera directa en la planificación en salud pública. Los periodos de gobierno de cuatro años son específicos y en este tiempo se debe planear y ejecutar un plan de salud bajo directrices normativas y orientaciones de carácter nacional, regional y local, mismos que están subordinados a los planes de desarrollo de cada entidad territorial. Otro aspecto que influye en la planificación en salud pública tiene que ver con el equipo técnico encargado de la planificación, en la mayoría de los casos, éste tiene un periodo de cuatro años que refleja la cultura política.

La participación social es otro aspecto a tener en cuenta dentro del proceso de planificación en salud. Las directrices incluyen a la ciudadanía como actor principal para la planificación, la vigilancia y el control de los recursos de salud pública y el uso de ellos, asunto que tiene escasa relevancia en las formas de construir la política en el país, en parte por el desentendimiento de la ciudadanía y en parte por el desinterés de las instituciones estatales.

Se debe resaltar que el proceso de planeación en salud permite un sinnúmero de acciones y procedimientos que se ven reflejados en el quehacer de la salud pública, tales como planes y programas y los beneficios de la ciudadanía en términos de calidad de vida y salud. Por este motivo, el PDSP, 2012–2021, incorpora enfoques que estipulan el carácter complejo de la sociedad (enfoque de derechos, territorial y diferencial), reconociendo además los determinantes sociales de la salud como marco referencial y el papel de las inequidades sociales en el estatus de salud⁵.

En relación a este asunto, este trabajo de investigación pretende un análisis de los procesos de planeación en salud pública en el nivel local en los municipios cundinamarqueses de Cajicá y Supatá, ejercicio académico centrado en una responsabilidad ética y política sobre las transformaciones positivas en la calidad de vida y salud de la población.

2. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

La planificación en salud pública es un proceso que permite organizar proyectos, planes y programas destinados a mejorar la salud de las poblaciones y, asimismo, ser sujetos a la evaluación y monitoreo continuo, permitiendo dar cuenta de su evolución, impacto y resultados a corto, mediano y largo plazo. Este proceso se lleva a cabo como una herramienta que marca la ruta estratégica desde elementos conceptuales, técnicos y operativos.

De acuerdo con Onocko, la planificación en salud es una forma de organización para la acción, el método de planificación debe estar siempre colocado en un contexto histórico, ya que no existe un método general capaz de dar cuenta de las interrelaciones entre propósito, método y organización.⁶

La planeación o planificación en salud pública implica reconocer dinámicas de la política pública, la participación social, las condiciones socio demográficas de los territorios, las tensiones, fortalezas y desafíos allí existentes. Para Onocko “la planificación como actividad tiene que tener alguna utilidad en el área de la salud pública, este valor de uso será construido socialmente y también, dependerá de lo que nosotros -los denominados planificadores- hagamos con esto.”⁷

En el caso de los Municipios de Cajicá y Supatá, el proceso de planificación en salud pública contempla elementos estructurales y particulares, al igual que legislativos y normativos; en este sentido, lo general representa un extensión de las instituciones nacionales a través de diferentes artefactos materiales e inmateriales, y lo particular es un escenario diferente en cada territorio, en donde se expresan la manera de hacer política y de reproducir los mecanismos de hacer esa política.

Respecto a estos dos municipios, Cajicá está ubicado, en la provincia de Sabana Centro. Pertenecer a la categoría dos, lo que implica una población considerable -56.875- y mayores recursos económicos por generación de impuestos locales. Su estructura administrativa cuenta con diversas secretarías, empresas sociales e institutos, además de servicios de salud descentralizados del gobierno departamental y nacional. Por su cercanía a la capital de la república cuenta con vías de acceso, desarrollo urbanístico y empresarial creciente y una dimensión socio demográfica con condiciones diferentes a otros territorios o Municipios.

Un municipio de categoría segunda, de acuerdo a la Ley 617 del año 2000, son Todos aquellos distritos o municipios con población comprendida entre cincuenta mil uno (50.001) y cien mil (100.000) habitantes y cuyos ingresos corrientes de libre destinación anuales sean superiores a cincuenta mil (50.000) y hasta de cien mil (100.000) salarios mínimos legales mensuales.⁸

Por otra parte, Supatá se ubica en la región del Gualivá, pertenece a la categoría sexta, con menor generación de recursos por impuestos, menor número de habitantes -5.022-, estructura administrativa centralizada en el gobierno municipal, condiciones socio demográficas como mayor población rural que urbana, servicios de salud no descentralizados que depende de una empresa social del estado de un nivel de atención superior, es un territorio alejado de la capital de la República, no cuenta con un desarrollo urbanístico, ni empresarial y las dinámicas sociales al interior se expresan más en términos de dependencia hacia el gobierno Municipal.

La Ley 617 del año 2000 indica que los Municipios de sexta categoría son todos aquellos distritos o municipios con población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes y con ingresos corrientes de libre destinación anuales no superiores a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales.⁹

Para el proceso de planificación en estos territorios existen medidas normativas, técnicas y metodológicas que guían o direccionan el cómo llevar a cabo o desarrollar dichos procesos; sin embargo, no es sincronizado en el tiempo, ni en los recursos físicos, humanos y tecnológicos, esta situación hace que la planificación esté medida en términos de cumplimiento a los entes evaluadores y calificadores y no en términos de coherencia, pertinencia de la información, movilización y socialización a la ciudadanía. A este nivel la planificación y la evaluación son ausentes, únicamente se valoran los resultados en términos de indicadores y manejo administrativo o de gestión del recurso.¹⁰

Así mismo, se debe reconocer los elementos socioculturales que se expresan en la manera de hacer política en estos municipios; es decir, existen unas formas específicas que influyen en la participación para la planificación en salud, es común que las personas se movilicen o hagan presencia en espacios culturales o en las festividades típicas. Cuando se trata de movilización, convocatorias o participación para espacios que impliquen el empoderamiento social o de compromisos que requieran jornadas o mesas formales de trabajo, es notoria la escasa participación. Por ejemplo, el proceso de rendición de cuentas de salud pública que es un espacio abierto para la deliberación y el control a las acciones y recursos ejecutados, la presencia de la ciudadanía es escasa y su impacto casi nulo.¹¹ En estos dos municipios la participación social resulta ser un pasivo en el ejercicio de toma de decisiones y el empoderamiento social.

La planificación en salud pública en estos dos territorios implica unas dinámicas diferentes; sin embargo, deberán responder al Plan Decenal de Salud Pública en el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población. En relación a esto, se replantean los siguientes interrogantes:

2.3.Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las tensiones y los desafíos en la planificación local en salud pública en los municipios de Cajicá y Supatá?
- ¿Cuáles son las principales disputas políticas en el proceso de planificación local en salud en Cajicá y Supatá?
- ¿Cuáles son las particularidades del proceso de implementación del plan decenal de salud pública en estos dos municipios?

2.4 Justificación de la Propuesta

La planificación en salud pública es vista como el proceso que permite al planificador ordenar u orientar las políticas públicas, metodologías y planes para llevarlos a la acción y lograr resultados medibles en términos de tiempo, recursos e impacto en la calidad de vida, y la salud de las personas. Para el caso de Colombia y el departamento de Cundinamarca, el proceso de planificación en salud no dista de estos elementos conceptuales. En ambos casos, este proceso esta guiado por un órgano rector: el Ministerio de Salud y Protección Social. Asimismo, están las Secretarías Departamentales de Salud, entidades responsables de brindar directrices conceptuales y técnicas para la planificación en salud pública.

Para el caso de los municipios, la planificación en salud es un proceso complejo y cambiante en el tiempo y el espacio, depende principalmente de los periodos de gobierno, recursos económicos, talento humano, condiciones socio demográficas e indudablemente de las acciones de las entidades superiores, esto convirtiéndose en desafíos y retos para los planificadores y para las comunidades quienes figuran o hacen parte de este proceso por medio de la acción participativa.

Por lo anterior, con este estudio pretendo dinamizar el interés de la comunidad académica para realizar estudios de investigación en el campo de la planificación en salud pública, dando así a conocer los diferentes retos, desafíos y experiencias de los territorios contribuyendo en la solución de la problemática incentivando a la generación de políticas públicas y herramientas que favorezcan este proceso.

Considero que este estudio es novedoso en el territorio de la salud pública y su significado está centrado en que contribuye como herramienta de conocimiento para la innovación en la planificación en salud pública.

3. OBJETIVO GENERAL

- Analizar las tensiones y los desafíos de la planificación local en salud pública en los municipios de Cajicá y Supatá.

3.1. Objetivos Específicos

- Caracterizar las disputas políticas durante el proceso de planificación local en salud en Cajicá y Supatá.
- Describir el proceso de implementación del plan decenal de salud pública en estos dos municipios

4. MARCO TEÓRICO

Para este trabajo de investigación se entenderá la Planificación en Salud Pública desde un concepto amplio, mismo que incluye categorías mediadoras como el poder, política pública, actores sociales. Desde esta revisión de literatura, nos encontramos con autores como Mario Testa y Rosana Onocko, experto latinoamericano en este tema.

4.1. Definiciones de Planificación en Salud Pública

Para Onocko la planificación en salud es una forma de organización para la acción. De acuerdo a Testa “el método de planificación debe estar orientado en el contexto histórico, ya que no existe un método general capaz de dar cuentas de las interrelaciones entre propósitos, método y organización en todos los contextos, situaciones o momentos históricos.”¹²

Teixeira habla de la planificación como un término ampliamente utilizado en la política y la vida cotidiana de la administración, tanto en la esfera pública y la esfera privada. La planificación significa una racionalización de las acciones del proceso humano que consiste en definir las proposiciones y construir su viabilidad, con el fin de resolver problemas y responder a las necesidades individuales y colectivas.¹³ Por otra parte, Vilasboas, propone la planificación como un acto es diseñar, ejecutar y seguir una serie de propuestas de acción con miras a la intervención de una pieza particular de la realidad. La planificación puede ser vista como instrumento racional de la acción humana. Medidas adoptadas por los actores sociales, guiados por un motivo relacionado con el mantenimiento o la modificación de una situación particular.¹⁴

Historia de la planificación en salud para América Latina

El pensamiento estratégico aplicado a la planificación de la salud apareció, hacia fines de los años setenta, como una forma de reacción para superar los problemas inherentes a la formulación normativa de planes, cuyo paradigma es encarnado en el método CENDES/OPS .Resulta esta nueva proposición, en sus primeras manifestaciones en el ámbito de salud, de las reflexiones de Mario Testa, quien fue también protagonista fundamental de la elaboración del método CENDES/OPS. Quizás la presencia protagónica de Testa a lo largo del proceso evolutivo de la planificación en salud, que va desde lo normativo, pasa por la planificación estratégica y desemboca en el pensamiento estratégico aplicado a la planificación, pudiera servir para llamar la atención sobre el hecho de que el planificador es un ser humano inserto en un contexto social que lo determina y condiciona, y que al cambiar da origen o debería dar a alteraciones en el pensamiento del sujeto determinado/condicionado.¹⁵

Testa explica que la planificación en Latinoamérica ha sufrido en las últimas décadas malentendidos que han generados sucesivos periodos de euforia, decepción, crisis y recuperación parcial. El principal malentendido se debe al intento de aplicar una herramienta socialista a los países capitalistas. El origen de la planificación se encuentra en los países socialistas, inicialmente en la Unión Soviética, cuando el plan se utilizaba para reemplazar el mecanismo del mercado como

procedimiento de asignación de recursos y de distribución de productos. Los países capitalistas subdesarrollados advierten la posibilidad que introduce la planificación, sobretudo en el periodo que sigue a la crisis internacional de 1930.¹⁶

La planificación en Salud Pública en Colombia

El proceso de planificación en salud en Colombia ha sido normado y guiado por metodologías y técnicas desde el Ministerio de Salud adoptando estrategias y modelos en salud. Implementa a nivel local a partir de una guía metodológica, misma que es elaborada conceptual y técnicamente por Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); es decir, esta entidad mantiene su estatus de planificador y orienta estrategias y planes para que sean implementadas por los municipios, ejemplo de ello por medio de la Resolución 1438 de 2011 el MSPS establece en el Artículo 6 el Plan Decenal para la Salud Pública. Esta norma estableció que el “MSPS elaborara un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales”¹⁷

En el año 2013 el MSPS hace una modificación a esta norma por medio de la Resolución 1841 y resuelve en el Artículo N° 1 que se “Adopte un Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contenido en el anexo técnico que forma parte integral de la presente resolución, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.”¹⁸

Intersectorialidad

En América Latina, la intersectorialidad en el campo de la salud se asocia o se asimila a la expresión “salud en todas las políticas públicas”. Este concepto ha tenido un desarrollo importante en el sector

sanitario desde la década de los noventa e incluso ha sido promovido por la Organización Mundial de la Salud, en el propósito de abordar holísticamente diversas problemáticas.

Este tema es con frecuencia el eje de diferentes acciones en el campo de la salud; sin embargo, está escasamente fundamentado. Es decir, no se conocen ni mucho menos se dinamizan teorías explícitas de esta estrategia en el ámbito de la salud, ni tampoco existe la sistematización de experiencias al respecto, sustrato necesario para el análisis de lo que comúnmente se llaman “acciones intersectoriales”.¹⁹

Este término se puede relacionar con dos premisas centrales. La primera de éstas, indica que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Dicha premisa le asigna un fundamento expresamente político a la intersectorialidad y se traduce en la asunción de que todas las políticas públicas que persigan estrategias globales de desarrollo, tales como la modificación de la calidad de vida de la población, deben ser planificadas y ejecutadas intersectorialmente.¹⁹

La segunda premisa señala que la intersectorialidad debe integrar a diferentes sectores, lo cual permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver los problemas sociales. Esta premisa remite a un fundamento técnico de la intersectorialidad consistente con la idea de que crea mejores soluciones a nivel social”. Sin embargo, esta dinámica en ocasiones es poco profunda y los aportes de ésta no son fácilmente visibles en los resultados de intervenciones desde esta estrategia.¹⁹

Este es un concepto que desde lo sectorial tiene distintos significados, remitiéndose a la lógica de la acción colectiva, distinguiéndose entre el sector público, el sector mercantil, el sector privado no mercantil o las comunidades; en este sentido, la intersectorialidad vincula y relaciona tales sectores en las diferentes modalidades de asociación público-privada, haciendo parte del eje central de las nuevas políticas públicas como una nueva promesa en materia de gestión para acometer objetivos de transformación social. Así, esta emerge como una concreción de la promesa de las acciones integrales. Cabe destacar que la implicación del trabajo entre lo público y los sujetos colectivos, por lo menos en las fases de planificación y evaluación, constituyen un asunto crítico para el éxito de la colaboración intersectorial y su sustentabilidad.²⁰

Gobernanza

El concepto de gobernanza aparece a mediados de la década de los ochenta después de la llamada crisis de los Estados de Bienestar, y toma fuerza debido a que “engloba asuntos relacionados con la modernización de las instituciones, la rendición de cuentas, la participación ciudadana, entre otras. No obstante, a la fecha, entre los teóricos de las ciencias sociales no hay consenso respecto al significado.”²¹

Dependiendo del contexto, este término puede ser utilizado como sinónimo o antónimo de la noción de gobierno. Incluso para algunos autores, gobernanza hace referencia a un estadio ulterior a los modelos tradicionales de entender el accionar del gobierno y, para otros, la gobernanza sólo es una opción o estilo de dirección de las organizaciones, entre muchas alternativas.” La gobernanza en algunos países está asociada a postulados sobre gobierno corporativo y en otros se asemeja a las nociones de gobernabilidad y buen gobierno.”²¹

Sobre éste se pueden distinguir dos tendencias principales en el uso del término: gobernanza en sentido descriptivo y gobernanza en sentido normativo. La diferencia entre estas orientaciones radica en que la primera se utiliza como una categoría analítica propia de la disciplina de la administración pública; mientras que la segunda sirve para describir, tanto a los macro procesos o condiciones relativas a la estructura general del sector público, como a micro procesos o prácticas concretas de gestión pública, en sentido descriptivo es una propuesta que gravita en torno a la multiplicación de los agentes que intervienen en la formulación y ejecución de las políticas.”²¹

Este término también se relaciona de manera directa con el término de gobernar, ambos hacen referencia al ejercicio gubernamental. Así, teniendo en cuenta que los resultados de un gobierno son más predecibles, si se cumplen cinco condiciones: Primero: alta capacidad de gobierno; segundo, buen diseño de la organización del sistema público; tercero, proyecto del gobierno compatible con la capacidad personal e institucional del gobierno, es decir, con las dos primeras condiciones; cuarto, contexto situacional coherente con el proyecto del gobierno; y cinco, un poco de suerte.”²²

La calidad de la organización y el aparato de gobierno es un aspecto de la capacidad institucional del gobierno, y también contribuye a la gobernabilidad. Gobernar entonces requiere articular tres variables: El proyecto del gobierno, entendida como los medios y los objetivos propuestos que un cambio a la situación esperada; la capacidad del gobierno, que expresa la experiencia necesaria para conducir, maniobrar y superar las dificultades del cambio propuesto; y el sistema de gobierno, que resume el grado de dificultad de la propuesta y la forma en que debe subir, verificable por el grado de aceptación o rechazo del proyecto y la capacidad de los actores sociales para apoyar sus motivos favorables, desfavorables o indiferentes.²²

Participación Social

En Colombia la participación social toma elementos normativos en la constitución de 1991 en donde además se convierte en un marco de obligatoriedad por su relación directa con el cambio o desarrollo social, se refiere a una expresión de la democracia política y de manera directa a su vinculación con los procesos de desarrollo y de cambio social. Bajo esta consideración, los gobiernos pueden intervenir en el desenvolvimiento socioeconómico integrando a la población en los procesos de planificación y en la ejecución de programa.²³

A partir de este planteamiento, la participación social es un ejercicio democrático, transformador de empoderamiento pero necesariamente político que se ve reflejado en la acción contundente cuando se tiene el poder de convocar, movilizar en ámbitos de interacción. Otro enfoque sostiene que las prácticas consisten en ver las formas de participación que tienen origen autónomo de organización comunitaria, que son distintas a las promovidas por los organismos gubernamentales y que en la mayoría de las ocasiones actúa en contravía de ellas. Desde esta última visión se considera que la otra perspectiva afirmaría una participación predeterminada y expresada únicamente en la formalidad, es decir, se trataría de un aporte negociable y no una verdadera inserción de la comunidad. Por ello insisten en que la participación que nace de la misma comunidad resulta más activa y por tanto más eficaz. De acuerdo a este planteamiento la participación social que se da desde la motivación personal y colectiva puede llegar a ser más efectiva por razones como intereses en cambios de contextos que afectan a unos más que otros,

también porque puede darse una percepción más real o más sentida de lo que las organizaciones no quieren ver o no les interesa ver por sus propios intereses.²³

5. ESTADO DEL ARTE

El estado de arte sobre planificación en salud evidencia un vacío en las investigaciones sobre este tema, tanto en el nivel nacional, regional y local. Para avanzar en esta tarea, se viene realizando una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos del campo de las ciencias sociales y de la salud.

Así, a continuación se presentan las investigaciones sobre este asunto, en específico los estudios empíricos y revisiones literarias. El primero de éstos es una evaluación longitudinal de redes de investigación sobre dengue en Brasil, explorando la contribución, la dinámica y la consolidación de las redes científicas del dengue sobre la inversión financiera y la política de salud²⁴. El segundo describe la experiencia de formulación y los contenidos de un plan para la prevención de estas enfermedades en la ciudad colombiana de Pasto, en cuyo proceso se utilizó un modelo de planificación propuesto por la Organización Mundial de la Salud²⁵. El último reporte de investigación es una revisión de literatura de la política pública y la planificación y gestión en salud, entre los años 1974 y 2005, labor centrada en la reforma en salud y el Sistema Único de Salud de Brasil.

Tabla N° 1. Palabras Clave

ESPAÑOL	INGLÉS	PORTUGUÉS
América Latina	Latin American	América Latina
Salud	Health	Saude
Planificación en salud	Health Planning	Planejamento de saúde
Política pública	Public politics	Políticas públicas
Salud Pública	Public health	Saúde pública
Poder	Power	Poder
Actores Sociales	Social actors	Atores sociais

Sanitaria	Sanitary	Saúde
-----------	----------	-------

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de Estudio

El presente trabajo corresponde a un análisis de caso múltiple, fundamentado en un análisis socio histórico que comprenderá la identificación y el análisis de los procesos de planificación en salud pública en los municipios de Supatá y Cajicá.

Como unidad de análisis se incluirán a las personas responsables con la planeación en salud pública en estos dos municipios y como unidad de trabajo a todos los sujetos involucrados en este proceso socio sanitario –ciudadanos, prestadores de servicios, instituciones locales y regionales-.

Esta tarea incluye varias fases metodológicas:

Fase factual y comportamental que incluye una aproximación a la comunidad a estudiar y la revisión bibliográfica y documental. En ella se revisaran diversas fuentes primarias y fuentes secundarias. También se hará una observación participante en el territorio de las decisiones en salud que será un acercamiento inicial a nuestro objeto de estudio, con el propósito de observar categorías como la participación social, mecanismos de gobernanza en salud pública, presupuestos participativos, estrategias para determinar que es un problema en salud y los mecanismos para hacerles frente. En esta fase se definirá que las técnicas de investigación será la realización de entrevistas semi estructuradas a actores clave en el tema de la salud pública a nivel municipal.

Fase narrativa que comprenderá la realización de una observación participante donde se incluya la elaboración de diarios de campo (registros de las representaciones individuales y colectivas) en escenarios de decisión y planificaciones en salud pública, y entrevistas semi estructuradas a dichos actores clave. Acá también se analizaran documentos institucionales sobre los procesos de planeación local en salud pública a través de una metodología llamada malla de lectura, en donde

se hará un cruce entre las orientaciones de la política y la normatividad nacional y las apuestas locales en esta temática, con el propósito de establecer el nivel de coincidencia.

Fase interpretativa que se centrará en la construcción de las categorías de análisis que permitan reconocer las estrategias de planeación y la participación social. Estas categorías deben responder a los objetivos propuestos a partir del concepto planeación local en salud pública.

Fase de sistematización y análisis desde las categorías elaboradas en la fase interpretativa, Ulteriormente, se relacionaran todos los hallazgos con el contexto social de estos dos municipios.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos a tener en cuenta en esta investigación, responden a normas y declaraciones establecidas para el manejo ético en investigación. En lo normativo se tiene en cuenta la resolución 8430 de 1993 en el artículo 11 se considera esta investigación sin riesgo; es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación en lo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. En las declaraciones establecidas se tiene en cuenta la Declaración de Helsinki (1964), propuesta por la Asociación Médica Mundial, reformada en el año 2000, las pautas de Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), con la reforma del año 2000. La declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico de Budapest (1999) y la Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO del año 2005.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de esta investigación. Primero se hará una breve caracterización sociodemográfica y político administrativa de estos dos municipios, y

posteriormente se abordan elementos relacionados con las responsabilidades de cada ente territorial en salud pública.

8.1. Cajicá y Supatá

Estos dos municipios tienen unas actividades específicas de planeación e implementación en salud pública a partir de sus categorías administrativas como municipios. A continuación, se va a presentar un contexto social de cada uno de éstos, para posteriormente ahondar en los asuntos relacionados con la administración en salud.

Mapa 1. Ubicación geográfica de Supatá y Cajicá.



Fuente: Tomado de: [https://Provincias de Cundinamarca#/media/File:Mapa de Cundinamarca \(subdivisiones\).svg](https://Provincias de Cundinamarca#/media/File:Mapa de Cundinamarca (subdivisiones).svg).

8.1.1 Cajicá

Cajicá se ubica en la provincia de Sabana Centro. Tiene una extensión de 51 km² y 56.875 habitantes según cifras del Dane para el 2016. Las principales fuentes de producción económica son la agricultura, especialmente hortalizas, cultivos industriales de flores, pasteurizadoras de

leche, manufacturas de hierro y cuero, artesanías, fábricas de helados, restaurantes, que a su vez son centros de diversión nocturna, empresas de madera y una gran cantidad de comercio en general.

Con respecto al tema de salud, Cajicá tiene dieciséis entidades prestadoras de servicios de salud – IPS, de las cuales 15 son privadas, y una pública, la Empresa Social del Estado – ESE Profesor Jorge Cavelier de primer nivel de atención. El aseguramiento en salud es del 97%; el 23% para el régimen subsidiado y el 74% en el régimen contributivo. Según información colectada en fuentes secundarias, sus principales eventos en salud pública son: enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, de alto costo y discapacidad por accidentes de tránsito.

8.1.2 Supatá

Este es un Municipio ubicado en el Departamento de Cundinamarca, en la provincia de Gualivá, región central del departamento. Su extensión de 128 km², y su población de 5.028 habitantes, según el DANE. El sector central de la agricultura y la ganadería, y además el turismo está en aumento.

En el tema sanitario, existe un centro de salud de primer nivel, ubicado en el centro poblado. Además, hay dos puestos de salud en las veredas Imparal y la Magola. Estos centros de salud se prestan servicios del primer nivel de atención y dependen administrativamente de la Empresa Social del Estado (ESE) San Rafael, del vecino municipio de Pacho, ubicado a 25 kilómetros de distancia. Ésta es una situación que genera dificultades logísticas y administrativas debido a la distancia y a los problemas derivados de la vía sin pavimentar; aun cuando Supatá es más cerca de San Francisco y se comunican a través de una vía en perfecto estado.

El aseguramiento en salud es del 96%, de ellos el 69% es régimen subsidiado y el 27% régimen contributivo. Según información colectada en fuentes secundarias, sus principales eventos en salud pública son: enfermedades transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema respiratorio, afecciones perinatales y causas externas.

8.1.2 Ámbito Político Administrativo

Respecto a este tema, se hará una descripción sobre los asuntos administrativos enfatizando el sector salud.

8.2.1. Cajicá

La estructura organizacional de este municipio es segunda categoría. Es descentralizado en salud y cuenta con una secretaría de salud. Ésta a su vez tiene tres direcciones. La dirección de salud pública, la dirección de aseguramiento y la dirección de desarrollo y servicios de salud. La dirección de salud pública, cuenta con dos coordinaciones, una la coordinación del PIC y la coordinación de saneamiento básico. La secretaria de salud cuenta con profesionales y técnicos para cada dimensión del plan decenal de salud pública. Alrededor de 60 profesionales. La estructura organizacional de este Municipio permite ver que la Salud Pública tiene un referente directo dentro de la institución y un sub referente para cada proceso.

Las responsabilidades en salud pública son las siguientes: Formular y ejecutar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) de acuerdo al Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021, al (PDSP) Plan de Desarrollo Municipal (PDM) y Plan de Desarrollo Departamental(PDD), incluyendo procesos de participación ciudadana. La Formulación y ejecución del PIC se realiza de manera articulada a las acciones de promoción y prevención a cargo de las Entidades Administradoras del Planes de Beneficios (EAPB).

El territorio debe garantizar que la formulación y ejecución cumpla las directrices de la Ley 1551 de 2012, esto es: desarrollar, implementar, monitorear y evaluar la adecuación sociocultural de planes, programas y estrategias en el marco del PDSP y con la asistencia técnica del Departamento. Monitorear, evaluar y hacer seguimiento a la ejecución técnica, administrativa y financiera y a los resultados alcanzados por el PIC, y de acuerdo a éstos se podrán aplicar glosas o sanciones, de acuerdo a lo pactado en el contrato para la ejecución del PIC.

Otra función es remitir al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento los informes requeridos con respecto a la planeación, ejecución y evaluación del Pic. Contratar prioritariamente las acciones del PIC la ESE ubicada en el territorio, las cuales cumplirán con capacidad técnica y operativa para la ejecución, de lo contrario el municipio puede contratar el PIC con Organizaciones No Gubernamentales (ONG) Universidades y Entidades que cumplan el objeto social.

Los recursos del Componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones para los Municipios de segunda categoría se distribuyen así: Para el Pic entre un 40 y 60% y para los procesos de gestión en salud pública serán entre un 40 y 60%.

Tabla 2. Presupuesto: Cajicá

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES – SGP				
AÑO	PRESUPUESTO SGP	PRESUPUESTO SALUD	PRESUPUESTO RÉGIMEN SUBSIDIADO	PRESUPUESTO SALUD PÚBLICA
2016	8.850.004.946	3.823.371.509	3.268.487.328	354.011.074
2017	9.011.842.227	3.463.051.282	2.964.119.557	301.281.130
2018	9.020.003.382	3.789.012.547	3.154.307.771	437.054.181
2019	8.995.783.922	3.911.030.340	3.301.055.808	412.323.937
Total	35.877.634.495	14.986.465.678	12.687.970.464	1.504.670.322

Fuente: <https://sicodis.dnp.gov.co>

La Tabla 3, muestra el presupuesto anual para los años 2016 a 2019. De éste, el 10% es para salud pública, en específico para el PIC, Se hace inversión de recursos propios de acuerdo al proceso de planificación financiera, análisis de situación en salud –ASIS- necesidades y las metas del plan territorial de salud, esta asignación dependerá también depende de la abogacía y gestión de la secretaria de salud.

Según la información colectada en las entrevistas estructuradas a los líderes comunitarios, uno de ellos reconoce la estructura de la Alcaldía Municipal. Además de esto, ninguna persona conoce cómo se distribuyen los recursos de la salud, la asignación presupuestal para cada programa ni las fuentes de los recursos con que cuenta el presupuesto para salud.

8.2.2. Supatá

Supatá tiene una estructura organizacional de un municipio de sexta categoría. No cuenta con secretaría de salud. Las responsabilidades y acciones que se deriven del tema sanitario dependen de la secretaría de gobierno que es ejercida por un profesional en derecho. Esta estructura

administrativa debela que las acciones en salud pública son poco visibles ante la organización interna del aparato de gobierno. Su finalidad resulta en cumplir con la contratación y el desarrollo de ésta, y las demás responsabilidades recaen en la persona que ejerce la coordinación PIC, quien hace presencia en el territorio no más de tres días a la semana. Esta persona refiere que se debe a que el salario es bajo y busca otras opciones de trabajo en la región.

Ante la dirección interna del municipio, el PIC retoma importancia en el trabajo de campo que desarrollan las auxiliares de enfermería, que realizan la canalización y reporte de los riesgos de la personas en el departamento, y se denominan promotoras o Gebis (gestoras de bienestar social) en este Municipio la vigilancia de la salud pública se da por la información y trabajo realizado por las Gebis. Las acciones de saneamiento básico están a cargo del Departamento.

De acuerdo a la normatividad, las responsabilidades en salud pública de un municipio de sexta categoría son similares a las mencionadas en el apartado anterior. Estas mismas normas indican que el componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones para los Municipios de sexta categoría se distribuyen así: Para el Pic entre un 60 y 70% y para los procesos de gestión en salud pública serán entre un 30 y 40%.

Tabla 3. Presupuesto: Supatá

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES - SGP				
AÑO	PRESUPUESTO SGP	PRESUPUESTO SALUD	PRESUPUESTO REGIMEN SUBSIDIADO	PRESUPUESTO SALUD PÚBLICA
2016	3.729.406.505	850.013.549	811.982.701	30.080.848
2017	3.439.189.067	884.957.950	850.757.028	34.200.922
2018	3.928.207.976	921.470.440	885.375.472	36.094.968
2019	3.466.952.903	929.076.420	890.981.755	38.094.665
Total	14.563.756.451	3.585.518.359	3.439.096.956	146.421.403

Fuente: <https://sicodis.dnp.gov.co>

La Tabla 2 muestra el presupuesto anual para los años 2016 a 2019. De éste, el 10% es para salud pública, en específico para el PIC, con respecto a la inversión para salud pública por recursos propios del municipio, depende de la exposición de necesidades y las prioridades expuestas por el coordinador de salud pública.

Según la información colectada en las entrevistas estructuradas a los líderes comunitarios, uno de ellos reconoce la estructura de la administración municipal porque participó en las contiendas electorales. Otros dos identifican el papel del alcalde y del personero que lo relacionan con ayuda en temas de salud y uno más reconoce que la maquinaria para el arreglo de las carreteras del municipio es lo más importante de la administración municipal. Por último, y con respecto al presupuesto de salud, ninguno conoce su distribución, el valor de cada programa y las fuentes de financiación.

8.3. Planificación en salud pública.

El proceso de planificación en salud pública en estos dos municipios presenta diferentes elementos, que responden a las particularidades de los mismos. Aún así son guiados por la misma normatividad e insumos estratégicos, operativos y financieros.

8.3.1. Cajicá

La planificación en Cajicá, como se había señalado anteriormente, es la de un municipio de segunda categoría; por lo tanto, sus responsabilidades en salud pública se centran primordialmente en construir, implementar y evaluar el Plan Territorial de Salud. En esta investigación se abordó el periodo comprendido entre 2016 y 2019.

En este Municipio se cuenta con un profesional de salud con postgrado y experiencia en procesos de planeación, para la formulación del Plan Territorial. Éste se realiza en el mismo contexto de las mesas de participación social para el plan de desarrollo municipal. El trabajo es guiado y supervisado por la secretaria de salud municipal.

En este municipio las responsabilidades en salud pública las asume el director de salud pública, quién en este caso es una profesional del área de la salud. Esta persona depende administrativamente de la secretaría de salud. Según datos colectados a través de la entrevista semiestructurada, esta persona relata que entre sus funciones está: Dirigir la coordinación del Plan de Intervenciones Colectivas y la coordinación de Saneamiento Ambiental. En el 2016 esta coordinación fue responsable de la formulación de los planes de acción en salud. Para los años 2017 y 2018 quien

realizó la planeación fue la persona que formuló el plan territorial y quien a su vez es la encargada del proceso de planificación. También se contó con un profesional en epidemiología quién es la encargada de los indicadores municipales. Este municipio cuenta con aproximadamente treinta profesionales, cinco auxiliares para la ejecución de las acciones del PIC, personal que varía de acuerdo al presupuesto anual; también cuenta con aproximadamente doce personas auxiliares y profesionales en salud para temas administrativos en salud.

El proceso de planificación tuvo varias fases: En la primera fase, el Municipio contó con un proceso de alistamiento que se fundamentó en capacitaciones en el Ministerio de Salud y Protección Social y en la Secretaría Departamental de Salud. Cada año el proceso de planificación es guiado por la Secretaria de Salud Departamental en espacios de reuniones donde dan lineamientos técnicos y normativos en cada una de las dimensiones de obligatorio cumplimiento. Esto conlleva a que el municipio conozca claramente sus necesidades y las enfoque en esta metodología. La Secretaría de Salud Departamental cumple con una función de rectoría, seguimiento y apoyo dentro del proceso. Esta secretaría realiza auditorias sobre la contratación y ejecución del PIC.

Otro aspecto dentro del proceso es la intersectorialidad. Para esto el municipio realizó reuniones para la socialización del PDSP, el PIC y el PTS, y convocó a diferentes sectores sociales, entre éstos el comercio, educación, pensionados, líderes sociales y políticos, y comunidad en general. Estos sectores participan de manera tangencial, aún cuando se reconoce que en el tema sanitario es fundamental el impacto y la participación de diferentes dimensiones sociales.

Los Insumos legislativos para planificación en salud pública son los siguientes: El fundamental es el PDSP, mismo que en este municipio no es conocido detalladamente por las personas responsables de esta tarea. Otros elementos normativos son la Resolución 0518 de 2015 la cual tiene por objeto la gestión de la salud pública de intervenciones colectivas y aporta directrices para la formulación, seguimiento, ejecución y evaluación del PIC. La Resolución 1536 de 2015, que tiene por objeto el proceso de planeación integral en salud en las entidades del orden distrital, departamental, municipal y de instituciones del gobierno nacional. Otros insumos son de carácter local en específico el Plan de Desarrollo Municipal –PDM, que se construye a la par con el PTS, con información del PDM anterior. El Análisis de Situación en Salud –ASIS- y el Plan de Gobierno.

Además de estas actividades, se utilizaron los sistemas de información que hay en cada municipio, y que son diferentes para cada uno.

En Cajicá se cuenta con los siguientes sistemas de información en salud pública: SICRESAN, utilizado para registrar las visitas de saneamiento ambiental; SICRESUB sistema de información usado para sistematizar las auditorias para el régimen subsidiado; SAC, sistema de información de atención al usuario para el registro de peticiones, quejas o reclamos; Visor del Fondo Local de Salud, sistema de información que se utiliza para llevar seguimiento mensual a la ejecución y cumplimiento de indicadores de producto y resultado del PTS. Los anteriores sistemas de información hacen parte de uso y creación propia del Municipio; por último los sistemas de información exigidos por el Ministerio y la Secretaría de Salud Departamental, como son: SIVIGILA, que registra todos los eventos en salud pública; MANGO sistema de vigilancia alimentaria y nutricional para menores y el AIEPI, que registra el seguimiento a las enfermedades prevalentes de la primera infancia.

Una segunda fase integró a la comunidad en la generación de insumos para la construcción del PDM por medio de mesas de trabajo. Cabe resaltar que no se convocó específicamente a mesas para la formulación del PTS. El gobierno local en un periodo asignado de cuatro meses, tiempo para formular el PDM realiza mesas de trabajo, de acuerdo a lo establecido por el Departamento Nacional de Planeación- DPN. El municipio en el año 2016 realizó este ejercicio. Por la parte de Salud, fue la Secretaria de salud y la directoras de salud pública y aseguramiento quienes guiaron la recolección de información de la ciudadanía y la entregaron a la persona encargada de formular el PTS. Según esta persona, las necesidades sociales no son totalmente contempladas en la planificación, ya que según ella “hay una metodología que se debe seguir”.

Por otra parte, la planificación municipal tiene procesos administrativos internos que son llevados por los coordinadores, quienes verifican y hacen seguimiento a la ejecución del PIC a través de la verificación mensual de las actividades. Este seguimiento se registra en matrices elaboradas por ellos mismos y de este momento depende el pago que se realiza al personal ejecutor. Asimismo, esto proceso es supervisado por la directora y posteriormente por la secretaria municipal de salud.

En el tema de la participación social, el municipio cuenta con los siguientes comités: Comité de participación Comunitaria en Salud COPACO, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud CTSSS, y el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM. De acuerdo a la información colectada, estos comités tienen reuniones trimestrales y están constituidos por medio de decreto municipal donde se pueden ver las características de los integrantes, los periodos para reunión y el objeto de cada comité.

Se evidenció que la secretaria de salud convoca a los comités cada tres meses. La primera reunión con el fin de socializarles los planes de acción y las siguientes tres reuniones informan acerca de la ejecución de cada programa. Según los listados de asistencia no se evidencia que sea masiva, los integrantes en su mayoría son comerciantes y pensionados, y no se vio la participación de jóvenes. Este proceso es coordinado por una profesional en el área de la salud que tiene como cargo la coordinación del programa de vacunación en el municipio y pertenece a la nómina de la secretaria de salud.

Con respecto a la información procedente de las entrevistas a los integrantes de estos comités, se obtuvo que la población no reconoce el PIC ni el PTS ni sus roles en la salud del municipio. Por ejemplo, Carlos, No reconoce la salud pública del municipio. Registra que la salud pública son las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud EPS, aún siendo él es el representante de la comunidad ante una Eps y la ESE. Además, reconoce que hay promotoras de salud, jornadas de vacunación, de esterilización, trabajo en personas adultas y un programa denominado ruta saludable.

Por otra parte, Pedro, reconoce que realizan brigadas de salud a los abuelitos, a las embarazadas y seguimiento a los recién nacidos. Y Eduardo Considera que la salud pública es buena, pero hay médicos que llegan tarde; además que muchas personas no pueden acceder por falta de conocimiento, por falta de sillas de ruedas, bastones, considera que el municipio no conoce esa problemática. Wilson indica que hay salud pública porque las promotoras de salud que hacen recorridos por los sectores y toman la tensión arterial y profesionales que visitan los comerciantes.

Una tercera fase es la construcción del PIC, se realiza a partir de diferentes insumos, entre los que se encuentran:

- a) Presupuesto: La formulación del presupuesto para el PIC consta de un componente anual de inversiones, que corresponde al marco fiscal de mediano plazo. Este componente es el resultado del proceso de planeación financiera de los cuatro años de gobierno.
- b) Lineamientos técnicos y metodológicos del ministerio: El ministerio de Salud y protección social y la Secretaria Departamental de Salud, emiten lineamientos anuales para la formulación de los planes de acción.
- c) Mesas de participación social: la normatividad contempla la participación social en todo el proceso de planificación.
- d) Actores políticos: El plan Territorial se aprueba en el Consejo Municipal como un anexo del plan de desarrollo municipal.
- e) Aprobación del Pic por parte del Concejo de Gobierno: Son actores del gobierno local que aprueban el presupuesto y las acciones. Y
- f) Comités de participación social en salud: Se realiza socialización el primer año de gobierno el plan territorial de salud y de manera anual de los planes de acción, luego de ser aprobados por el Concejo de Gobierno.

Por otra parte, los programas y el presupuesto para cada programa se definen de acuerdo a la categoría del municipio y las acciones del PIC son el resultado de un proceso de armonización de las metas del plan de desarrollo y el plan territorial, basados en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP 2012-2021. El presupuesto va dirigido a las acciones de obligatorio cumplimiento, a las necesidades y al análisis de situación de salud. La aprobación del PIC está a cargo del Consejo de Gobierno Municipal, allí también es el escenario de decisión aportar o no recursos propios del Municipio.

8.3.2. Supatá

La planificación en Supatá, corresponde a las de un municipio de sexta categoría; por lo tanto, sus responsabilidades en salud pública se centran primordialmente en construir, implementar y evaluar el PIC. En esta investigación, se abordó el periodo comprendido entre 2016 y 2019.

En este municipio la responsabilidad en salud pública la asume un coordinador de salud pública, quién en este caso es una profesional del área de la salud con posgrado en gerencia hospitalaria. Esta persona depende administrativamente de la secretaría de gobierno. Según datos colectados a través de la entrevista, esta persona relata que entre sus funciones están: Formular el plan territorial de salud, planes de acción en salud, coordinar la contratación de las acciones del PIC de acuerdo a la normatividad con la ESE Hospital San Rafael de Pacho, ser el representante de los temas de salud dentro y fuera del municipio y coordinar a los profesionales y auxiliares que ejecutan las acciones o actividades.

El proceso de planeación para la construcción del PTS y el PIC, según esta persona, tuvo varias fases: La primera fase reunió todo el componente del alistamiento, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual dio a conocer la metodología PASE a la Equidad. Esta fase se dio por medio de capacitaciones en jornadas semanales por provincias; afirma que no se tuvo en cuenta la experiencia y el perfil de las personas delegadas por cada municipio y esto fue un elemento determinante dentro del proceso. También las extensas jornadas al límite del tiempo para que los municipios migraran a la nueva metodología del Plan Decenal de Salud Pública.

Ella fue la encargada de capacitar a los funcionarios de la Alcaldía con el fin de recolectar la información por cada dependencia como aporte al diagnóstico inicial. Asimismo, la coordinadora PIC realizó reuniones con los diferentes sectores del municipio, socializando la metodología y el escenario político hacia la migración al PDPS. Los sectores involucrados fueron las empresas promotoras de salud, comerciantes, hospital, transportadores y comunidad en general. Las funciones de rectoría, seguimiento y apoyo en este municipio las realiza la secretaría departamental de salud.

Los insumos legislativos para planificación en salud pública en este municipio son los siguientes: El fundamental es el PDSP, insumo conocido por la coordinadora PIC quien refiere que se socializó a las jefes de las dependencias y a los comités de participación social; sin embargo, éste no se reconoce y no hace parte de la agenda del alcalde ya que todos los temas de salud, son manejados por la Secretaría de Gobierno.

Otros elementos normativos son la Resolución 0518 de 2015, la cual tiene por objeto la gestión de la salud pública –PIC- y aporta directrices para la formulación, seguimiento, ejecución y evaluación

del PIC, asimismo está la Resolución 1536 de 2015. Ésta tiene por objeto el proceso de planeación integral en salud en las entidades del orden distrital, departamental, municipal y de instituciones del gobierno nacional. Otros insumos son de carácter local en específico el Plan de Desarrollo Municipal –PDM, que se construye a la par con el PT,S, con información del PDM anterior y el Análisis de Situación en Salud – ASIS. El proceso también se apoyó en los sistemas de información que maneja el municipio y que son los reglamentados por Minsalud y la Secretaría de Salud Departamental, como son SIVIGILA, MANGO, AIEPI y el PAIWEB, portal web que registra las coberturas de vacunación y al cual la coordinación PIC hace seguimiento.

El proceso de planificación cuenta con el seguimiento mensual por parte de la coordinadora PIC, como ejercicio para el pago de los ejecutores. Allí no se hace un proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación sobre algún insumo técnico, asunto que es de libre elección.

La siguiente fase integró a la comunidad en la generación de insumos para la construcción del PIC y el PTS con ayuda de la metodología PASE. Se trabajó con actores comunitarios como presidentes de juntas de acción comunal, integrantes de los comités en salud y personal de la administración municipal como el jefe de planeación municipal y el alcalde municipal. Dicha actividad se realizó con el fin de conocer las necesidades en salud desde la perspectiva de la ciudadanía con un reconocimiento del territorio desde los componentes de población, ambiente natural, áreas de riesgo, y ambiente construido en lo social y en lo económico. Este ejercicio fue guiado por la coordinadora del PIC, con el apoyo de la oficina de planeación municipal.

En el tema de la participación social, el municipio cuenta con los siguientes comités: Comité de participación Comunitaria en Salud COPACO, Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud CTSSS, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVECOM, cada uno de ellos soportados en un decreto municipal. De acuerdo a la información colectada estos comités tienen periodos de reuniones una vez cada trimestre, y se convocan por medio del Alcalde y es de carácter obligatorio que asista el Gerente de la ESE, quien en este caso cumple con esta función en el Hospital San Rafael de Pacho.

En las actas de la reunión el gerente en dos periodos envió un representante, el Subgerente Comunitario. Allí se debatieron temas de la atención en el puesto de salud, ausentismo de los

médicos y disponibilidad de la ambulancia. Al revisar los listados de asistencia se evidencia que hay ausentismo en los integrantes y la comunidad. Al respecto una asistente a este evento refiere que se debe principalmente a que no ven la importancia del tema y las distancias entre sus viviendas y los sitios de reunión, ya que hay integrantes que viven el área rural y son de escasos recursos y el lugar de las reuniones es la alcaldía municipal.

Con respecto a la información colectada mediante las entrevistas, los integrantes de estos comités señalan lo siguiente. Karina, indica que no reconoce la salud pública como una dimensión de la salud, al igual que Luis, quién señala que no reconocen el PIC ni el PTS ni mucho la persona responsable de liderar este proceso. Otro de los integrantes de este comité, Marcos, Reconoce que las acciones en salud pública se cumplen con las visitas de las promotoras y las jornadas de salud que realiza el puesto de salud.

Estas personas participan en estas actividades de planeación por su vocación en la participación social y además tienen un reconocimiento general de la salud desde asuntos como la vacunación humana y canina, y las actividades de atención en salud que realiza personal sanitario del puesto de salud del municipio.

Otro de los informantes ahonda en estas cuestiones, y además reconoce el sector salud de este municipio con algunas jornadas de promoción y prevención en el tema cáncer y nutrición. Igualmente, reconoce que existen diversas problemáticas como la personal asistencial, cierre de puestos de salud en las veredas y dificultades en el acceso a la atención en salud.

Con respecto al presupuesto de la salud pública ninguno de ellos conoce la distribución, ni el valor que cuesta cada programa ni las fuentes de financiación; además refieren que solo les informan las actividades que se van a realizar, pero nunca participan en la construcción del presupuesto y las actividades.

Una tercera fase es la construcción del PIC, que se realiza a partir de diferentes insumos, entre los que se encuentran:

a) Presupuesto: La formulación del presupuesto para el Pic consta de un componente anual de inversiones, que corresponde al marco fiscal de mediano plazo. Este componente es el resultado del proceso de planeación financiera de los cuatro años de gobierno.

b) Lineamientos técnicos y metodológicos del ministerio: El ministerio de Salud y protección social y la Secretaría Departamental de Salud, emiten lineamientos anuales para la formulación de los planes de acción.

c) Mesas de participación social: la normatividad contempla la participación social en todo el proceso de planificación.

d) Actores políticos: El plan Territorial se aprueba en el Consejo Municipal como un anexo del plan de desarrollo municipal.

e) Aprobación del Pic por parte del Concejo de Gobierno: Son actores del gobierno local que aprueban el presupuesto y las acciones.

f) Comités de participación social en salud: Se realiza socialización el primer año de gobierno el plan territorial de salud y de manera anual de los planes de acción, luego de ser aprobados por el Concejo de Gobierno.

Por otra parte, los programas y el presupuesto para cada programa se define de acuerdo a la categoría del municipio y las acciones PIC que son resultado de un proceso de armonización de las metas del plan de desarrollo y el plan territorial, basados en las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP 2012-2021. El presupuesto va dirigido a las acciones de obligatorio cumplimiento, a las necesidades y al análisis de situación de salud. La aprobación del PIC está a cargo del Consejo de Gobierno Municipal, allí también es el escenario de decisión aportar recursos propios del Municipio.

8.4. Implementación en Salud

La implementación de las estrategias de salud pública en cada territorio es otro de los asuntos centrales a identificar y analizar en este trabajo. Así, se presentan los hallazgos en cada uno de los municipios estudiados.

8.4.1. Cajicá

Una vez terminado el proceso de planificación, los PIC tienen que ser implementados. Este debe ser ratificado por el consejo de gobierno para ser técnica y financieramente ejecutado. En Cajicá la implementación del PIC está fundamentado en la norma nacional. Quien decide cómo

implementarlo es la Secretaria de Salud y la dirección de Salud Pública. El municipio cuenta con dos profesionales en salud encargadas del proceso de planificación y se realizan mesas de trabajo para este proceso. Anualmente el concejo de gobierno aprueba los planes de acción y el componente anual de inversiones o plan financiero. Este componente varía en su valor de acuerdo a la priorización de necesidades, a saldos no ejecutados de las vigencias anteriores o rendimientos financieros por la ejecución.

Las acciones PIC desde la línea de la de promoción y prevención son contratadas con la ESE Municipal, Profesor Jorge Cavellier y se asigna del SGP entre el 40 y el 60% de los recursos, y se reserva de un 30 a un 40% para los procesos de la gestión de la salud pública. Las acciones contratadas corresponden a las Dimensiones de: 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 y Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

Este convenio es supervisado por la secretaria de salud y la directora de salud pública. Se cuenta también con una coordinadora PIC por parte del Municipio y una coordinadora PIC por parte de la ESE. Estas dos personas son las encargadas del seguimiento y monitoreo de la ejecución de manera mensual.

Por su parte, con recursos propios y del SGP el municipio realiza contratación directa con profesionales que lideran cada dimensión del PDSP 2012-2021. La dimensión de salud ambiental cuenta con dos veterinarias, zootecnistas, técnicos de saneamiento ambiental e ingenieros químicos. Estas acciones van encaminadas a la inspección, vigilancia y control descrita en la Ley 9 de 1979. Cuenta con una profesional en psicología, cuatro enfermeras profesionales, seis auxiliares de enfermería y tres auxiliares para la digitación de datos estadísticos.

En el Municipio no se hace convocatoria para los cargos en salud pública, por lo general se da a conocer por el voz a voz y es el alcalde municipal y la secretaria de salud quienes eligen el personal a contratar.

En la dimensión transversal fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud, se cuenta con un programa que viene desde el plan de desarrollo municipal y por medio de éste se lleva a cabo la vigilancia epidemiológica a cargo de un médico, especialista en epidemiología.

En cuanto a los sistemas de información, cuenta con siete bases de datos y software que mantiene en tiempo real las estadísticas municipales.

8.4.2. Supatá

Una vez terminado el proceso de planificación, el PIC tiene que ser implementado. Este debe ser ratificado por el consejo de gobierno para ser técnica y financieramente ejecutado

Una vez aprobado el PIC y como lo dice la ley, se contrata su ejecución prioritariamente con la red pública, en este caso, por medio de un convenio interadministrativo con la ESE San Rafael del Municipio de Pacho, firmado entre el alcalde municipal y el gerente del hospital.

De acuerdo a la norma, debe cumplir con el 60 al 70% del presupuesto del sistema general de participaciones (SGP) destinado para las acciones de promoción y prevención y la entidad territorial para los procesos de la gestión de salud pública cuenta con del 30 al 40% de los recursos del SGP.

Quien lleva a cabo el seguimiento o monitoreo de la ejecución es el profesional encargado de la coordinación PIC. En este municipio el personal que ejecuta las acciones en salud pública son auxiliares de enfermería y un profesional en nutrición y un auxiliar para los procesos de digitación. El talento humano contratado por lo general son personas del mismo municipio, que han estudiado en el Sena o en escuelas de enfermería de la región. No hay convocatorias para poder postularse a estos cargos, los seleccionados son personas directamente escogidas por el gobierno local. El hospital San Rafael de Pacho, designa un coordinador de salud pública, quien es actúa de intermediario entre las dos partes para llevar a cabo la ejecución del contrato.

Se desarrollan acciones en cada una de las dimensiones del PDSP 2012-2021 y que respondan a las metas del PTS y del PDM, acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Al ser un municipio de sexta categoría, cumple con acciones para la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública, el cual cumple con lo básico, ya que no cuenta con recursos; en este sentido, el municipio es apoyado por una concurrencia desde Secretaría de Salud

Departamental, con el fin de desarrollar estrategias o intervenciones colectivas para la promoción y prevención en el marco del plan decenal de salud pública, con un profesional en áreas de la salud. Durante el periodo de investigación, este municipio recibió concurrencia por las dimensiones de salud y convivencia social, y sexualidad y derechos sexuales y reproductivos por un periodo de seis meses.

El municipio ejecuta por medio de auxiliares de enfermería las acciones de las dimensiones de: Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. El municipio como autoridad sanitaria ejerce la vigilancia epidemiológica, mismas acciones las desarrolla la persona encargada de la coordinación PIC y destinan un presupuesto mínimo para formular anualmente la actualización del ASIS, contratando un profesional en epidemiología. Las dimensiones de Salud Ambiental, Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, Salud Pública en Emergencias y Desastres, Salud y Ámbito Laboral, Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables cumplen con acciones básicas de notificación de eventos.

8.5. Evaluación

El proceso de evaluación en estos municipios confluye en la misma metodología y los mismos insumos técnicos y legislativos. De acuerdo con el Artículo 27 de la Resolución 1536 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso a partir del año 2016, el Portal Web de Gestión PDSP para el cargue de los planes territoriales de salud 2016-2019 aprobados. La información cargada en este sitio web será el insumo principal para realizar el monitoreo y evaluación de los planes territoriales de salud 2016 - 2019, y es usado por las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales; entes de control para lo pertinente, el Departamento Nacional de Planeación y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el marco de sus competencias y atributos estipulados por ley.²⁴

Sin embargo, cada uno lleva procesos distintos para responder con lo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria de Salud Departamental.

Figura: 1: Gestión del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021



Fuente: <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Menu>

Esta imagen corresponde al portal de monitoreo, seguimiento y evaluación para los municipios, el cual es vigilado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria de Salud Departamental, por medio la oficina de planeación sectorial.

8.5.1. Cajicá

De acuerdo a la información colectada en el Municipio de Cajicá, se evidenció que los coordinadores del PIC y saneamiento ambiental por cada profesional que ejecuta el PIC llevan control por medio de matrices de manuales de excel, donde se evidencian las actividades y el seguimiento mensual. Igualmente se revisa si cumplen o no y cómo se afecta el flujo de recursos, generando un resultado mensual.

Igualmente se indagó sobre qué acciones lleva a cabo el municipio en caso del no cumplimiento de las actividades, para esto cada coordinador aplica planes de mejoramiento y reuniones con la directora de salud pública y la secretaria de salud, donde fijan plazos para el cumplimiento.

El reporte de esta información es entregada a la persona encargada de analizarla y sistematizarla en el portal Web de Gestión del Plan Decenal de Salud Pública. Este portal es de uso exclusivo de la Secretaria de Salud Municipal y la persona encargada de alimentar el sistema, contiene cinco módulos, dentro de los cuales se observó: Módulo de Comunicación, este muestra la información de los procesos del PDSP, módulo del ASIS, donde se observa el avance del ASIS por municipios, módulo de planeación estratégica y operativa, módulo en donde el municipio carga el proceso de la formulación, seguimiento y monitoreo del PTS, además cada año reporta el cargue de los planes de acción en salud, el componente financiero y la ejecución que se reporta de manera mensual.

También se conoce por parte de la persona encargada de este proceso, que existe escenarios de tensión con los responsables de este proceso. Cuando se inició con esta metodología y esta plataforma web, el MSPS no capacitó a los municipios; esta tarea estuvo a cargo de la Secretaria Departamental, quien proporcionó espacios de capacitación cortos y sin terminar el proceso por las fallas constantes del portal. Este suceso generó que el municipio se atrasara en el reporte de la información. Relata que el portal Web desde el año 2016 y hasta el año 2017 logró consolidarse como un sistema de información que garantizó su funcionalidad dando los resultados que exigía el MSPS y la Secretaria Departamental. Desde la Secretaria Departamental los seguimientos no proveen información clara y precisa al municipio y desde el año 2017 no capacitan en el tema de evaluación a los municipios.

Desde el municipio la información no es entregada de manera oportuna y en oportunidades es incompleta. También se conoció que este ente territorial cuenta con un grupo de profesionales que depende directamente del control interno de la alcaldía, hacen el apoyo técnico en el proceso de evaluación visores estadísticos para el seguimiento al avance de las metas de producto y resultado, y la secretaria de salud cuenta con un insumo estadístico para el fondo local de salud que aporta información de manera mensual.

El proceso de evaluación en este municipio se basa principalmente en alimentar el sistema de información del portal Web de Gestión y es usado para las reuniones de seguimiento con la Secretaria de Salud municipal, cabe aclarar que este sistema no es conocido si no por las directivas de la secretaria, los coordinadores y demás talento humano no lo conocen. También se observó que se tienen insumos tecnológicos para llevar a cabo el proceso, y además la persona entrevistada

refiere que ella aporta insumos como el computador y en algunas oportunidades el internet, esto hace que el proceso tenga falencias e inoportunidad.

8.5.2. Supatá

Mientras tanto en Supatá, el proceso de evaluación cumple con los mismos insumos técnicos y legislativos anteriormente mencionados. Difiere en que este proceso es únicamente guiado por la coordinadora del Pic quien responde por el cargue de información al Portal Web, y el seguimiento y monitoreo. No se evidenció que tengan otros insumos para sistematizar la información.

Este proceso se lleva a cabo de manera mensual revisando las actividades entregadas por los auxiliares ejecutores. Se contabilizan las actividades y se carga la información. En este municipio tanto las capacitaciones del MSPS como de la Secretaria de Salud fueron en los años 2016. Igualmente, estas dos entidades cumplen desde el año 2017 con procesos de seguimiento y auditoría.

La persona entrevistada refiere que esta información no es usada o tenida en cuenta en las decisiones de tipo político dentro de la administración municipal, que solo se cumple con ser cargada para el seguimiento de los entes de control. Relata que las brechas con las que se cuenta el proceso son de tipo de conectividad para el cargue oportuno de la información y de insumos para el seguimiento.

9. DISCUSION

Los hallazgos de esta investigación indican que la planificación en salud pública no revela la importancia de la participación ciudadana en los procesos de gestión, elaboración, implementación y seguimiento a los planes y programas locales de salud pública. Se centran en elementos normativos, técnicos y metodológicos que guían o direccionan el cómo llevar a cabo o desarrollar dichos procesos, mismos que responden al cumplimiento de los entes evaluadores y calificadores

y el escaso fomento de participación de la comunidad, no tienen sincronía con las dinámicas sociopolíticas de la población.

En este proceso de planificación, es central la intersectorialidad como resultado de la integración entre actores del sector público, privado y la ciudadanía, posibilitando la creación y concertación de soluciones integrales en los problemas sociales; así mismo, promoviendo acción colectiva y visualización de la ciudadanía como parte de las soluciones. No obstante, esta no opera suscitando tensiones cuando el poder político adquiere relevancia en la esfera de las relaciones sociales.

Por otra parte, la gobernanza presenta dificultades debido a la escasa capacidad técnica de los gobernantes y en específico, de los funcionarios del sector salud que representan la política gubernamental en asuntos sanitarios.

En cuanto a la participación social en el campo de la salud, representa un escenario en donde el poder político no se concentra en este actor, los recursos y los elementos de tipo normativo y/o legislativo respaldan la planificación, dejando ver que los procesos de democratización tienen una extensión de poder descendente cuando la planificación en salud no contempla mecanismos participativos.

Así, en este trabajo indica como la planificación en salud pública permite orientar las políticas públicas, proporcionar cambios en las instituciones públicas por medio de metodologías, planes y métodos llevando al planificador a un contexto de acciones concretas para lograr resultados de impacto social. Asunto que es similar a otro estudio donde plantea que la planificación “La planificación es una forma de organización para la acción” ²⁵ “Si consideramos la planificación como una actividad con valor de uso, podemos identificar que su función de operar en los medios es central para el logro de su competencia técnica. No obstante se hace necesario especificar los objetivos a alcanzar, si hay que honrar el compromiso con la función teológica” ²⁶

Por su parte la Intersectorialidad en el campo de la salud pública, comúnmente se conoce como las acciones intersectoriales el ejercicio donde converge la integración entre actores políticos, sociales y de sectores privados para la búsqueda de estrategias de solución que aporten al desarrollo y calidad de vida de las poblaciones. Misma relación al aporte teórico “La noción de la intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución

de problemas sociales. Sin embargo, el término tiene diversas connotaciones según las premisas que se adopten e, incluso, según qué se entienda por sector”²⁷

La Gobernanza emerge como elemento que engloba la capacidad y habilidad de gobernabilidad, autoridad gubernamental y buen gobierno en las políticas públicas y fomento para la movilización ciudadana o participación social. Argumento que es similar al estudio que expone que la este “término puede ser utilizado como sinónimo o antónimo de la noción de gobierno. Incluso para algunos autores, gobernanza hace referencia a un estadio ulterior a los modelos tradicionales de entender el accionar del gobierno y, para otros, la gobernanza sólo es una opción o estilo de dirección de las organizaciones, entre muchas alternativas.”²⁸ La gobernanza en algunos países está asociada a postulados sobre gobierno corporativo y en otros se asemeja a las nociones de gobernabilidad y buen gobierno.²⁹

Por último, la participación social se fundamenta en el ejercicio democrático donde la ciudadanía tiene acceso e intervención libre y abierta a las acciones, decisiones de los gobiernos y de manera independiente y sin la condición de pertenecer a grupos políticos o partidos políticos. Tema que se sustenta en teóricamente en que “la participación social es un ejercicio democrático, transformador de empoderamiento pero necesariamente político que se ve reflejado en la acción contundente cuando se tiene el poder de convocar, movilizar en ámbitos de interacción. Otro enfoque sostiene que las prácticas consisten en ver las formas de participación que tienen origen autónomo de organización comunitaria”³⁰

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La planificación local en salud en estos dos territorios enfrenta desafíos de tipo político, geográfico y financiero: El primero corresponde a la dinámica política de la región, dominada por partidos políticos tradicionales, que se traduce en una escasa participación comunitaria y un tangencial conocimiento de la población alrededor de este sub-campo de la salud.

Existen formas específicas que influyen en la participación para la planificación en salud, es común que las personas se movilicen o hagan presencia en espacios culturales o en las festividades típicas.

Cuando se trata de movilización, convocatorias o participación para espacios que impliquen el empoderamiento social o de compromisos que requieran jornadas o mesas formales de trabajo, es notoria la escasa participación. Por ejemplo, el proceso de rendición de cuentas de salud pública que es un espacio abierto para la deliberación y el control a las acciones y recursos ejecutados, la presencia de la ciudadanía es carente y su impacto casi nulo.

En estos dos municipios la participación social resulta ser un proceso pasivo en el ejercicio de toma de decisiones y el empoderamiento social.

El segundo está mediado por la dispersión rural y la escasa presencia institucional en ciertas regiones del municipio, lo que evita una interacción más pertinente. Y el tercero se debe a la escasa cantidad de recursos económicos que están destinados a la salud pública y la apropiación burocrática de los mismos.

La planificación en salud pública en estos dos territorios implica unas dinámicas diferentes; sin embargo, deberán responder al Plan Decenal de Salud Pública en el propósito de mejorar las condiciones de salud de la población.

Se recomienda gobiernos locales, convocar y fomentar la participación ciudadana como elemento fundamental en la garantía de derechos constitucionales y como aporte y construcción social para la planificación en salud pública.

A los ciudadanos participar en la toma de decisiones en los temas sanitarios como agentes sociales, viendo la salud pública como un campo y un tema transversal decisorio en la calidad de vida.

Llevar a cabo procesos integrales en la planificación en salud pública contruidos socialmente que garanticen el logro de una competencia técnica, de valor y uso eficaz.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adolfo H. Chorny. el enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. Educ Med Salud, Vol. 24, No. 1. 1990: p. 1-2.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1438. [Online].; 2011. [Citado 21 de octubre de 2016]: Disponible en:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841. [Online].; 2011. [Citado 24 de octubre de 2016]: Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Online].; 2012. [Citado 2 de octubre de 2016]: Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021. [Online].; 2012. [Citado 8 de octubre de 2016]: Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
6. Rosana. Onocko Campos. La planificación en el laberinto, un viaje hermenéutico. Lugar Editorial, colección salud colectiva. 1998 p. 21.
7. Rosana. Onocko Campos. La planificación en el laberinto, un viaje hermenéutico. Lugar Editorial, colección salud colectiva. 1998 p. 24.

8. Congreso de Colombia. LEY 617.[Online].;2000. [Citado 2 de noviembre de 2016]: Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0617_2000.html
9. Congreso de Colombia. LEY617[Online].;2000. [Citado 21 de octubre de 2016]: Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0617_2000.html
10. Lucumí, D., Gutiérrez, A., Moreno, J., Gómez, L., Lagos, N., Rosero, M., & Betancourt, C. (2008). Local planning to tackle the threat of the chronic diseases in Pasto, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(2), 343-351.
11. De Fonseca, B. D. P. F., & Zicker, F. (2016). Dengue research networks: building evidence for policy and planning in Brazil. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 80.
12. Rosana. Onocko Campos. La planificación en el laberinto, un viaje hermenéutico. Lugar Editorial, colección salud colectiva. 1998 p. 21.
13. Teixeira, C. (2010). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.. [Online].; 2010. [Citado 14 de octubre de 2016]: Disponible en: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/18_planejamento_saude_conceitosmetodos_experiencias.pdf
14. Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Policy, planning and health management: the current understanding. *Revista de Saúde Pública*, 40(SPE.), 73-78.
15. Mario. Testa y muchos colaboradores anónimos. Pensar en Salud, Lugar Editorial. 2006. P. 85.
16. Adolfo H. Chorny. el enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Educ Med Salud*, Vol. 24, No. 1. 1990: p. 1-2

17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1438. [Online].;2011. [Citado 6 de noviembre de 2016]: Disponible en:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841. [Online]; 2011. [Citado 12 de noviembre de 2016]: Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

19. Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud: Intersectorialidad y equidad en salud en America Latina: una aproximación analítica. [Citado 15 de marzo de 2017]: Disponible en:

http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30680&lang=es

20. Nuria, C. Grau. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social [Online].;2005 [Citado 15 de marzo de 2017]: Disponible en:

<http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/la%20intersectorialidad%20en%20el%20gobierno%20y%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20social.pdf>

21. Olacefs organización latinoamericana y del caribe de entidades fiscalizadoras superiores. Fundamentos conceptuales sobre la gobernanza. [Online].;2015 [Citado 15 de marzo de 2017]:

Disponible en: <http://www.olacefs.com/wp-content/uploads/2017/02/11.Fundamentos-conceptuales-sobre-la-Gobernanza.pdf>

22. Carlos, M. Romo. Triângulo de Governo. Strategia consultores ltda. 2006 [Online].;2006 [Citado 15 de marzo de 2017]: Disponible en:

https://edsonpistori.files.wordpress.com/2012/05/triangulo_de_governo_carlos_matus.pdf

23. Decsi, A. Arévalo. Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. Rev, salud pública. 2004. p. 107-139.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536. [Online].;2015. [Citado 5 de abril de 2019]: Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>.
25. Rosana. Onocko Campos. La planificación en el laberinto, un viaje hermenéutico. Lugar Editorial, colección salud colectiva. 1998 p. 21.
26. Rosana. Onocko Campos. La planificación en el laberinto, un viaje hermenéutico. Lugar Editorial, colección salud colectiva. 1998 p. 23.
27. Nuria, C. Grau. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social [Online].;2005 [Citado 15 de marzo de 2017]: Disponible en: <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/la%20intersectorialidad%20en%20el%20gobierno%20y%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20social.pdf>
28. Olacefs organización latinoamericana y del caribe de entidades fiscalizadoras superiores. Fundamentos conceptuales sobre la gobernanza. [Online].;2015 [Citado 15 de marzo de 2017]: Disponible en: <http://www.olacefs.com/wp-content/uploads/2017/02/11.Fundamentos-conceptuales-sobre-la-Gobernanza.pdf>
29. Olacefs organización latinoamericana y del caribe de entidades fiscalizadoras superiores. Fundamentos conceptuales sobre la gobernanza. [Online].;2015 [Citado 15 de marzo de 2017]: Disponible en: <http://www.olacefs.com/wp-content/uploads/2017/02/11.Fundamentos-conceptuales-sobre-la-Gobernanza.pdf>

30. Decsi, A. Arévalo. Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud. Rev, salud pública. 2004. p. 107-139.

ANEXO 4. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto de Investigación: *Tensiones y Desafíos en la Planificación Local en Salud Pública. Municipios de Cajicá y Supatá, Cundinamarca*

Investigadores: Adriana Cecilia Martínez Duque.

Nombre del participante: Del Orden Local: Clara Inés Venegas – Secretaria de Salud Municipio de Cajicá – Carlos Andrés Cárdenas Gómez – Alcalde Municipal Supatá.

Este trabajo de investigación reúne los criterios de la Resolución 8430 de 1993 de acuerdo al artículo 11, se considera esta investigación sin riesgo; es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación en lo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Se justifica en que la planificación en salud pública vista como el proceso que permite al planificador ordenar u orientar las políticas públicas, metodologías y planes para llevarlos a la acción y lograr resultados medibles en términos de tiempo, recursos e impacto en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas. Para el caso de Colombia y el Departamento de Cundinamarca el proceso de Planificación en Salud no dista de grandes aspectos y elementos conceptuales, para ambos casos, este proceso esta guiado por un órgano rector; el Ministerio de Salud y Protección Social, asimismo para el Departamento la Secretaria de Salud, son entidades responsables de brindar directrices metodológicas, conceptuales y técnicas para la planificación en salud pública.

Para el caso de los Municipios la planificación en salud es un proceso complejo y cambiante en el tiempo, depende principalmente de los periodos de gobierno, recursos económicos, talento humano, condiciones sociodemográficas e indudablemente de las acciones de las entidades superiores, esto convirtiéndose en desafíos y retos para los planificadores y para las comunidades quienes figuran o hacen parte de este proceso por medio de la acción participativa.

Por lo anterior, con este estudio pretendo dinamizar el interés de la comunidad científica para realizar estudios de investigación en el campo de la planificación en salud pública, dando así a conocer los diferentes retos, desafíos y experiencias de los territorios contribuyendo en la solución de la problemática incentivando a la generación de políticas públicas y herramientas que favorezcan este proceso.

Tiene como objetivos identificar y analizar las tensiones y los desafíos de la planificación local en salud pública en los municipios de Cajicá y Supatá, caracterizar las disputas políticas durante el proceso de planificación local en salud y describir el proceso de implementación del plan decenal de salud pública, en salud pública en estos dos municipios.

Este estudio es novedoso y significativo ya que favorece y contribuye como herramienta de conocimiento en el impacto, la innovación para la planificación en salud pública.

La investigación se llevará a cabo en los Municipios de Cajicá y Supatá Cundinamarca, se contempla entrevista a autoridades locales, regionales y departamentales responsables de la planificación y actores locales.

Finalización del proyecto: octubre de 2017

Yo _____ con CC. _____ de
_____ manifiesto que deseo participar en el proyecto de investigación cuyo nombre es
_____, y que he recibido la información necesaria sobre
el Objetivo del proyecto, los procedimientos que se me realizarán, los riesgos a los cuales estoy
expuesto (a _____ y los derechos que tengo sobre el
cuidado de mi salud. Asimismo, he sido informado sobre el derecho que tengo a retirarme del

proyecto en cualquiera de sus fases, el trato que se dará a la información que aquí suministro, y el periodo de finalización del estudio.

Firma del participante Fecha: _____

_____ Firma de testigo