



La salud  
es de todos

Minsalud



# DOCUMENTO FINAL

de resultados de la revisión y documentación de los procesos de implementación, seguimiento y evaluación de los resultados del PDSP 2012 – 2021.



## Tabla de Contenido

Lista de Tablas.....	4
Lista de Figuras.....	5
Lista de Siglas.....	7
Resumen Ejecutivo.....	8
Introducción.....	10
Antecedentes del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.....	13
Proceso de Diseño del Plan Decenal de Salud Pública.....	13
Objetivo del PDSP.....	14
Comisión Intersectorial de Salud Pública.....	15
Retos en la implementación de la CISP.....	17
La implementación del PDSP a nivel territorial.....	17
Gestión de la Salud Pública – Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.....	19
Proceso de Evaluación del PDSP.....	20
Evaluación de Procesos e Institucional del PDSP 2012-2021.....	20
Informe de Avance de Cumplimiento Metas PDSP.....	24
Metodología.....	26
Definición de Metas e Indicadores.....	26
Fuentes de Datos.....	27
Herramientas Cualitativas para la Recolección y el Trabajo de Campo.....	29
Análisis de Datos Cuantitativos.....	31
Análisis de Datos Cualitativos.....	32
Resultados.....	32
Resultados Generales Análisis de Indicadores.....	32
Estudio Cualitativo: Problemáticas que Influyeron en la Formulación, Implementación y Evaluación de las Metas e Indicadores del PDSP.....	37
Fallas en el Diseño y Formulación del PDSP.....	37
Barreras en la Implementación del PDSP.....	38
Dificultades en la Evaluación de las Metas e Indicadores del PDSP.....	42
Resultados por Dimensiones Priorizadas.....	43
Salud Ambiental.....	43
Análisis Cumplimiento Indicadores.....	43
Resultados Análisis Cualitativo.....	47

Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles .....	50
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	50
Resultados Análisis Cualitativo.....	53
Convivencia Social y Salud Mental.....	55
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	55
Resultados Análisis Cualitativo.....	57
Seguridad Alimentaria y Nutricional .....	60
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	60
Resultados Análisis Cualitativo.....	62
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos .....	64
Análisis de Cumplimiento Indicadores .....	64
Resultado Análisis Cualitativo.....	67
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles .....	67
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	67
Resultado Análisis Cualitativo.....	73
Dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres.....	75
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	75
Resultados Análisis Cualitativo.....	77
Salud Pública y Ámbito Laboral.....	79
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	79
Resultado Análisis Cualitativo.....	82
Resultados Dimensiones Transversales.....	84
Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables .....	84
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	84
Resultados Análisis Cualitativo.....	87
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión .....	90
Análisis Cumplimiento Indicadores .....	90
Resultados Análisis Cualitativo.....	92
Recomendaciones de Mejora para el Próximo PDSP .....	94
Basadas en los Indicadores.....	94
Basadas en los Discursos de los Informantes.....	95
Referencias.....	96



## Lista de Tablas

Tabla 1. Indicadores de gestión y resultado por dimensión.....	27
Tabla 2. Fuente de Datos por Tipo de Indicador .....	28
Tabla 3. Composición de la Muestra de Informantes.....	29
Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento de indicadores por dimensión.....	33
Tabla 5. Nivel de Cumplimiento de cada Dimensión del PDSP .....	36



## Lista de Figuras

Figura 1. Dimensiones PDSP 2012-2021.....	11
Figura 2. Número de indicadores de gestión por porcentaje de cumplimiento .....	34
Figura 3. Número de indicadores de resultado por porcentaje de cumplimiento .....	35
Figura 4. Tasa incidencia Chagas, 2012-2019.....	44
Figura 5. Cobertura del servicio de saneamiento, alcantarillado y acueducto, 2012- 2019 .....	45
Figura 6. Tasa incidencia Dengue, 2012-2019.....	45
Figura 7. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, 2011-2019 .....	46
Figura 8. Infraestructura y saneamiento vs Políticas de Salud Ambiental aprobada en territorios, 2011-2019.....	47
Figura 9. Prevalencia Hipertensión Arterial 2012-2019.....	51
Figura 10. Tasa de mortalidad por cáncer de la mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata, 2012-2019.....	52
Figura 11. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 2012-2019.....	56
Figura 12. Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) 2012-2019 .....	56
Figura 13. Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales, 2011-2019.....	61
Figura 14. Razón de mortalidad materna a 42 días, 2012-2019.....	64
Figura 15. Tasa de Fecundidad en Mujeres de 15 a 19 años, 2012-2019.....	65
Figura 16. Cobertura de tratamiento antirretroviral, 2012-2020 .....	66
Figura 17. Tasa de Incidencia de Chagas, 2012-2019.....	68
Figura 18. Tasa de mortalidad de Malaria 2012-2019 .....	68
Figura 19. Tasa de Incidencia de Dengue, 2012-2019 .....	69
Figura 20. Tasa de incidencia de Leptospirosis, 2012-2019.....	70
Figura 21. Letalidad por Dengue Grave, Leishmaniasis y Chagas, 2012-2020.....	71
Figura 22. Tasa de Cobertura de Vacunación con DPT tres dosis, Triple Viral y BGC en nacidos vivos, 2012-2020.....	72
Figura 23. Tasa de mortalidad exposición a fuerzas de la naturaleza, 2011-2019.....	76



Figura 24. Porcentaje de cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005, 2012-2021.....	77
Figura 25. Número de trabajadores afiliados, 2011-2020 .....	80
Figura 26. Tasa Enfermedades Accidentes de Trabajo de Origen Laboral por 100,000 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, 2011-2020 .....	81
Figura 27. Tasa Enfermedades Calificadas como de Origen Laboral por 100,000 Trabajadores Afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, 2011-2020.....	81
Figura 28. Documento Primeros Mil Días de Vida, 2012-2019 .....	85
Figura 29. Documento: Modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, 2012-2017.....	87
Figura 30. Porcentaje avance de la implementación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2011-2020 .....	91
Figura 31. Porcentaje de la población afiliada a seguridad social en salud, 2011-2020.....	92



## Lista de Siglas

APB	Administradoras Planes de Beneficios
ARL	Aseguradora de Riesgos Laborales
CDI	Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades
CISP	Comisión Intersectorial de Salud Pública
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CTI	Comisión Trabajo Intersectorial
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DPS	Departamento de Prosperidad Social
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
EEVV	Estadísticas Vitales
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
ESE	Empresa Social del Estado
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INS	Instituto Nacional de SALUD
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NNA	Niños, niñas y adolescentes
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PASE	Estrategia Población, Ambiental, Social, Económica.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTS	Plan Territorial de Salud
P&P	Promoción y Prevención
SGP	Sistema General de Participaciones
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
UPC	Unidad de Pago por Capitación



## Resumen Ejecutivo

El presente documento tiene como objetivo analizar y evaluar el cumplimiento y el desarrollo de las metas e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. El PDSP es la hoja de ruta del sector salud, en la cual, se definen las metas y estrategias para avanzar hacia el logro de la equidad en salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. El plan utiliza el enfoque de Determinantes en Salud, el cual entiende la salud como un fenómeno multidimensional que se ve afectado por factores que van más allá del sector salud. Es por esto, que el PDSP presentó un enfoque multisectorial, en donde se incluían aspectos relacionados con el bienestar de los individuos y las comunidades.

El enfoque metodológico utilizado en este reporte se enfocó en cumplir dos objetivos, primero presentar a lo largo del tiempo cual fue el cumplimiento de las metas e indicadores asociados y segundo analizar desde la perspectiva de los técnicos del MSPS cuales fueron las principales barreras y facilitadores en la implementación del PDSP. Para cumplir con dichos objetivos se plantearon dos tipos de análisis. El primero fue un análisis de las tendencias de los indicadores desde el 2012 hasta el 2021 (o último año con información disponible), en este análisis también se generó un proceso de semaforización de los indicadores dependiendo del porcentaje de cumplimiento de la meta. Para dar cumplimiento al segundo objetivo se implementó una metodología cualitativa, en donde se realizaron 24 entrevistas semiestructuradas a trabajadores (técnicos y directivos) del MSPS de las diferentes direcciones a cargo del cumplimiento de las metas del PDSP. Adicionalmente, en la medida de lo posible la información de ambas fuentes fue triangulada para entender de mejor manera las posibles razones del cumplimiento o no de las metas.

Los hallazgos principales de los análisis revelan que el cumplimiento de los indicadores asociados a las metas de gestión y resultado planteadas en el plan fue moderado o bajo en las ocho dimensiones priorizadas por el plan y dos dimensiones transversales. Sin embargo, es importante resaltar que dimensiones como Seguridad Alimentaria y Nutricional y Convivencia Social y Salud Mental lograron un cumplimiento del 86% y 71% de los indicadores de gestión, respectivamente. En el caso de los indicadores de resultados, la dimensión de Salud Pública y Ámbito Laboral logro un cumplimiento de más de 50% de los indicadores de resultado planteados para la dimensión. Cuando se analiza no solamente el cumplimiento, pero se incluye la cercanía al cumplimiento de la meta, se evidencia que el número de indicadores con un cumplimiento mayor del 75% es cercano al 27% para los indicadores de resultado y 62% en los indicadores de gestión (Resultados Generales).



El análisis de la información de las entrevistas semiestructuradas reveló que dentro de cada dimensión se desarrollaron actividades importantes en cada una de las fases del PDSP. De hecho, los actores entrevistados evidenciaron que en el desarrollo de la formulación del PDSP se contó con una participación activa de actores sociales, entidades privadas, del sector institucional y actores académicos. Este proceso es reconocido como uno de los aciertos del PDSP. Sin embargo, también los actores manifiestan que los acuerdos y lo establecido en estas sesiones de formulación no fue posible incluirlo en su totalidad dentro del PDSP. En la fase de implementación se resalta que el desarrollo de acciones para dar cumplimiento al plan se vio limitado por la falta de reconocimiento de la función dentro del PDSP de otras instituciones. En ese caso, se presentaron dificultades en el trabajo intersectorial para implementar acciones encaminadas al cumplimiento de las metas. De igual manera, muchas instituciones no se identificaron con el concepto de salud planteado desde el plan, el cual se basa en el enfoque de Determinantes Sociales. Finalmente, en el proceso de evaluación y monitoreo se identificaron como principales barreras que los indicadores fueron planteados de manera tardía, aspecto que limitó el plantear acciones específicas desde un inicio. Igualmente, que la información de muchos indicadores era suministrada por instituciones, las cuales no se reconocían como parte central del plan o se utilizan fuentes que no tienen una actualización periódica. Finalmente, los indicadores de gestión no cuentan con una metodología específica de medición, lo cual limita su seguimiento y monitoreo (Capítulo Problemáticas que Influyeron en la Formulación, Implementación y Evaluación del PDSP).

Como resultado de la información obtenida de los indicadores y las entrevistas, se presentan una serie de recomendaciones en torno al mejoramiento del trabajo intersectorial, la participación y el aseguramiento de una responsabilidad de otras instituciones frente al cumplimiento del PDSP. Igualmente, relacionadas con el planteamiento de metas ajustadas y acordes a las características sociodemográficas del país, definición y claridad en las competencias de cada sector a lo largo de la formulación de las metas, el fortalecimiento en la vigilancia y control sobre los actores que participan en el PDSP y el planteamiento de una política de mejoramiento en cuanto al talento humano a nivel territorial.



## Introducción

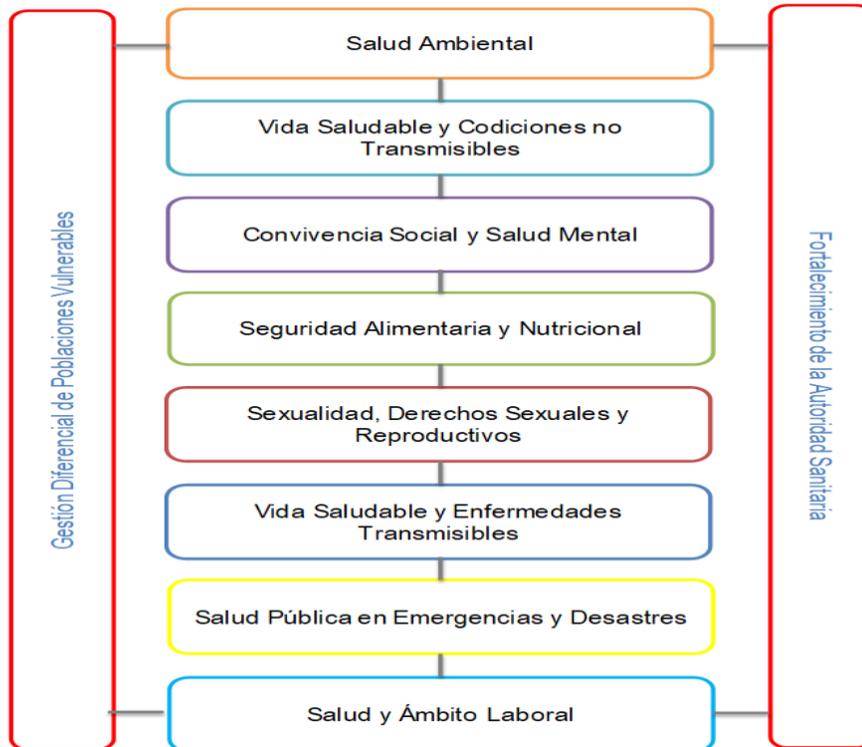
En el año 2011, dando cumplimiento al artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, el MSPS formuló el PDSP 2021-2021 el cual fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013. Este plan es la hoja de ruta del sector salud en la cual se definen las metas y estrategias para avanzar hacia el logro de la equidad en salud y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. Con el pasar de los diez años en donde el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se formuló y se implementó por todo el territorio colombiano, el MSPS junto con la Universidad de los Andes, basados en lo establecido en la Ley 1122 de 2007 (Art. 2), en la Ley 1438 de 2011 (Art. 2) y en la Resolución 1536 de 2015 (art. 44), plasma en este documento el Análisis Final del Cumplimiento de Metas e Indicadores del PDSP.

La creación y la implementación del PDSP ha sido un reto para el país, los territorios y las instituciones encargadas. El PDSP es una de las apuestas políticas en salud más ambiciosas e importantes del país en los últimos años debido a su duración a través de varios periodos gubernamentales, sumado a los esfuerzos necesarios para cumplir implementación en todo el territorio nacional. El logro de los indicadores del PDSP es un paso más para “alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigado los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludable” (MSPS, 2013, p.38).

El objetivo de este documento es estudiar el cumplimiento y el desarrollo de los indicadores de las ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales que incluyen aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto fundamental establecidas en el PDSP: Salud Ambiental; Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles; Convivencia Social y Salud Mental; Seguridad Alimentaria y Nutricional; Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos; Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles; Salud Pública en Emergencias y Desastres; Salud y Ámbito Laboral; Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables; Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud (Figura 1).



Figura 1. Dimensiones PDSP 2012-2021



Cada una de las dimensiones anteriormente mencionadas cuenta con distintas metas e indicadores. Estas fueron desarrollados y establecidos basados en la mirada y percepción crítica de la ciudadanía, la comunidad académica, expertos y el gobierno, donde se planteó que el cumplimiento de estas metas e indicadores permitirían un avance hacia el desarrollo social, económico y humano.

Para cumplir este objetivo este proceso tuvo en cuenta y utilizó como insumos las evaluaciones y los informes de avance realizados en los años 2018, 2019 y 2020, en los que se analizó el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados para cada una de las dimensiones. Adicionalmente, el MSPS implemento una evaluación de proceso del PDSP, la cual utilizo una metodología mixta incluyendo métodos como minería de texto, energía analítica (Grounded Theory), matrices de consistencias, entrevistas semiestructuradas, grupos focales, entre otras.



La metodología en la cual se basó el análisis presentado en este documento fue de carácter mixto (cuantitativo y cualitativo), dividida en dos momentos de recolección y análisis de información. En primer lugar, a partir de los datos generados para monitorear los indicadores de gestión y resultado entre los años 2012 y 2021, se analizó el desarrollo y el cumplimiento de las metas a nivel global y por cada dimensión. Además, se generó un proceso de semaforización de los indicadores para evaluar el porcentaje de cumplimiento de cada una de las metas. En segundo lugar, se diseñaron instrumentos de recolección de información cualitativa (entrevistas semiestructuradas) dirigidas para los distintos actores que han participado en la formulación, implementación y evaluación del PDSP de las diferentes direcciones del MSPS. Estas entrevistas preguntaban aspectos relacionados con la participación de los informantes en los procesos de formulación del plan. También se indagaba sobre el conocimiento que los actores tenían del mismo y sobre cómo ha sido el proceso de implementación a nivel nacional y territorial del PDSP. Finalmente, las entrevistas también tenían como objetivo indagar sobre el trabajo intersectorial que se han realizado y con que instituciones se desarrolló. A partir de la recolección y el análisis de los datos se generó el presente informe con el fin de dar muestra de los avances, logros y barreras del PDSP 2012-2021.

El desarrollo de este estudio reveló que el cumplimiento de las metas e indicadores del PDSP fue limitado, especialmente las metas de resultado. De hecho, 27% (44 indicadores) de los indicadores de gestión presentaron un cumplimiento total de la meta establecida para 2021, y 25% (22 indicadores) de los indicadores de resultado cumplieron la meta. Sin embargo, es de resaltar que cuando se analiza la proximidad al cumplimiento se encuentra que 62% de los indicadores de gestión estaban próximos a cumplirse, pero tan solo el 27% de los indicadores de resultado. El análisis de la información cualitativa revela que los actores han identificado diferentes barreras y oportunidades en tres de las fases del PDSP (formulación, implementación y evaluación). En la fase de formulación se resalta la dinámica participativa que se desarrolló, dado que esto permitió la inclusión de diferentes perspectivas, sin embargo, muchas de estas perspectivas no fueron incluidas dentro del documento final y en algunos casos la información incluida no respondió a lo acordado. En la fase de implementación se resaltan los procesos de trabajo con los territorios. No obstante, en esta fase de identificar múltiples barreras, las principales relacionadas con el trabajo intersectorial, el cual, requiere de la participación activa de otros sectores e instituciones, las cuales no reconocieron su rol dentro del proceso, limitando el cumplimiento de las metas e indicadores. Finalmente, en la fase de evaluación, los actores mencionaron que una de las principales barreras, fue la formulación tardía de los indicadores y la falta de un plan de monitoreo del PDSP.

El siguiente documento se divide en cuatro secciones, la primera presenta los antecedentes del PDSP, incluyendo los diferentes momentos de evaluación y análisis del



cumplimiento del plan. La segunda sección presenta la metodología implementada para el análisis de cumplimiento de metas e indicadores y también la metodología cualitativa utilizada. Luego se presentan los resultados generales del análisis del cumplimiento de los indicadores y los resultados del análisis cualitativo, seguido por la presentación de resultados para cada una de las diez dimensiones del PDSP. La cuarta sección presenta las principales recomendaciones del estudio.

## Antecedentes del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

### Proceso de Diseño del Plan Decenal de Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 tiene como marco normativo la Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993, la Ley 152 y las resoluciones 1841 de 2013, 1536 de 2015, 518 de 2015 y 050 de 2021, las cuales apoyan la implementación del PDSP 2012-2021. Adicionalmente, el PDSP baso también su diseño en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y en la Convención de Kioto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El PDSP contó con un proceso técnico para su formulación, el cual incluyó su diseño, divulgación e implementación. En primer lugar, el PDSP tuvo una fase de aprestamiento en la cual se realizó una revisión de la normatividad vigente y una revisión sistemática de literatura. En esta revisión tenía como objetivo evaluar evidencia frente a las ventajas de los enfoques existentes y las alternativas de abordaje del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y basada en la revisión se definieron los enfoques y las orientaciones estratégicas (visión, fines, objetivos y desafíos) y la propuesta metodológica para construcción del PDSP. En segundo lugar, se llevó a cabo la fase de definición técnica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). En esta fase se buscó responder las siguientes preguntas: ¿cómo estamos hoy? ¿qué busca transformar el PDSP? A partir de estas preguntas se hizo un diagnóstico sobre cuál era la situación en salud y salud pública del país. De esta manera se definió la existencia de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales en el PDSP, entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transectorial.

Con esto, se crean grupos internos de trabajo para hacer un análisis de Determinantes Sociales de la Salud y se plantea que este será el marco referencial de los resultados de salud en cada una de las dimensiones planteadas dentro del Plan. Posteriormente, se identifican las necesidades de información que permitan precisar los gradientes y las brechas existentes en salud, enfermedad, atención y cuidado, con base en una nueva revisión de la literatura que permite profundizar en cada una de las áreas temáticas; se obtiene la evidencia disponible en el mundo y en el país, la cual es sumada a información



estadística y epidemiológica existente en los observatorios de salud pública desarrollados en el MSPS. En este proceso participaron actores claves de la sociedad civil y grupos de interés (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

El siguiente paso fue realizar la fase de consulta. En esta fase se efectúa el proceso de consulta con participación amplia de la ciudadanía y de los diferentes actores de la sociedad, para otorgarle legitimidad y gobernabilidad al PDSP. Este proceso requiere la operación de una estrategia de movilización social nacional y el diseño de una metodología para la recolección, el procesamiento y la consolidación de insumos de la consulta ciudadana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Posterior a este proceso de consulta se llevó a cabo la fase de formulación. Este proceso fue ampliamente participativo y contó con la intervención de la sociedad civil, grupos de interés, instituciones nacionales y locales, movimientos sociales, entre otros. En este caso se buscó resolver las preguntas ¿qué hacer? y ¿cómo hacerlo? En este desarrollo se tuvieron en cuenta las exigencias normativas en salud pública, los compromisos internacionales y los nacionales. Esta fase requirió la conformación de un grupo de profesionales cualificados, técnicos en sistemas y asesores, que conduzcan el análisis cualitativo, bajo la metodología de la Teoría Fundamentada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Para materializar el PDSP se llevaron a cabo las fases de validación y reglamentación interna en el MSPS y otros entes competentes. La estrategia de difusión inicia después del acto oficial de lanzamiento del PDSP 2012-2021 durante todo el año 2013. La última fase fue de instauración, que se desarrolló a nivel nacional y contemplaba el acompañamiento, asesoría técnica y capacitación al talento humano en los territorios, para así facilitar el desarrollo de los procesos de planeación territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; 2020).

### Objetivo del PDSP

El PDSP 2012-2021 es una de las apuestas más grandes que ha tenido el país en materia de política pública, política en salud y política social. Este plan, según lo establecido en la normativa nacional y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Además, el PDSP reconoce la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano.



El PDSP tiene cinco enfoques fundamentales: enfoque de derechos humanos, enfoque diferencial, el enfoque de ciclo de vida, el enfoque de género y el enfoque étnico. Además, el PDSP cuenta con enfoques derivados de la situación de discapacidad, situaciones de desplazamiento, condición de víctimas, diversidad sexual, situaciones como la pobreza, poblaciones institucionalizadas, condiciones territoriales particulares.

### Comisión Intersectorial de Salud Pública

La Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), reglamentada con el Decreto 859 de 2014, es la instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables en el desarrollo del PDSP, adoptado por el MSPS (DNP, 2014). Dentro de sus funciones se encuentran:

1. Recomendar los lineamientos técnicos para identificar e intervenir los determinantes en salud y coordinar el rol de cada sector en los mismos.
2. Adoptar un Plan de trabajo para que las entidades que forman parte de la Comisión, conforme a sus competencias, actúen de forma coordinada sobre los determinantes en salud y desarrollen políticas que impacten positivamente los mismos.
3. Proponer planes o proyectos relacionados con la modificación positiva de los determinantes en salud.
4. Coordinar y servir como instancia de concertación y articulación con los diferentes actores públicos y privados para actuar sobre los determinantes en salud.
5. Proponer los mecanismos institucionales, políticos, administrativos, sociales, económicos y culturales, que permitan la sostenibilidad de las acciones sobre los determinantes en salud en el largo plazo.
6. Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del PDSP y las modificaciones relacionadas con las mismas.
7. Promover los mecanismos de cooperación entre entidades nacionales e internacionales, en materias relacionadas con los determinantes en salud.
8. Hacer seguimiento a las acciones sobre los determinantes en salud con base en los informes que consolide la Secretaría Técnica.
9. Orientar la formulación de lineamientos técnicos dirigidos a los departamentos, distritos y municipios, con el fin de promover la gestión transectorial para la ejecución de las acciones del PDSP que les compete a las entidades territoriales a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y con la participación de las otras instituciones y organizaciones involucradas con los determinantes en salud.



10. Aprobar los informes de seguimiento y evaluación e informar al Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES los resultados del seguimiento y evaluación del PDSP.
11. Establecer los mecanismos de coordinación, participación y articulación de las Comisiones Intersectoriales y sus mesas o comités temáticos que tenga relación con la salud pública bajo criterios de eficiencia y eficacia, que apoyen el funcionamiento de la Comisión.

La CISP ha realizado diferentes actividades para garantizar el cumplimiento de las funciones mencionadas. Dentro de estas actividades se encuentra la adopción de una agenda para el trabajo intersectorial, dentro del cual se han priorizado las actividades de accidentalidad vial, sarampión, estrategia Colombia Vive Saludable y fenómeno migratorio. En cada área priorizada se han desarrollado planes de trabajo y en la última sesión de trabajo (sesión XI) se aprobó el plan de trabajo para 2021-2023. Adicionalmente, la CISP ha promovido actividades para el análisis de los determinantes sociales en salud y la articulación de diferentes instituciones alrededor de esta temática. La CISP también ha avanzado en el ajuste y actualización de la normativa que reglamenta la operación de los Consejos Territoriales de Salud, con el fin de que puedan responder a la visión de la CISP y operen bajo los principios de coordinación y articulación Nación-Territorio.

Se resaltan los siguientes logros relacionados con el funcionamiento de la CISP:

- Se logró la asistencia sostenida y la articulación de los integrantes de la Comisión y de miembros invitados, alrededor de los planes de trabajo.
- Se publicaron documentos y medios audiovisuales que sirven de guía para establecer una base conceptual y normativa de la coordinación intersectorial.
- Se aprobó el reglamento de la CISP.
- Se definieron los ejes de trabajo de la Comisión, alrededor de las prioridades en salud pública. De las diez prioridades en salud pública, seis han sido abordadas.

Relacionados con la gestión de la CISP:

- Reconocimiento y compromiso de todos los sectores gubernamentales frente a la necesidad de generar mecanismos de respuesta conjunta a las necesidades de salud y bienestar de la población, de tal forma que se optimicen recursos, esfuerzos y que las acciones tengan una mayor efectividad.
- Alianzas con entidades de cooperación internacional para contribuir a la generación de evidencia sobre las desigualdades en salud y sus determinantes y los mecanismos de fortalecimiento de la CISP.

Relacionados con los resultados de la CISP:

- Contar con el tablero de control concertado con todos los sectores que hacen parte de la CISP, como herramienta de seguimiento a indicadores clave, que



tienen la capacidad de ser analizados en relación con las brechas de desigualdad, la influencia de distintos determinantes sociales y económicos en la salud y los avances frente a la implementación del PDSP en el marco del Plan Nacional de Desarrollo.

- Concreción de la articulación y acción intersectorial para la formulación del CONPES de salud mental.
- Diseño intersectorial de los planes para: movilidad saludable, segura y sostenible, contener la certificación de país libre de sarampión, Colombia vive Saludable y fenómeno migratorio en Colombia. Los planes diseñados lograron complementar acciones concretas y cuentan con un derrotero claro para avanzar.

#### Retos en la implementación de la CISP

Actualmente se está llevando a cabo una evaluación de las CISP, la cual es de tipo institucional, que por tanto permite “analizar y valorar un programa tomado como marco de referencia al arreglo institucional en el que opera. Esta evaluación estudia las razones por las cuales falla la capacidad institucional en los programas de una intervención. Además, brinda insumos para mejorar la gestión y proveer de manera más efectiva los bienes y servicios” (DNP, 2014).

Dentro de los objetivos de la evaluación institucional de las CISP se encuentran:

- Analizar la capacidad institucional y de apropiación que tienen los actores, sectores e instancias que hacen parte de la CISP respecto a su responsabilidad y misionalidad.
- Examinar los procesos de coordinación, planificación, articulación y seguimiento para la acción interinstitucional a nivel nacional y territorial, que se desarrollan en el marco de la CISP.
- Generar recomendaciones orientadas al fortalecimiento institucional de la CISP.

#### La implementación del PDSP a nivel territorial

El MSPS, en cumplimiento de las leyes 152 de 1994, 1438 de 2011 y 715 de 2001, entrega a la Autoridad Sanitaria Territorial la metodología para el Monitoreo y Evaluación de los Planes Territoriales de Salud (PTS), la cual se circunscribe en el proceso de Planeación Integral en Salud que hace parte de un conjunto de acciones estatales coordinadas y articuladas entre el gobierno central, departamental, distrital, municipal y los distintos sectores y actores de la sociedad civil como representantes de la comunidad y la ciudadanía en general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Además, la evaluación tiene como propósito es identificar aspectos a mejorar para próximos ejercicios de planeación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; 2019).



La Resolución 1536 de 2015 define la Planeación Integral para la Salud como el: “conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del PTS, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad” (Resolución 1536 de 2015). Con este enfoque, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud plantea la secuencia metodológica para la planeación integral en salud por procesos, la cual se encuentra circunscrita en el ciclo de la gestión pública territorial (ONU & Universidad Externado, 2016).

El objetivo principal de estas evaluaciones fue evaluar la calidad de los 21 PTS de los departamentos y distritos cargados en la herramienta Web del MSPS a 22 de agosto de 2016, de acuerdo con los criterios definidos por la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. El propósito de la medición del desempeño de la gestión integral en salud de las entidades territoriales es conocer las condiciones institucionales de los departamentos, distritos y municipios en el ejercicio de la planeación integral en salud, el cumplimiento de los logros esperados en salud y la eficacia en el uso de los recursos financieros para mejorar las condiciones de salud de la población. La medición del desempeño proveerá información sobre la gestión integral en salud de las entidades territoriales, información que debe facilitar la gestión de mandatarios locales, autoridades sanitarias y responsables de los sectores involucrados en el PTS, en varios frentes (UNAFPA, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; 2018).

Este proceso de evaluación ha partido del reconocimiento de tres grandes criterios a considerar en la formulación de planes:

1. **Coherencia:** Hace referencia a la articulación entre los elementos de un mismo paso y entre este y los demás, así como con las conclusiones que de allí se derivan.
2. **Pertinencia:** Hace referencia al grado de correspondencia entre los contenidos del PTS y la contribución a la Planeación Integral en Salud de acuerdo con los objetivos y alcances establecidos en los lineamientos metodológicos para cada uno de los pasos y actividades.
3. **Completitud:** El PTS desarrolla todos los pasos y actividades según los elementos definidos en los Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

Los evaluadores consideraron alrededor de 70 condiciones relacionadas con la coherencia, pertinencia y completitud de los planes para emitir un concepto en torno a la calidad del PTS. La lectura permitió obtener un puntaje de logro que varía entre 0 y 100% como una manera de establecer comparaciones entre los niveles de logro en cada uno de los momentos y pasos de la ruta metodológica. La evaluación de cada PTS se realizó por dos o tres evaluadores que conciliaron sus conceptos en relación con cada uno de los ítems definidos en el instrumento previsto para tal fin.



## Gestión de la Salud Pública – Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se define como: “(...) un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud - POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP.” Este Plan fue creado por la Resolución 518 de 2015.

El PIC tiene tres principios generales para su ejecución y evaluación. El primero, es su carácter Estatal, el cual es dirigido y administrado por el Estado. Su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación están a cargo de los Departamentos, Distritos y Municipios de acuerdo con las competencias definidas en la normatividad vigente, en el marco del PDSP y los PTS, bajo los parámetros y lineamientos que determine el MSPS. El PIC, que es una de las responsabilidades que tiene la Entidad Territorial, contiene intervenciones dirigidas a las familias y comunidades. Estas intervenciones son de promoción de la salud, entre las que se encuentran, la detección temprana, y la detección del riesgo. Hay acciones individuales que por su alta externalidad están incluidas en el PIC y especificadas en la Resolución 3280.

El segundo principio es la gratuidad, en cuanto a que las intervenciones colectivas que constituyen el PIC son gratuitas y están dirigidas a la totalidad de la población, independientemente de su estado de aseguramiento. Por último, el tercer principio del PIC es el de territorialidad, en cuanto a que se rige por los procesos de autonomía y poder local. El principal escenario de acción del PIC es el territorio - departamento, distrito o municipio (Resolución 1518 de 2015).

Los contenidos del PIC, los recursos para su ejecución, la cobertura de las mismas y los criterios para el respectivo monitoreo y evaluación, se definen de acuerdo con: “a) las necesidades, problemáticas y potencialidades de los municipios, distritos y departamentos; b) los resultados en salud priorizados por cada entidad, las dimensiones y metas del PDSP; e) las estrategias definidas en el PTS agrupadas en las líneas operativas de promoción de la salud y gestión del riesgo; d) las competencias y responsabilidades establecidas en la ley; y e) lo establecido en el Anexo Técnico que hace parte integral de la resolución que regula al PIC” (Resolución 1518 de 2015).

Junto a esto, las intervenciones del PIC están enmarcadas en las líneas operativas de promoción de la salud y gestión del riesgo, teniendo en cuenta, además, lo planteado en el PDSP. Es importante recalcar que el PIC tiene en cuenta procesos de promoción de la



salud, el impacto en salud de las políticas públicas, el empoderamiento de los individuos, el desarrollo de capacidades y la transformación o generación de entornos saludables.

El PDSP tiene tres líneas operativas transversales a todas las dimensiones: Promoción en Salud, Prevención de la Salud y Gestión del Riesgo. En estas se genera un engranaje con el PIC en relación con la gestión de la salud pública, promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales están estructuradas en el PIC. Además, el PDSP y el PIC se ven entrelazados a nivel territorial a nivel operativamente para cumplir y desarrollar sus metas y objetivos. Específicamente el PIC se ve desarrollado en los componentes operativos de gestión del riesgo y promoción de la salud.

### Proceso de Evaluación del PDSP

Desde la formulación del PDSP se implementaron diferentes procesos de evaluación y análisis del cumplimiento de las metas, los cuales, permitieron estudiar el proceso de implementación del Plan a nivel local y también hacer seguimiento al cumplimiento de las metas propuestas. De esta manera se generaron dos procesos de evaluación, el primero que fue la evaluación de procesos e institucional y el segundo el monitoreo y seguimiento de las metas de resultado y gestión (2018, 2019 y 2020).

### Evaluación de Procesos e Institucional del PDSP 2012-2021.

El MSPS, a través de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales priorizó dentro de la Agenda de Estudios y Evaluaciones del año 2018, la realización de una evaluación de procesos<sup>1</sup> e institucional<sup>2</sup> del PDSP 2012-2021, con el propósito de evaluar dicho plan, a través de su planeación en el territorio con la Resolución 1536 de 2015 y su implementación con la Resolución 518 de 2015 en lo relacionado a las competencias en Salud Pública, con el fin de identificar factores críticos de éxito y cuellos de botella, que

---

<sup>1</sup> Una evaluación de procesos analiza de manera sistemática la forma en que opera una intervención pública y cómo sus procesos conducen al logro de sus objetivos. Identifica las relaciones que cada una de las actividades requiere para producir un bien o servicio. Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas. Dirección de seguimiento y evaluación de políticas públicas, DNP, 2014.

<sup>2</sup> Una evaluación institucional permite analizar y valorar un programa tomando como marco de referencia el arreglo institucional en el que opera. Estudia las razones por las cuales falla la capacidad institucional en los programas de una intervención, para brindar los insumos para mejorar la gestión y proveer de manera más efectiva los bienes o servicios. Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas. Dirección de seguimiento y evaluación de políticas públicas, DNP, 2014.



permitan generar recomendaciones para mejorar su aplicación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; ; 2020; 2021).

La evaluación de procesos e institucional fue realizada utilizando una metodología mixta, donde se combinaron instrumentos cualitativos y herramientas cuantitativas. La propuesta metodológica estuvo dividida en cuatro fases: (i) alistamiento, (ii) recolección de información, (iii) análisis y (iv) presentación de resultados. Estas fases se encaminaron de forma tal que permitiesen responder las preguntas orientadoras de la evaluación, enmarcadas en los componentes de procesos e institucional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; 2019).

- 1) Alistamiento: Selección y revisión de documentos; Construcción de insumos (matrices, cadenas de valor); validación de insumos realizados por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y la Universidad de los Andes.
- 2) Recolección de información: Muestreo (DTS por región del PDSP, IPS de primer nivel de conveniencia, EAPB con mayor población afiliada, inclusión forzosa: Distritos: Chocó y la Guajira); diseño de instrumentos (entrevistas y grupos focales) y pruebas piloto en Soacha y Boyacá.
- 3) Análisis: Codificación abierta entrevista al DTS y codificación axial en Atlas Ti, red de interrelaciones, factores críticos de éxito, matriz de hallazgos, conclusiones y recomendaciones; minería de texto (análisis descriptivo y análisis inferencial); estudio de caso (codificación axial, entrevistas semiestructuradas, red de interrelaciones) y revisión aplicativo web de gestión del PDSP.
- 4) Resultados: Talleres con expertos (validación de recomendaciones); consolidación de productos finales y divulgación y uso de resultados.

### Alistamiento

- I. El enfoque cualitativo partió de una metodología “Grounded Theory”. En esta, a partir de entrevistas, imágenes, grupos focales, notas, se busca estudiar un fenómeno en un contexto. Específicamente, Grounded Theory permite hacer comparación entre las unidades de estudio y se mezcla muy bien con el análisis de carácter cuantitativo. En esta evaluación se utilizaron entrevistas y grupos focales para la recolección de información.
- II. El enfoque cuantitativo combinó dos estrategias: La primera fue minería de texto, la cual busca entender o descifrar una estructura semántica en los textos. La segunda consistió en el análisis del sistema de monitoreo y evaluación, que a partir de la consolidación de la información reportada por las diferentes DTS, buscó identificar generalidades del avance de implementación de sus PTS, así como los temas relevantes en sus territorios



(tensiones), los principales objetivos, metas, y la eficacia operativa y financiera de dicha ejecución.

- III. La triangulación de esta información se realizó a partir de una matriz de consistencia basado en un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo).

### Recolección de información

Se realizaron un total de 70 entrevistas y 12 grupos focales. Estos se distribuyen de la siguiente manera: 36 DTS (15 departamentos y 21 municipios), 14 APB, 14 IPS, 12 grupos focales (uno de los cuales se realizó con los referentes del MSPS, los 11 restantes se hicieron con referentes de las DTS), dos ARL y cuatro a actores del nivel nacional (particularmente, estos fueron al DNP, el INS, la Universidad Externado y los evaluados del MSPS). El trabajo de campo fue realizado en 16 semanas (enero – mayo de 2018) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

**Análisis de información:** La información cualitativa fue codificada a través del software Atlas Ti. Mientras que la información cuantitativa fue realizada a través de la metodología de minería de textos y el análisis de estadísticas descriptivas. Además, el análisis de información contó con unas etapas de análisis claras: la triangulación de la información cualitativa y cuantitativa obtenida. Por último, esta etapa tuvo un proceso de validación.

Simultáneamente se adelantó al análisis cualitativo a través de dos estrategias (i) se implementó la herramienta estadística de minería de texto, a través de la cual se analizaron el Plan Nacional de Desarrollo–capítulo salud, el PDSP y los PTS de las principales ciudades del país (en donde habita aproximadamente el 30% de la población colombiana), buscando encontrar coherencia entre los diferentes instrumentos de planeación del nivel nacional y territorial; y (ii) se hizo una revisión detallada del aplicativo web Gestión PDSP, analizando aspectos como: revisión de la concordancia de los momentos del cargue de información respecto a lo requerido en la norma; el avance en que se encontraban las DTS en cuanto a la actividades de la Estrategia PASE a la Equidad; la revisión de los objetivos sanitarios y metas sanitarias registradas por las secretarías de la muestra para cada una de las dimensiones del PDSP; y la eficacia operativa trimestral y anual y la eficacia financiera anual de las entidades territoriales de la muestra.

**Triangulación de información:** Para la triangulación de la información y el resumen de esta, se realizaron varios insumos. Entre ellos se encuentra la Matriz de Hallazgos, Conclusiones y Recomendaciones, un análisis de Factores Críticos de Éxito, y por último un Análisis de Relaciones basado en la Teorización Fundamentada (network).

**Estudio de Caso:** Se elaboró una guía de entrevista centrada en tres temas: la adaptación de las DTS a la norma, aspectos adicionales de la articulación y la comunicación. Se realizaron en cuatro DTS sobresalientes en la implementación de PDSP (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; 2019).



Validación: Debido a la complejidad del fenómeno y a los múltiples actores involucrados, algunas de las etapas del proceso de investigación se sometieron a sesiones de validación y socialización con algunos actores relevantes. Este proceso consistió en 15 talleres con actores de diferentes ámbitos, en donde se elaboró una matriz de seguimiento a cada uno de los aportes realizados por ellos. Con lo anterior y teniendo en cuenta los resultados de las estrategias metodológicas se ajustaron y redireccionaron las recomendaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Indicadores: Con el fin de estandarizar el reporte y generar las acciones de mejora que permitan fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación del PDSP, se realizó el contraste de lo reportado en informes previos de seguimiento de metas, así como con lo establecido en la Resolución 1841 de 2013 y con lo reportado en la base de datos del Portal Web de gestión del PDSP.

### Principales Resultados

Como resultados principales, se encontró que sin recursos en las DTS es muy difícil tener el personal que asuma las funciones y articule las políticas con otros sectores. Esto sucede porque ante la escasez de recursos, las personas son contratadas por unos pocos meses al año y los procesos pierden la continuidad (y en algunos casos se pierden en su totalidad) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En general, se encontró que el manejo de las dimensiones y la articulación con otros sectores depende de una adecuada organización de la contratación de personal. Por otro lado, algunos de los actores entrevistados consideran que el factor crítico de éxito, más allá de ser la disponibilidad de recursos, se encuentra en la voluntad política. Las DTS entienden que para alcanzar las metas PDSP es preciso que desde todos los niveles de gobierno se ejerza esta. Si esto no está presente es muy difícil avanzar.

Adicionalmente, los mecanismos de contratación que son requeridos para llevar a cabo el PIC, es decir, el trámite contractual está condicionado a la intervención articulada en algunas entidades territoriales de la DTS, Alcaldía, Secretaría de Hacienda, entre otros, causan, en la mayoría de los casos, una contratación del PIC tardía, lo cual implica periodos en los cuales las actividades colectivas no se realizan, afectando una de las principales características de estas de acuerdo con la Resolución 518 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).



## Informe de Avance de Cumplimiento Metas PDSP

Para evaluar el desempeño y desarrollo del PDSP, se han realizado tres evaluaciones de resultado 2018, 2019 y 2020. Esta evaluación se da en cumplimiento con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 (Art. 2), la Ley 1438 de 2011 (Art. 2) y en la Resolución 1536 de 2015 (art. 44), en lo relacionado con el monitoreo y evaluación del PDSP 2012–2021, en el cual, el MSPS ha avanzado en el seguimiento de las metas de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP en mención, con el fin de establecer su rango de cumplimiento e identificar elementos clave para la toma de decisiones en salud, potenciar y mantener los logros alcanzados y reorientar los aspectos que requieran alguna acción de mejora.

La metodología de evaluación del PDSP se implementó en tres pasos:

- (1) Revisión de las metas e indicadores de las ocho dimensiones principales y las dos dimensiones transversales, junto con las fuentes de información que nutren y soportan a cada meta. Con el fin de estandarizar el reporte y generar las acciones de mejora que permitan fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación del PDSP, se realizó el contraste de lo reportado en informes previos de seguimiento de metas, así como con lo establecido en la Resolución 1841 de 2013 y con lo reportado en la base de datos del Portal Web de gestión del PDSP.
- (2) Las evaluaciones contaron con una revisión de las salidas de información. En este se desarrolló el tipo de indicador (gestión y resultado) y se desarrollaron las características de estos indicadores. De acuerdo con el tipo de indicador (gestión o resultado), las salidas de información se obtuvieron de las siguientes fuentes:
  - ✓ Indicadores de resultado: Las salidas de los indicadores que tienen rutinas de análisis y son reportados en SISPRO, fueron generadas por el grupo de gestión del conocimiento y fuentes de información de la Dirección de Epidemiología y Demografía. Los datos de los indicadores que no se encuentran disponibles en SISPRO, fueron aportados por los referentes técnicos de las áreas del Ministerio.
  - ✓ Indicadores de Gestión: Los datos del reporte de avance de los indicadores de gestión fueron exportados en un archivo en formato Excel desde el Portal Web de gestión del PDSP. De igual forma, se contó con las fichas explicativas del avance en las metas por cada una de las dimensiones, reportadas por cada área técnica del MSPS.
- (3) Se llevó a cabo una descripción técnica de los avances. La categorización de las metas (resultado y gestión) corresponde a la categoría de los indicadores que tiene asociada cada una de ellas. Así, las metas de gestión corresponden a las que tienen asociados indicadores de gestión y las metas de resultado las que tienen asociados indicadores con dicha categoría. En los casos en los cuales la meta tiene asociados indicadores de resultado y de gestión, su reporte se hace como meta



de resultado con el fin de evitar la duplicidad en su conteo. Con este panorama, se presenta inicialmente el balance general del plan y posteriormente se presenta la descripción técnica de los avances de las metas para cada una de las dimensiones del PDSP, así:

- Metas: Se presenta el dato cuantitativo de la totalidad de metas de resultado y de gestión asociadas a cada dimensión.
- Avance general: Se presenta el reporte en términos cuantitativos de los rangos de avance de las metas tanto de resultado como de gestión, teniendo en cuenta los rangos definidos en el sistema de monitoreo y de evaluación del PDSP 2012-2021:
- Avance de las metas de gestión: Se presenta el avance cuantitativo acumulado para el periodo 2012-2019, obtenido de la información suministrada por cada área técnica del MSPS cargada al Portal Web de Gestión del PDSP. Para el caso de las metas que tienen asociado más de un indicador, se promediaron los porcentajes de cumplimiento de los indicadores para el reporte del avance de la meta. Los avances cualitativos pueden ser consultados en la ficha técnica de cada indicador en el Portal Web de Gestión del PDSP.
- Avance de las metas de resultado: Se presenta inicialmente el avance cuantitativo de acuerdo con los rangos de cumplimiento. De manera general las fórmulas para el cálculo del porcentaje de avance de las metas son las siguientes: a) Para las metas de incremento y de cobertura:  $(\text{Valor logrado} / \text{valor esperado}) * 100$ . b) Para las metas de reducción:  $(\text{Valor esperado} / \text{Valor logrado}) * 100$ . En algunos casos, cuando la tendencia del indicador es contraria a la esperada, para la medición de metas de reducción, se utiliza la siguiente fórmula:  $((\text{Valor esperado} - \text{Valor logrado}) / \text{Valor esperado}) * 100$ , con el fin de procurar un análisis más acertado del indicador.



## Metodología

El enfoque metodológico utilizado en este reporte se enfocó en cumplir dos objetivos, primero presentar a lo largo del tiempo cual fue el cumplimiento de las metas e indicadores del PDPS y segundo analizar desde la perspectiva de diferentes actores del MSPS cuáles fueron las principales barreras y facilitadores en la implementación del PDSP. Para el cumplimiento del primer objetivo se sigue de manera cercana la metodología utilizada en el proceso de análisis del cumplimiento de metas para el 2019 y 2020. Aunque la metodología presentada aquí varía, se conservan características importantes relacionadas con la definición de los indicadores de gestión y resultados y la creación de un semáforo para estudiar el alcance del cumplimiento de las metas del plan. Sin embargo, este documento presenta de manera clara cuáles han sido los avances de cada una de las metas desde el 2012 o desde el primer año con datos disponibles, también identifica cuáles son las dimensiones con mayor oportunidad de mejoría y cuáles son aquellos indicadores que presentaron cambios durante los diez años. Adicionalmente, para el cumplimiento del segundo objetivo se utilizó una metodología cualitativa, con entrevistas semiestructuradas a diferentes miembros del MSPS, en donde se indagaban aspectos relacionados con el conocimiento del plan, la participación en el proceso de formulación, las acciones realizadas para cumplir las metas de cada dimensión y acciones encaminadas al trabajo intersectorial.

## Definición de Metas e Indicadores

El PDSP 2012 – 2021, planteó como principal objetivo alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables; orientando su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Dentro del PDSP se plantearon 212 metas divididas en ocho dimensiones y dos dimensiones transversales (Tabla 1). Cada una de las metas respondía a las necesidades identificadas en cada dimensión y tienen un número específico de indicadores de gestión y/o de resultado, por ejemplo, en la dimensión de salud ambiental, existen 31 indicadores de gestión y diez de resultado, los cuales dan cuenta del avance en el cumplimiento de las metas de esta dimensión.



Tabla 1. Indicadores de gestión y resultado por dimensión

Dimensión	Indicadores gestión	Indicadores de resultado
Salud ambiental	31	10
Vida saludable y condiciones no transmisibles	32	19
Convivencia social y salud mental	7	15
Seguridad alimentaria y nutricional	7	10
Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos	9	10
Vida saludable y enfermedades transmisibles	14	16
Salud pública en emergencias y desastres	7	1
Salud pública y ámbito laboral	8	3
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	34	3
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	13	0
Total	162	87

### Fuentes de Datos

Dependiendo del indicador a ser analizado, se tienen diferentes fuentes de información, las cuales varían en su representatividad, periodicidad y disponibilidad de la información actualizada. Las principales fuentes para los indicadores de resultado fueron registros administrativos, de los cuales 29 indicadores son extraídos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. Adicionalmente, la información de 30 indicadores proviene de diferentes Encuestas, por ejemplo, la Encuesta de Calidad de Vida, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutrición, el Censo Nacional de Población, entre otras encuestas y cuatro de la Cuenta de Alto Costo. Es importante mencionar que la información de los 162 indicadores de gestión se obtuvo de la Plataforma de Gestión del MSPS (Tabla 2). Para el reconocimiento de las fuentes de información se tomó como referente lo consolidado en el informe del periodo 2012-2019/21, teniendo en cuenta la categoría de los indicadores (gestión y resultado).



Tabla 2. Fuente de Datos por Tipo de Indicador

Tipo de indicador	Tipología del dato	Registro o Fuente de información	Disponibilidad de los datos
Resultado	Mortalidad	Estadísticas Vitales	2005 – 2019
	Vacunación	Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI	2005 – 2019
	Letalidades	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV	2007 – 2019
	Incidencias	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA	2008 – 2019
		International Agency for Research on Cancer	2008 - 2019
	Eventos de alto costo	Cuenta de Alto Costo	2012 – 2020
	Encuestas	DANE - Censo 2005-2018	2005-2018
		DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019	2012 – 2020
		Encuesta Nacional de Salud Mental 2015	2015
		Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2019	2019
		Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2011	2011; 2016
Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010,2015.		2010; 2015	
Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, 2015	2010; 2015		
Gestión	Reportes del equipo técnico	Ficha explicativa del avance en las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.	2012– 2021

## Herramientas Cualitativas para la Recolección y el Trabajo de Campo

Se realizaron entrevistas individuales y grupales semiestructuradas con profesionales técnicos de las diferentes direcciones y subdirecciones del MSPS, con el propósito de indagar sobre las acciones sectoriales e intersectoriales desarrolladas y los factores que influyeron sobre el cumplimiento de las metas del PDSP. Se utilizó una guía de temas para cada dimensión, la cual incluía: a) participación en el diseño y desarrollo del PDSP 2012-2021, b) opinión general del PDSP, c) conocimiento de las metas e indicadores del PDSP, d) factores contextuales que influyeron sobre el cumplimiento de las acciones en los territorios, e) características del trabajo sectorial e intersectorial y f) sugerencias para mejorar el trabajo sectorial e intersectorial.

Las entrevistas fueron realizadas en el lugar de trabajo de los informantes, entre octubre y noviembre de 2021. Se obtuvo el consentimiento libre e informado por escrito de cada participante. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos, estas fueron grabaciones para su posterior análisis manteniendo el anonimato de los informantes. En total se realizaron 24 entrevistas individuales y grupales, en las cuales participaron 57 personas trabajando dentro del MSPS.

Tabla 3. Composición de la Muestra de Informantes

Direcciones/ subdirecciones del MSPS	Entrevistas Individuales	Entrevistas Grupales
Salud Ambiental		3
Técnico entornos saludables		2
Técnico zoonosis		1
Salud pública y ámbito laboral	1	
Técnico aseguramiento en salud y riesgos laborales	1	
Convivencia social y salud mental		11
Técnico Subdirección no transmisibles		1
Técnico Promoción y Prevención		3
Dirección Promoción y Prevención		1
Técnico convivencia social y ciudadanía – P&P		2



Direcciones/ subdirecciones del MSPS	Entrevistas Individuales	Entrevistas Grupales
Técnico Promoción y Convivencia		1
Técnico Convivencia Social y Ciudadanía – P&P		2
Salud pública en emergencias y desastres	1	
Director dirección de Emergencias y Desastres	1	
Seguridad alimentaria y nutricional		3
Salud Nutricional P&P		2
Salud Nutricional P&P – Inequidad de alimentos		1
Vida saludable y condiciones no transmisibles		7
Enfermedades Crónicas		3
Técnico Enfermedades crónicas		1
Técnico Cáncer		1
Técnico salud bucal		1
Ambientes Saludables		4
Técnico de Actividad Física		1
Coordinadora modos y estilos saludables		1
Técnico Entorno Educativo		1
Técnico de Tabaco		1
Vida saludable y enfermedades transmisibles		3
Técnico dirección promoción y prevención		1
Técnico programa inmunizaciones		1
Técnico en asistencia técnicas y vigilancia de ventas		1



Direcciones/ subdirecciones del MSPS	Entrevistas Individuales	Entrevistas Grupales
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	6	6
Técnico en Gestión de los Recursos	1	
Técnico Rutas Integrales	1	
Subdirección de Prestación de Servicios	2	4
Vigilancia en Salud Pública	1	
Aseguramiento		2
Red de Laboratorios	1	
Poblaciones vulnerables		5
Técnico Víctimas del Conflicto Armado		1
Técnico Discapacidad		1
Técnico Adulto mayor		1
Técnico Etnias		1
Técnico Promoción Social		1
Comisión Trabajo Intersectorial	1	
Dirección Epidemiología y Demografía	1	
PIC		5
Gestión – P&P		5
Total: 57	9	49

### Análisis de Datos Cuantitativos

Con el objetivo de estudiar los cambios en los indicadores de gestión y resultado planteados por el PDSP 2012-2021 se plantearon los siguientes análisis de los datos:



1. Análisis de cambios en el tiempo, comparando la línea base de cada indicador con el dato final (el cual corresponde a 2021, 2020 o 2019 dependiendo del indicador).
2. Análisis de logro de cada uno de los indicadores de acuerdo con la meta establecida por el plan.
3. Semaforización de los avances en el cumplimiento de las metas por dimensión, para determinar cuántos indicadores habían logrado la meta a 2021 y cuántos cumplirán la meta establecida en los siguientes años.<sup>3</sup>

Es importante considerar que los tres análisis descritos anteriormente, buscan identificar cuáles han sido los cambios a lo largo del tiempo en el logro de las metas del PDSP y también establecer cuáles fueron las dimensiones con mayor avance y cuáles deberían ser priorizadas en el siguiente plan.

### Análisis de Datos Cualitativos

Se realizó un análisis temático de contenido. Los datos fueron segmentados por dimensión y temas. Categorías y subcategorías se generaron de forma mixta: derivadas de la guía de entrevista y las emergentes de los datos, mediante un proceso inductivo. Para ello se identificaron temas y clasificaron, se establecieron patrones comunes y se analizaron regularidades, convergencias y divergencias en los datos, mediante un proceso de comparación constante y volviendo a los datos (de lo particular a lo general) (Braun & Clarke, 2006). El rigor y la calidad de los datos se garantizaron con la triangulación de la información utilizando distintas técnicas de recolección de datos y se contó con la participación de tres analistas y las diferencias durante el análisis se resolvieron volviendo a los datos y se discutieron hasta llegar a un acuerdo.

## Resultados

### Resultados Generales Análisis de Indicadores

Dentro de los 249 indicadores analizados que corresponden a las 212 metas incluidas en el PDSP, se resalta que existió un cumplimiento diferenciado entre los indicadores de gestión y de resultado, siendo los primeros los que evidencian mayor cumplimiento en los nueve años de implementación del plan. De hecho, 27% (44 indicadores) de los

---

<sup>3</sup> Se sigue la misma metodología utilizada en los informes de 2019 y 2020. En donde se utilizaban cuatro categorías de análisis dependiendo del porcentaje de cumplimiento de la meta (verde mayor al 75%, amarillo: cumplimiento mayor a 50% y menor o igual a 75%; naranja: cumplimiento mayor del 25% y menor o igual al 50% y rojo con un cumplimiento menor o igual al 25%).



indicadores presentaron un cumplimiento total de la meta, mientras que de los indicadores de resultado 25% (22 indicadores) cumplieron la meta.

Dentro de las diez dimensiones incluidas en el PDSP, la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional fue la que presentó mayor grado de cumplimiento de los indicadores de gestión, con el 86% de los indicadores planteados. En el caso de los indicadores de resultado, la dimensión de Salud Pública y Ámbito Laboral fue la dimensión con el mayor logro, con el 66% de los indicadores de resultados cumplidos. Es importante resaltar que el número de indicadores varía por dimensión y en algunos casos la dimensión solo contaba con un indicador, por lo cual el no cumplimiento de dicho indicador da un incumplimiento para toda la dimensión (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento de indicadores por dimensión

Dimensión	Indicadores de gestión	Indicadores de resultado
Salud Ambiental	5 (16%)	4 (40%)
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	3 (9%)	2 (10%)
Convivencia Social y Salud Mental	5 (71%)	4 (27%)
Seguridad Alimentaria y Nutricional	6 (86%)	3 (30%)
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	3 (33%)	4 (40%)
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	1 (7%)	3 (19%)
Salud Pública en Emergencias y Desastres	2 (28%)	0 (0%)
Salud Pública y Ámbito Laboral	4 (50%)	2 (66%)
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	10 (29%)	1 (33.3%)
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	7 (53%)	-

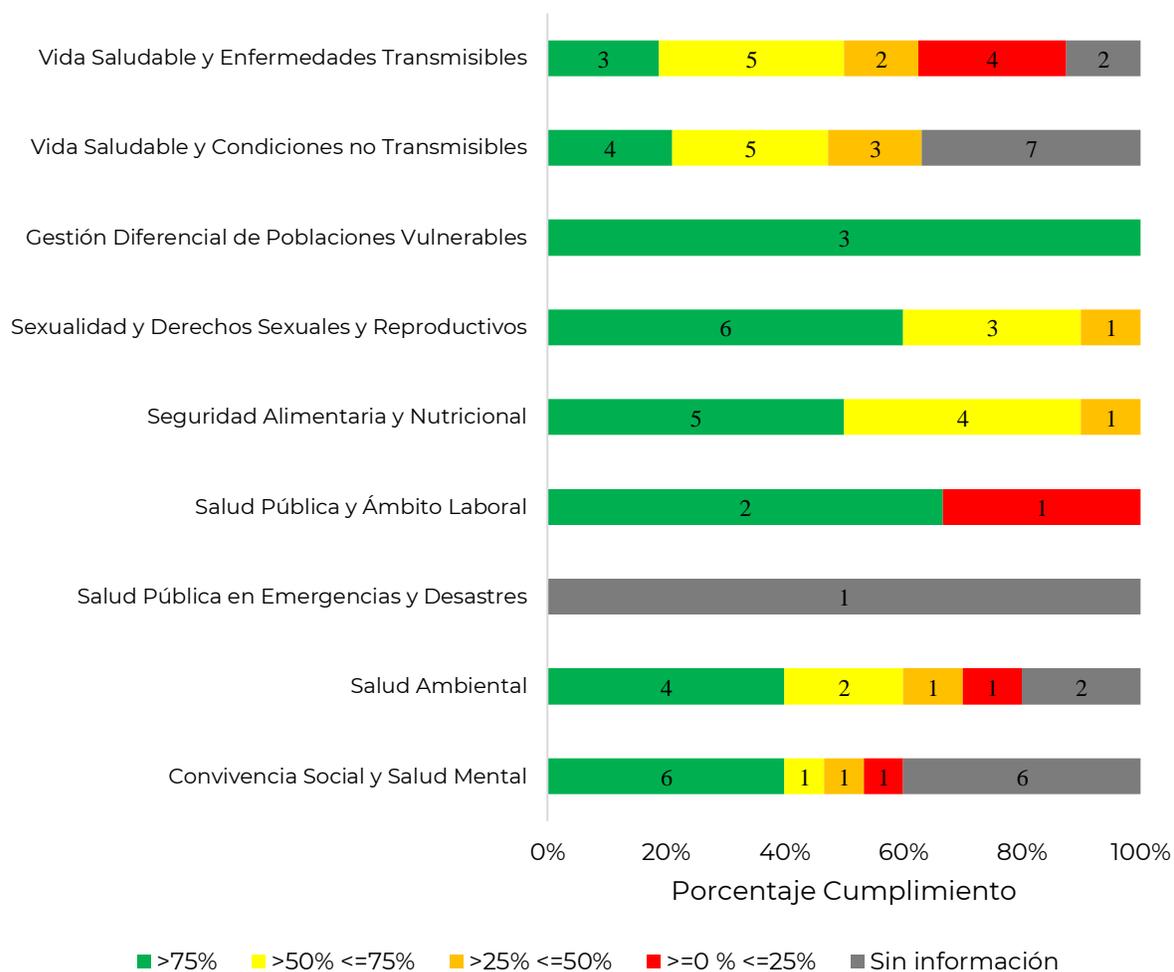
Cuando se analiza la semaforización de los diferentes indicadores de gestión, en relación con el porcentaje de cumplimiento de la meta, se encuentra que en las dimensiones de Salud Pública y Ámbito Laboral y Seguridad Alimentaria se logró el mayor número de indicadores con un logro superior al 80% a 2021. Mientras que se evidencia que, en la dimensión de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, existieron cuatro indicadores de gestión que se encontraban con un cumplimiento menor al 20%. En el

caso de los indicadores de resultado la dimensión de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables presenta los tres indicadores con un cumplimiento entre el 80 y 100%, adicionalmente la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental presento un cumplimiento mayor de 80% en seis de los 15 indicadores (Figura 2 y 3). Es importante mencionar que de los 87 indicadores de resultado, 18 no contaban con una meta definida para cada los indicadores, por lo cual no es posible analizar el cumplimiento de dicho indicador.

Figura 2. Número de indicadores de gestión por porcentaje de cumplimiento



Figura 3. Número de indicadores de resultado por porcentaje de cumplimiento



En general, el PDSP presentó un cumplimiento bajo o medio en la mayoría de las dimensiones cuando se analiza de manera global los indicadores. Al estudiar el porcentaje de cumplimiento de la meta, se evidencia que el número de indicadores con un cumplimiento mayor al 75% aumenta en todas las dimensiones, lo que resalta que, aunque la meta no se logró a cabalidad, si existieron avances importantes en el proceso.

Finalmente, si se realiza una clasificación de las dimensiones por porcentaje de cumplimiento de los indicadores, se encuentra que cuatro dimensiones cuentan con un



cumplimiento bajo de las metas, dos con un cumplimiento medio-bajo, y dos con un cumplimiento medio. Finalmente se resalta que las dimensiones de Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional y Salud Pública y Ámbito Laboral fueron las que presentaron un mayor porcentaje de cumplimiento de las metas entre el 2012 y 2021.

Tabla 5. Nivel de Cumplimiento de cada Dimensión del PDSP

Dimensión	Nivel de Cumplimiento
Salud Ambiental	Medio Bajo
Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Bajo
Convivencia Social y Salud Mental	Medio Alto
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Medio Alto
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Medio
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Bajo
Salud Pública en Emergencias y Desastres	Bajo
Salud Pública y Ámbito Laboral	Medio Alto
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Bajo
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Medio



## Estudio Cualitativo: Problemáticas que Influyeron en la Formulación, Implementación y Evaluación de las Metas e Indicadores del PDSP

La siguiente sección presenta de manera general cuales fueron los principales hallazgos de las entrevistas semiestructuradas para evaluar el cumplimiento del PDSP. Del discurso de los informantes emergieron fallas en el proceso de formulación (fallos en la definición de las metas, fuentes de medición y responsables del seguimiento y reporte de las mismas) de las metas, barreras para la implementación del plan (a nivel sectorial e intersectorial) y dificultades para la evaluación y el seguimiento de las metas propuestas por el PDSP 2012- 2021.

### Fallas en el Diseño y Formulación del PDSP

Con relación a la formulación de las metas e indicadores, los informantes identifican que algunos de estos tienen problemas en su definición e identificación de las fuentes para su seguimiento. Según los informantes, en la etapa de diseño del PDSP hubo una ruptura entre el proceso participativo (amplio en los territorios) y la formulación de las metas e indicadores, causada en algunos casos por la rotación de los participantes, lo que dificultó plasmar con claridad en el lenguaje técnico y operativo el significado de estos y el cómo se iban a medir. A esto se suman fallas en la proyección de los indicadores que suelen estar fuera de alcance, es decir, que se formulan en base a las cifras de población que reporta el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), (datos que no tienen en cuenta las fluctuaciones de población en los territorios).

“Creo que una cosa muy buena y muy importante fue el proceso participativo que se dio al comienzo del plan, porque participaron muchos actores que representaban múltiples intereses y eso enriqueció mucho esta primera etapa, pero luego hubo como una ruptura en la formulación de las metas porque no se logró plasmar en su mayoría todas las ideas que surgieron en el proceso participativo, eso no se logró lamentablemente y eso influyó mucho en las metas porque algunas no quedaron bien formuladas... y luego toco corta muchas de estas” (Informantes, Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles).

Se identifica un mayor número y/o concentración de metas e indicadores en algunas dimensiones o temas específicos y un déficit en otras áreas (por ejemplo, bajo la dirección de dirección de protección social subdirecciones como la de aseguramiento solo tiene una meta de cobertura). Asimismo, emergen fallas en la definición de los responsables de promover las acciones, el seguimiento y reporte oportuno de algunos indicadores (por ejemplo, la dimensión salud ambiental cuanta con indicadores que



deben ser reportado por otras áreas del ministerio) y el desconocimiento o un conocimiento tardío de las metas en algunas direcciones, subdirecciones o áreas del MSPS.

En opinión de los informantes la falta de un plan metodológico concertado y unificado que explicitara los responsables de las acciones y estableciera las fuentes de información, limitó el seguimiento y la notificación de las metas en cada dimensión, así como la participación y compromiso de otros sectores en su consecución. Por último, y aunque los informantes reconocen que el enfoque de los determinantes de la salud brinda oportunidades para ver la salud desde diferentes perspectivas, otros sectores (excepto salud) no reconocen su responsabilidad en el desarrollo de las acciones en el marco del PDSP, y pese a la existencia de la iniciativa PASE a la Equidad, el enfoque intersectorial no permeo el trabajo a nivel nacional o territorial (eje: los planes departamentales de agua, el control de vectores endémicos).

#### Barreras en la Implementación del PDSP

Del discurso de los informantes emergieron tanto problemas para el trabajo sectorial como para el trabajo intersectorial, que limitaron el cumplimiento de las metas del PDSP.

A nivel sectorial, los informantes destacaron la baja articulación entre las direcciones y subdirecciones del MSPS, fallas en la asistencia técnica al ente territorial y el débil rol de otros actores del sistema como son las aseguradoras, además de la sobrecarga o concentración de las acciones sobre los prestadores de servicios de salud.

En relación con la baja articulación entre las direcciones y subdirecciones del MSPS, los informantes refieren la ruptura entre las acciones desarrolladas por el Viceministerio de Salud y las del Viceministerio de Protección Social, que limita el trabajo articulado para el cumplimiento de las metas del PDSP. Entre las principales causas emerge el desconocimiento de las funciones y las responsabilidades de cada dirección y subdirección del ministerio, se asume que las subdirecciones de promoción y prevención son las responsables de su cumplimiento, sumado a la falta de claridad del rol del Viceministerio de Protección Social y sus subdirecciones para el logro de las metas e indicadores del plan y a la falta de una estrategia de comunicación interna efectiva.

Según los informantes, aunque se logró desarrollar un trabajo articulado alrededor de la expedición de las normas, el seguimiento de estas con frecuencia quedaba bajo la responsabilidad de la dirección o área que la expidió, sin el seguimiento de las otras direcciones involucradas (por ejemplo, se consulta con las aseguradoras para el desarrollo de la normativa, pero no se les hace seguimiento).



Asimismo, los informantes destacan un limitado trabajo articulado entre las Subdirecciones de Protección y Prevención, causado por el desconocimiento de sus funciones y la falta de comunicación entre las mismas, problemática que se evidencia en la baja coordinación para realizar las asistencias técnicas en los entes territoriales (los temas no se articulan y se hacen de forma independiente).

Con respecto a las fallas en la asistencia técnica al ente territorial, los informantes identifican bajo acompañamiento de algunas direcciones, subdirecciones o áreas del ministerio en el desarrollo de las capacidades técnicas de los entes territoriales, causado por la falta tiempo del personal (exceso de trabajo administrativo) y al déficit de recurso humano en algunas subdirecciones (por ejemplo, salud ambiental, laboral, aseguramiento, entre otras.). Además, se reconoce una baja comunicación con algunos entes territoriales, en particular con los departamentos más periféricos y vulnerables del país.

“Creo que faltó un mayor acompañamiento a los territorios, nosotros somos pocos y quedamos cortos para responder y llegar a todos y desarrollar las capacidades técnicas del personal, otra cosa es nosotros dedicamos mucho tiempo respondiendo derechos de petición y en otras tareas que nos asignan y no nos alcanza el tiempo y a eso le sumamos las dificultades para comunicarnos con los departamentos más periféricos del país, todo esto influyó necesariamente sobre el cumplimiento de las metas en los territorios...” (Informantes, Dimensión Salud y Ámbito Laboral).

Por último, se destaca el bajo compromiso de los aseguradores con el cumplimiento de las metas e indicadores del PDSP. En opinión de los informantes las aseguradoras evaden su responsabilidad y priorizan la rentabilidad económica de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) sobre la social, con frecuencia sacan ventaja en los procesos contractuales celebrados con los prestadores y fragmentan la provisión de los servicios (por ejemplo, no contratan las acciones de P&P de forma oportuna e integral con las ESE e IPS departamentales y municipales). Además, no cuentan con bases de datos actualizadas y desconocen donde están sus afiliados (no se hacen responsables de la búsqueda activa para el cumplimiento de las actividades). Asimismo, coinciden en que el PDSP no vincula ni asigna responsabilidades explícitas a las aseguradoras, a pesar de ser las responsables de definir y conformar las redes de servicios de salud y por el contrario se concentraron acciones y exigencias sobre las ESE e IPS (quienes deben ser financieramente sostenibles y rentables con desventajas operativas en relación con las aseguradoras).

En tanto que, a nivel territorial, los informantes identificaron como principales problemas la baja capacidad técnica y operativa de los entes territoriales para el cumplimiento de



las metas e indicadores, la falta de claridad de las fuentes de financiación para el desarrollo de las acciones y la falta de mecanismos que le permita a los entes territoriales vincular y obligar a los actores del sistema particularmente a las aseguradoras a cumplir con las acciones del PDSP.

La mayoría de los informantes destacaron la baja capacidad técnica y operativa de los entes territoriales causada principalmente por la rotación frecuente de los funcionarios públicos, que lleva a la pérdida de los procesos de asistencia técnica realizados por el ministerio y retrasa la continuidad de las acciones establecidas en los planes territoriales de salud.

Asimismo, señalan que algunos entes territoriales (en particular los departamentos más vulnerables del país) desconocen las fuentes de financiación para la realización de las acciones del PDSP y no ejecutan eficientemente los recursos en el periodo fiscal correspondiente. Por otro lado, si el ente territorial necesita promover y desarrollar acciones para enfrentar contingencias o emergencias en los territorios estos están limitados por las destinaciones presupuestales establecidas por las normas a nivel nacional (por ejemplo, contratación de insumos y recurso humano para realizar acciones para el control los brotes epidemiológicos de vectores endémicos).

Finalmente, los informantes consideran que el ente territorial no cuenta con los mecanismos y/o herramientas que vinculen y obliguen a los actores del sistema y en particular a las aseguradoras a cumplir con las acciones del PDSP. A esto se suma, la baja capacidad de negociación de los entes territoriales más vulnerables (departamentos periféricos y pobres del país) entre otros, como Choco y Guajira, quienes no cuentan con recurso humano con conocimientos y/ o competencias técnicas en el sector salud, ya que en la mayoría de los casos estos cargos se asignan por filiación política y no por méritos técnicos.

A nivel intersectorial, los informantes señalaron como principales problemas que limitaron el cumplimiento de las metas, la baja participación de otros sectores en la implementación del PDSP y el débil rol de la comisión intersectorial. Todos los informantes destacaron una baja participación o vinculación de otros sectores que tenían responsabilidades en el desarrollo de acciones y posterior cumplimiento de las metas e indicadores propuestos por el PDSP. De hecho, señalan que los otros sectores asumieron que el PDSP era responsabilidad del sector salud, lo que se evidencia en la baja consecución de la mayoría de las metas que requerían del desarrollo de acciones específicas de otros sectores. En opinión de los informantes el limitado trabajo intersectorial a nivel nacional se evidencia en los territorios y en particular en la implementación de los PTS y ratifican que el PDSP no se puede cumplir únicamente con las acciones y los recursos del sector salud.



En lo referente a la CISP, la mayoría de los informantes señalan que esta no logra promover y ni dinamizar el trabajo articulado entre los sectores para el desarrollo de las acciones establecidas en el PDSP. Entre las causas identificadas por los informantes emerge en primer lugar, la participación de delegados de las diferentes instituciones (Ministerios y entes gubernamentales) sin capacidad para la toma de decisiones y con una alta rotación de estos, lo que limitó el desarrollo y el alcance de las acciones intersectoriales y la comunicación entre los sectores y con otras comisiones intersectoriales. En segundo lugar, señalan que la comisión no ejerció su rol como ente estratégico en el seguimiento y control de las acciones de los diferentes sectores para el cumplimiento del PDSP en el territorio nacional, sino como ente técnico, lo que limitó el alcance de sus funciones establecidas por la norma. Además, se reconoce que la CISP no cuenta con herramientas que le permitan cumplir con sus funciones dado que no tiene capacidad sancionatoria. En tercer lugar, y aunque se reconoce el liderazgo MSPS en la comisión (coordina la CISP, tiene la secretaria técnica y es miembro) los informantes señalan que el acaparamiento de las funciones por parte del ministerio invisibilizó el rol y las responsabilidades de los otros sectores en la CISP. A esto se suma, que a nivel territorial no se logró el funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, lo que limitó el desarrollo del trabajo intersectorial a nivel territorial.

“El cumplimiento de varios objetivos del PDSP se vio truncado debido a la falta de efectividad y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública. Además, no existió cooperación entre las instituciones que estuvieron involucradas en el cumplimiento de metas. Esa es la verdad, las instituciones siguen pensando que el tema de salud es solo del Ministerio de Salud y Protección Social, pero en el PDSP quedaron metas, por ejemplo, en nuestro caso de la dimensión de convivencia, relacionado con la iluminación en parques y temas de seguridad, que aunque está relacionado con convivencia y salud mental, tenemos que trabajar con otros sectores que pueden brindar estos servicios, nosotros no podemos, entonces cuando nos comunicábamos con ellos no había una respuesta efectiva. Así sucedió en varios casos, esto dificulta y trunca cualquier meta que tuviera una idea de intersectorialidad” (Informante, Dimensión de Convivencia y Salud Mental).

Del mismo modo, a nivel territorial, los informantes destacaron problemas relacionados con la baja representatividad de algunos sectores, así como su baja vinculación en el desarrollo de las acciones para el cumplimiento del PDSP y la falta de comunicación entre los sectores que conforman el ente territorial.

La mayoría de los informantes destacan la baja representatividad de algunos sectores a nivel territorial (vivienda, agricultura y transporte entre otros), como un problema que



limita el alcance de las políticas porque no hay un responsable que oriente, acompañe y haga seguimiento a las acciones desarrolladas por estos sectores en los territorios. Además, señalan una baja vinculación o participación de otros sectores en la formulación e implementación de los planes territoriales de salud (no se vinculan, ni se asignan responsabilidades a otros sectores en el desarrollo y seguimiento de las acciones establecidas en los planes), en opinión de los informantes los entes territoriales no cuentan con las herramientas necesarias para promover su participación y compromiso, “las entidades territoriales están solas y sin herramientas para hacer cumplir las acciones” (Informante Dimensión de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria). Finalmente, emerge como problema la falta de comunicación entre los sectores (diferentes secretarías) que conforman el ente territorial para el trabajo articulado para el cumplimiento de las metas e indicadores del PDSP, causado por la falta de sistemas de información unificados y compartidos entre los sectores para la coordinación y transferencia de la información reportada sobre las acciones.

#### Dificultades en la Evaluación de las Metas e Indicadores del PDSP

Todos los informantes destacaron la inexistencia de fuentes de información y las fallas en el uso del portal web como los principales problemas que limitaron el proceso de evaluación y seguimiento de las metas del PDSP. En primer lugar, los informantes reconocen la inexistencia o el déficit de fuentes de información para el reporte adecuado de las acciones y posterior seguimiento y evaluación de las mismas. Además, señalan que los pocos sistemas de información disponibles no son compartidos entre los diferentes sectores y no son interoperables entre sí, lo que limita el intercambio de información.

En relación con el uso del portal web, los informantes destacaron principalmente problemas en el formato o estructura de la web, la cual consideraron poco amigable e intuitiva y carece de espacios o pestañas para el registro de las actividades de otros sectores (por ejemplo: la web solo cuenta con espacio para el registro de las actividades desarrolladas por el sector salud, que a su vez se concentra en las actividades lideradas por la dirección de la promoción y la prevención). En segundo lugar, se destacan fallas en la calidad de la información registrada o reporte del dato -registro de actividades mal clasificadas, errores en la digitación, información incompleta y no coherente con otras fuentes de información-, que en opinión de los informantes es causada por la baja asistencia técnica para capacitar a los entes territoriales en el uso de la herramienta (registro adecuado de la información), particularmente del área de aseguramiento, prestación de servicios, promoción social etc. En tercer lugar, los informantes señalan fallas tecnológicas que generan una lectura errada de la información (sobervaloración o subvaloración de los datos) y la falta de un sistema de alarmas que permita identificar el incumplimiento de los indicadores de forma oportuna. Por último, los informantes



reconocen la baja interoperabilidad entre las fuentes de información disponibles en los sectores para el seguimiento y el reporte oportuno de los indicadores.

### Resultados por Dimensiones Priorizadas

El siguiente apartado presenta los principales resultados de cumplimiento de las metas del PDSP entre el 2012 y 2021. Cada una de las secciones resalta algunos de los indicadores de resultado y gestión que lograron su cumplimiento o presentaron mejoras importantes y también discute los principales resultados del análisis de las entrevistas semiestructuradas a los informantes del MSPS.

#### Salud Ambiental

El PDSP definió 30 metas para la dimensión de salud ambiental, de las cuales siete fueron categorizadas como metas de resultado y 23 como metas de gestión, lo cual corresponde al 23.33% y al 76.67% respectivamente. A su vez, las 30 metas tienen asociados 41 indicadores. En general, se destaca que dentro de los indicadores de resultado cuatro de los diez indicadores presentaron un cumplimiento de la meta y cinco de los 31 indicadores de gestión. Dado el cumplimiento de las metas dentro de esta dimensión se considera que la dimensión presentó un cumplimiento medio-bajo del PDSP.

#### Análisis Cumplimiento Indicadores

Para las siete metas de resultado se encuentran diez indicadores específicos. De estos indicadores de resultado, 40% cumplieron la meta, dentro de los que se resaltan los indicadores de Tasa de Incidencia de Chagas, la Tasa de Incidencia de Rabia Animal y el Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas. Es importante resaltar que existen dos indicadores que no cuentan con una meta establecida para hacer monitoreo a su cumplimiento.

De los indicadores de resultado que cumplieron la meta establecida en el PDSP encontramos que la Tasa de Incidencia en Chagas ha disminuido desde el 2012. De hecho, se observa que, en el 2012, la mortalidad por esta enfermedad presentó su nivel más alto con una tasa de 1.69. Es importante resaltar que entre el 2012 y 2019 se observa una reducción en la mortalidad de 1.19 puntos porcentuales y el comportamiento a la baja se ha mantenido a lo largo de los años (Figura 4).

Figura 4. Tasa incidencia Chagas, 2012-2019



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA/ Estadísticas Vitales EEVV.

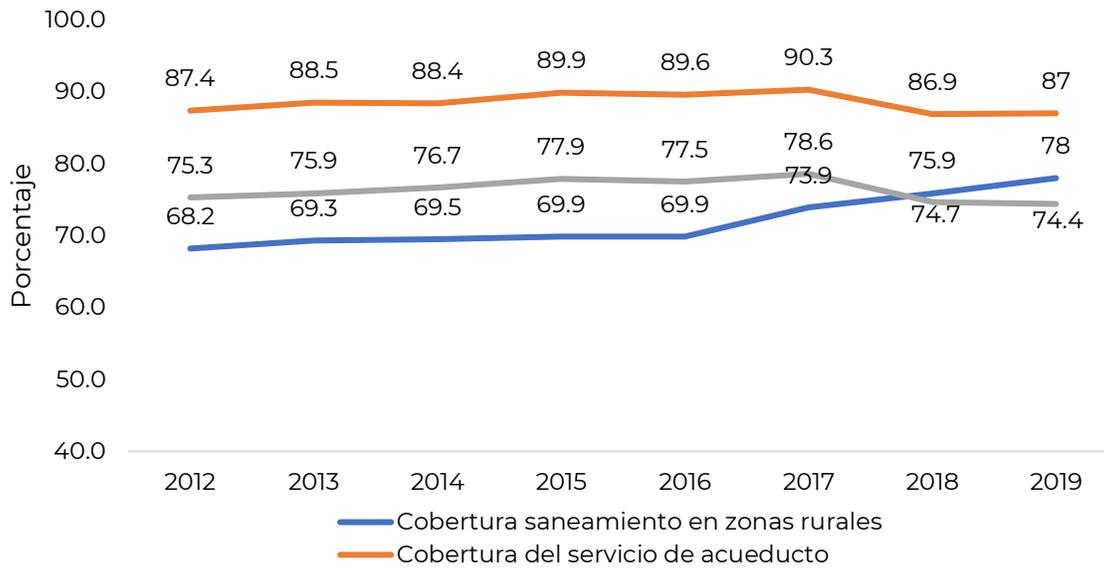
Otro indicador para resaltar dentro de esta dimensión, en el cual se evidenció cumplimiento de la meta fue la Cobertura en Vacunación por Rabia Animal. En este indicador se planteaba la necesidad de mantener la cobertura en el periodo de implementación del plan. La tasa de cobertura en vacunación presentó su máximo nivel en 2017, año en el cual se logró una cobertura del 73.7%.

Adicionalmente, el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas presentó una disminución en el periodo entre el 2005 y 2018. Esta disminución fue de 14.3 puntos porcentuales. Es importante resaltar que este indicador incorpora información relacionada con hacinamiento, viviendas inadecuadas, inasistencia escolar, viviendas con servicios básicos inadecuados y dependencia económica. Una disminución en este indicador refleja que las condiciones de vida de las personas en Colombia han mejorado de manera importante. Relacionado con el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, se encuentran las Tasas de Cobertura del Servicio de Saneamiento, Acueducto y Alcantarillado. En el caso de cobertura de servicio de saneamiento se resalta que en el área rural se evidenció un aumento de aproximadamente nueve puntos porcentuales, con un cumplimiento de esta meta. En el caso de cobertura de acueducto en el país, se evidencia que, aunque esta meta no se logró, el porcentaje de hogares con acceso al servicio de acueducto se mantuvo a lo largo del tiempo. De hecho, entre el 2012 y el 2019 este indicador fue del 87%. Es importante resaltar que en el año 2017 se logró el mayor porcentaje de cobertura con un 90% de los hogares con acceso a servicios de acueducto (Figura 5).



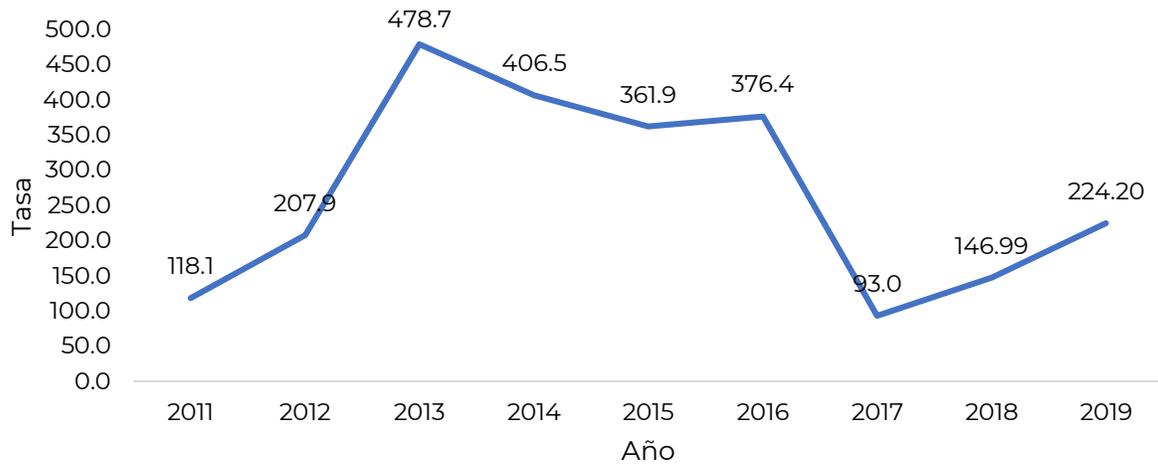
Dentro de los indicadores que no lograron la meta presentada en el PDSP, se encuentra la Tasa de Incidencia de Dengue. Este indicador muestra grandes fluctuaciones a lo largo de los años. En este caso, se puede observar que 2013 (478.8) y 2014 (406.5) fueron los años donde la incidencia por dengue fue más alta y 2017 en donde se reportó la incidencia más baja en toda la serie (93.0) (Figura 6).

Figura 5. Cobertura del servicio de saneamiento, alcantarillado y acueducto, 2012- 2019



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida.

Figura 6. Tasa incidencia Dengue, 2012-2019

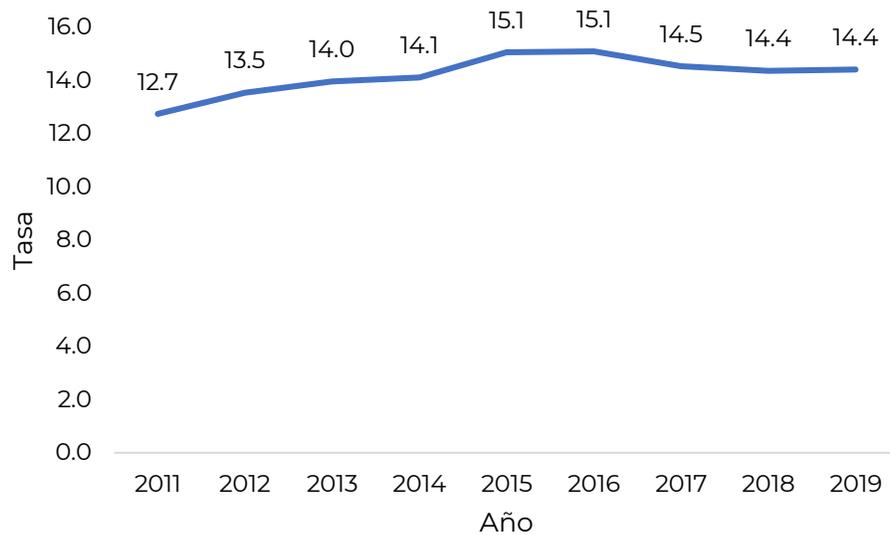


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEV



Adicionalmente, otro indicador que no logro su cumplimiento fue la Tasa de Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestres. Este indicador presento un aumento de 1.7 puntos porcentuales entre el 2011 y 2019. Con un aumento de la tasa en los primeros años, pero una disminución progresiva de la misma entre el 2016 y 2019 (Figura 7).

Figura 7. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, 2011-2019



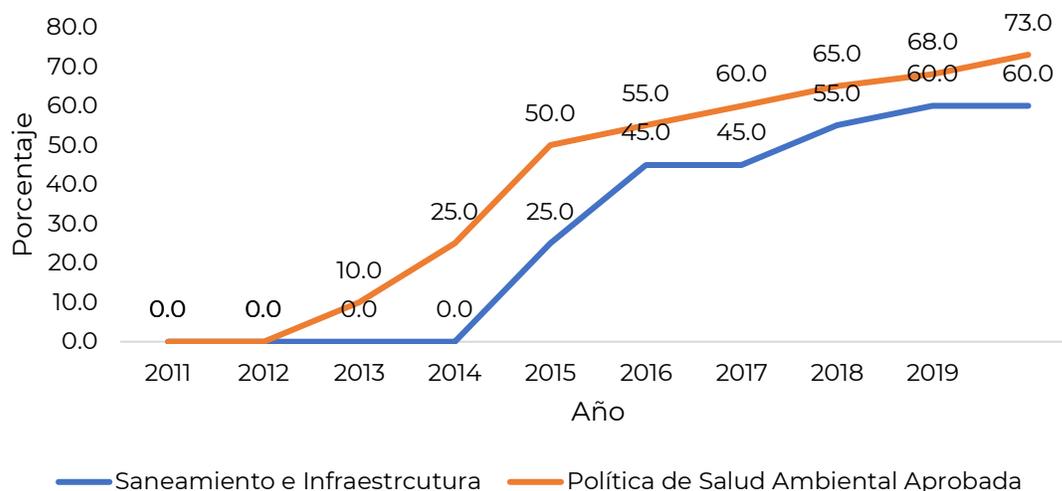
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA/ Estadísticas Vitales EEVV

De los indicadores que cumplieron la meta de gestión se resalta el Porcentaje de Avance de la Formulación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Sustancias Químicas, que desde el año 2015 presenta un cumplimiento del 100%. Adicionalmente, el indicador que mide el Avance en el Diseño del Programa Orientado al Suministro de Agua apta para el Consumo Humano, el cual progresivamente ha mejorado y en el 2019 logró el 100%. También es importante resaltar el cumplimiento de los indicadores de gestión relacionados con el Avance en el Diseño del Plan Nacional Intersectorial de Fortalecimiento de Laboratorios de Salud y Calidad Ambiental y el Porcentaje de Entidades Territoriales con Estrategias de Intervención Relacionadas con Carga Ambiental De La Enfermedad.

Junto a esto, es necesario que los indicadores de gestión relacionados con la implementación de acciones concretas para el mejoramiento de la infraestructura y el saneamiento básico de las zonas rurales del país sean priorizados en el siguiente PDSP, debido a su bajo rendimiento y cumplimiento frente a las metas propuestas por cada indicador de gestión. Como se puede evidenciar en la Figura 8, en los territorios no hay

una infraestructura adecuada al momento de hablar de planes de saneamiento y, aunque haya un avance gradual, no se logró cumplir la meta establecida.

Figura 8. Infraestructura y saneamiento vs Políticas de Salud Ambiental aprobada en territorios, 2011-2019



Fuente: Página web resultados de metas de gestión Ministerio de Salud y Protección Social-PDSP 2012-2022.

En conclusión, el análisis de cumplimiento de los indicadores de gestión y resultado refleja, que, aunque se cumplieron varias de las metas establecidas dentro del plan, muchas de ellas, especialmente aquellas relacionadas con indicadores de gestión, no lograron el cumplimiento esperado para 2021. Esto puede ser explicado por algunas de las barreras que reflejan los actores que trabajan dentro de esta dimensión y tienen a cargo el cumplimiento de las metas e indicadores, como será explicado en la siguiente sección.

### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizó una entrevista semiestructurada grupal, con tres técnicos de la Dirección de Salud Ambiental. En general, aunque los informantes identificaron problemas en la formulación y barreras (bajo trabajo intersectorial y fallas a nivel sectorial) para el cumplimiento de las metas e indicadores del PDSP, destacan algunos logros en el trabajo articulado con instituciones específicas en el desarrollo de acciones propias de la dimensión.



Con relación a la formulación de las metas, señalan que al inicio del PDPS los indicadores que se formularon para medir la mejora del medio ambiente en los territorios tenían como propósito mantener la cobertura en lugar de aumentarla. Sin embargo, las proyecciones de estas metas fueron modificadas por el DNP y otros ministerios y contaron con recursos de otros sectores para el desarrollo de las acciones (Ministerio de Medio Ambiente), lo que causó que la dimensión quedara con muy pocas metas bajo su responsabilidad.

“Frente a los indicadores el principal objetivo era mantener los temas de cobertura y no de aumentarlos. El proceso de negociación de las metas con el DNP y otros ministerios fue difícil ya que estos actores movieron estas metas a otras proyecciones porque al final esos recursos estaban en esos ministerios... entonces casi ninguna meta está bajo nuestra responsabilidad.” (Informante Dimensión Salud Ambiental).

En cuanto a las barreras en la implementación del plan, los informantes señalaron que hubo dificultades para lograr las metas propuestas en el plan debido a la poca sinergia y trabajo intersectorial entre las acciones desarrolladas por la dimensión y otras entidades o ministerios, dificultad que se evidenció en la falta de corresponsabilidad y compromiso de otros sectores en el desarrollo de las acciones en los territorios (ejemplo, trabajo limitado con las Corporaciones Autónomas Regionales -CAR).

A esto se suma la dificultad para asignar responsabilidades concretas a sectores o actores específicos para influir sobre el medio ambiente y su relación con la salud de las poblaciones. Los participantes afirmaron que con frecuencia y de forma equivocada la responsabilidad suele recaer sobre el sector salud y ratifican que el cumplimiento de las metas e indicadores de esta dimensión necesariamente requieren, no solo de las acciones de otros sectores, sino de los recursos financieros de estos.

“El trabajo intersectorial no es tan claro en temas ambientales, definir responsabilidades no es fácil, porque el medio ambiente influye o afecta todo, la salud, el trabajo, esta sobre todo lo que tiene que ver con el ser humano, de los lugares donde habita y desarrolla su vida y eso hace más complejo el trabajo” (Informante Dimensión Salud Ambiental).

Por último, los informantes reconocen como logros de la dimensión, por un lado, mejoras en el trabajo articulado con algunos entes territoriales que facilitaron el desarrollo de acciones específicas orientadas a intervenir los determinantes sociales en salud, y por otro, mayor involucramiento y compromisos de algunos actores del sector industrial y empresario para el mejoramiento de la salud de los colombianos y la posibilidad de generar un medio ambiente favorable para la salud.



“Hemos realizado asistencias técnicas a entidades territoriales con los lineamientos para intervenir en esos determinantes. Lo otro es la acción intersectorial para identificar esas metas. Adicionalmente, por ejemplo, en movilidad no se cumplió la meta, pero con el Ministerio de Transporte se ha trabajado para hacer una estrategia de movilidad segura. Con gremios e industrias se unen a ciertas campañas y firman compromisos, estos son logros importantes que se dieron en el marco de nuestras acciones” (Informante Dimensión Salud Ambiental).

En conclusión, una de las principales barreras que se presentaron para el cumplimiento de los indicadores en esta dimensión fue que muchas de las metas (y sus respectivos indicadores) dependían del cumplimiento de terceros, por lo cual, no era posible monitorear las acciones que se implementaron o si existieron o no aspectos que dificultaron la implementación de los planes y proyectos a nivel local.



## Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

El PDSP definió 50 metas para la dimensión, de las cuales 19 (38%) fueron categorizadas como metas de resultado y 31 (62%) como metas de gestión. Adicionalmente, para hacer seguimiento a las metas de esta dimensión se establecieron 19 indicadores de resultado y 32 de gestión. En general, esta dimensión contó con un bajo cumplimiento de las metas, con tan solo tres de los 31 indicadores de gestión (9%) y dos de los 19 indicadores de resultado con un cumplimiento de la meta planteada en el PDSP. En este sentido la dimensión cuenta con un nivel de cumplimiento bajo del PDSP.

Es importante recalcar que, frente a esta dimensión, específicamente en las metas e indicadores de resultado, no se contó con datos suficientes para poder hacer una medición de tendencias o que mostrara cambios a lo largo del tiempo, por lo cual no es posible decir con total certeza que el indicador se logró o no dada la falta de información actualizada.

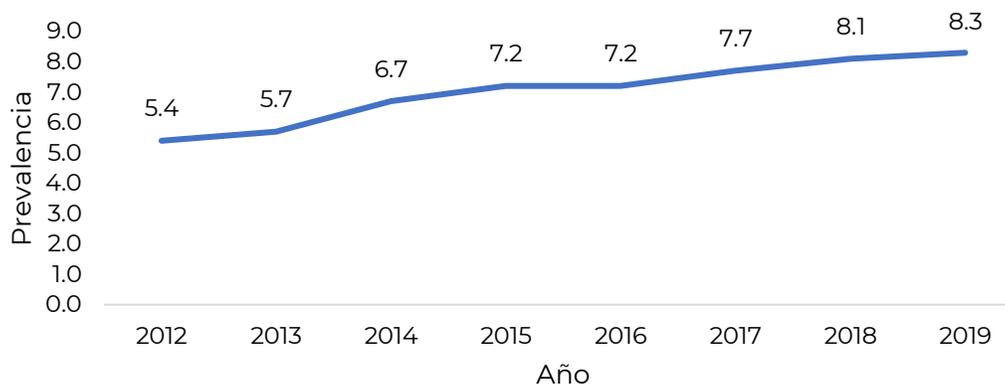
### Análisis Cumplimiento Indicadores

Frente a los indicadores de resultado, se resalta el cumplimiento del indicador que buscaba Incrementar la Edad Media de Inicio de Consumo de Tabaco en Personas de 12 a 65 años. De acuerdo con la última Encuesta de Consumo de Sustancias Psicoactivas, la edad de inicio en 2019 fue de 17.4 años, edad que supera la meta de 14 años establecida en el PDSP. Este es uno de los grandes logros de la dimensión y es reconocido de esta manera por los entrevistado.

Dentro de los indicadores de resultado en los que se cuenta con información, se observaron incrementos en las tasas de mortalidad y en la prevalencia de enfermedades crónicas, por ejemplo, la hipertensión arterial, aspecto que es explicado por el mayor diagnóstico oportuno que se está dando para estas patologías (Figura 9).



Figura 9. Prevalencia Hipertensión Arterial 2012-2019

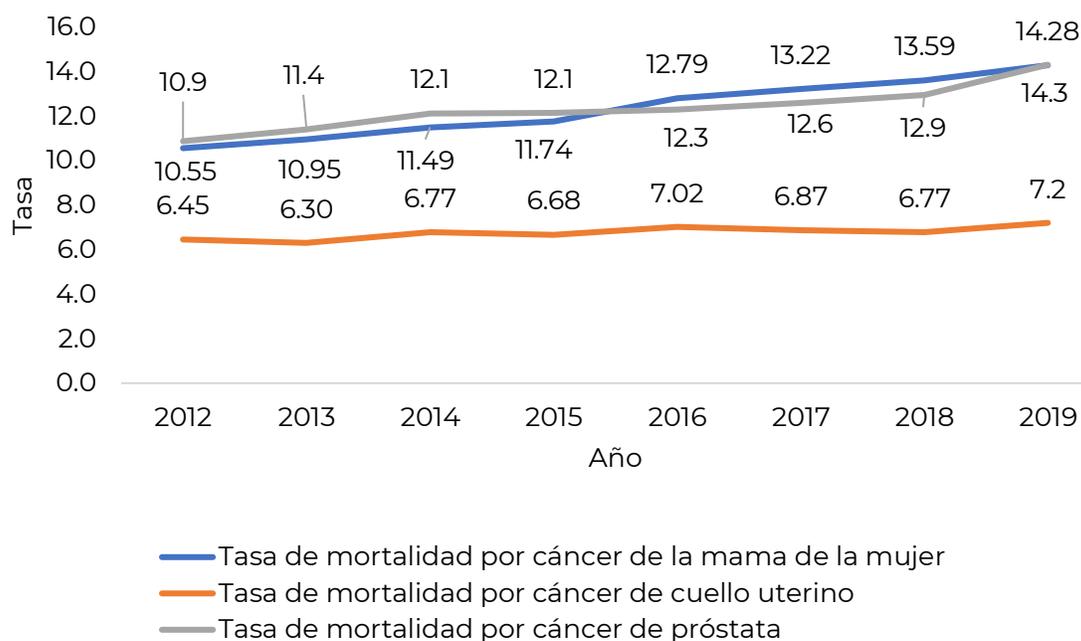


Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Los indicadores relacionados con cáncer son los que mayor aumento presentaron en el periodo de 2012-2019. Específicamente los indicadores relacionados con Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Mama y Cáncer de Próstata (Figura 10). El indicador de Cáncer de Mama presentó un aumento de 3.3 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2019. Adicionalmente, el indicador de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino presentó un aumento de 0.9 puntos porcentuales, con la menor tasa de mortalidad en 2013 (6.3%) y la más alta en 2019 (7.2%). Por último, la Mortalidad por Cáncer de Próstata también presentó un aumento en el periodo de 2012 a 2019, con un cambio de 2.9 puntos porcentuales.



Figura 10. Tasa de mortalidad por cáncer de la mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata, 2012-2019



Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, 23 de septiembre de 2021

Frente a los indicadores de gestión, es importante recalcar que las acciones que se han llevado a cabo en esta dimensión están en tres aspectos fundamentales: la reducción del tabaquismo, la mejoría en los hábitos alimenticios y el consumo de frutas y verduras, junto con las estrategias para el desarrollo de la salud bucal de la población. En primer lugar, frente al tema del tabaquismo, encontramos que se han generado acciones sectoriales, intersectoriales y departamentales para aumentar los impuestos de los productos de tabaco y sus derivados al 100%, incrementar los servicios o clínicas de cesación del tabaco en los departamentos del país, junto con acciones para promover los ambientes libres de tabaco en las regiones del país. De estas acciones, aunque no todas cumplieron la meta que planteó el PDSP, muchas están próximas a ser alcanzadas.

De igual forma, se evidencian acciones relacionadas para la mejora de los hábitos alimenticios, el consumo de frutas y verduras, junto con las acciones para promover hábitos saludables como el ejercicio. Entre estas acciones se encuentra el aumento del tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo, con énfasis en la población escolar y en la primera infancia; el aumento de impuestos progresivos a alimentos y bebidas que no cumplan las recomendaciones establecidas



por la Organización Mundial de la Salud (OMS); el desarrollo de programas departamentales para el desarrollo de una vida saludable, junto con la disminución del consumo de sal-sodio por persona a partir de la línea base definida. Por último, se han realizado acciones para el mejoramiento y desarrollo de la salud bucal en los departamentos. Entre las acciones que encontramos para estas metas se evidencian los planes para prestar servicios de salud odontológico, cumplimiento de los usos de flúor y mercurio, junto con planes para promover el autocuidado en aspectos relacionados con la salud bucal.

En conclusión, a pesar del bajo cumplimiento de los indicadores de gestión y resultado que se han dado en esta dimensión, se resalta que se han realizado avances en el cumplimiento de las metas establecidas en el PDSP. Sin embargo, estas acciones no se han materializado en cumplimientos de las metas establecidas.

### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizaron dos entrevistas grupales, una con el equipo de enfermedades crónicas y otra con el grupo de estilos de vida saludable. Dentro de la información proporcionada por los informantes se pueden identificar algunas de las posibles explicaciones para el bajo cumplimiento de los indicadores de esta dimensión. En primer lugar, señalaron que durante el proceso de formulación faltó incluir y articular este proceso con otras fuentes de información y planes previos, en particular sobre el tema de la prevención y el tratamiento de cáncer, lo que limitó el logro de las metas debido a la falta de articulación y unificación de las mismas a nivel nacional.

“Nosotros a la par del PDSP estábamos haciendo el plan de cáncer, entonces lo de cáncer venía avanzando, teníamos trabajo con sociedad civil, y ahí nos preguntábamos, como articulamos esto con el PDSP, se discutió mucho si se armonizaba, pero por toda la presión política y normativa, se decidió tener el plan específico para cáncer”  
(Informante Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles).

En segundo lugar, destacaron que el limitado trabajo intersectorial fue el principal problema para el cumplimiento de las metas propuestas por la dimensión. Según los informantes, la falta de compromiso de otros sectores en el desarrollo de las acciones dificultó su cumplimiento. Asimismo, reconocen que las proyecciones de las metas fueron muy altas y poco ajustadas a la realidad epidemiológica del país.

“(…) Fuimos muy ambiciosos con muchas de las metas, nosotros pensábamos que algunos actores se movilizarían para llegar a la meta que queríamos. Tratamos de lograr las metas, pero del 100%, solo se llega a gestionar un 40%, eso pasa, eso requiere una transformación



conceptual, operativa de los actores. Muchas metas fueron ambiciosas para jalonar, si teníamos metas pequeñas pues no se iba a hacer nada, eso uno, dos, hay unos temas que ha tocado luchar el espacio para que al menos se pueda hablar en un espacio, hay temas que no son visibles para otros sectores” (Informante Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles).

En conclusión, se identifica un bajo cumplimiento de las metas, lo cual se asocia a problemas en la formulación y evaluación (metas muy altas y no acordes a la realidad del país) y también con la implementación (trabajo intersectorial que no pudo ser desarrollado de manera adecuada). Sin embargo, es importante resaltar que dentro de esta dimensión se han realizado acciones importantes para mejorar la salud bucal de la población, incentivar estilos de vida saludables y reducir la prevalencia de enfermedades crónicas.



## Convivencia Social y Salud Mental

El PDSP definió 18 metas para la dimensión, de las cuales 11 (61.1%) fueron categorizadas como metas de resultado y siete (38.9%) como metas de gestión. A su vez, las 18 metas tienen asociados 22 indicadores. De estos indicadores, se resalta el cumplimiento de cinco de los indicadores de gestión (71%) y cuatro de los indicadores de resultado (27%). Esta dimensión es una con mayor avance en el cumplimiento del PDSP.

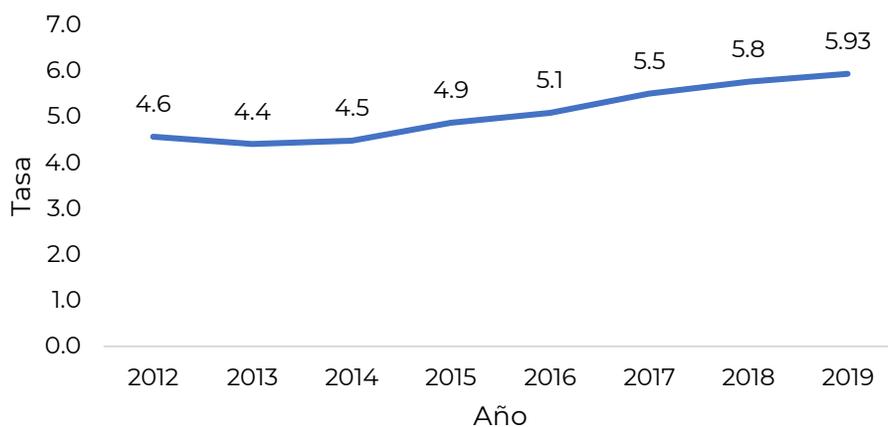
### Análisis Cumplimiento Indicadores

De los indicadores de resultado se puede evidenciar que cuatro de los 15 indicadores fueron cumplidos. Dentro de estos se encuentran la Tasa De AVPP Por Trastornos Mentales del Comportamiento, la Prevalencia de Consumo de Marihuana en el último año de Personas de 12 a 65 años, la Prevalencia de Consumo de Tabaco en Población de 12 a 65 años y la Prevalencia de Consumo de Marihuana en el último año en Personas de 12 a 65 años. Dentro del primer indicador se resalta que la meta para la prevalencia de consumo de tabaco en el plan fue de 10 y para el 2019 esta fue de 9.8. Adicionalmente, la prevalencia de consumo de marihuana para el 2019 fue de 2.7, mucho menor a la meta de 5.5 establecida en el plan.

Por otro lado, dentro de los indicadores que no se cumplieron, se encuentra el indicador de Tasa de Mortalidad por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente (Suicidios), el cual presentó un aumento de 1.5 puntos porcentuales entre 2012 y 2019 (Figura 11). En el caso de Tasa de Mortalidad por Agresiones se evidencia una reducción de 9.8 puntos porcentuales entre 2012 y 2019, con el valor menor de mortalidad en 2017, sin embargo, este indicador se encuentra lejano al cumplimiento de la meta de 13.4 (Figura 12).



Figura 11. Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 2012-2019



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA.

Figura 12. Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) 2012-2019



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA.

De los siete indicadores de gestión se puede evidenciar que cinco fueron cumplidos y en las dos restantes se observa un gran avance. Para los indicadores de gestión que cumplieron las metas se resalta el Porcentaje de Decisiones Tomadas en Pareja sobre asuntos Específicos de un Hogar y Porcentaje de Involucramiento de los Padres. Adicionalmente, de los indicadores de gestión que no fueron cumplidos, pero mostraron



un alto cumplimiento están el Porcentaje de Municipios y Departamentos que han Adoptado y Adaptado la Política Pública de Salud Mental, en este indicador de gestión se muestra un aumento progresivo, sin embargo, no logró cumplir la meta de adopción de la política en todos los departamentos. El mayor avance se puede evidenciar entre los años 2017 y 2019, en donde se evidencia un incremento del 30 al 75% de los municipios y departamentos han adoptado la política.

En conclusión, la dimensión de Convivencia y Salud Mental presento un importante avance en el cumplimiento de las metas del PDSP. Sin embargo, algunas no fueron cumplidas a cabalidad, dentro de estas se destacan la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas y de agresiones.

### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizó una entrevista grupal con 11 actores trabajando dentro en acciones que dan cuenta a la dimensión de Convivencia y Salud Mental. Según los informantes el proceso de diseño y formulación del PDSP permitió, por un lado, visibilizar la importancia de la salud mental en el país, y por otro, implementar estrategias para mejorar los indicadores relacionados con la convivencia entre la ciudadanía. Sin embargo, señalaron dificultades para implementar políticas de salud mental y convivencia en los diferentes territorios, y problemas en la formulación y seguimiento de las metas, así como, barreras para su cumplimiento (bajo trabajo intersectorial).

En opinión de los informantes una de las cargas en salud pública con más relevancia en los últimos años ha sido la salud mental y su relación con la violencia (conflicto armado, violencia de género, entre otras) y sus consecuencias (por ejemplo, desplazamiento forzado y exclusión social) y otro tipo de problemáticas sociales que han afectado a la población colombiana. Este contexto los informantes resaltan la importancia de contar con una dimensión propia dentro del PDSP, lo cual ha favorecido a la formulación de planes y programas y también ha promovido el desarrollo de acciones en salud mental a nivel nacional y territorial.

“Cuando hablamos del porqué de la dimensión, ya se habían planteado estudios previos en los que se evidenciaba la carga de la salud mental para la salud pública. Además, se justificó por los temas de violencia, al darle un componente de violencia más promocional le da una característica de convivencia social y salud mental” (Informante Dimensión Convivencia y Salud Mental).

En relación con la formulación de las metas e indicadores, los informantes afirmaron que el proceso permitió identificar múltiples necesidades relacionadas con la promoción y prevención, la atención y principalmente con la eliminación de barreras para el acceso a



los servicios de salud mental, debido a que, en evaluaciones anteriores, esta era una de las problemáticas más comunes en los territorios, junto con la baja conciencia e invisibilidad del problema.

“Las metas de la dimensión fueron resultado del Plan. Hay un componente promocional, de prevención y atención. Lo que se intentó fue validar que elementos servirían más para la dimensión, como uso de servicios, resiliencia, entre otras. Ahí evidenciamos que había barreras para el acceso a los servicios de salud, de ahí salieron unas. Otras estaban enfocadas a la lógica de consumo de drogas como marihuana, alcohol, etc.” Informante Dimensión Convivencia y Salud Mental).

En lo que respecta a las barreras para el seguimiento de las metas, los informantes destacaron la falta de sistemas información o la incapacidad para generarlas durante los 10 años de implementación del PDSP, lo que dificultó la trazabilidad y la evaluación de la mayoría de las metas de la dimensión.

“Una lección aprendida para este plan fue que en el imaginario de 10 años es mucho, pero esto no fue así. Fue difícil generar fuentes de información que fueran sostenibles en el tiempo. No se logró construir metas que fueran registro, encuestas y sostenibles en el tiempo, entonces nos tocó hacer proxis para evaluarlas, lo cual dificultó este proceso de seguimiento” (Informante Dimensión Convivencia y Salud Mental).

Al igual que en otras dimensiones del PDSP, los informantes señalaron un limitado trabajo intersectorial, que se reflejó en el rol de la CISP y que en opinión de los informantes limitó el alcance de algunas metas propuestas en la dimensión, en particular sobre la percepción de seguridad en el espacio público que requiere de acciones específicas de infraestructura y otros componentes de seguridad que no son de la competencia del sector salud. Además, destacaron alta rotación del recurso humano en la CISP que generó mayores limitaciones para promover el trabajo intersectorial a nivel nacional.

“Hay algunas metas desde convivencia y promoción que sobrepasan las posibilidades de acción que nosotros tenemos. Hay una de percepción de seguridad, que necesitan adecuaciones del espacio público como luz y parques que nosotros no podemos suplir... se pensó en metas intersectoriales que debían trabajarse desde los ejercicios de intersectorialidad y en la mesa intersectorial, pero esto no se dio, no se dio este trabajo desde la alta instancia y con el alto cambio de personal en las instituciones pues se dificultó el trabajo, ya que hay acciones que sobrepasan nuestro accionar. La responsabilidad se volvió un embudo para la implementación del PDSP



porque no hubo trabajo intersectorial” (Informante Dimensión Convivencia y Salud Mental).

Por último, según los informantes la posterior expedición de múltiples marcos normativos (leyes, decretos y planes) sobre salud mental modificaron conceptos y priorizaron el gasto en salud, estas condiciones variables a lo largo de los 10 años llevaron a que el PDSP dejara de ser el marco ordenador en los procesos de planeación nacional y territorial, lo que limitó el cumplimiento de las metas planteadas en el PDSP para esta dimensión.

“El plan decenal, atraviesa dos Gobiernos. Gobiernos que definieron su presupuesto nacional para salud. Entonces el PDSP depende de esta ejecución y esta organización del presupuesto nacional y de ahí se empieza a trabajar. Por ejemplo, en el transcurso de la vigencia del PDSP se dieron elementos de política pública que distorsionaron la implementación de este plan. Nosotros en estos diez años hemos pasado a entender la salud mental como un derecho de segunda generación y de primera, lo cual modificó técnicamente el PDSP. Además, hubo una ruptura política sobre el modelo de atención integral en salud que dificultó aún más la implementación del PDSP. En este sentido el PDSP dejó de ser ordenador territorial y esto, como hito, debe ser revisado en el próximo plan, porque como concepción en la Ley, el PDSP debe ser ordenador a nivel nacional y territorial” (Informante Dimensión Convivencia y Salud Mental).

En conclusión, los informantes refieren que el PDSP fue una oportunidad para visibilizar la importancia de la salud mental en el país, sin embargo, también manifiestan que el cumplimiento de las metas se vio limitado por la falta del trabajo intersectorial, la existencia de metas e indicadores que no se podían cumplir en el tiempo establecido y también la falta de fuentes de información que permitieran el monitoreo de las metas establecidas dentro del PDSP. Lo cual explica en alguna medida los resultados vistos en el análisis de indicadores de gestión y resultado dentro de esta dimensión.



## Seguridad Alimentaria y Nutricional

El PDSP definió 16 metas para la dimensión, de las cuales nueve (56.3%) fueron categorizadas como metas de resultado y siete (43.7%) como metas de gestión. Las 16 metas tienen asociados 17 indicadores, de los cuales diez son de resultado y siete de gestión. De estos indicadores, se resalta el cumplimiento de seis de los indicadores de gestión (86%) y tres de los indicadores de resultado (30%). Esta es la dimensión con mayor avance en el cumplimiento del PDSP y se categoría como una dimensión con nivel de cumplimiento medio-alto.

### Análisis Cumplimiento Indicadores

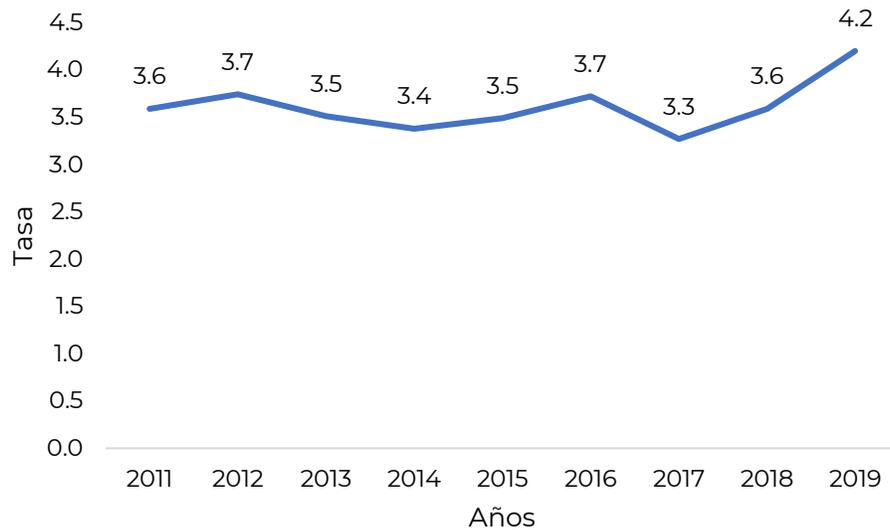
De los indicadores de resultado se resalta que nueve son medidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), encuestas que se recolectan cada cinco años, y que dada la pandemia por COVID-19, no fue posible su recolección en el 2020. Por este motivo para la evaluación del cumplimiento de estos indicadores se comparó la información de las encuestas del 2015 con la información de la ENDS o ENSIN del 2010, si existían los indicadores en ambos años.

Dentro de los indicadores de resultado que presentaron un cumplimiento de la meta propuesta por el PDSP se destacan aquellos relacionado con el estado nutricional de adultos como son la Prevalencia de Sobrepeso en Hombres de 18 a 64 años o la Prevalencia de Obesidad en Mujeres de 18 a 64 años. En ambos casos se evidencio un aumento de la prevalencia de obesidad entre 2010 y 2015 de aproximadamente 2 puntos porcentuales. Sin embargo, se resalta que las metas planteadas dentro del plan fueron cumplidas (44.6 y 30.2, respectivamente). En el caso de indicadores que capturan la prevalencia de anemia en niños de 5 a 12 años y en mujeres en edad reproductiva (13 a 49 años) sin embarazo se encontró que las metas propuestas en el plan lograron su cumplimiento, dado que la prevalencia es menor a 23.9 y 20, respectivamente.

Por otra parte, dentro de los indicadores de resultado que no mostraron un cumplimiento adecuado, y, por el contrario, se evidencio que el indicador redujo su cumplimiento, se encuentra la Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales, la cual ha presentado un aumento de 0.46 puntos porcentuales entre 2012 y el 2021 (Figura 13).



Figura 13. Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales, 2011-2019



Fuente: Estadísticas Vitales

En esta dimensión también se incluyen indicadores relacionados con el estado nutricional de niños menores de 5 años, ya sea desnutrición global, y desnutrición crónica. En estos dos casos es importante resaltar que, aunque no se logró el cumplimiento de la meta establecida por el PDSP, a 2015 los indicadores presentaban una disminución y si el indicador continuara con la misma tendencia, se espera que en los siguientes años se logre su cumplimiento.

Otro indicador de importancia fue Duración Exclusiva de Lactancia Materna, este indicador desafortunadamente solamente pudo ser recolectado en 2010 y no se cuenta con información actualizada. Sin embargo, de acuerdo con los datos disponibles para 2010, la duración promedio de la lactancia es de 1.8 meses, valor que es mucho menor a las recomendaciones por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

De los indicadores de gestión incluidos en esta dimensión se resalta que seis de los siete indicadores fueron cumplidos en el 2021. Dentro de estos indicadores se resalta el cumplimiento que ha tenido el indicador de Hectáreas Cosechadas en Cultivos de la canasta SAN, el cual desde el 2012 ha presentado un cumplimiento del 100%. De igual manera el indicador de Toneladas de Producción Pecuaria Canasta SAN, también presentó un comportamiento similar, con un cumplimiento del 100% desde el 2012.

En conclusión, se resalta que la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional presentó un alto cumplimiento en los indicadores de gestión, con un menor porcentaje



de cumplimiento en los indicadores de resultado. Sin embargo, es importante resaltar que una de las principales fuentes de información de esta dimensión son ENDS y ENSIN, por este motivo, no se han podido actualizar algunos de los indicadores y no es posible concluir completamente si fueron o no cumplidos.

### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizó una entrevista semiestructurada con tres técnicos trabajando en pro del cumplimiento de las metas de esta dimensión. Dentro de los principales hallazgos se resalta que los informantes identificaron problemas en la formulación de las metas (baja participación), un limitado trabajo intersectorial. Por otro lado, también resaltan logros en el marco del PDSP, como son el fortalecimiento de las áreas temáticas de esta dimensión y los ajustes y mejoras en la expedición de CONPES.

En relación con la etapa de formulación de las metas los informantes reconocen el bajo interés y motivación para participar en el proceso, el cual se limitó a la generación de metas e indicadores relacionadas específicamente con inocuidad de los alimentos.

“Yo creo que hay que ser autocríticos, porque nosotros estuvimos muy ausentes y no estuvimos mucho en la formulación del plan. No se generó la motivación necesaria para hacer parte de ese plan, simplemente hicimos unas metas relacionadas con inocuidad de alimentos” (Informante Seguridad Alimentaria y Nutricional).

El limitado trabajo intersectorial emergió del discurso de los informantes como el principal problema para el cumplimiento de las metas de la dimensión. Al igual que en otras dimensiones, los informantes reconocen que la mayoría de las metas necesitaban acciones e insumos ajenos a sus competencias como sector salud, por ejemplo, agua potable, disponibilidad de alimentos, tierras, entre otros. Además, señalan que la CISP no logro promover el trabajo intersectorial ni general el compromiso de los sectores involucrados en el cumplimiento de las metas y su notificación.

“El trabajo intersectorial fue lo más difícil, nosotros sin agua, sin disponibilidad de alimentos, temas de tierras, nosotros no podemos suplir esas necesidades. Las comisiones intersectoriales no sirvieron mucho, aunque nos dijeron que ellos darían cuenta de esas metas intersectoriales. Iban a hacer evaluación de las metas cada dos años, pero, por ejemplo, el ministerio de agricultura nunca aportó. Nosotros no tuvimos datos de disponibilidad y acceso” (Informante Seguridad Alimentaria y Nutricional).



De igual forma, el déficit de personal o poco capacitado, así como, la baja disponibilidad de recursos financieros en los territorios dificultó la formulación y la implementación de programas orientados al logro de las metas del PDSP en el territorio.

“El modelo de vigilancia y control es lo que nos ayuda a nosotros a estar más cerca de territorio e interactuar fuertemente. Nosotros consideramos que el INVIMA ha hecho un buen proceso, sin embargo, nos estrellamos con personal insuficiente o aportes económicos muy bajos en territorio” ((Informante Seguridad Alimentaria y Nutricional).

No obstante, acciones como las actualizaciones de guías alimentarias, la generación de alertas tempranas, la vigilancia de ciertos eventos de desnutrición y el trabajo con el SIVIGILA y el INS, se reconocen como logros importantes en el marco de las acciones de la dimensión establecidas desde el PDSP.

“Lo que nosotros hacemos es poner alertas tempranas para actualizar las guías alimentarias. Para desnutrición nosotros fortalecemos la línea base, el sistema de vigilancia del evento, ahora nuestro soporte es el SIVIGILA y el INS, con cosas importantes que se lograron con el trabajo hecho desde la dimensión” (Informante Seguridad Alimentaria y Nutricional).

Finalmente, destacan los procesos de actualización y utilización de sistemas de información, el mejoramiento y la profesionalización de los equipos territoriales en algunos entes territoriales, la contribución a la reducción de la nutrición y la generación de modelos de inspección, vigilancia y control.

“Una de las cosas buenas que trajo el PDSP fue la utilización del sistema del MSPS. Frente a los territorios el plan decenal de salud ayudó a mejorar los CONPES y los equipos técnicos de los territorios. Son muy pocos los departamentos en donde no hay equipos fortalecidos, que tienen un equipo muy fuerte de profesionales y áreas temáticas. Tenemos 14 territorios priorizados en el tema de manejo de desnutrición y eso también fue ganancia del PDSP a partir del 2015. En este momento podemos decir que estamos contribuyendo a reducir la desnutrición. El plan decenal ayudó mucho a mejorar el enfoque territorial. Otro de los aspectos positivos es que ahora sí tenemos información, antes del PDSP no teníamos información, ahora tenemos un modelo de inspección, vigilancia y control” (Informante Seguridad Alimentaria y Nutricional).

En conclusión, aunque al igual que en otras dimensiones se resalta que el PDSP facilitó la implementación de algunos procesos y el reconocimiento de la importancia de la dimensión, también se reconoce que existieron fallas importantes en el proceso de

formulación e implementación del PDSP. Por ejemplo, la baja participación en la formulación generó problemas en la inclusión de metas y la falta de trabajo intersectorial tiene consecuencias negativas en el cumplimiento de los indicadores propios de la dimensión.

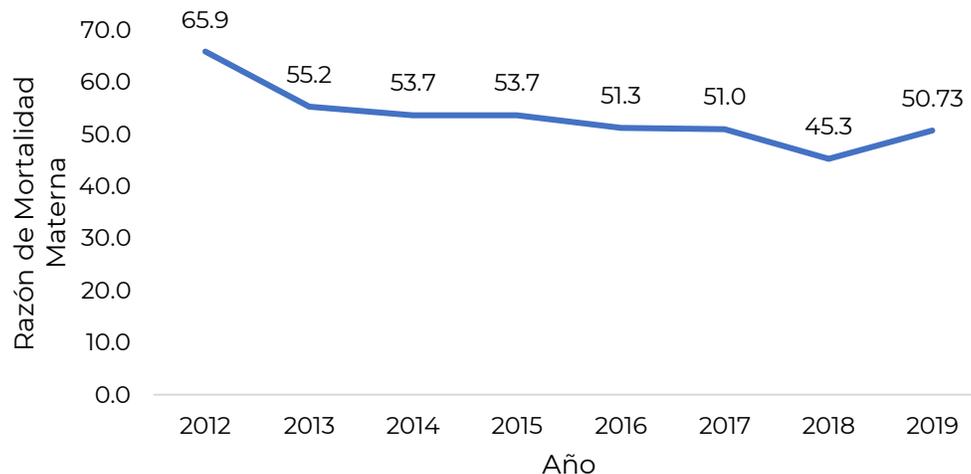
### Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

El PDSP definió 24 metas para la dimensión, de las cuales 15 (62.5%) fueron categorizadas como metas de resultado y nueve (37.5%) como metas de gestión. La dimensión tiene asociados 19 indicadores, nueve de gestión y diez de resultado. Dentro de los resultados del análisis se evidencia que esta dimensión presentó un cumplimiento medio de los indicadores, con un 33% de los indicadores de gestión cumplidos y un 40% de los indicadores de resultado con cumplimiento de la meta establecida por el PDSP.

### Análisis de Cumplimiento Indicadores

De los indicadores de resultado establecido para esta dimensión, se evidencia que cuatro de los indicadores lograron cumplir la meta establecida en el plan. Dentro de estos, se destacan la Razón de Mortalidad Materna, indicador que presentó una disminución de 18 puntos porcentuales entre el 2012 y 2019 (Figura 14).

Figura 14. Razón de mortalidad materna a 42 días, 2012-2019



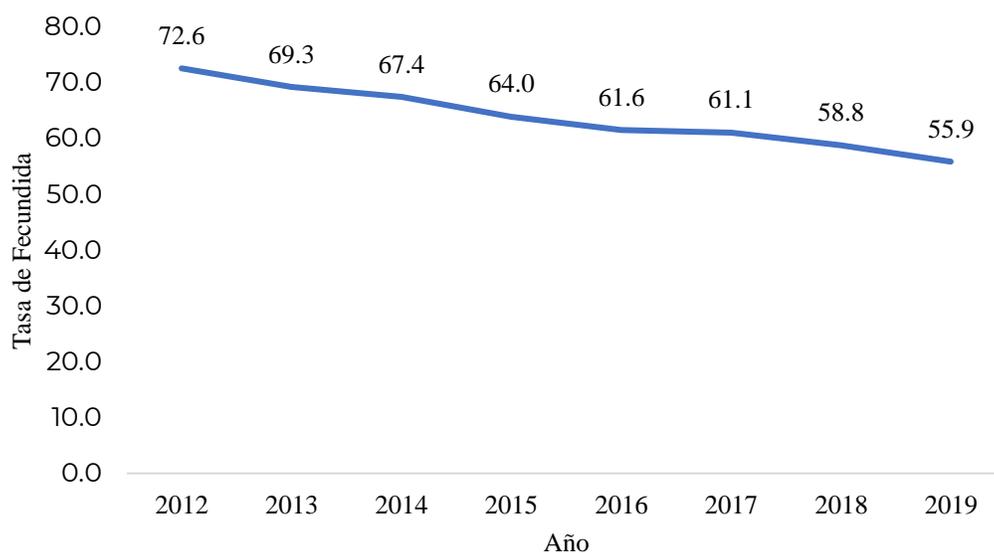
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA.

Otro de los logros en esta dimensión fue la disminución en la Tasa de Fecundidad de Mujeres de 15 a 19 años. Este indicador ha mostrado una tendencia a la baja desde el



inicio de la implementación del PDSP en 2012. De hecho, en este periodo se evidenció una reducción de 16.7 puntos porcentuales en la tasa de fecundidad, pasando de 72.6 en 2012 a 55.9 en 2019. Es importante resaltar que la meta en este indicador era 61, valor que fue superado en 2018 (Figura 15).

Figura 15. Tasa de Fecundidad en Mujeres de 15 a 19 años, 2012-2019



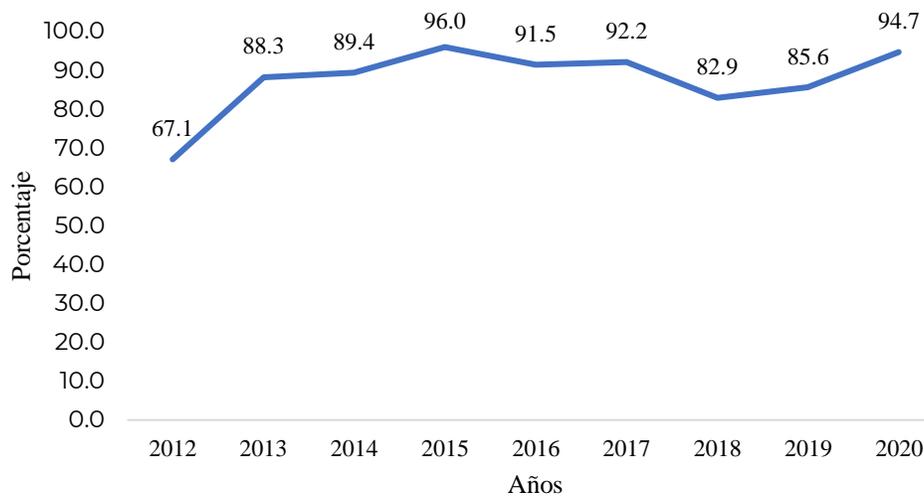
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Junto a esta evidencia y lo expuesto en los anteriores informes de avance del PDSP, se evidencia que entre el año 2012 y 2019 en Colombia se han registrado 1.084.063 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años. La tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años ha también mostrado una tendencia a la baja, pasando de 70 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2012 a 55.9 nacimientos por cada 1000 mujeres de este grupo de edad en 2019.

Adicionalmente, se resalta el cumplimiento de los indicadores relacionados con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), con una reducción en el Porcentaje de Transmisión Materno Infantil -TMI- del VIH en menores de 2 años, pasando de cuatro por ciento en 2012 a 1.7 en 2018, con un logro de la meta propuesta en el PDSP en el 2018- Adicionalmente el indicador de Cobertura de Tratamiento Antirretroviral aunque no fue cumplido si presenta un aumentado importante de 18.5 puntos porcentuales entre 2012 y 2020 (67.1 a 94.7), (Figura 16).



Figura 16. Cobertura de tratamiento antirretroviral, 2012-2020



Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Frente a los indicadores de gestión, se evidencia que, tres de los indicadores cumplieron la meta establecida. De estos indicadores es importante resaltar el cumplimiento al 100%, desde el año 2012 del indicador que buscaba aumentar el porcentaje de departamentos que cuenten con espacio intersectorial para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Igualmente, el indicador relacionado con el aumento en el porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de las violencias de género y violencia intrafamiliar también evidencio un cumplimiento del 100%.

Por último, resulta importante mencionar el indicador de gestión que pretende aumentar el porcentaje de entidades territoriales departamentales, distritales y municipales que cuentan con un mecanismo de articulación intersectorial para violencias de género, que, aunque no logró a cabalidad su meta, es una apuesta fundamental para reducir las distintas situaciones relacionadas con violencia de género a nivel territorial.



### Resultado Análisis Cualitativo

En esta dimensión no fue posible realizar entrevistas semiestructuradas a técnicos o directivos trabajando en esta área.

#### Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

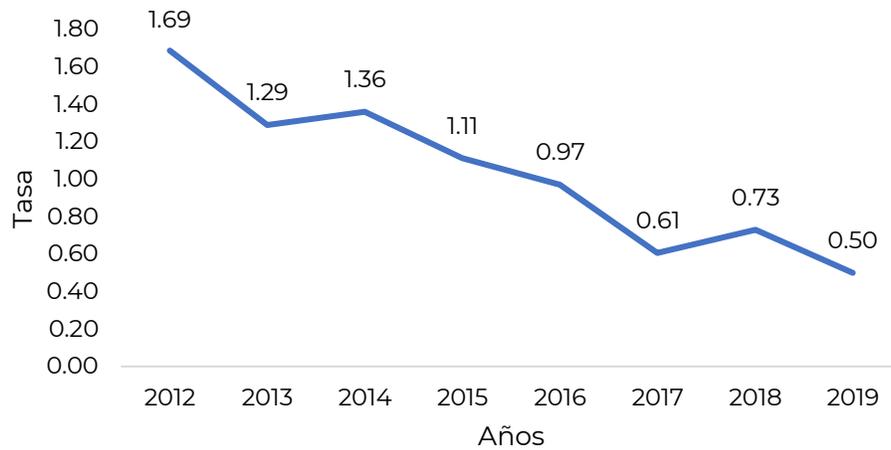
El PDSP definió 20 metas para la dimensión, de las cuales nueve (45%) fueron categorizadas como metas de resultado y 11 (55%) como metas de gestión. Las 20 metas tienen asociados 30 indicadores, 14 de gestión y 16 de resultado. Dentro del cumplimiento de los indicadores se resalta que tan solo un indicador de gestión se logró a cabalidad y 3 indicadores de resultado. Dado este cumplimiento se clasifica esta dimensión con un nivel de cumplimiento bajo.

#### Análisis Cumplimiento Indicadores

Frente a los indicadores asociados a las metas de resultados, se puede observar que, de los 16 indicadores, sólo tres indicadores cumplieron con lo planteado para el año 2021. Dentro de estos tres indicadores se encuentran las Tasas de Incidencia de Chagas y las Tasas de Mortalidad por Malaria y Rabia. El primer indicador (Tasa de Incidencia de Chagas) presentó una disminución de 1.19 (1.69 a 0.50) entre el 2012 y 2019 (Figura 17). En el caso de la Tasa de Mortalidad de Malaria se resalta que, a pesar del comportamiento fluctuante que ha tenido el indicador a lo largo del tiempo, en el 2014 se logró la meta planteada por el PDSP, de tener una mortalidad menor a 0.31 (Figura 18). Por último, el indicador que captura los cambios en la mortalidad por rabia humana también evidenció un comportamiento deseable, de hecho, este indicador solo presentó un pico en el 2012 y 2017, con una tasa de mortalidad de 1.



Figura 17. Tasa de Incidencia de Chagas, 2012-2019



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV.

Figura 18. Tasa de mortalidad de Malaria 2012-2019



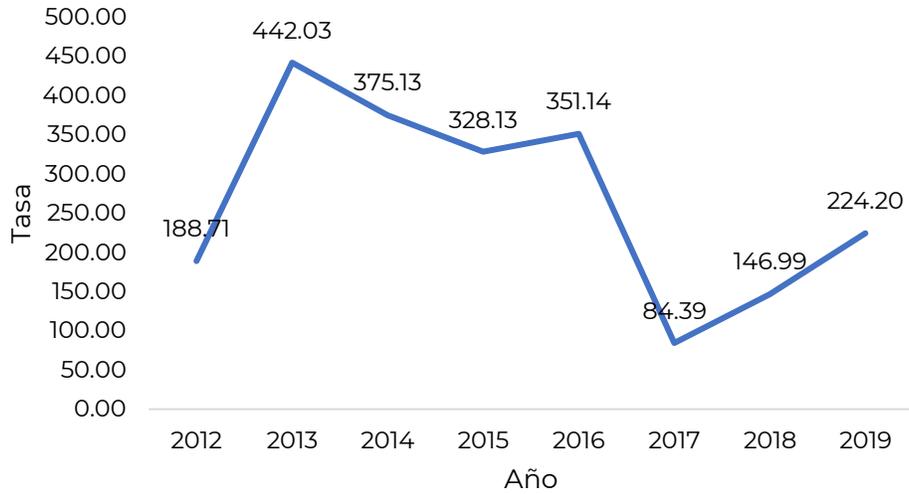
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV

Dentro de los indicadores de resultado que no evidenciaron cumplimiento y que mostraron un aumento en los últimos años se encuentran la Tasa de Incidencia de Dengue. Indicador que se asocia con el indicador de Letalidad de Dengue Grave y mostro



un aumento de 35.5 puntos. En este caso se muestra que su máximo nivel se alcanzó en 2013, año donde la tasa de incidencia supero los 400 y su punto mínimo en 2017, donde la incidencia fue menor de 100 (Figura 19).

Figura 19. Tasa de Incidencia de Dengue, 2012-2019

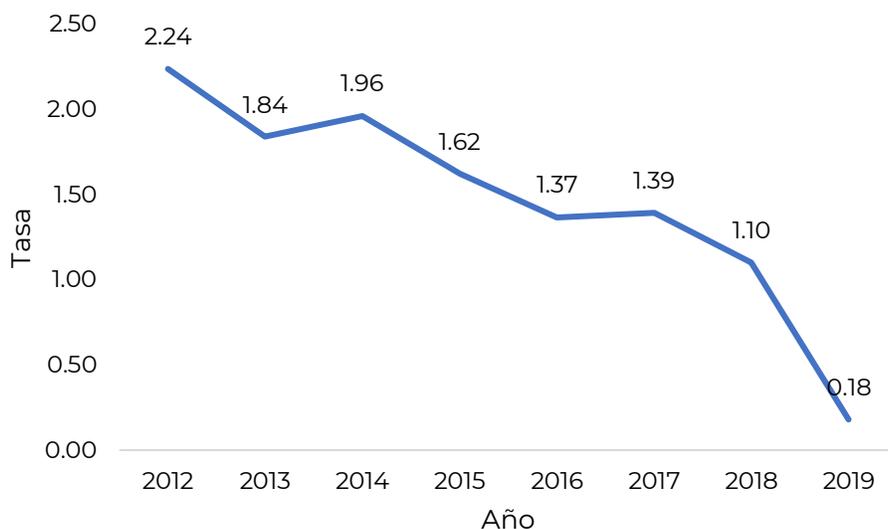


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA/ Estadísticas Vitales EEVV.

En el caso de enfermedades como leptospirosis se evidencia que, aunque no fue posible lograr la meta establecida, el indicador mostro una reducción importante en la incidencia de esta enfermedad, con una caída de más casi 2.1 puntos entre el 2012 y 2019 (Figura 20).



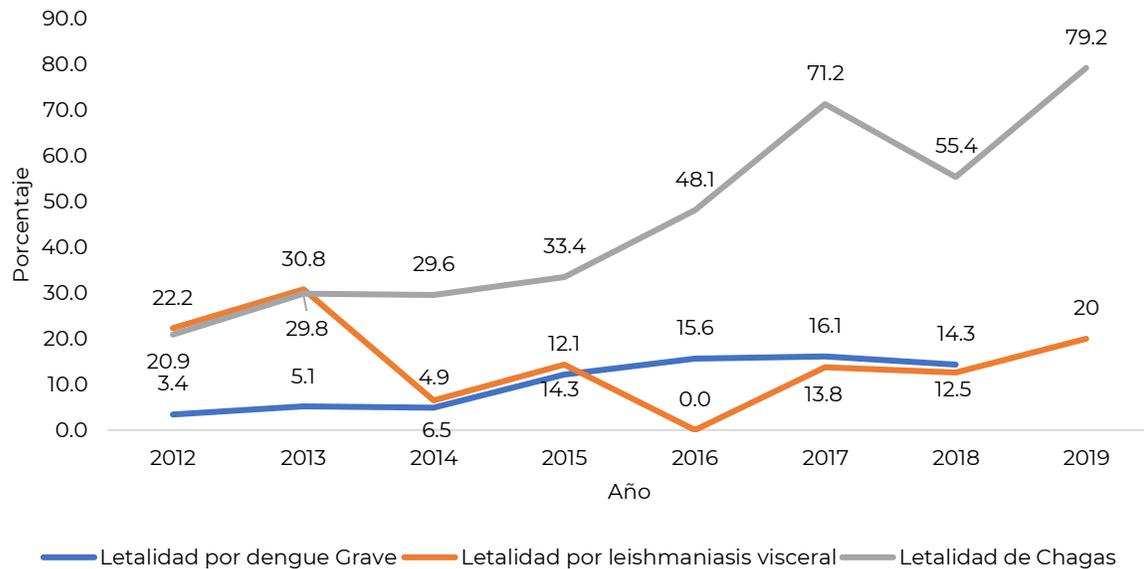
Figura 20. Tasa de incidencia de Leptospirosis, 2012-2019



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEVV.

Cundo se analizan los cinco indicadores asociados a letalidad en esta dimensión (Dengue, Dengue Grave, Leishmaniasis Visceral, Tosferina y Chagas), se evidencia que en ningún caso se logró el cumplimiento de la meta. Para Letalidad por Leishmaniasis Visceral se observa una disminución de 2.2 puntos entre el 2012 y 2019. En el caso de Letalidad por Dengue Grave se observa un aumento pasando de 3.4 a 14.3 en el mismo periodo, similar sucede con la Letalidad por Tosferina que aumenta de 0.10 en 2012 a 0.24 en 2019 y también la Letalidad por Chagas aumenta de 20.9 en 2012 a 79.2 en 2019. Finalmente, en los casos de Letalidad por Dengue se observa que la letalidad se mantiene a lo largo del tiempo (Figura 21).

Figura 21. Letalidad por Dengue Grave, Leishmaniasis y Chagas, 2012-2020

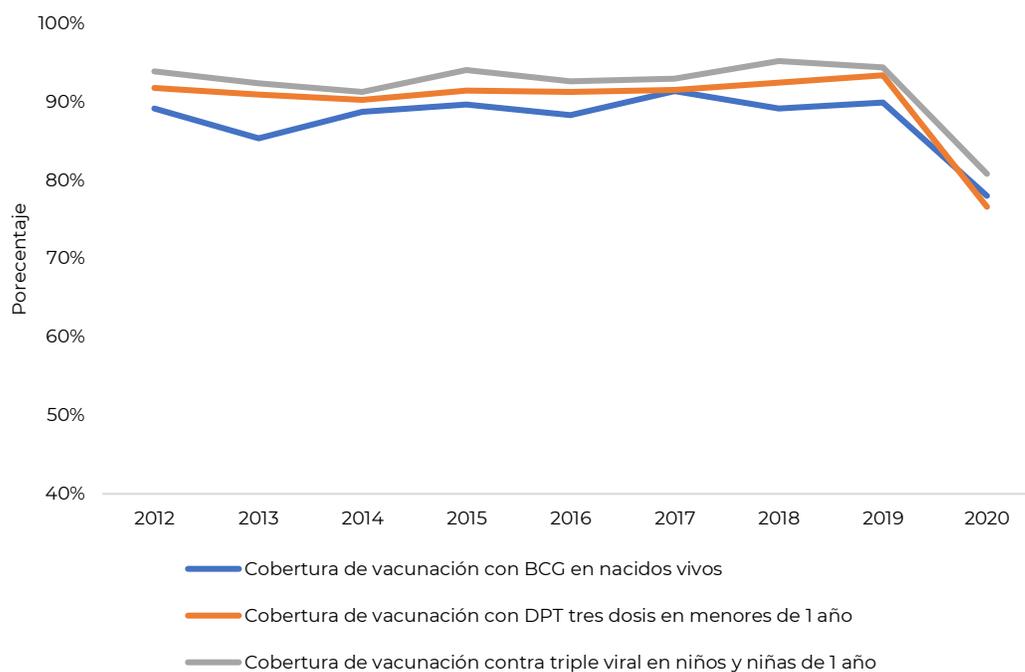


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA/ Estadísticas Vitales EEV – INS.

Adicional a los indicadores ya mencionados, se resalta que, aunque los indicadores relacionados con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) no fueron logrados, estos se mantuvieron estables durante los años 2012-2019, con una cobertura mayor al 90% durante este periodo (Figura 22). En el 2020, estos indicadores presentaron una caída importante, la cual fue asociada a la pandemia por COVID-19.



Figura 22. Tasa de Cobertura de Vacunación con DPT tres dosis, Triple Viral y BGC en nacidos vivos, 2012-2020



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.

De los 14 indicadores de gestión, solo un indicador logró cumplir la meta establecida en el PDSP. Este indicador buscaba la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T. Cruzi por vectores domiciliados en el 40% de los municipios endémicos y en el 60% restante, en proceso de certificación. Este indicador logró el cumplimiento de la meta al 100% al cerrar el año 2019.

En conclusión, esta dimensión logró un bajo cumplimiento de los indicadores, sin embargo, se resalta que muchos de los indicadores en donde no se superó la meta esperada, se lograron importantes avances en su cumplimiento. Adicionalmente, algunos de las metas incluidas en esta dimensión se vieron afectadas de manera directa por la pandemia por COVID-19.



## Resultado Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizaron dos entrevistas grupales, una con los técnicos del PAI y otra con enfermedades transmisibles. Al igual que en dimensiones anteriores, los informantes destacaron fallas en la formulación de las metas, falta de acciones específicas de promoción y prevención para el control del dengue y limitado trabajo sectorial e intersectorial.

En primer lugar, las informantes reconocen fallas en la formulación de los indicadores de la dimensión, debido a que su proyección fue muy alta dejando fuera de alcance algunas metas de vacunación en el país.

“El indicador de vacunación, según la literatura, según la OPS, era de 80%, nosotros pusimos 95% porque nosotros exigimos el máximo, la vacunación de rebaño, en COVID fue igual. Pero nadie se imaginó todo lo que había que trabajar, en un país como Colombia, como se debía trabajar para llegar a ese porcentaje de cobertura” (Informante Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles- PAI).

En segundo lugar, señalaron la inexistencia de acciones de promoción y prevención específicas para el control del Dengue. Aunque, reconocen y valoran el liderazgo de las entidades territoriales en el desarrollo de las acciones de vacunación en los territorios para el control de la enfermedad.

“En las metas, por ejemplo, el dengue, nosotros como un país endémico en dengue, pero cuando uno va a ver, no hay acciones para la promoción y prevención en dengue. Entonces solo se atiende al que llegue, se enfoca es hacer lo que le toca, no hace búsqueda, vacunación alrededor del caso. Sin las Entidades Territoriales no se echan esto encima, estaríamos muy graves” (Informante Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles- Enfermedades Transmisibles).

En tercer lugar, emergió un trabajo intersectorial limitado, específicamente para las acciones de vacunación en los territorios, aunque reconocen que hay un trabajo articulado con otras instituciones, este es insuficiente y requiere que otros sectores se vinculen para generar estrategias y acciones integrales para el control eficaz de los vectores en los territorios.



“Ellos no vacunan para el PDSP, pero lo hacen para cumplir las metas del plan de vacunación. Nosotros trabajamos con ICBF, con Prosperidad Social, los CDI, nosotros siempre estamos con aliados estratégicos, DPS también está ahí, la secretaría de educación. Pero mira que nos hacen falta otros sectores, porque hay niños ahí flotando, gobierno, justicia, cultural y deporte, los de deporte solo se acuerdan de nosotros cuando quieren sacar gente del país, pero solo quieren es pedir, pero no engranar” (Informante Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles- PAI).

Finalmente, los informantes indicaron que la mayoría de los sectores e intuiciones que apoyan o desarrollan acciones específicas en el marco de sus competencias desconocen que dichas acciones aportan al cumplimiento de las metas en vacunación planteadas en el PDSP a nivel nacional y territorial, lo que dificulta el trabajo intersectorial.

“¿Qué tanto les interesa esa meta grande de disminuir mortalidad a sus aliados estratégicos? ... Total, yo creo que les importa, pero no bajo el marco del PDSP. Les importa es proteger a su población. Pero ellos no son conscientes, en conclusión; no son conscientes, porque todos los días hay que rogarle a la gente para que se reúna con el sector salud” (Informante Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles- PAI).

En conclusión, los informantes de estas entrevistas refieren dificultades en el proceso de implementación del PDSP. Las cuales son dadas por el trabajo intersectorial y la ejecución a nivel territorial de acciones. Es importante en ese sentido resaltar, que el cumplimiento de las metas e indicadores propuestos por el plan depende en gran medida de acciones territoriales o de otras instituciones que van más allá del que hacer del MSPS, por lo cual, es difícil monitorear su adecuado cumplimiento o identificar las causas potenciales de su bajo logro.



## Dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres

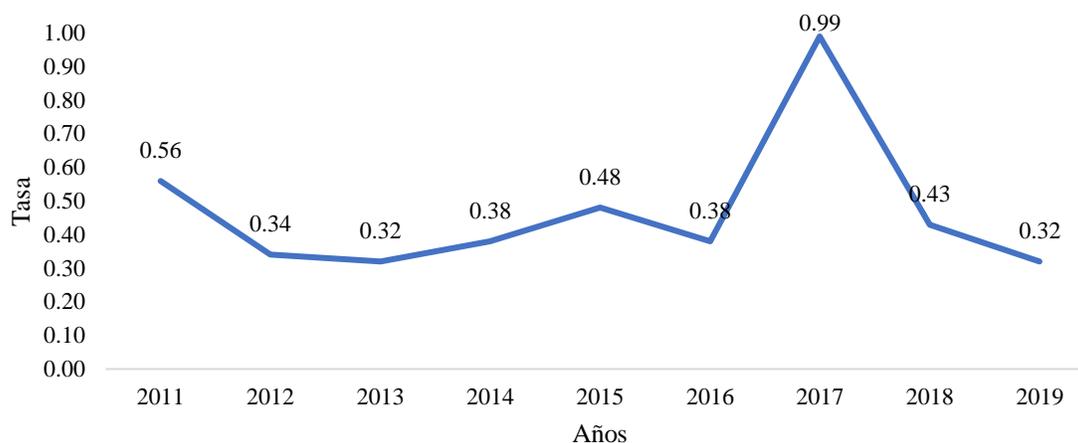
El PDSP definió ocho metas para esta dimensión, de las cuales, una fue categorizada como meta de resultado y siete como metas de gestión, lo cual corresponde al 12.5% y al 87.5%, respectivamente. Las ocho metas tienen asociados el mismo número de indicadores. Es de resaltar que el indicador de resultado no presentó cumplimiento, y de los siete indicadores de gestión, tan solo dos lograron las metas trazadas dentro del PDSP, por lo cual la dimensión presenta un logro de las metas del PDSP.

### Análisis Cumplimiento Indicadores

Dentro de esta dimensión se resalta que el 28.5% (2) de los indicadores de gestión fueron cumplidos en el periodo de 2012 a 2021. Adicionalmente, dos indicadores estaban cercanos al cumplimiento de la meta, con un logro mayor al 75%. Con respecto al indicador de resultado (Tasa de Mortalidad Exposición a Fuerzas de la Naturaleza) se encontró que desde el 2011, el indicador ha presentado una reducción de 0.24 puntos, pasando de 0.56 a 0.32 aspecto que refleja una mejoría dentro de este indicador. Cabe resaltar que en el año 2017 se presentó un aumento importante de este indicador a 0.99, lo cual se dio por principalmente por inundaciones en donde se resalta la tragedia de Mocoa en marzo 31 y 1 abril 2017 (Figura 23).



Figura 23. Tasa de mortalidad exposición a fuerzas de la naturaleza, 2011-2019

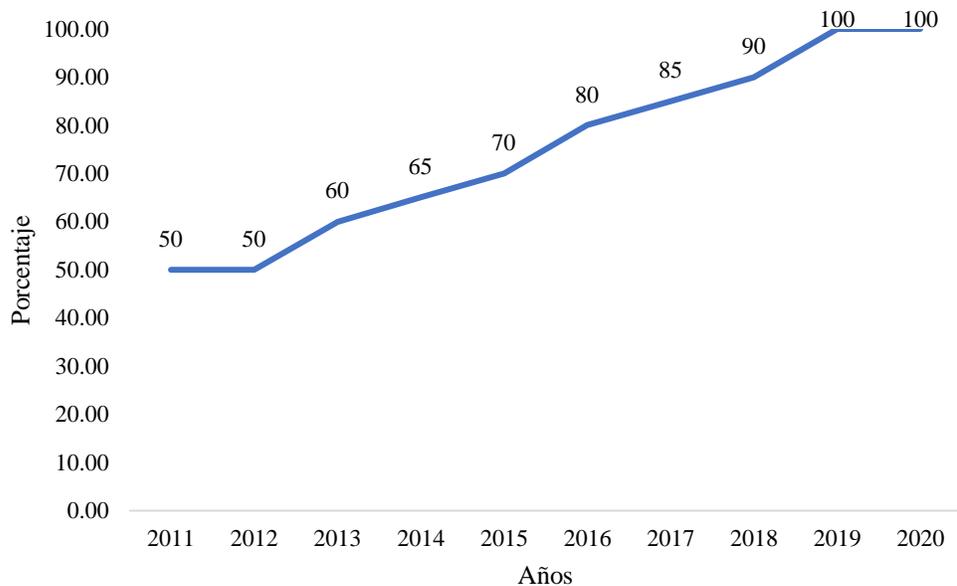


Fuente: Estadísticas Vitales.

Otro indicador dentro de esta dimensión que logró la meta establecida fue el Porcentaje de Cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005. En este caso se evidencia que en el año 2011 este indicador se encontraba con un cumplimiento del 50% el cual progresivamente avanza hasta llegar al 100% en el 2019 (Figura 24).



Figura 24. Porcentaje de cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005, 2012-2021



Fuente: Página web Ministerio de Salud y Protección Social resultados de gestión PDSP 2012-2022.

En conclusión, el cumplimiento de los ocho indicadores de esta dimensión fue bajo, resaltando que tan solo dos metas fueron cumplidas en el 2021. Sin embargo, se resalta que como se verá a continuación, se han generado diferentes estrategias para mejorar la respuesta ante desastres y la coordinación con otras instituciones, aspecto que fortalece las acciones implementadas en esta dirección.

#### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizó una entrevista semiestructurada con un informante, el cual resalto que existen fallas en la formulación y barreras para el cumplimiento de las metas e indicadores. Adicionalmente, se destacan importantes avances relacionados con los procesos de capacitación de los entes territoriales para el desarrollo de competencia en la gestión de los desastres naturales en sus territorios.

En relación con la formulación de las metas e indicadores, los informantes señalaron fallos en la definición de estas, ya que los indicadores se centraron sobre la mortalidad causada por desastres naturales y no sobre la gestión de acciones de prevención y



capacidad de respuesta frente a la misma, esto influyó negativamente sobre el cumplimiento de las metas de esta dimensión.

“Los indicadores no se cumplieron por las mismas características de una emergencia o un desastre natural. Según lo que se informa, esto no debió medirse desde mortalidad, sino desde la gestión” (Informante Dimensión Emergencias y Desastres).

Aunque los informantes señalan un limitado trabajo por parte de la CISP, reconocen que la apertura de nuevos espacios de encuentro intersectorial permitió la interacción con otras instituciones, entes gubernamentales y prestadores de servicios, lo que ha facilitado la gestión de algunas acciones para manejo del riesgo en los territorios.

“Mesas para la gestión del riesgo hay muchas, a nivel nacional, departamental, local, y ahí es donde nosotros hicimos la gestión, no tanto desde la Comisión, a la comisión le faltó mucho para poder generar un verdadero trabajo intersectorial. Pero a nosotros nos fue bien por la existencia de las otras mesas, más no por la existencia de la comisión” (Informante Dimensión Emergencias y Desastres).

Por último, los informantes destacan avances importantes en los procesos de acompañamiento técnico a los entes territoriales para la mejora de la atención de emergencias y desastres naturales. Además, según lo expuesto, se generaron acciones para implementar centros de atención de emergencias y centros para el desarrollo de alarmas tempranas.

“Nosotros realizamos acompañamiento al departamento y a través de esto al municipio. Desde la dimensión se ha apoyado a instalar el centro de emergencias médicas, que se mantenga conectado a los centros de alertas de las ciudades grandes, entre otras, son temas que se han llevado a cabo por el PDSP” (Informante Dimensión Emergencias y Desastres).

En conclusión, el análisis de la información cualitativa muestra que existieron fallas tanto en la formulación, como implementación del PDSP. En este caso plantear indicadores relacionado con aspectos que salen del control de las acciones que se generen para su cumplimiento, fue una limitación en esta dimensión. Finalmente, se resalta que, aunque la dimensión presentó un bajo cumplimiento de las metas propuestos por el PDSP, tal como lo refieren los informantes, se destacan otros avances especialmente en la gestión de desastres, lo cual aunque no se mide directamente en el PDSP si contribuye de manera indirecta para su cumplimiento.



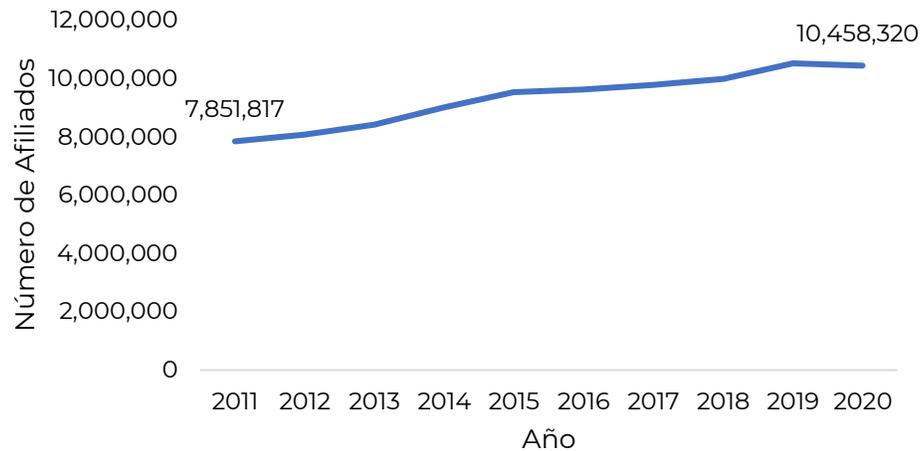
## Salud Pública y Ámbito Laboral

El PDSP definió ocho metas para la dimensión de salud y ámbito laboral, de las cuales tres fueron categorizadas como metas de resultado y cinco como metas de gestión, con una distribución porcentual del 37.5 y al 62.5%, respectivamente. Estas ocho metas tienen asociados 11 indicadores, ocho de gestión y tres de resultado. En general, esta dimensión presenta un cumplimiento medio-alto, con un 50 y 66% de cumplimiento en los indicadores de gestión y resultado, respectivamente.

### Análisis Cumplimiento Indicadores

De los indicadores de resultado es importante resaltar el logro de dos indicadores y un progreso importante en la tercera. El primer indicador que cumplió la meta fue el Número de Trabajadores Afiliados, el cual mostro un aumento progresivo a lo largo del tiempo, pasando de 7,851,817 en 2011 a 10,458,320, en 2020, con una diferencia de más de 2.6 millones de trabajadores, con el 2019, como el año con mayor número de trabajadores afiliados al sistema (10,528,465). En el 2020 se evidencia una caída del menos del 1% en este indicador, lo cual puede estar asociado a las consecuencias negativas en el mercado laboral de las medidas de contención implementadas durante la pandemia. Sin embargo, es importante resaltar que esta disminución es baja de manera relativa y que el valor final a 2020 es mayor comparado con el 2018 (Figura 25).

Figura 25. Número de trabajadores afiliados, 2011-2020



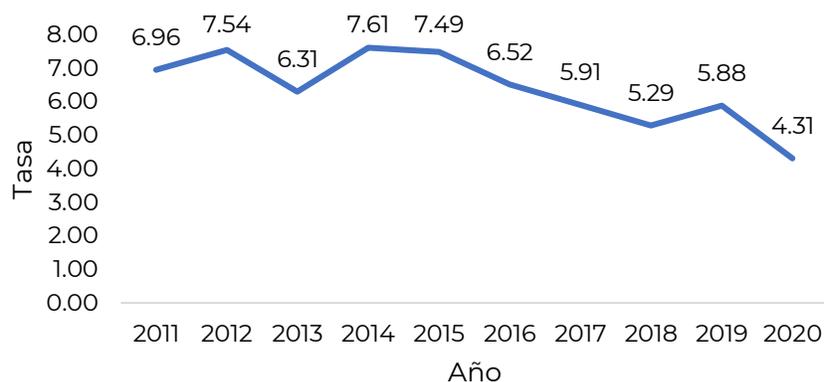
Fuente: Subdirección de Riesgos Laborales MSPS – RUAF afiliaciones.

El segundo indicador en donde se evidencia un cumplimiento de la meta es Disminución en la Tasa Accidentes de Trabajo de Origen Laboral por 100,000 Trabajadores Afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. El cual, presenta una reducción de 2.65 puntos entre 2011 y 2020. En este periodo se encuentra una fluctuación del indicador presentando su nivel máximo en 2014 (7.61) pero con una caída a lo largo del tiempo (Figura 26).

Finalmente, el indicador de Tasa de Enfermedades Calificadas como Laborales mostro un progreso importante entre 2011 y 2020. En este indicador se evidencio una caída en la tasa de 65.8 puntos, pasando de 114.4 en 2011 a 48.6 en 2020, con una mayor caída entre el 2019 y 2020, con un cambio de 41% entre ambos años (Figura 27).

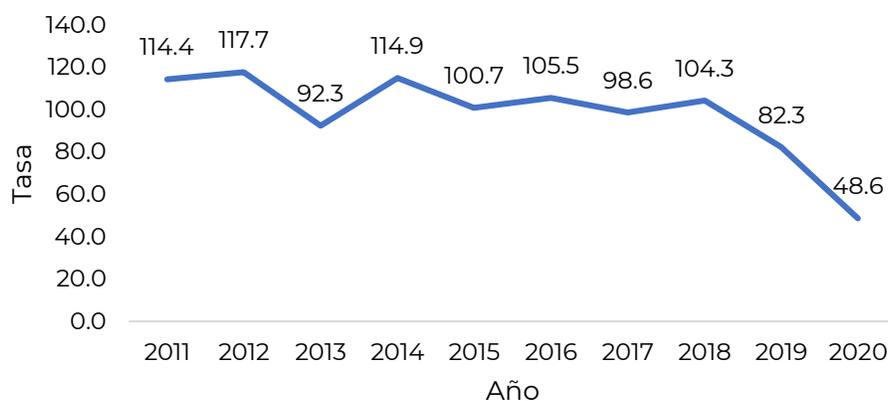


Figura 26. Tasa Enfermedades Accidentes de Trabajo de Origen Laboral por 100,000 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, 2011-2020



Fuente: Subdirección de Riesgos Laborales MSPS – Estadísticas Presidenciales

Figura 27. Tasa Enfermedades Calificadas como de Origen Laboral por 100,000 Trabajadores Afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, 2011-2020



Fuente: Subdirección de Riesgos Laborales MSPS – Estadísticas Presidenciales

Para los indicadores de gestión se puede afirmar que el 50% de los indicadores fueron cumplidos. De los cuales se resalta, el indicador de Caracterización De Trabajadores Informales por Actividad Económica y Territorio, el cual desde el 2012 se ha reportado con un cumplimiento del 100% y también el indicador de Variación Anual de Accidentes de Trabajo Calificados, con un cumplimiento de la meta desde el 2013.

En conclusión, se resalta que la dimensión logro un avance importante para el cumplimiento de los indicadores de resultado y gestión planteados para monitorear las



metas del PDSP. Es por este motivo, que la dimensión presenta un cumplimiento medio-alto del PDSP.

### Resultado Análisis Cualitativo

Para esta dimensión se realizó una entrevista semiestructurada individual. Dentro del discurso de los informantes se resalta que, en el momento de la formulación del plan, no existió una participación adecuada por parte de la dirección, lo cual generó problemas en la formulación de las metas. Adicionalmente, los informantes también manifestaron que existieron dificultades para el cumplimiento de las metas, causado principalmente por la falta de trabajo intersectorial.

Con respecto a los problemas para la formulación de las metas, los informantes reconocen una baja participación en el proceso de diseño del PDSP. En su opinión esta situación se generó debido a la dificultad que existía en la comunicación con otras direcciones y el mismo trabajo sectorial. Además, afirman que la dimensión de salud y ámbito laboral no contaba con los recursos necesarios debido a su posición en el MSPS.

“Siento que en el PDSP nuestra dimensión estuvo apartada, nos tocó trabajar solos, este está en el viceministerio de protección social. Era difícil acceder a recursos porque, aunque somos un ministerio, somos dos mundos diferentes. Debe haber más conexión entre promoción y prevención y poder hacer un tema operativo. Debe estar salud ambiental, debe estar nutrición, debe haber una articulación importante entre otras dimensiones. Esta dimensión tiene que ver con todas, el trabajador está en todas partes” (Informante Dimensión Salud y Ámbito Laboral).

Asimismo, reconocen que la dimensión no tuvo la suficiente importancia dentro del PDSP teniendo en cuenta la salud laboral de los trabajadores que predomina en los territorios. Según los informantes estas condiciones requieren de acciones transversales, es decir, del trabajo articulado con otras dimensiones y sectores (Ministerio de Trabajo), y en particular, sobre el trabajo informal, ya que sus consecuencias sobrepasan la dimensión de salud.

“Es complejo, el trabajador informal y lo que conlleva es una problemática que no solo compete al sector salud. Se necesitan otros sectores. Siento que a la dimensión le hacen falta más recursos para poder abordar las acciones. En las cuentas que como subdirección



hacemos, el 52% de las personas está en la informalidad (Informante Dimensión Salud y Ámbito Laboral).

Por último, los informantes destacan como logros de la dimensión el desarrollo de campañas informativas y comunicativas para mejorar y ampliar la cobertura en cuanto a aspectos relacionados con el ámbito laboral. Además, que fue un gran logro la incorporación de la dimensión del ámbito laboral en el PDSP, pues reconoce la importancia de la salud del trabajador y visibiliza las necesidades que tienen los trabajadores.

Para concluir, aunque la dimensión contó con un cumplimiento medio-alto de las metas e indicadores dentro del plan, los informantes revelan aspectos importantes para considerar, como son la importancia del trabajo intersectorial, y la acción territorial en el cumplimiento de las metas e indicadores propuestos en el PDSP. Igualmente, la importancia de trabajar de manera articulada dentro del MSPS, para que de esa forma se articulen acciones y se logren los objetivos en cada dimensión.



## Resultados Dimensiones Transversales

### Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

El PDSP definió 40 metas para la dimensión, de las cuales tres fueron categorizadas como metas de resultado y 35 como metas de gestión. Estas metas tienen asociados 37 indicadores, con tres indicadores de resultado y 34 indicadores de gestión. Al analizar el comportamiento de los indicadores a lo largo del tiempo, se resalta que el 29% de los indicadores de gestión fueron cumplidos. En el caso de los indicadores de resultado, uno de los indicadores fue cumplido y se evidenció un progreso en los otros dos indicadores. En este sentido la dimensión tiene un cumplimiento bajo dentro del PDSP.

#### Análisis Cumplimiento Indicadores

Se identificaron cuatro grupos vulnerables dentro de las metas del PDSP, los cuales incluyen: niños, niñas y adolescentes, adulto mayor, grupos étnicos, población con discapacidad, población víctima de la violencia y población indígena. En las siguientes secciones, se explora el cumplimiento de los indicadores relacionados con cada grupo.

#### Niños, Niñas y Adolescentes

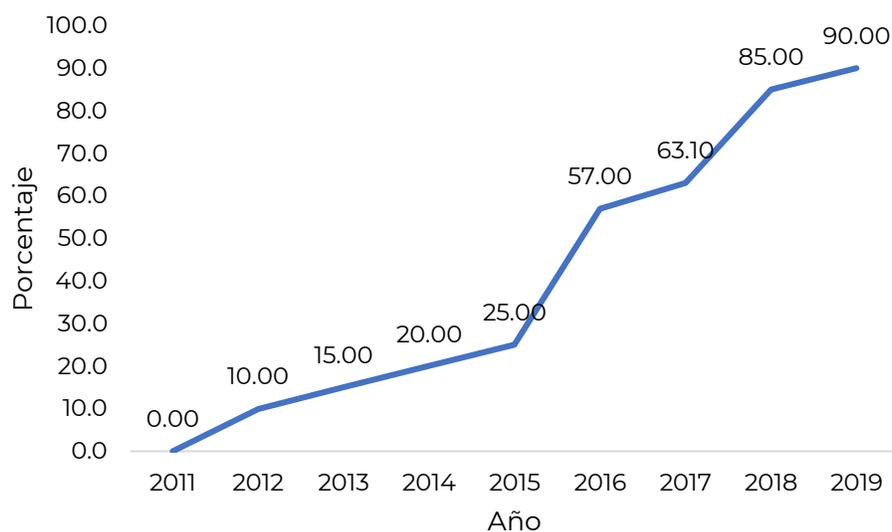
De los tres indicadores de resultado planteados dentro de esta dimensión, todos se relacionaban con este grupo poblacional. De hecho, se planteó como meta la reducción de la Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años, Tasa de Mortalidad Infantil y Tasa de Morbilidad Neonatal. En los dos primeros indicadores se evidenció una mejoría leve, sin embargo, no se logró la meta establecida a 2021 (18 y 15, respectivamente). En el caso de mortalidad neonatal, la meta establecida fue una reducción de la tasa de mortalidad entre 2012 y 2021. En este caso se evidencia un cumplimiento de la meta con una reducción de 0.8 puntos porcentuales.

El indicador de Mortalidad en Menores de 5 años no logró cumplir su meta, la cual está estipulada en disminuir a 15 la tasa de mortalidad en este grupo. Sin embargo, es importante subrayar que esta meta ha mostrado una disminución importante durante los últimos 6 años. Dentro de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años se resaltan: i) los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal; ii) las malformaciones congénitas del sistema circulatorio; iii) las infecciones específicas del periodo perinatal; iv) influenza y neumonía y v) feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto. Adicionalmente, aunque no se cuenta con datos desagregados por área rural y urbana, se estima que las mayores tasas de mortalidad se presenten en zonas rurales dispersas, las cuales sufren mayores niveles de pobreza, inequidad y violencia. Es por

esto, que es necesario que se concentren las acciones para esta población en específico y focalizarla en los sectores rurales, los cuales han sido los más afectados por este fenómeno.

Frente al desarrollo de los indicadores de gestión, podemos observar que hay una lógica atrás de la dificultad de disminuir el indicador de resultado relacionado con la mortalidad neonatal, debido a que, frente al indicador de gestión relacionado con la mortalidad neonatal (Documento que contenga Marco estratégico y operativo de los "Primeros Mil días de vida" desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida implementado en el territorio nacional), se evidencia que este indicador no logró cumplir la meta del 100% establecida en el PDSP 2012-2021 (Figura 28).

Figura 28. Documento Primeros Mil Días de Vida, 2012-2019



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEV

Frente a los resultados de otros indicadores de gestión para la población de NNA, se puede evidenciar que el indicador relacionado a la creación de línea base de las brechas de equidad en los resultados de salud de niñas, niños y adolescentes, no logró cumplir la meta propuesta. En este caso, solo se cuenta con el 75% de la línea base sobre las brechas en la equidad, mientras que la meta esperada era del 100%. Contar con una línea base consolidada, permite saber cómo se debe actuar frente a un fenómeno en específico, permite establecer metas claras y evidenciar avances para reducir la inequidad en resultados en salud para este grupo poblacional.



### Adulto Mayor

Frente al desarrollo de las metas e indicadores de gestión enfocados a la población adulta mayor, es necesario afirmar que el PDSP contó con cuatro indicadores enfocados a esta población, dos de ellos lograron la meta establecida de 100% (Proporción de servicios de salud que atienden población mayor cuentan con protocolos para la atención de este grupo poblacional e incluyen políticas de atención con calidad y humanización y Porcentaje de personas que enfrentan barreras de acceso a servicios de salud), sin embargo el último registro que se tiene de este indicador fue para 2015, por lo cual no es posible decir que en 2021 se dio cumplimiento a estos dos indicadores.

### Grupos Étnicos

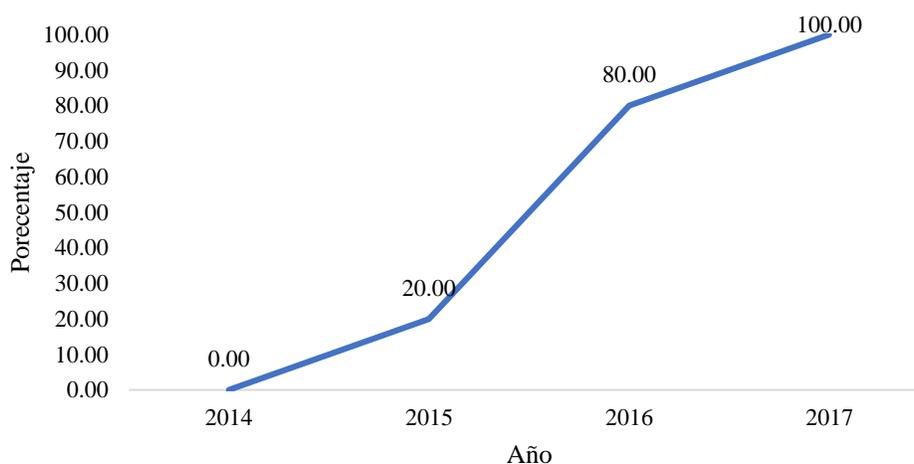
Frente al desarrollo de los indicadores de gestión enfocados en los diferentes grupos étnicos, se cuenta con dos metas específicas. Estos dos indicadores son: Documento que describa la ruta de la salud pública de grupos étnicos a incluir dentro del capítulo étnico y el sistema indígena de salud propia e intercultural. Desafortunadamente, ninguno de estos indicadores logró el cumplimiento de la meta. En ambos casos, las metas llegaron a un nivel de desarrollo del 50%.

### Población Víctima del Conflicto

Frente a la población víctima del conflicto armado colombiano, el PDSP hace énfasis en dos indicadores de gestión. El primero es el desarrollo de un documento que describa el capítulo dirigido a garantizar el acceso y mejorara las condiciones de salud entre la población víctima del conflicto armado, incorporado al documento marco del PDSP. La segunda acción es la creación del documento Modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado. De estas dos metas, la primera logró un cumplimiento del 50%, mientras que el segundo indicador se cumplió en un 100% en 2017 (Figura 29).



Figura 29. Documento: Modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, 2012-2017



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA / Estadísticas Vitales EEV

### Población con Discapacidad

Frente a la población con discapacidad, solo existe una meta de gestión dentro del PDSP. Este indicador busca medir la gestión y la formulación del documento: Modelo de Atención Integral en Salud para Personas con Discapacidad. Este indicador no fue logrado y solamente se logró un cumplimiento del 50% para el año 2016.

En conclusión, aunque el PDSP incluyó a diferentes grupos y poblaciones vulnerables, las metas e indicadores propuestos en la dimensión no dieron cuenta de las diferentes necesidades de los grupos, lo cual también se relaciona con el bajo cumplimiento de las metas de gestión y resultado dentro de la dimensión. Es importante resaltar que solamente el grupo de NNA contó con metas de resultado, y el resto de las poblaciones con metas de gestión, lo cual dificulta conocer los resultados propios de las acciones implementadas desde el MSPS.

### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizó una entrevista grupal semiestructurada, en la cual participaron diferentes técnicos que lideraban el trabajo con diferentes grupos o poblaciones vulnerables. Aunque los informantes destacan y valoran el proceso participativo en la etapa de formulación del plan, identificaron dificultades en el



cumplimiento de las metas relacionado con baja comprensión de las mismas y la desarticulación en la implementación de los distintos planes de desarrollo territorial y nacional.

Según los informantes uno de los beneficios y aspectos positivos que tuvo la formulación del plan fue la alta participación de diversos actores (instituciones nacionales, locales, grupos de interés, ciudadanía, grupos sociales, entre otros), en su opinión, la participación de actores clave promovió el desarrollo de conceptual y visibilizo diversas poblaciones vulnerables bajo un enfoque diferencial y de derechos humanos (indígena, mujeres, LGBTIQ+, afro, discapacidad). Sin embargo, reconocen que no todas las recomendaciones se lograron plasmar en el plan.

“El plan fue muy participativo, sin embargo, todo lo que se quería materializar no se logró, entonces ahora queremos que todo lo que esperaban quede en el nuevo plan. Nosotros revisamos el marco normativo y política pública, para evidenciar a que elementos debía entrar en el plan. En cuanto a discapacidad, nosotros organizamos unas mesas de los líderes de discapacidad con los actores claves, luego con las mesas, buscamos generar los ajustes razonables para la participación de esta población” (Informante Dimensión Poblaciones Vulnerables).

Sin embargo, lo informantes señalan fallos en la formulación final de las metas, las cuales quedaron con proyecciones muy altas para algunos grupos vulnerables, lo que dificultó su alcance durante la implementación del plan.

“Este proceso fue complejo, no siempre es positivo, muchas veces sí, pero fue difícil. Con el grupo étnico fue difícil, en vejez hubo acompañamiento de la academia, en el capítulo de vulnerables hay muchas metas incumplibles, que por su puesto no se cumplieron durante la implementación del plan” (Informante Dimensión Poblaciones Vulnerables).

Asimismo, los informantes señalaron dificultades adicionales relacionadas con una baja comprensión de las metas por parte del ente territorial y la desarmonización en la implementación entre el PDSP y los Planes de Desarrollo Territoriales y el Plan Nacional de Desarrollo, y que, en opinión de los informantes presentaron un déficit de acciones para la atención de poblaciones vulnerables.

“Hay un divorcio entre la planeación nacional y la planeación territorial. En el territorio se ha dicho que no entienden la metodología de la PDSP. Nosotros nos perdimos, hay un momento en que decimos que vamos



a hacer. Cuando uno baja al territorio nadie quiere saber de poblaciones vulnerables” (Informante Dimensión Poblaciones Vulnerables).

Finalmente, los informantes consideran que la inclusión de las poblaciones vulnerables desde un enfoque de derechos no requiere de la existencia de una transversalidad en sí misma, si no que por el contrario las acciones deben garantizar los ajustes razonables que incluya y tenga en cuenta las necesidades de todos los grupos poblacionales en su diversidad.

“Me parece clave que se haya visibilizado el tema, sin embargo, creo que hay que dejar de llamar a esta población: vulnerable. Hay que hacer ver cuáles son las condiciones que requieren una atención diferencial. Además, en el territorio hay otras acciones que tienen más peso. Si la entrada fueran los sujetos de derecho en el PDSP nosotros no tendríamos por qué tener esta dimensión, no debería haber un capítulo aparte sino un enfoque de derecho” (Informante Dimensión Poblaciones Vulnerables).

En síntesis, los informantes dentro de la dimensión reconocen la importancia del proceso de formulación, pero también las dificultades en la implementación del PDSP. En este sentido también se evidencia que el bajo cumplimiento de los indicadores puede estar dado por dificultades en la implementación a nivel territorial del PDSP, al igual que el hecho que contar con una dimensión transversal, que muchas veces no se reconoce dentro de las otras dimensiones.



## Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión

El PDSP definió 11 metas para la dimensión categorizadas como metas de gestión, las cuales tienen asociados 13 indicadores. Es importante resaltar que dentro de esta dimensión se plantearon dos metas que no cuentan con ningún indicador dentro del PDSP. Al analizar el cumplimiento de los indicadores se encuentra que el 53% lograron la meta establecida por el PDSP, por lo cual se puede establecer que la dimensión presentó un cumplimiento medio del plan.

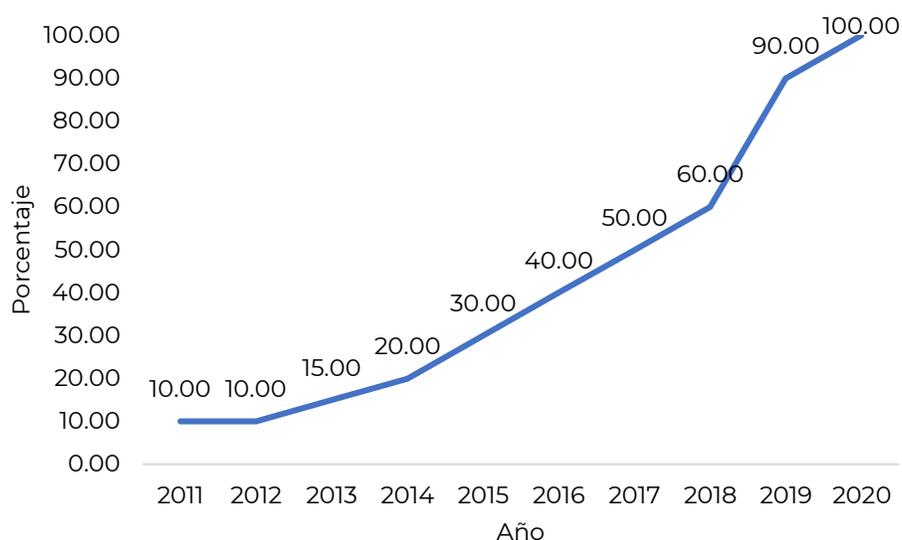
### Análisis Cumplimiento Indicadores

De los 13 indicadores de gestión incluidos en esta dimensión, se resalta que cuatro fueron cumplidos a cabalidad en el 2021. Entre estos se encuentra el Porcentaje de Avance de la Implementación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, el cual en 2020 presentó un cumplimiento del 100%, con un avance progresivo desde el 2012 (Figura 30). Adicionalmente, el indicador asociado a la meta de contar con un Sistema de Información Integrado y Observatorios de Salud Pública, el cual mide el porcentaje de consultas a la bodega de datos SISPRO, este indicador cuenta con un cumplimiento del 100% desde el 2011. Finalmente, desde el inicio del PDSP, se ha evidenciado un logro del indicador asociados a la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud individuales y Colectivos.

Dentro de los indicadores incluidos en esta dimensión que no fueron cumplidos se resaltan los relacionados con la meta a 2021, Colombia alcanza acceso universal a la prestación de servicios farmacéuticos esenciales, con énfasis en las enfermedades priorizadas, el cual, no ha logrado un cumplimiento mayor al 50%. De hecho, el indicador asociado a esta meta solo ha evidenciado un progreso de 25 puntos porcentuales (pasando de 25% en 2012 a 50% en 2018 y no se cuentan con datos más actualizados). Finalmente, los indicadores relacionados con metas que buscan garantizar un talento humano suficiente y calificado para responder a las demandas en salud solo se lograron en un 65% (último dato reportado en el sistema de gestión).



Figura 30. Porcentaje avance de la implementación de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2011-2020

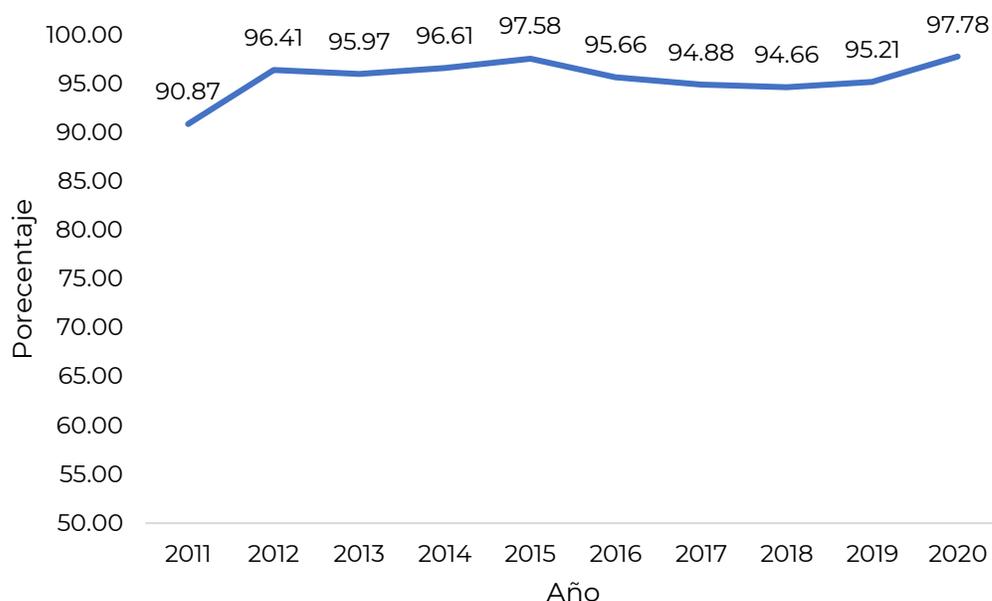


Fuente: Página web Ministerio de Salud y Protección Social Resultados de Gestión PDSP 2012-2022.

Otros indicadores en los cuales no se evidenció cumplimiento fueron los relacionados con la meta a 2021, Colombia basa su modelo de atención en salud en la estrategia de Atención Primaria en Salud. En este caso, el indicador solo reportó un aumento del 10% en 2012 al 60% en el 2017. En el caso de los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, se evidencia que el indicador no logró el cumplimiento propuesto y al igual que el indicador anterior solo cuenta con datos hasta 2017 y refleja un logro del 60%. Finalmente, la meta de cobertura universal en salud con acceso efectivo a los servicios de atención equiparables entre zonas urbanas y rurales entre el quintil más pobre y rico ha visto un avance importante, aunque no logró su cumplimiento. De hecho, en este indicador se evidencia que, durante la vigencia del plan, se logró un incremento de 7 puntos porcentuales en el porcentaje de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud, finalizando en 2020 con el 97.8% de la población afiliada (Figura 31).



Figura 31. Porcentaje de la población afiliada a seguridad social en salud, 2011-2020



Fuente: Página web Ministerio de Salud y Protección Social Resultados de Gestión PDSP 2012-2021.

En conclusión, en la segunda dimensión transversal del PDPS se evidencia un cumplimiento moderado de los indicadores establecidos. Sin embargo, es importante resaltar que un porcentaje importante de los indicadores que lograron su cumplimiento, lo hicieron desde inicios del PDSP, aspecto que señala la importancia de establecer indicadores con una proyección a mediano plazo y no cuya meta se relacione con la línea base del indicador.

### Resultados Análisis Cualitativo

En esta dimensión se realizaron varias entrevistas, que incluyeron informantes de diferentes direcciones del MSPS. Es importante resaltar, que algunos no conocían a profundidad el objetivo o la importancia del PDPS. En esta dimensión, los informantes identificaron problemas en la formulación de las metas (rotación del recurso humano), así como, barreras para el trabajo sectorial e intersectorial (baja divulgación del plan) aspecto que limitó el cumplimiento de las metas en el periodo establecido.



En primer lugar, los informantes señalaron que la rotación del recurso humano a lo largo de la implementación del plan, llevo a la reformulación de los indicadores, sus componentes y formas de medirlos, situación que limito el cumplimiento de la mayoría de las metas de la transversalidad.

“La formulación de las metas para esta dimensión fue complicado debido a la alta rotación del personal. No había una lógica detrás de los indicadores porque no se contaba con el personal que lo había formulado” (Informante, Dimensión fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria).

En segundo lugar, identificaron una baja divulgación de las metas del plan a otros sectores y actores del sector salud, lo que limitó el trabajo articulado entre los actores involucrados para el desarrollo de las acciones y por tanto el cumplimiento de las metas.

“Falto mucha divulgación, no había un conocimiento del plan por parte de otros sectores y eso hizo que no se diera el trabajo intersectorial o colaborativo con otros actores que tenían responsabilidades en el cumplimiento de las metas...” (Informante, Dimensión fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria).

Por último, destacaron la baja capacidad sancionatoria del MSPS, que en opinión de los informantes limitó la ejecución de acciones específicas que obligaran a otros actores del sector (aseguradoras y prestadores) y demás sectores (otros Ministerios) a cumplir con el desarrollo de las acciones, el seguimiento y la notificación oportuna de las metas del plan. Además, señalaron que las acciones intersectoriales que se desarrollaron pocas veces respondían al logro de las metas del PDSP.

“uno de los problemas es que no tenemos las herramientas para hacer que las aseguradoras cumplan, como obligamos a los otros sectores para que hagan las acciones que son de su competencia... también vimos que muchas de las acciones desarrolladas no apuntaban al logro de las metas...” (Informante, Dimensión fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria).

En conclusión, esta fue una de las dimensiones que mostro más fallas desde lo cualitativo, dado que la mayoría de los informantes refería no conocer la relación que sus acciones tenía con el plan, o su rol dentro del cumplimiento del PDSP.



## Recomendaciones de Mejora para el Próximo PDSP

Basado en los resultados presentados en este documento, se pueden generar dos tipos de recomendaciones, aquellas que se basan en el análisis de los indicadores y otras en los discursos de los informantes.

### Basadas en los Indicadores

Estas recomendaciones tienen un perfil metodológico, el cual permite un monitoreo y seguimiento de los indicadores de manera más sencilla y clara.

1. Proponer metas que cuenten con líneas de base clara, para de esta forma poder establecer seguimiento a lo largo del tiempo.
2. Establecer indicadores cuyas fuentes de información se recolecten de manera continua, para de esta forma contar con información actualizada para cada momento del seguimiento.
3. Establecer un proceso de monitoreo y seguimiento de las metas e indicadores, que este basado en acciones específicas que se realizan desde cada una de las direcciones del MSPS.
4. Dada la importancia de los territorios en el desarrollo de las acciones, es importante alinear el reporte de cumplimiento a nivel territorial y nacional. De esa forma, el proceso de evaluación se realiza utilizando información a nivel territorial, lo cual permite analizar tendencia, brechas y fallas a nivel local y dará una explicación clara del porque el cumplimiento de las metas.
5. Los procesos de evaluación son continuos y deben ser planeados desde el inicio, de hecho, se recomienda que las metas que se plantean sean el resultado de simulaciones a nivel técnico, como también financiero, de esa forma se puede hacer un seguimiento continuo a la meta.
6. Es importante contar con una plataforma que de alertas en caso de que las metas o indicadores no tengan el progreso esperado. En este caso, contar con un tablero de seguimiento facilitaría el monitoreo de las metas.



### Basadas en los Discursos de los Informantes

De los discursos de los informantes emergen recomendaciones específicas para la definición de metas e indicadores, así como para mejorar el trabajo sectorial e intersectorial a nivel nacional y territorial.

En la formulación de metas e indicadores

- Se destaca la importancia de involucrar y garantizar la participación de los diferentes sectores en la formulación de las metas e indicadores, con el fin de lograr su interés y compromiso en el desarrollo de las acciones para el cumplimiento del nuevo PDSP.
- Se recomiendan definir con claridad las competencias y responsabilidades de cada sector en el logro de las metas, así como hacer explícito el compromiso de los recursos de cada sector para su cumplimiento.
- Plantear metas e indicadores ajustados y acordes a las características sociodemográficas y epidemiológicas de los territorios, con proyecciones y estimaciones de los mismos ajustados al número de habitantes en cada territorio.
- Realizar planes en los que se concierte una metodología única para el cumplimiento de las metas, aclarando los responsables tanto de la ejecución de las acciones como para el seguimiento y notificación de las metas e indicadores.

Trabajo intersectorial a nivel nacional

- Fortalecer las acciones de vigilancia y control sobre el rol de las aseguradoras en la contratación y ejecución oportuna y afectiva de las acciones de promoción y prevención, actualización y registro adecuado de las bases de datos.
- Plantear una política de talento humano que mejore las condiciones laborales y garantice la estabilidad del personal en los entes territoriales.
- Desarrollar estrategias al interior del MSPS que abran espacios en los que las diferentes direcciones, subdirecciones y áreas del ministerio se puedan conocer y comunicar con el fin de promover el trabajo coordinado.
- Desarrollar herramientas técnicas sencillas y fáciles de comprender que ayuden a los entes territoriales a la formulación y ejecución de sus planes territoriales.
- Reorientar y fortalecer la cultura organizacional del ministerio hacia una lógica más técnica y operativa y menos financiera y económica

Trabajo intersectorial a nivel territorial

- Fortalecer las capacidades técnicas y operativas de los entes territoriales para la ejecución de las acciones, seguimiento y notificación adecuada y oportuna de la información.



## Referencias

- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101.
- Departamento Nacional de Planeación. 2014. "Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas". Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/CartillaGuiaparaSeguimientoyEvaluaciónAgo13.pdf>
- Fondo de Población de Naciones Unidas y Universidad Externado de Colombia. 2016. "Evaluación de Los Planes Territoriales de Salud 2016-2019 de Acuerdo a PASE a La Equidad En Salud (Departamentos y Distritos)." : 29. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Evaluacion-pts-2016-2019.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2006. "Informe de Avance En Metas de Resultado 2012-2018.": 7-23.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2012. "Metodología Para El Monitoreo y Evaluación de Los Planes Territoriales de Salud Estrategia PASE a La Equidad En Salud." : 25. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-monitoreo-eval-pts.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. "Resolución 1841 de 2013 'Por El Cual Se Adopta El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.'" Diario Oficial 48811: 326. <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Gobierno Nacional. 2014. "Abecé de Las Evaluaciones."
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. "Potencialidades Y Oportunidades De Plan De Salud Territorial Al Plan Decenal De Salud Pública 2012-2015.": 1-46.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Gobierno Nacional. 2016. "Plan de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación a La Gestión Territorial de Las Enfermedades No Transmisibles y La Salud Mental." : 1-37.



Ministerio de salud y protección social. 2016. "Evaluación de Proceso Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020." Min salud, OMS, OPS. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Evaluacion-plan-decenal-lactancia-materna.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. "Manual Para La Revisión y Actualización de Metas Del Plan Decenal de Salud Pública Sistema de Monitoreo y Evaluación Dirección de Epidemiología y Demografía."

Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. "Plan Interno de Sensibilización Del SME." 2012: 1-13. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiShuSKkMneAhWMulMKHbVvAhQOFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FED%2FPSP%2FPlan-interno-sensibil>.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. "Guía Para El Cargue de Indicadores de Gestión de Las Metas Del Plan Decenal En Salud Pública En El Portal Web de Gestión Del PDSP."

Ministerio de Salud y Protección Social, and Dirección de Epidemiología y Demografía. 2018. "Informe de Gestión Avance Del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021." : 33-57. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. "Evaluación de Procesos e Institucional Del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021)." 231.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. "Cambios En La Planeación Territorial En Salud: Estudio de Caso En 4 DTS." Papeles en Salud (18).

Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. "Análisis de La Incorporación Del Modelo Integral De Atención En Salud (MIAS) En Los Planes Territoriales de Salud 2016 - 2019. Convenio 202 / 2016.": 11.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. "Criterios Para Evaluar Pts 2016-2019."

Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. "Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. Informe Técnico Periodo 2012 - 2019." : 12-44.



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. "Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. Informe Técnico Periodo 2012 - 2019.": 12-44. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2021. "Documento Metodológico de Verificación de La Coherencia de Metas de Los Planes Territoriales de Salud y Las Metas Del Plan Decenal de Salud Pública 2012 –."

Ministerio de Salud y Protección Social. 2021. "Propuesta Para El Seguimiento y Evaluación de Logros y Avances Del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021." (32).

Núñez, Jairo et al. 2018. "Evaluación de Procesos e Institucional Del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021).": 231.

Ruiz Gómez, Fernando et al. 2020. "Incidencia Del Plan de Intervenciones Colectivas En La Evolución Financiera y En La Operación de Los Hospitales Públicos En Colombia.": 10.

UNAFPA, and Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. "Análisis Crítico Del Proceso de Implementación Estrategia PASE a La Equidad En Salud Convenio 434 Celebrado Entre UNFPA y El MSPS."