



Cundinamarca
Calidad de Vida

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

CUNDINAMARCA SALUDABLE

2012-2015

El presente Plan hace parte integral del Plan Departamental de Desarrollo 2012-2016: Cundinamarca Calidad de Vida según Ordenanza XXXXX del xxxx de Mayo de 2012, por medio de la cual se aprueba el Plan Departamental de Desarrollo.

Alvaro Cruz Vargas
Gobernador de Cundinamarca

Germán Augusto Guerrero Gómez
Secretario de Salud

Equipo Directivo:

Esmily Ruiz Varón
Dirección de Salud Pública

Lilia María Calderón Castro
Dirección de Aseguramiento

Liliana Sofia Cepeda Amaris
Dirección de Vigilancia y Control

Adriana Carolina Serrano Trujillo
Dirección de Desarrollo de Servicios

Edgar Silvio Sánchez Villegas
Dirección de Urgencias y Emergencias

Sonia Alejandra Perdomo Arias
Dirección Administrativa y Financiera

Luz Inés Sandoval Estupiñan
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Jackeline Gómez
Oficina Asesora de Participación Social
y Atención al Ciudadano

Ana Ragonesi Muñoz
Oficina Asesora de Planeación Sectorial

Nodier Martin
Asesor

Germán Augusto Olaya Aguirre
Asesor

Pedro Gilberto Ramirez Mesa
Asesor

Saúl Eduardo Moreno Ramos
Asesor

Aura Maria Poveda Reina
Asesora

Lucero Hernández Zuñiga
Asesora

Doris Rodriguez Perez
Asesora

Equipo Plan Secretaría de Salud

Patricia López Beltrán	Emma Adriana Ortiz	Maria Cristina Yañez
Luis Humberto Suarez	Gilberto Galvis Niño	Jaime Orlando Cortés
Maria del Carmen Ahumada	Betty Sánchez	Carolina Parrado
Antonio Hartmann	Sandra Patricia Martinez	Sonia Castillo
Martha Inés Camargo	Martha Herrera	Nohora Nelcy Moreno
Yolanda Clavijo	Ana Liria Moreno	Yenny Reina
Jose Fernando Sánchez	Maria Cristina Henao	Consuelo García
Francisco Gutierrez	Maria Fernanda Lozano	Floresmiro Benavides
Pedro Villanueva	Maria Heliana Guerra	Claudia Patricia López
Guillermo Alvarez	Teresita Castañeda	Sandra Patricia Sierra
Adriana Maria Zapata	Claudia Paulina Arévalo	Patricia de las Casas

Equipo Técnico Secretaría de Salud (Funcionarios y Contratistas)

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

1. CONCEPTOS GENERALES	08
1.1. Salud	
1.2. Territorio	
1.3. Etapas de Ciclo de Vida	
1.4. Determinantes Sociales	
1.5. Transectorialidad	
1.6. Seguridad Social en Salud	
1.7. Atención Primaria en Salud Resolutiva (APS-R)	
1.8. Aseguramiento en Salud	
1.9. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	
1.10. Poblaciones Especiales	
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	24
3. FUNDAMENTOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	24
4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	33
4.1. Misión	
4.2. Visión	
4.3. Principios	
4.4. Enfoques	
4.5. Propósitos	
4.6. Líneas de Política	
4.7. Objetivos Estratégicos y armonización con el Plan Departamental de Desarrollo	
4.8. Prioridades y Pilares	
4.9. Estructura del plan, ejes programáticos y metas	
5. FINANCIACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	55
BIBLIOGRAFÍA	57

ANEXOS.....58

Anexo 1. Análisis de la Situación de Salud del Departamento de Cundinamarca (Medio Magnético)

Anexo 2. Plan Indicativo 2012-2015 (Medio Magnético)

Anexo 3. Plan Plurianual de Inversiones 2012-2015 (Medio Magnético)

Anexo 4. Ordenanza Plan Departamental de Desarrollo 2012-2016: “Cundinamarca, Calidad de Vida” (Medio Magnético)

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2012-2015: CUNDINAMARCA SALUDABLE

PRESENTACIÓN

El Plan Territorial de Salud (PTS) “Cundinamarca Saludable” es producto del trabajo de los equipos técnicos y directivos que conforman la Secretaría de Salud de Cundinamarca frente al análisis de la situación de salud de la Nación, el Departamento y la percepción ciudadana identificada en las mesas provinciales realizadas en el marco de la construcción del Plan Departamental de Desarrollo: “Cundinamarca Calidad de Vida”.

Como referentes para la construcción del presente plan, se tuvieron en cuenta los **lineamientos internacionales** como los definidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio; los **lineamientos nacionales** como el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014: Prosperidad para Todos, el presupuesto general de la nación, el Plan Nacional de Salud Pública, las directrices preliminares del Plan Decenal de Salud y lo establecido por la Resolución 425 de 2008 y la Circular 005 de Enero de 2012 emitida por el Ministerio de Salud y la Protección Social; así mismo los **lineamientos departamentales** que sustentan el PTS: el Programa de Gobierno del Gobernador Alvaro Cruz, los enfoques y estructura del Plan Departamental de Desarrollo: Cundinamarca Calidad de Vida, el análisis de la situación de salud departamental y los desafíos institucionales de la presente administración. Finalmente, entre algunos de los **lineamientos regionales** cabe mencionar aquellos relacionados con la definición de acciones de impacto regional positivo en salud no sólo con Bogotá D.C., sino con los demás departamentos limítrofes con Cundinamarca.

En la primera parte del Plan Territorial de Salud se describen los conceptos generales a tener en cuenta en la formulación e implementación del plan; seguidos del análisis de situación de salud del Departamento de Cundinamarca (Anexo 1), el cual articulado con la percepción ciudadana identificada en las mesas provinciales realizadas para la construcción del Plan Departamental de Desarrollo y los fundamentos normativos específicos que en materia del sector salud existen, son los insumos básicos para definir el direccionamiento estratégico del presente plan.

El direccionamiento describe el plan “Cundinamarca Saludable” el cual hace parte integral del Plan Departamental de Desarrollo: Cundinamarca Calidad de Vida, especificando la misión, visión, principios, enfoques, propósitos, líneas de política, objetivos estratégicos, prioridades, pilares, estructura, ejes programáticos y metas, estas últimas detalladas en el Anexo 2 del presente plan el cual corresponde al Plan Indicativo 2012-2015.

Finalmente se describe el Plan Plurianual de Inversiones por medio del cual se detallan las posibles fuentes de financiación de cada una de las metas y el cual se especifica en el Anexo 3 del presente plan.

Las acciones y estrategias de implementación del Plan Territorial de Salud se desarrollarán en los planes operativos anuales, los cuales serán armonizados y ejecutados de acuerdo a lo establecido por la Resolución 425 de 2008, para su posterior seguimiento, control, evaluación y rendición de cuentas.

1. CONCEPTOS GENERALES

1.1. SALUD

El concepto de salud ha tenido constantes y significativas modificaciones en el transcurso del tiempo. Se trata de un término vivo, dinámico y por ello relativo, cuyo análisis puede ayudar a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época¹. El tema de estilos de vida saludable se ha convertido en un motivo al que la gente le dedica tiempo y energía (Sánchez-González, 1993); implicando además la participación de un gran número de actores en la búsqueda de la salud, muchas veces con intereses opuestos y desde perspectivas muy diferentes a ese objetivo.

Con el fin de precisar su comprensión, a continuación se describe la evolución que ha tenido y la definición de salud que se adoptará y entenderá², los elementos y factores de riesgo³ que la determinan favoreciéndola o dificultándola, para apropiarse su aplicación en el marco del Sistema General de Seguridad Social en el cual se desarrolla el presente plan territorial de salud, concretándose en el marco del modelo de Atención Primaria en Salud Resolutiva (APS-R) y en el contexto del Modelo de Gestión en Salud, que propone esta administración, para que en el marco del modelo de aseguramiento, se articulen el modelo de atención en salud y el modelo de prestación de servicios de salud del Departamento de Cundinamarca.

Desde esta perspectiva se inicia por indicar que el concepto de “salud” tiene una dinámica que lo hace prácticamente imposible de definir única y universalmente; por ejemplo, tiene diferentes contextos de uso y se concibe desde distintos ideales. Según la investigadora Tavera, entre los primeros se destacan los siguientes:

- **Contexto médico-asistencial:** Está configurado por la actividad y las necesidades de los profesionales sanitarios. Predominan los objetivos curativos y pragmáticos, el paradigma de acción es la asistencia médica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con alteraciones corporales evidentes. El concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos. Estas enfermedades son el conjunto de las especies morbosas definidas por la ciencia médica, y la salud tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad.
- **Contexto cultural de los pacientes:** Es el que aportan las personas que se sienten enfermas (creen sentirse), en el seno de una determinada cultura. El concepto primario es el de dolencia, interpretada según los estereotipos culturales. Los objetivos sanitarios

1 EL CONCEPTO DE SALUD, DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN. Marta Talavera. elartedepreguntar.files.wordpress.com/.../el-concepto-de-salud-marta

2 En un mundo como en el que vivimos, en el que la salud es tan importante, la definición de los conceptos que se manejan sobre ella tiene repercusiones considerables, pues significa actuaciones y planificaciones diferentes. (Sánchez-González, 1991)

3 Definidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS)

culturales son la recuperación de la normalidad y de la adaptación que hace posible la vida en una comunidad.

- Contexto sociológico: Está configurado por el estudio de la sociedad como un todo integrado. Sus objetivos son la comprensión y la actuación sobre toda la sociedad en conjunto. En este contexto se tenderá a entender la salud de los individuos como un estado en el que puedan funcionar eficazmente para desarrollar su rol social. La salud será una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales.
- Contexto económico y político: Está configurado por las necesidades económicas y los puntos de vista políticos. La perspectiva económica hace ver que la salud es un bien económico y la ubica en relación con otros factores económicos. Así por ejemplo, la percepción individual de la salud está en relación con el nivel salarial y el mecanismo de protección gubernamental establecido; y la demanda de asistencia con las barreras o facilidades de acceso, incluyendo los precios o con el sistema de retribución a los responsables de dicha protección. En el nivel político, la salud es concebida como el fundamento de la libertad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política.
- Contexto filosófico y antropológico: Está configurado por alguna concepción global del ser humano. En él se tiende a definir la salud como el estado más propia y específicamente humano, de acuerdo con la idea antropológica que se mantenga. Así por ejemplo, puede entenderse la salud (Sánchez-González, 1993) como un estilo de vida autónomo y responsable; o como una capacidad de realización de los valores más específicamente humanos.
- Contexto ideal y utópico: Este contexto está influido por las ideas acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida. Puede llegar a incluir todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluso las potencialidades superiores y las realizaciones llamadas espirituales.

Así aparecen sucesivamente, definiciones de la salud cada vez más inclusivas. Desde las que sólo contemplan estados físicos hasta las que incluyen estados psíquicos, sociales e incluso espirituales.

De este modo se generan cuatro tipos de definiciones, que son:

- Definiciones que se restringen a lo estrictamente corporal: son las que tienen mayor tradición histórica, porque la medicina desde la Antigüedad, ha estado centrada en el cuerpo físico. Según estas definiciones la salud es un estado de bienestar físico y de silencio de los órganos.
- Definiciones que incluyen los factores psíquicos: Consideran que el tener un comportamiento adecuado y disfrutar de un bienestar psicológico también deben ser requisitos de la idea de salud.

- Definiciones que incluyen los aspectos sociales: Incluyen además la capacidad para llevar una vida socialmente productiva, o al menos poder desempeñar un rol social.
- Definiciones ideales y utópica: Estas definiciones están influidas por las ideas sobre la felicidad plena y la calidad integral de vida. Pueden reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las realizaciones llamadas espirituales. (...)

De este modo, se han ido realizando diversas definiciones del término, intentando incidir en diferentes aspectos y tendiendo a modificar los “errores” criticados en la definición de la OMS, como puede verse en la tabla # 1, donde se recoge la evolución del concepto desde las definiciones clásicas a las actuales.

Tabla N°1. Definiciones de Salud⁴

- ✓ “La salud es la ausencia de enfermedades”. Definición Tradicional.
- ✓ “La salud trata de la vida en el silencio de los órganos”. Lediche, 1937*
- ✓ "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". OMS, 1946
- ✓ "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". René Dubos (1959)
- ✓ “Salud es: Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea”. Herbert L. Dunn (1959)*
- ✓ " Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte". Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al (1966)*
- ✓ "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". Milton Terris (1975)*
- ✓ “Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social". Alessandro Seppilli (1971)

⁴ La parte de estas definiciones que no aparece en la bibliografía final (marcadas por un asterisco) ha sido recopilada por Edgar Lopategui y publicada on-line, sin referencias bibliográficas exactas. Pueden consultarse en la página: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

- ✓ “La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”. Oficina regional para Europa de la OMS (1984)
- ✓ “La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa” Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana (Perpiñan, 1978)
- ✓ “La salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”. OMS, 1997

Hoy en día está, aparentemente consensuada, la definición de la Organización Mundial de la Salud publicada en su formulación de objetivos de la estrategia de Salud para Todos en el siglo XXI (1997) donde se definía la salud como aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven. Por tanto a la hora de definir “salud” es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La salud depende de un ambiente variable que rodea al sujeto, que también sufre, a su vez, variaciones. Por ello la salud nunca puede ser definida como un término absoluto e invariable a lo largo del tiempo y las condiciones ambientales. Es decir, la salud es un proceso dinámico que cambia continuamente a través de nuestra vida y, por tanto, nadie posee un estado fijo de completo bienestar físico, emocional, social y espiritual.
- No se puede definir un límite exacto entre salud y enfermedad, ya que ambos son términos relativos y dependientes de un gran número de variables. En la marcha de los procesos evolutivos de la vida, el individuo puede seguir creciendo y desarrollándose hacia el logro de niveles de bienestar aún mas altos
- En el concepto de salud se deben incorporar, al menos tres aspectos, uno objetivo (capacidad de realizar una función), otro subjetivo (en términos de bienestar) y otro ecológico (comprendido como adaptación biológica, mental y social del propio individuo al medio que lo rodea)

De cualquier forma, en la actualidad, la tendencia más aceptada considera a la salud como un estado de salud–enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo, producto, también dinámico y variable de todos los determinantes sociales y genéticos-biológicos-ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología (San Martín y Pastor, 1988).

Es así que una vez analizada la definición de salud, se evidencia la importancia de reflexionar sobre las características concretas que tienen los numerosos factores relacionados con ella y las posibilidades de potenciarlos, modificarlos y/o prevenirlos. La forma de intervenir en los niveles de salud de la población es actuando sobre sus determinantes. Por lo que, conocer

cual son y el peso que cada uno de ellos tiene en el estado de salud de la población, es preliminar a cualquier intervención.

A continuación se hace una breve presentación de los seis grandes grupos de factores, interaccionando entre sí, que hoy son considerados como determinantes de la salud⁵; puesto que la salud humana es un fenómeno complejo, resultante de una multiplicidad de interacciones pasadas y presentes. En este análisis se otorga un papel preponderante a los estilos de vida al comparar la proporción de muertes atribuibles a los cuatro grupos de causas con los fondos dedicados a luchar contra ese determinante. Esos factores, desglosados, son:

- Factores ligados a la atención sanitaria: donde se incluyen la cantidad, calidad, gratuidad y acceso a los servicios sanitarios. Son factores que escapan al control del individuo.
- Factores biológicos: donde se incluyen aquellas causas ligadas a la genética y el envejecimiento celular. Son factores internos del individuo.
- Factores ligados al medio ambiente: incluyen desde los contaminantes ambientales a la presión sociocultural, dentro de un grupo de factores externos al propio individuo.
- Factores ligados al estilo de vida: comprenden un conjunto de decisiones que el propio individuo toma respecto a su salud
- Factores sociales: Comprenden las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios⁶
- Factores económicos: Hace referencia a los aspectos laborales, capacidad adquisitiva, disfrute de bienes y servicios,

La participación de todos los anteriores factores para provocar enfermedades es variable (Martínez, 1998). En aquellas enfermedades carenciales, infecciosas y parasitarias hay un claro predominio de los factores ambientales. La pobreza está claramente ligada a este tipo de dolencias, por tal razón las enfermedades infecciosas configuran el perfil de mortalidad y morbilidad predominante en los países pobres subdesarrollados. Por el contrario, las enfermedades crónicas no transmisibles, no dependen tanto de la pobreza o del subdesarrollo como sí de factores como el estilo de vida, comportamiento individual, bien sea que se presenten entre ricos o pobres. Hoy en día, estas enfermedades son la primera causa de incapacidad, enfermedad y muerte en todo el mundo, incluyendo los países subdesarrollados.

⁵ De acuerdo con la comisión sobre determinantes sociales de la OMS 2008, estos obedecen a los factores que ayudan a que las personas permanezcan sanas, en lugar del servicio que ayuda a las personas cuando se enferman. Por tanto hace referencia a las condiciones en las cuales transcurre la vida de las personas en contextos sociales, económicos, ambientales, políticos y culturales

⁶ Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. 2005.

Estos determinantes de salud hacen referencia a las condiciones en que las personas y comunidades viven, tiene en cuenta la construcción histórica social en que se desarrolla la vida de las personas y los aspectos de tipo económico, político y social que favorecen inequidades que se concretan en una serie de factores de riesgos (7) directo para la salud, reconocidos por la OMS y por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2000) como factores de riesgo, entre los cuales se destacan, por el número de bajas que provocan en el mundo industrializado, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y la inactividad física.

Lo expresado en esta corta revisión sobre el tema de la salud, permite concebir la salud como resultante de un proceso social, significa pasar de una perspectiva que entiende el proceso salud - enfermedad solo desde las construcciones biologicistas a una perspectiva que explica la salud desde la determinación social y el desarrollo humano, y la aborda en el continuo de la vida en cada una de las etapas del ciclo vital, los cuales están ligados a factores que interactúan entre si, considerados como determinantes de la salud. En este sentido el concepto de salud, está directamente relacionado con la forma en que las personas viven y se desarrollan histórica, cultural, política y socialmente.

En este contexto, una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. La salud como resultante de un proceso social, va más allá de la oferta de los servicios en atención sanitaria e implica la construcción de políticas y modelos que aborden lo poblacional, es decir, que centren su accionar en el ser humano desde su integralidad; bajo un marco de equidad en salud y no solamente desde el acceso a los servicios sanitarios, sino como una de las condiciones más importantes de la vida humana, generando oportunidades para que las personas logren condiciones de vida adecuadas a sus necesidades y expectativas.

1.2. TERRITORIO

El territorio se constituye en la base física del ente territorial (Estado, Provincia, Municipio) y es el espacio en que éstas realizan su actividad, que a nivel político es la delimitación en la cual existe una población asentada y que depende de una autoridad competente.

Así pues, el territorio es entendido como los espacios donde se producen y se reproducen procesos de determinación social que llevan a exposiciones que deterioran o protegen las

⁷ En la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, varios Estados Miembros consideraron que, en el contexto de la promoción de la salud, la OMS debería intensificar su trabajo sobre estrategias mundiales eficaces en favor de la nutrición y de la actividad física, factores fundamentales para prevenir las enfermedades no transmisibles. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud afirma en su informe que muchas enfermedades no transmisibles, como las afecciones cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades mentales y el cáncer, pueden tratarse eficazmente mediante intervenciones relativamente baratas, en particular acciones preventivas relacionadas con el régimen alimentario, el consumo de tabaco y el modo de vida.

condiciones de salud y calidad de vida. En este sentido hay que tener en cuenta las diferencias de un territorio con características de urbano y de un territorio con características de ruralidad, diferenciación que permite ubicar elementos claves en la construcción de representaciones sociales, culturales y de georreferenciación, y en el análisis de contextos sociales, políticos y económicos que explican y orientan las expresiones concretas en calidad de vida y salud.

1.3. ETAPAS DEL CICLO DE VIDA

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las potencialidades, vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano y a lo largo del proceso de envejecimiento; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves.

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. El ciclo de vida aborda las etapas del ciclo vital en términos de las diversas características y condiciones producidas por la condición etérea; así como, las situaciones de vulnerabilidad (temporales) como por ejemplo el desplazamiento, la pobreza, la enfermedad, y que afectan a las personas a cualquier edad.

En este contexto, el Departamento de Cundinamarca en el Plan Territorial de Salud considera que la vida de las personas transcurre a través de un proceso secuencialmente definido, ordenado en el tiempo, caracterizado por la ocurrencia, en forma gradual y progresiva, de una serie de cambios y transformaciones. Este proceso se denomina desarrollo, sin el cual, no se puede concebir la idea de ciclo vital⁸. Es así como en un tiempo relativamente definido desde la gestación hasta la muerte del individuo, y aún desde antes de ésta, el ciclo puede considerarse a través de seis importantes etapas en donde todas sientan las bases del desarrollo de la etapa subsiguiente y las cuales se ven afectadas por los determinantes sociales que moldean la vida de las personas.

Es así como en el proceso de formulación del Plan Departamental de Desarrollo: Cundinamarca Calidad de Vida y el Plan Territorial de Salud: Cundinamarca Saludable, se hizo una revisión por cada uno de los sectores de las diferentes clasificaciones normativas o técnicas establecidas para las diferentes etapas del ciclo de vida, concertado la presente clasificación que establece los grupos poblaciones y etéreos, con quienes se adelantarán las acciones y estrategias transectoriales encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida.

⁸ (Villaroel, 2001)

Estas etapas corresponden a:

1. INICIO PAREJO DE LA VIDA (PRIMERA INFANCIA)	Gestación a 5 AÑOS
2. NIÑEZ	6 - 11 AÑOS
3. ADOLESCENCIA	12 - 17 AÑOS
4. JUVENTUD	18 - 28 AÑOS
5. ADULTO	29 - 59 AÑOS
6. ADULTO MAYOR	60 Y MÁS AÑOS

1.4. TRANSECTORIALIDAD

“La acción intersectorial por la salud es entendida por la OMS como “la relación entre parte o partes del sector salud con parte o partes de otro sector que se establece para actuar sobre un problema y lograr resultados en salud de una manera más efectiva, eficiente y sustentable de lo que pudiera lograrse si el sector salud actuara solo” (WHO 1997:3). También ha sido definida como una acción compartida con diferentes sectores sociales para enfrentar los problemas que inciden sobre la salud, teniendo como eje orientador la mejoraría de la calidad y condiciones de vida y salud de la población” (Curitiva 2000)”⁹

Según lo anterior, una mira desde la transectorialidad, implica una ruptura de la forma tradicional de operar del Estado desde las competencias sectoriales, por tanto implica iniciativas que van más allá del simple trabajo de coordinación entre sectores como lo establece la intersectorialidad y aborda estrategias de movilización para la colaboración y complementariedad en el uso de los recursos la construcción de respuestas a las necesidades, empoderamiento y co-responsabilidad de las personas, y la concertación de estrategias de operación entre los distintos sectores.

Esta puesta desde la transectorialidad, permite ver y abordar la salud más allá de la atención de salud tradicional que se centra en los efectos de los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades, ubicándose entonces en el plano de la vida y de las realidades sociales de las personas que son las verdaderas causas.

1.5. SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Ley 100 de 1993¹⁰ define que el Sistema General de Seguridad en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los

⁹ Acción Intersectorial para la salud y rectoría del sistema de salud. Vega Román, Acosta Naydú y Mosquera Paola, paginas 165 - 166

¹⁰ Artículo 1 del Decreto 1152 de 1999, publicado en el Diario Oficial No. 43.623 del 29 de junio de 1999.

habitantes del territorio nacional obtengan: el aseguramiento de sus riesgos en salud; el acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y los beneficios de la promoción y protección de la salud pública.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) consagró el aseguramiento como la mejor forma de garantizar la salud de los colombianos y colombianas. En 1993 la Ley 100, definió y estableció las especificaciones sustanciales del sistema de salud que debía operar en el país, indicando que es un derecho irrenunciable de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten; el ordenamiento de las instituciones y los recursos para garantizar las prestaciones de salud a la población, según sea su capacidad económica en la relación laboral y de ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, de los sectores sin la capacidad económica suficiente; se estructuró en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; y se concibió como servicio público obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley. Desde entonces están en el escenario de la salud varios actores responsables de su implementación, con el Estado como asegurador en el caso de la población pobre y de mediador o regulador frente al resto de la población.

En la realidad Colombiana el modelo de aseguramiento no ha sido satisfactorio y son más los inconvenientes que los puntos a favor; no obstante a ello, la Ley 1438 de 2011 la sostiene, motivo por el cual se apropia en el presente plan, validando los aspectos que son necesarios adecuar, adaptar, implementar y fortalecer para que se cumplan con sus objetivos y principios, entre los cuales vale destacar: el Modelo de Gestión en Salud que integra el modelo de atención en salud bajo un enfoque de APS-Resolutiva y el modelo de prestación de servicios de salud bajo un enfoque de redes integradas de servicios de salud.

1.6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RESOLUTIVA

Dada la importancia de estos componentes en el desarrollo del Plan Territorial de Salud: Cundinamarca Saludable y su aplicación e implementación en él, a continuación se toman los aspectos más relevantes de lo que define la Ley 1438 de 2011 sobre estos tres temas:

En primer lugar, el Ministerio de la Protección Social elaborará el Plan Decenal de Salud Pública con los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan; se desarrollará en el marco de la estrategia de atención primaria, al cual deberán concurrir todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de Salud y la Protección Social; siendo significativo que a nivel de las entidades territoriales esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad

Social en Salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud. El Plan Decenal de Salud deberá entrar en vigencia en el transcurso del año 2012.

De igual forma está en proceso la creación del Observatorio Nacional de Salud, así como las funciones a realizar, entre las cuales se señala el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, lo que le permitirá al país contar con información desagregada de resultados por asegurador, prestador y ente territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema.

Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados

El Gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de auto cuidado en toda la población del Departamento.

De esta manera, el Gobierno Nacional adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.

De igual manera define la Atención Primaria en Salud como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de Salud deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos. Así mismo, se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

- El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.

- Cultura del autocuidado.
- Orientación individual, familiar y comunitaria.
- Atención integral, integrada y continua.
- Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
- Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.
- Participación activa de la comunidad.
- Enfoque territorial.

Así mismo, el Gobierno Nacional formulará la Política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población; acciones que desde el departamento ya se contemplan en el desarrollo del presente plan.

1.7. ASEGURAMIENTO EN SALUD

El modelo de aseguramiento en salud de Colombia está configurado para promover e incentivar el mejoramiento en la calidad del SGSSS por parte de los aseguradores o responsables de pago de planes de beneficios, incluyendo a los Entes Territoriales, cuando se comportan como compradores de servicios de salud para la atención de la población pobre no asegurada y de la afiliada al régimen subsidiado con requerimientos de atenciones no cubiertas por subsidios a la demanda, para garantizar el acceso al sistema, a través de la compensación, la afiliación y la administración de las bases de datos y, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, definidos en un plan de beneficios (POS, POSS y otros), los cuales están calculados en un valor que se expresa en la Unidad de Pago por Capitación (U.P.C.) para el caso del régimen contributivo y Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPCS) en el régimen Subsidiado.

También se identifican las poblaciones cubiertas por las otras Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o también incluidas como Empresas Responsables de Pago (ERP), según la Ley 1122 de 2007, tales como los de los regímenes de Excepción o Especiales, (Magisterio, ECOPETROL, Fuerzas Militares, etc.), las Empresas Obligadas a Compensar (EOC), y otros, los cuales tienen definidos sus planes de beneficios y los recursos financieros que los sustentan y garantizan; pero a las cuales no se llega de la misma manera que en los regímenes contributivo, subsidiado y a la población no asegurada, porque no han tenido el mismo desarrollo en las normas del gobierno a través del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido normas mediante las cuales se busca que los entes territoriales ejerzan su responsabilidad con el resto de la población de su jurisdicción y que cada asegurador vele por el mejoramiento en la calidad del sistema, como son el Decreto 1011 de 2006, la NTGC 1000, la resolución 1445 de 2006, entre otras; sin

embargo, no han generado impacto ya que los mismos se convirtieron en ejercicios teóricos bien documentados pero distantes de lograr la calidad y la satisfacción de los usuarios.

La reciente Ley 1438 de 2011, en el tema de aseguramiento, establece la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento, la garantía de portabilidad¹¹ o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, como mecanismo para mejorar el acceso a la prestación de los servicios de salud por parte de dichas entidades, en un marco de sostenibilidad financiera; e indica reglas y condiciones como el porcentaje de gastos de administración, requisitos de funcionamiento para las EPS, lo que supone un mejor papel en lo que les implica el aseguramiento de la salud de la población y su compromiso en cuanto los resultados en el estado de bienestar y calidad de vida.

Así mismo, define las reglas para la actualización del plan de beneficios y para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, mediante los Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud y la Junta Técnica Científica de Pares.

Hace especial énfasis en lo que se refiere al Régimen Subsidiado, quedando en cabeza de los Entes Territoriales su administración mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. Así mismo lo referente al aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente, los mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado, unifica los subsidios modificando los que hasta la fecha eran considerados como parciales y reglamenta la permanencia de los afiliados en el régimen subsidiado. Para lograr ampliar la cobertura incentiva y promueve la afiliación al sistema a través de la universalización del aseguramiento, indicando mecanismos para la identificación de población que se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo o podrán ser afiliados oficiosamente, y reglamente todo lo relacionado con Planes Voluntarios de Salud, conservando con ello la presencia y relevancia de las EAPB/ERP/EPS.

Es de mencionar en este punto que también establece reglas que permitan el mejoramiento del sistema en lo que corresponde a los Entes Territoriales, porque amplía las competencias definidas en la Ley 715 de 2001, fortalece la SuperIntendencia Nacional de Salud, la cual podrá delegar funciones a los Entes Territoriales para apoyar los procesos de IVC frente a estas entidades y así mismo como comprador de servicios de salud, hasta tanto así lo determinen los lineamientos normativos, todos juntos responsables de la salud de la población cundinamarquesa y/o que reside en el

¹¹ Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.

departamento de Cundinamarca, condiciones bajo las cuales se define e implementa el presente Plan Territorial de Salud.

1.8. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

De acuerdo con lo establecido por la Ley 1438, las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Autores como Shortell, Guilles, & Anderson 1994 y Vásquez & Vargas 2007 definieron la RISS como la *“red de organizaciones de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de servicios a una población determinada y que se hace responsable tanto de los costos como de los resultados en salud de una población determinada”*.

La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

- ❖ Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- ❖ Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.
- ❖ Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.
- ❖ Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.
- ❖ Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.
- ❖ Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.
- ❖ Red de transporte y comunicaciones
- ❖ Acción intersectorial efectiva.
- ❖ Esquemas de participación social amplia.
- ❖ Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.
- ❖ Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- ❖ Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

- ❖ Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Con ello se busca que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

- ❖ La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.
- ❖ La identificación de factores de riesgo y factores protectores.
- ❖ Consenso en tomo a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- ❖ Consenso en torno al modelo de atención en salud centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.
- ❖ El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
- ❖ La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado, incluyendo lo que desarrollen las entidades responsables de pago con sus respectivas poblaciones afiliadas y el Ente Territorial para con la población no asegurada.
- ❖ La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.
- ❖ La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.
- ❖ Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.
- ❖ La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca se propone adoptar estas especificidades en el Modelo de Gestión de Salud que se adopte en el marco de la integralidad del modelo de atención en salud bajo enfoque de APS-R y el modelo de prestación de servicios de salud bajo el enfoque de las redes integradas de servicios de salud que se plantean en el presente Plan Territorial de Salud.

1.9. POBLACIONES ESPECIALES

El concepto de “Enfoque Diferencial” pone de presente el hecho de que los individuos en sus diferentes etapas del ciclo de vida pueden ser más vulnerables en ciertas condiciones o situaciones lo cual sustenta la necesidad de intervenciones diferenciales que disminuyan y/o modifiquen las circunstancias de vulneración para lograr la igualdad real, el efectivo

reconocimiento de la diversidad, el desarrollo y potenciación de sus capacidades y el disposición innegable de las posibilidades y oportunidades que garanticen el mejoramiento de su calidad de vida y el de sus familias.

En este sentido, tendrán especial atención los grupos poblacionales que se encuentran en las etapas de la primera infancia y la niñez, víctimas del conflicto armado y los desastres naturales, grupos étnicos, afrocolombianos y poblaciones ROM, población en condición de discapacidad y población carcelaria, entre otros.

Los principios de **Enfoque Diferencial** e **Intersectorialidad** promulgados en diferentes regulaciones y en particular en el Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, reconocen que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad (*Enfoque Diferencial*), para quienes se debe coordinar acciones con los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, con el fin de afectar los determinantes y el estado de salud de la población (*Intersectorialidad*). Por tal razón, las acciones en la atención en salud para las poblaciones especiales descritas en el Acuerdo 415 de 2009 y en la Resolución 2321 de 2011, las medidas de ayuda humanitaria, asistencia y reparación integral contarán con los orientaciones citadas.

Tabla N° 2 GRUPOS POBLACIONALES DETERMIANDOS

Soporte normativo	Beneficiarios a identificar mediante instrumentos diferentes de la encuesta SISBEN	Autoridad responsable de la elaboración del listado censal	Código asignado en la Resolución 2321 de 2011
Resolución 2321 de 2011	Habitante de la calle	Alcaldía municipal	1
Acuerdo 415 de 2009	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).	2
Acuerdo 415 de 2009	Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).	6
Acuerdo 415 de 2009	Población desmovilizada.	Alta Consejería para la Reinserción, o quien haga sus veces.	8
Acuerdo 415 de 2009	Población en condiciones de desplazamiento forzado.	“Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - Acción Social” o la entidad que haga sus veces.	9
Acuerdo 415 de 2009	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.	Alcaldía municipal	10
Acuerdo 415 de 2009	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.	Fiscalía General de la Nación	11

Soporte normativo	Beneficiarios a identificar mediante instrumentos diferentes de la encuesta SISBEN	Autoridad responsable de la elaboración del listado censal	Código asignado en la Resolución 2321 de 2011
Resolución 2321 de 2011	Población en centros psiquiátricos	Alcaldía municipal	12
Acuerdo 415 de 2009	Población rural migratoria.	Gremios agrícolas o las organizaciones campesinas de usuarios correspondientes	13
Acuerdo 415 de 2009	Personas mayores en centros de protección. ADULTO MAYOR.	Alcaldía Municipal	16
Acuerdo 415 de 2009	Comunidades Indígenas.	La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan.	17
Acuerdo 415 de 2009	Población ROM	Autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia	18
Resolución 2321 de 2011	Población carcelaria del INPEC. Dec.2777 de 2010	INPEC	22

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud

De igual manera, el Estado ofrecerá especiales garantías y medidas de protección a los grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas, tales como **mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de derechos humanos y víctimas de desplazamiento forzado**, contribuyendo a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes.

Con la Ley 1448 de 2011, se define que las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado, (**homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil**), son consideradas personas víctimas del conflicto armado; los parientes de los miembros de grupos armados organizados al margen de la ley serán considerados como víctimas directas por el daño sufrido en sus derechos, pero no como víctimas indirectas por el daño sufrido por los miembros de dichos grupos.

Así mismo, son víctimas el esposo o la esposa, el compañero permanente, parejas del mismo sexo, los padres o hijos (incluyendo adoptivos) de la víctima directa, cuando a ésta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. Si estos familiares no están, se considerarán como víctimas los abuelos.

Las víctimas tendrán derecho a recibir medidas especiales y preferentes de asistencia en materia de salud, en particular, la atención psicosocial para atender las secuelas psicológicas que el conflicto ha dejado en las víctimas.

Por último, destacar que la Ley 1450 de 2011, por medio de la cual el gobierno nacional profirió el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, estableció en el Artículo 182, la determinación de criterios para la superación de la situación de vulnerabilidad individual manifiesta ocasionada por el desplazamiento forzado por la violencia. Se autoriza al Gobierno Nacional para determinar e implementar los criterios técnicos que deban tenerse en cuenta con el fin de establecer cuándo se supera la situación de vulnerabilidad individual manifiesta generada para las víctimas del desplazamiento forzado por la violencia, en donde la asistencia en materia de Salud es un determinante valioso.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

El Análisis de la Situación de Salud de Departamento de Cundinamarca se construyó teniendo en cuenta la estructura del componente estratégico del Plan Departamental de Desarrollo 2012-2016: “Cundinamarca Calidad de Vida” en aquellos objetivos y programas en donde el Plan Territorial de Salud se encuentra directamente incorporado y articulado, tal como se presenta en el Anexo 1 del presente plan.

Este análisis sumado con la precepción ciudadana identificada en la mesa provinciales que se realizaron para la formulación de los planes en mención y la identificación y priorización de la problemática, permitieron definir las líneas de política, prioridades y metas que sustentan el Plan Departamental de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud.

3. FUNDAMENTOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Plan de Salud Territorial “Cundinamarca Saludable” se orienta, define y describe en concordancia con lo expresado en la Constitución Política de Colombia – CPC, en especial en sus artículos 11, 48 y 49, a través de los cuales se enfatiza el Derecho a la Vida y a la seguridad social como un servicio público irrenunciable de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; y a la salud como un servicio público a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; en articulación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),

los lineamientos nacionales establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: “Prosperidad para Todos”, el Plan Nacional de Salud Pública, hasta tanto entre en vigencia el Plan Decenal de Salud, la Resolución 425 de 2008 en lo que se refiere a la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan y en la Ley 1438 de 2011, en lo que corresponde a la reforma el Sistema General de Seguridad Social; todo ello enmarcado en los lineamientos establecidos en el Plan Departamental de Desarrollo 2012 - 2016: “Cundinamarca Calidad de Vida”, así como en las iniciativas regionales, en especial en las relacionadas con la Región-Capital/Cundinamarca-Bogotá, que a su vez se constituyen en la inspiración para su implementación.

Como se menciona en el párrafo anterior, el marco normativo internacional que adopta el Plan Territorial de Salud del departamento de Cundinamarca se fundamenta en el desarrollo de los **8 Objetivos de Desarrollo del Milenio** - ODM definidos en el año 2000 en la Cumbre del Milenio, desarrollada en el Marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas¹², que son: (1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) Lograr la educación primaria universal, 3) Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, 4) Reducir la mortalidad en menores de cinco años, 5) Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva, 6) Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue, 7) Garantizar la sostenibilidad ambiental y 8) Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo; así como al cumplimiento de las 18 metas establecidas, las cuales serán medidas a través de 48 indicadores comunes a todos los países para la comparación a nivel internacional y la identificación de los progresos que se alcancen.

Siguiendo el orden normativo, el marco orientador que da la Constitución Política de Colombia se aplica en el Plan Nacional de Desarrollo – (PND) “PROSPERIDAD PARA TODOS”, mediante la Ley 1450 del 6 de Junio de 2011, el cual expresa como principal objetivo “consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita el desarrollo sostenible y el crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y en definitiva, mayor prosperidad para toda la población”; que para lograrlo, en el Artículo 3° de dicha Ley, se incorporarán cuatro ejes transversales¹³ y tres pilares¹⁴, los cuales también inspiran el presente Plan Territorial de Salud.

¹² Participaron 188 naciones, entre ellas Colombia.

¹³ Los Ejes transversales del PDN “Prosperidad para Todos” son:

1. Innovación en las actividades productivas nuevas y existentes, en los procesos sociales de colaboración entre el sector público y el sector privado y, en el diseño y el desarrollo institucional del Estado;
2. Buen Gobierno como principio rector en la ejecución de las políticas públicas, y en la relación entre la Administración y el ciudadano;
3. Un mayor y mejor posicionamiento internacional de Colombia en los mercados internacionales, en las relaciones internacionales, y en la agenda multilateral del desarrollo y de la cooperación para alcanzar la relevancia internacional propuesta y
4. Una sociedad para la cual la sostenibilidad ambiental, la adaptación al cambio climático, el acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones y el desarrollo cultural sean una prioridad y una práctica como elemento esencial del bienestar y como principio de equidad con las futuras generaciones.

¹⁴ Los Pilares del PDN “Prosperidad para Todos” son:

- 1.- Una estrategia de crecimiento sostenido basado en una economía más competitiva, más productiva y más innovadora, y con sectores dinámicos que jalonan el crecimiento.
- 2.- Una estrategia de igualdad de oportunidades que nivele el terreno de juego, que garantice que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social o lugar de origen.

En este contexto, el Plan Territorial de Salud del Departamento de Cundinamarca incorpora los artículos del PND relacionados con salud, para lo cual, se relacionan en el anexo v, y en cada uno de ellos, según aplique, se establecerán metas, estrategias y actividades que permitan su implementación y desarrollo en la jurisdicción del departamento.

No obstante el registro del articulado del PND es importante y hace parte integral del presente documento, es de resaltar la adopción por parte del Gobierno Nacional y del Departamental en temas de interés significativo, como son entre otros:

- a) la adopción de una política pública en favor de la primera infancia, enfatizando especialmente lo que corresponde a la estrategia de AIPI;
- b) prioridades como la universalización y la unificación en salud y los aspectos relacionados con flujo de recursos en el sistema, incluyendo pagos a IPS y prestaciones no financiadas por el sistema;
- c) Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – ESE y el programa de hospital seguro frente a desastres;
- d) la adopción de una política pública para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, que deberá acoger las recomendaciones de los organismos internacionales de protección de los DD.HH. y las obligaciones contenidas en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
- e) la adopción de una política pública dirigida a la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia que atienda las necesidades de esta población, en términos de flexibilización de la oferta, restablecimiento socioeconómico, inversión entre entidades territoriales, entre otras; en lo que corresponde a prestación de servicios a la población. Así mismo, el PND subraya el desarrollo de actividades de seguimiento y control integral de los recursos del Sistema General de Participaciones para agua potable y saneamiento básico, y plantea estrategias encaminadas a la eficiencia en el manejo de residuos sólidos con el fin de controlar y reducir los impactos ambientales y sociales del inadecuado uso de estos elementos.

Se incorporan al PTD aspectos de la Ley 1438 de 2011, como son su objeto¹⁵ y en particular lo que indica en cuanto la orientación que deberá seguir el Sistema General de Seguridad

3.- Una estrategia para consolidar la paz en todo el territorio, con el fortalecimiento de la seguridad, la plena vigencia de los Derechos Humanos y el funcionamiento eficaz de la Justicia.

¹⁵ *fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país e incluye disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera*

Social: generar condiciones que protejan la salud de los cundinamarqueses y lograr que el bienestar del usuario sea el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para lograrlo, se propone generar los mecanismos necesarios para que concurren las acciones de salud pública, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, promover de manera constante la salud de la población que reside en Cundinamarca; gestionará las acciones que permitan operativizar la unificación del Plan de Beneficios, la universalización del aseguramiento y lo que trabajen las EPS para hacer realidad la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, promoviendo acciones que conlleven a la sostenibilidad financiera del Sistema.

De igual manera cabe resaltar que la Ley 1438, en el Artículo 5° modificó¹⁶ y adicionó¹⁷ al artículo 43 de la Ley 715 de 2001 en lo que corresponde a las competencias de los entes territoriales departamentales y municipales, con lo que se fortalecen las responsabilidades del Ente Territorial Departamental en su condición de Autoridad Sanitaria y rector del sistema general de seguridad social en su jurisdicción frente a los Entes territoriales Municipales y las Empresas Responsables de pago (ERP) o Administradoras de planes de beneficio (EAPB).

Articulado con lo anterior, entre los principales lineamientos establecidos por el orden nacional a través de la citada Ley, cabe señalar lo relacionado con salud pública, la promoción y prevención y la **Atención Primaria en Salud (APS)**, los cuales son el fundamento del presente Plan Territorial de Salud, quedando sujeto a lo que defina el Ministerio de Salud en el Plan Decenal de Salud Pública; sin embargo, desde éste proceso de planificación la adopta e incluye los tres componentes integrados e interdependientes que la caracterizan, como son, los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

Partiendo de su definición, descrita en el acápite correspondiente del presente documento, en la implementación de esta estrategia, el departamento de Cundinamarca hará uso de los métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud; así como de la implementación de herramientas para su uso sistemático como los registros de

¹⁶ modificó:

- a) Avalar los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, de los municipios de su jurisdicción, en los términos que defina el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud, cuyo consolidado constituye el Plan Bienal de Inversiones Públicas Departamentales.
- b) Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.
- c) Asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción, según el Ministerio de la Protección Social reglamente el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados.
- d) Cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y
- e) Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas.

¹⁷ Adicionó:

- a) Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en salud a nivel departamental y distrital y
- b) Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en salud a nivel municipal.

salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos. También, para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud, según lo propone el Gobierno Nacional, se tendrán en cuenta los elementos descritos para su desarrollo y que fueron detallados en el capítulo de conceptos.

Así mismo, se adoptarán en el Departamento las estrategias definidas por el Ministerio de Salud en la Política Nacional de prestación de Servicios de Salud como son el *fortalecimiento de los servicios de baja complejidad y la conformación de equipos básicos de salud* en las cuales concurrirán el talento humano y los recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de los otros sectores actores que participan en la atención de los determinantes en salud. Entendiendo que la constitución de los equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano; así como que los mismos se adapten a las necesidades y requerimientos de la población, situación que exigirá un esfuerzo importante y para lo cual se establecerá una estrategia y se destinarán recursos que faciliten su implementación y ajustes.

En este orden de ideas y en cumplimiento de los propósitos aquí planteados en lo que corresponde a la estrategia de Atención Primaria en Salud, según lo define la Ley en mención, el departamento establecerá los mecanismos de articulación a su interior para que se orienten las fuentes de financiación en *las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención*, relacionadas principalmente con los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001, incluyendo los recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública, los recursos del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar y los otros recursos que destinen las entidades territoriales municipales; y con los demás actores del sistema se definirán acciones que permitan aunar los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud; así como los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA, los de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención que se articularán.

También se definirán y realizarán las acciones que permitan apoyar el **Observatorio Nacional de Salud** que cree el Ministerio de Salud y Protección Social para acompañar el proceso de monitoreo a los indicadores de salud pública y a las condiciones de salud de la población de cada municipio del departamento de Cundinamarca, permitiendo a través de ellos, contar con información desagregada de resultados por Asegurador, incluyendo lo que le corresponde al departamento como comprador de servicios de salud, por prestadores, con especial énfasis lo que corresponde a la Red pública adscrita al Departamento y a los Entes Territoriales Municipales de la Jurisdicción.

En lo que corresponde al **Aseguramiento**, según lo define el Gobierno Nacional se adoptarán las estrategias que favorezcan el ajuste en las entidades prestadoras y aseguradoras al momento de la actualización del Plan de Beneficios y la portabilidad nacional, incluyendo las intervenciones de asistencia técnica a los Entes territoriales municipales en la verificación,

seguimiento y control de las ERP/EAPB (Entidades Promotoras de Salud C y S) de la jurisdicción, en cuanto son ellas las que deben garantizar el acceso con calidad a los servicios de salud en el territorio departamental y municipal. En este aspecto el departamento define metas que coadyuven al cumplimiento de las metas nacionales en la universalización, especialmente en lo que corresponde a la afiliación al régimen subsidiado pero también y de manera innovadora en lo que corresponde a la afiliación de la población al régimen contributivo, teniendo en cuenta la meta nacional del cuatrienio en este punto.

Para ello, adopta los lineamientos en materia de la administración del Régimen Subsidiado; el aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente; los mecanismos de recaudo y giro de los recursos del Régimen Subsidiado; así como la Universalización del aseguramiento a través de la cual se pretende que todos los residentes en el país estén afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con relación a los recursos de financiamiento del aseguramiento tendrá en cuenta y se aplicarán las normas y los lineamientos para ello establecido en cuanto las fuentes¹⁸ de financiación del aseguramiento en salud para el departamento, todo lo anterior materializado a través de la **Estrategia “Cundinamarca Asegurada y Saludable”** a través de la cual se pretende lograr el Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud, el Mejoramiento de la calidad en la atención en salud y el Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud, responsabilidad de todos los diferentes actores del sistema que tienen bajo su cuidado la población que vive, reside o transita en y por el Departamento de Cundinamarca.

En el tema específico de la **prestación de servicios de salud**, el Departamento de Cundinamarca adoptará una política pública específica en respuesta a lo que la Ley 1438 de 2011 establece en el tema de redes integradas de servicios de salud, asumiendo una meta propia para definir y desarrollar al menos una red integrada de servicios de salud (RISSS) constituida por entidades prestadoras de servicios de salud públicas (ESE) del Departamento.

De otra parte, y teniendo en cuenta que las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar y ofrecer a su población afiliada una red de servicios que cubra todas sus necesidades, de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes de servicios y que el Ministerio de Salud podrá delegar en los departamentos el proceso de habilitación, de acuerdo con la reglamentación que expida,

En este sentido la ETD se propone metas que le permitan hacer el seguimiento a control a la ERP/EAPB de la jurisdicción en lo que corresponde a desarrollo y contratación de las redes integradas de servicios de salud, el cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y de los indicadores de calidad que son de obligatorio cumplimiento por dichas entidades y a su interior lograr la acreditación como primer ente territorial departamental en lograrlo.

¹⁸ la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financiará con recursos de las entidades territoriales (SGP, recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA, rentas cedidas destinadas a salud; recursos de regalías y otros recursos propios de las entidades territoriales); del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); y otros recursos como los definidos por recaudo de IVA establecidos en la Ley 1393 de 2010; los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado y recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca trabajará en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través del Consejo Territorial de la Seguridad Social en Salud del departamento en los mecanismos para lograr la articulación de la red, incluyendo los municipios no certificados, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en la jurisdicción, buscando que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.

Para ello se propone desarrollar estrategias para apoyar el **Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos**, con acciones tendientes a garantizar las sostenibilidad técnica y financiera de la red, tales como el seguimiento permanente a la gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial; el desarrollo de una metodología de reporte de ingresos, gastos y costos de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud; la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado; el saneamiento de cartera, la cancelación del pasivo prestacional de las ESEs e instituciones del sector salud; la financiación de la prestación del servicio en zonas alejadas; la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado; así como la adopción de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

En lo que se refiere al **Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad** y los resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se definirá e implementará un programa de auditoría integral para la calidad y una estrategia “Cundinamarca asegurada y saludable”, se logre la universalización y se unifique los planes de beneficios; y de otra parte, fortalecer el proceso de asistencia técnica en las ERP/EAPB para definir y alcanzar, entre todos los actores, la calidad esperada y deseada para los residentes en el departamento.

En lo que se refiere al **Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC)** y los resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se definirá e implementará un programa de auditoría integral para la calidad, incluyendo lo que es indispensable en el tema de seguimiento a los indicadores del sistema de información de la calidad (SIC), enmarcados en la Estrategia “Cundinamarca Asegurada y Saludable”, mediante la cual se apoyen los procesos de universalización y de ajuste del sistema al darse la unificación de los planes de beneficios; al mismo tiempo que se fortalece el proceso de asistencia técnica en las ERP/EAPB para definir y alcanzar, entre todos los actores, la calidad esperada y deseada, disminuir la brecha de la no calidad, definir y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento, mediante los cuales se logre, para los residentes en el departamento, mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud; de la calidad en la atención en salud y de la eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Igualmente se fortalecerá con la articulación e integración del **Sistema de Información** que garantice el uso de información de forma confiable, oportuna y clara, a fin de cumplir como comprador de servicios de salud con los datos de la red contratada en cuanto los registros individuales de prestación de servicios y con ellos conocer las características de la población atendida, conocer el nivel de servicio para dar seguimiento adecuado a las falencias de la entidad, conocer el detalle de todas las prestaciones y generar planes de contingencia para mejorar los diferentes problemas presentados en el proceso de información y cumplir lo que le

corresponde en este tema con los demás actores del sistema, logrando un adecuado proceso de gestión de la información sobre el estado de salud de la población residente en el departamento de Cundinamarca

Con relación a las acciones de **inspección, vigilancia y control**, el departamento fortalecerá el sistema de IVC mediante la articulación y unificación del proceso ante las entidades sujetas de IVC, permitiéndose un proceso de asistencia técnica articulada y efectiva y según se presente, apropiará las medidas que la Superintendencia Nacional de Salud defina y delegue.

La política Departamental de **participación social**, definirá sus objetivos y metas, en el marco de lo defina el Gobierno Nacional, para fortalecer la capacidad ciudadana, promover la cultura de la salud y el autocuidado, incentivar las actividades de veeduría y participación ciudadana en los ejercicios todos lo ejercicios que son definidos para que ella intervenga, como son entre otros, definición de política presupuestación participativa en salud, defensa por el derecho de la salud de los ciudadanos y la identificación de temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Finalmente cabe señalar en lo concerniente a la **política del talento humano** que la Dirección Departamental de Cundinamarca buscará orientar la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población cundinamarquesa y las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que a través del presente plan de salud se pretende lograr en estos cuatro años de gobierno.

En el marco de lo descrito, el departamento dará especial énfasis a la atención preferente y diferencial para la **Infancia y la Adolescencia**; priorizando los servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas; se promoverá el restablecimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados; para lo cual se hace un especial llamado a la corresponsabilidad del Estado, la comunicada en general y a los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes, quienes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores; así como de la obligación de denunciar la posible vulneración de derechos, maltrato o descuido.

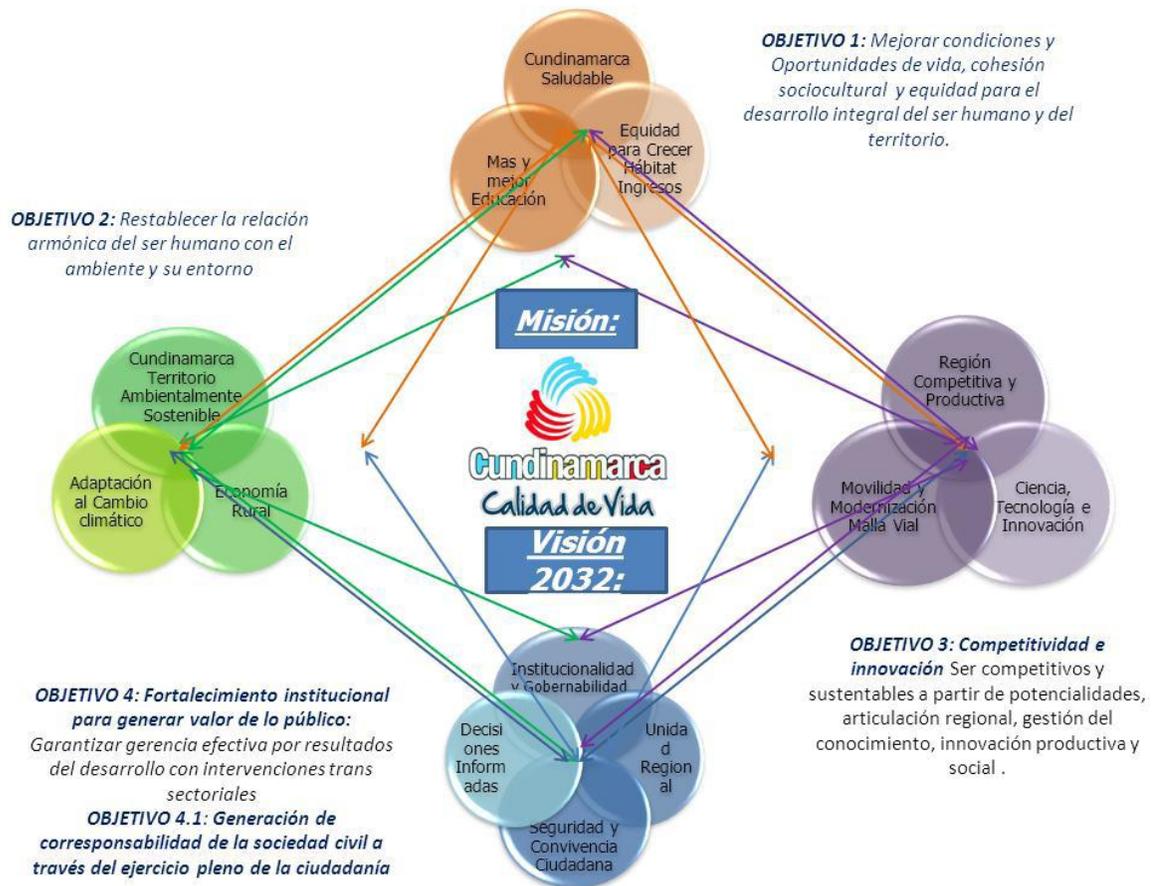
El Plan Territorial de Salud: “Cundinamarca Saludable”, se ajustará al **Plan Decenal de Salud Pública**, una vez entre en vigencia, de acuerdo a la Circular 05 del 26 de Enero de 2012. Hasta tanto, la formulación del presente plan territorial se hace con base en las estipulaciones definidas en el Decreto 3039 de 2007 que contiene el **Plan Nacional de Salud Pública - PNSP**, con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social ahora Ministerio de Salud, a través de la Resolución 425 de 2008, el cual incluye el **Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas**.

El Plan Territorial de Salud se formuló en coherencia con el perfil de salud territorial que a se describe en el anexo i; articula y recoge, como ya se mencionó, la orientación general que el nuevo gobierno departamental ha dispuesto en relación con la salud, de acuerdo con el programa de gobierno del Doctor Alvaro Cruz Vargas, el cual se despliega en el Plan

Departamental de Desarrollo 2012-2016: “**CUNDINAMARCA CALIDAD DE VIDA**”; se rige por lo establecido en los Capítulos VIII, IX y X de la Ley 152 de 1994; las Leyes 715 de 2011, 1122 y 1151 de 2007, el Decreto 3039 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y las disposiciones que las modifiquen, adicionen o sustituyan; las demás normas enunciadas y aquellas que le aplican y no quedan explícitamente descritas en el presente documento. Así mismo adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes, cumpliendo con las metas definidas para el cuatrienio.

El alcance del presente Plan para el gobierno departamental en estos cuatro años, es avanzar en la generación de condiciones que permitan el desarrollo integral del ser humano y su armonía con el territorio; progresar en la consolidación de una Cundinamarca competitiva, sostenible, cohesionada, con una gestión gubernamental transparente y con resultados demostrables en salud y calidad de vida. (Ver Figura N°1)

Figura N° 1. Estructura del Plan Departamental de Desarrollo: Cundinamarca Calidad de Vida el cual incorpora el Plan Territorial de Salud: Cundinamarca Saludable



Por lo anterior El Plan Territorial de Salud: “Cundinamarca Saludable”, tal como lo establece la Resolución 425 de 2008, tiene como **propósito** fundamental mejorar el estado de salud de la población de Cundinamarca, logrando en el mediano y largo plazo, evitar la progresión y la ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad y tener mejores herramientas para enfrentar los retos del envejecimiento poblacional, la transición demográfica, disminuyendo las inequidades territoriales en salud; especialmente afectando positiva y transectorialmente los determinantes sociales que afectan la salud como resultante de un proceso social dinámico y cambiante.

En este orden de planteamientos, la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca define en el Plan Territorial de Salud “Cundinamarca Calidad de Vida 2012 – 2015”: la Misión y Visión del Plan, los enfoques, las líneas de política, los objetivos estratégicos, las prioridades y metas, los ejes programáticos, las fuentes de financiación del plan y su armonización con el Plan Departamental de Desarrollo: Cundinamarca: Calidad de Vida.

4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Lograr condiciones de vida digna, con equidad e inclusión de la población en todas las etapas de su ciclo de vida, reconociendo a las personas desde sus distintas características, buscando su protección en los riesgos de salud, el acceso con calidad y humanización a los servicios de salud y la resolución efectiva de sus necesidades por cada una de las entidades que han sido delegadas como responsables de estas funciones; favoreciendo con ello oportunidades de calidad de vida que potencien las capacidades y el desarrollo integral de los cundinamarqueses, es el más importante reto del **Plan Territorial de Salud 2012-2015: “Cundinamarca Saludable”**.

Esto implica iniciativas de movilización social, colaboración y complementariedad para el uso de los recursos, la construcción de respuestas a las necesidades reales de las personas y la concertación de estrategias de operación entre los distintos sectores y la comunidad, que permitan ver y abordar la salud como una resultante del proceso social, más allá de la forma tradicional que se centra en los factores de riesgo y las condiciones clínicas relacionados con enfermedades.

En este sentido, Cundinamarca propone construir y desarrollar un Modelo de Gestión en Salud “Cundinamarca Saludable”, el cual articula y cohesiona el modelo de atención en salud con el de prestación de servicios, bajo el marco explicativo de la determinación social, un enfoque poblacional - territorial – diferencial con un abordaje de ciclo vital y el reconocimiento de las dinámicas propias de los territorios, incluyendo el marco normativo y vigente del aseguramiento en salud, lo que implica el trabajo articulado con las entidades responsables

de pago y de la atención en salud de la población que vive, reside o transita por el departamento de Cundinamarca; buscando generar un impacto positivo en la calidad de vida y el desarrollo integral del ser humano.

Como estrategias se establecen el desarrollo de la gestión transectorial para afectar positivamente los determinantes sociales; incentivar y promover la afiliación al sistema y la Atención Primaria en Salud Resolutiva (APSR) como estrategia articuladora.

Así mismo, la modernización y reorganización de la Red Pública Integrada de Servicios de Salud de Cundinamarca para lo cual se deberá contar con la aprobación de la Asamblea Departamental para aquellos casos que en materia de ajuste institucional apliquen según lo establecido por la normatividad vigente; el mejoramiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación en los componentes de infraestructura, dotación de equipos médicos y biomédicos para servicios en diferentes modalidades, incluyendo la telemedicina con énfasis en las IPS públicas de baja complejidad; la renovación y modernización de la infraestructura tecnológica de la red hospitalaria pública soportados en TIC's, la implementación de la Historia Clínica Electrónica Unificada y el Sistema Integrado de Información; el apalancamiento financiero, el saneamiento de pasivos laborales y las transferencias de ley a cargo del Departamento encaminados a garantizar la sostenibilidad técnica y financiera de la red pública departamental; así como el mejoramiento del sistema de referencia y contrareferencia y la atención de urgencias, emergencias y desastres, además de todo lo que aplica en estos temas a las entidades aseguradoras, a fin de garantizar integralidad en los resultados del estado de salud de toda la población del departamento

Se fortalecerán las acciones de inspección, vigilancia y control en los sujetos susceptibles de intervención en el marco de la prestación de servicios de salud, aseguramiento, financiamiento del SGSSS y salud pública con el fin de contribuir a garantizar el derecho y acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud en todas las tecnologías de salud requeridas.

Se adelantarán acciones encaminadas a la modernización organizacional y administrativa de la Secretaría de Salud que contribuyan a obtener la acreditación de alta calidad en salud como ente territorial, lo cual incluye el desarrollo, implementación y articulación de sistemas integrales de información y la estrategia nacional de Gobierno en Línea (GEL).

Se impulsará el desarrollo de acciones tendientes a la Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación a través del concepto de competitividad y mediante la integración Universidad-Estado- Empresa que impulse el sistema público de servicios sociales de manera intensiva, potencializando sus capacidades a través del uso productivo del conocimiento, la producción científica y la innovación, es decir, un sistema basado en la gestión del conocimiento.

Se potenciarán acciones de participación social, movilización social, atención a la ciudadanía, responsabilidad social, buen gobierno, cooperación internacional e integración regional impulsando proyectos que beneficien al sector salud y que fortalezcan la articulación y

cohesión entre las regiones no sólo al interior del departamento sino con otros departamentos y distritos, especialmente con Bogotá.

De esta manera, el Plan Territorial de Salud 2012-2015: Cundinamarca Saludable, es parte integral del Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Cundinamarca Calidad de Vida, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7º del numeral III de la Resolución No. 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

RESULTADOS ESPERADOS

EL “PASADO” DE LOS SERVICIOS DE SALUD	EL “FUTURO” DE LOS SERVICIOS DE SALUD
• Énfasis en tratamiento de la enfermedad	→ Énfasis en la promoción y la preservación de la salud
• Responsable por pacientes	→ Responsable por poblaciones definidas
• Énfasis en el cuidado agudo	→ Énfasis en el continuo del cuidado de la salud
• Atención a problemas específicos	→ Cuidado integral
• La meta es el llenado de camas	→ La meta es proveer el cuidado en el lugar más apropiado
• Actores trabajan por separado	→ Los servicios de salud trabajan de “forma integrada”
• Predominio hospitalario	→ Predominio ambulatorio
• Predominio de especialistas	→ Predominio de Telemedicina.
• Predominio de médicos	→ Incorporación de otro tipo de personal de salud
• Práctica individual	→ Práctica multidisciplinarios
• Gestores coordinan servicios	→ Gestores buscan garantía y mejoramiento de la calidad
• Dominio profesional	→ Participación comunitaria
• Receptores pasivas	→ Receptores involucrados en auto-cuidado y auto-gestión
• Responsabilidad exclusiva del sector salud	→ Responsabilidad Transectorial

Fuente: OPS,2008¹⁹

4.1. MISIÓN

Somos un sector del departamento que mediante el desarrollo e implementación del modelo de gestión en salud “Cundinamarca Saludable”, contribuye a lograr condiciones de vida digna, con equidad e inclusión de la población en todas las etapas de su ciclo de vida, reconociendo a las personas desde sus distintas características, buscando su protección en los riesgos de salud, el acceso con calidad y humanización a los servicios de salud y la resolución efectiva de sus necesidades; favoreciendo con ello oportunidades de calidad de vida que potencien las capacidades y el desarrollo integral de los cundinamarqueses.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la atención primaria en salud de las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud, 2008

4.2. VISIÓN

El Departamento de Cundinamarca para el 2016 contará con el Modelo de Gestión en Salud “Cundinamarca Saludable”, que articula y cohesiona en el contexto del aseguramiento en salud, el modelo de atención en salud con el modelo de prestación de servicios, bajo el marco explicativo de la determinación social, un enfoque poblacional – territorial, que aborda la población según su ciclo vital y el reconocimiento de las dinámicas propias de los territorios, a través de la implementación de estrategias como la Atención Primaria en Salud Resolutiva (APS-R) y las redes integradas de servicios de salud, para generar un impacto positivo en la calidad de vida y el desarrollo integral del ser humano.

4.3. PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan Territorial de Salud, concordantes con los expresados en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Departamental de Desarrollo, son los siguientes:

ÉTICA

Principios de conducta individual, social y políticas viables, capaces de mejorar el bienestar humano y la responsabilidad individual, fundamentalmente eliminando su sufrimiento y buscando preservar la vida.

En esta forma la ética habla de mantenimiento de la vida, y la explicitación de los sistemas de salud no debe presentar propuestas inequitativas para toda la población porque estaríamos realizando una “desasistencia programada”. Hay un problema ético de base y nos dedicamos a discutir otros temas como eficiencia, etc. Debemos preguntar cuál es el deber del Estado en la Seguridad Social y en el llamado contrato social.

Debemos pasar de la ética normativa que a la larga es la del poder, para pasar a la ética del cuidado de la vida; debemos estar más cerca del cuidado que el mantenimiento de la norma.

TRANSPARENCIA

El uso de los recursos de la salud debe estar investido con los máximos niveles de honradez, ser destinados sólo a aquellas acciones que permitan prever, más allá de cualquier duda razonable, que su efecto será efectivo, apropiado a los estados y situaciones de salud de la población.

UNIVERSALIDAD

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

EQUIDAD

Es la propensión a anteponer los dictados del deber o de la conciencia a los de la ley estricta. La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por

lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

CALIDAD

Es la provisión de servicios individuales, colectivos, accesibles y equitativos, con un nivel profesional y técnico óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

EFICIENCIA

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos, financieros del Estado y particulares, para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales, de promoción de la salud, la calidad de vida, prevención de los riesgos, recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

RESPONSABILIDAD

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

RESPECTO POR LA DIVERSIDAD CULTURAL Y ÉTNICA

Es la garantía del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud; bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión, control social y evaluación del Plan. Se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, concretándose en los planes de salud territoriales.

TRASECTORIALIDAD

Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extra sectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

SOLIDARIDAD

Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

PREVALENCIA DE DERECHOS

Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y

adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

ENFOQUE DIFERENCIAL

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

SOSTENIBILIDAD

Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar no solo criterios de sostenibilidad fiscal sino de todas las acciones de los actores. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

CORRESPONSABILIDAD

Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

PREVENCIÓN

Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

4.4. ENFOQUES DEL PLAN

ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO: “El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar y mantener la dignidad de la persona en la sociedad”²⁰. Un enfoque de Desarrollo Humano, permite elevar la calidad de vida de las personas, es decir, que se cuente con las oportunidades para que los individuos y las colectividades tengan posibilidades de satisfacer adecuadamente sus necesidades y expectativas y potenciar sus habilidades y sus capacidades.

En este sentido la salud de la población presenta dos aspectos correlacionados: es producto de los procesos de desarrollo de las sociedades y a la vez es un aspecto esencial que permite que estos mismos procesos se logren; es decir, una sociedad que cuenta con poblaciones

²⁰(MAYA, 2001)

saludables, cuenta con más y mejores procesos pues las personas saludables son las que aportan al desarrollo de las mismas; por tanto el estado de salud es un indicador marcador.

Esta relación entre salud y desarrollo, implica procesos transectoriales que propendan por entornos generadores de salud, condiciones de vida digna y equidad en el acceso a los servicios sanitarios e inclusión social de la población.

ENFOQUE POBLACIONAL –TERRITORIAL: Al entender la salud como la resultante de un proceso biopsicosocial y de calidad de vida, el enfoque poblacional se convierte en un elemento clave para centrar las acciones en las personas, bajo una puesta de desarrollo humano, con el objetivo de lograr un abordaje integral de la población, que reconozca y asuma las distintas características²¹ y particularidades de las personas, como son:

- El ciclo vital.
- La condición – situación (Víctimas del conflicto armado, víctimas de desastres naturales, discapacidad, población carcelaria, protegidos o afiliados según régimen de aseguramiento, entre otros).
- La identidad-diversidad (Grupos étnicos, afrocolombianos, población ROM, entre otros).

Estas características se trasponen, es decir, “están siempre relacionadas entre sí, son interactivas y no son excluyentes”²², por lo que se requiere ampliar las comprensiones de las personas a una forma integral, que reconozcan las distintas formas de “ser”, sus múltiples potencialidades y sus múltiples vulnerabilidades. “

Para la Secretaría de Salud de Cundinamarca, este enfoque se explica desde los determinantes sociales y se opera desde el ciclo vital, entendiendo que es un proceso continuo en el cual transcurre la vida de las personas desde la gestación hasta la muerte, pasando por seis etapas: inicio parejo de la vida (Desde la Gestación hasta los 5 años), niñez (Desde los 6 hasta los 11 años), adolescencia (Desde los 12 hasta los 17 años), juventud (Desde los 18 hasta los 28 años), adultez (Desde los 29 hasta los 59 años) y vejez (Desde 60 años).

En este sentido, la comprensión del ciclo vital implica tener en cuenta las características de tipo biológico, social, cultural e histórico, que explican la diversidad en el proceso de transformación de las oportunidades para que los individuos y las colectividades satisfagan adecuadamente sus necesidades y expectativas y el desarrollo de sus habilidades y capacidades.

De igual forma se pone de manifiesto la relación población - territorio, reconociendo que las personas llevan a cabo su proceso vital en el territorio, se apropian socialmente de él y lo transforman. El territorio por su parte marca características a las personas las cuales se manifiestan en sus costumbres, economías, en su relación con el ambiente, en sus procesos

²¹(García-Ruiz, 2010)

²²(Ibid, 2010)

sociales y políticos y en algunos casos de recepción y expulsión de los territorios, entre otras; situación que también es tenido en cuenta por los actores del sistema de salud que son responsables del cuidado y la salud de la población

En este contexto, el análisis de la situación en salud y de las necesidades de calidad de vida de la población, así como la construcción de respuestas integrales a dichas necesidades, deben ser soportadas conforme a la determinación social y a la realidad de la población que vive en territorio con distintas características manifiestas en la relación territorio – población y las que les confiere lo normativo en cuanto a su protección en salud. Esta perspectiva implica de igual forma tener en cuenta no solo las problemáticas y necesidades, si no incluir en las estrategias de abordaje, las potencialidades propias del territorio y la población, con el fin de impulsar procesos de desarrollo a largo alcance.

ENFOQUE DE DETERMINANTES O CONDICIONANTES SOCIALES: La salud no es un acontecimiento sólo del orden bionatural que acontece en el ámbito individual, sino que por su propia naturaleza es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la individualidad, el entorno y las condiciones de vida en los órdenes social, económico, ambiental, cultural y político²³

Enfermamos y morimos en función de la forma como vivimos, nos alimentamos, nos reproducimos, trabajamos, nos relacionamos, nos educamos, desarrollamos nuestras capacidades y enfrentamos nuestras limitaciones. Este es el enfoque de determinantes sociales de la salud. Los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud, lo cual lleva a suponer que los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones transectoriales efectivas.

El concepto de determinantes sociales surge ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual?²⁴, en especial si se tiene en cuenta que la mayor parte de los problemas en salud de la población se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud propiamente dicho.

En este sentido, este enfoque promueve la transectorialidad, articulación y cohesión de las acciones que desde diferentes sectores y actores se desarrollan para lograr el impacto esperado en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

²³ (GUERRERO, 2007). Tomado de http://www.cedetes.org/files/memorias_foro/ppt-EDUARDO_GUERRERO.pdf

²⁴ Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS. Chile, 2008. Tomado de: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_determinantes_sociales/determinantes.html

4.5. PROPÓSITOS DEL PLAN

Cundinamarca adopta como propósitos generales para desarrollar a través del Plan Territorial de Salud 2012-2015:

1. Desarrollar e implementar el Modelo de Gestión en Salud en el contexto del aseguramiento en salud que articula los modelos de atención y prestación de servicios a través de estrategias como la Atención Primaria en Salud Resolutiva (APSR) y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
2. Mejorar el estado de salud de la población cundinamarquesa, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida y el desarrollo integral del ser humano.
3. Mejorar la cobertura de los servicios de salud y formular e implementar la estrategia “Cundinamarca Asegurada y Saludable” para garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad, de la población que reside en Cundinamarca integrando a los actores del Sistema.
4. Intervenir los determinantes o condicionantes sociales de manera transectorial con el fin de disminuir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de los cundinamarqueses.
5. Prevenir la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, impactando positivamente en la mortalidad evitable de la población.
6. Desarrollar el enfoque poblacional a través de acciones en cada una de las etapas de ciclo vital, que permitan enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
7. Humanizar la atención en salud, mejorando la calidad de la prestación y la accesibilidad de los servicios de salud.
8. Fortalecer y hacer más resolutivos los hospitales de baja complejidad, centros y puestos de salud de la red pública prestadora de servicios de salud.
9. Modernizar administrativa y organizacionalmente la Secretaría de Salud y los Hospitales de la Red Pública del Departamento para lo cual se deberá contar con la aprobación de la Asamblea Departamental para aquellos casos que en materia de ajuste institucional apliquen según lo establecido por la normatividad vigente.
10. Promover e incentivar las buenas gestiones de los servidores públicos tanto en la Secretaría de Salud como en los Hospitales de la Red Pública, quienes con su actuar realmente aporten al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

11. Articular y armonizar las acciones desarrolladas por cada uno de los actores del sistema de acuerdo a sus responsabilidades.
12. Implementar espacios que propicien el intercambio de saberes y experiencias de las comunidades étnicas y afrodescendientes relacionadas con la salud desde la multiculturalidad.
13. Fortalecer la gestión y movilidad en salud entre las poblaciones de las diferentes provincias y municipios del departamento, incorporando estratégicamente el uso de las Tecnologías de la información y comunicaciones TICs en la prestación de servicios de salud.

4.6. LÍNEAS DE POLÍTICA

El Plan de Salud Territorial adoptará, adaptará e implementará las líneas de política del Plan Nacional de Salud, hasta tanto entre en vigencia el Plan Decenal de Salud, para lo cual desarrollará sus propósitos y metas en las líneas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan.

Con este fin, a continuación se explica el modelo de gestión en el cual la Secretaría de Salud se apoyará para desarrollarlas, siendo coherente y consistente con la Misión, la Visión y los demás componentes del presente plan.

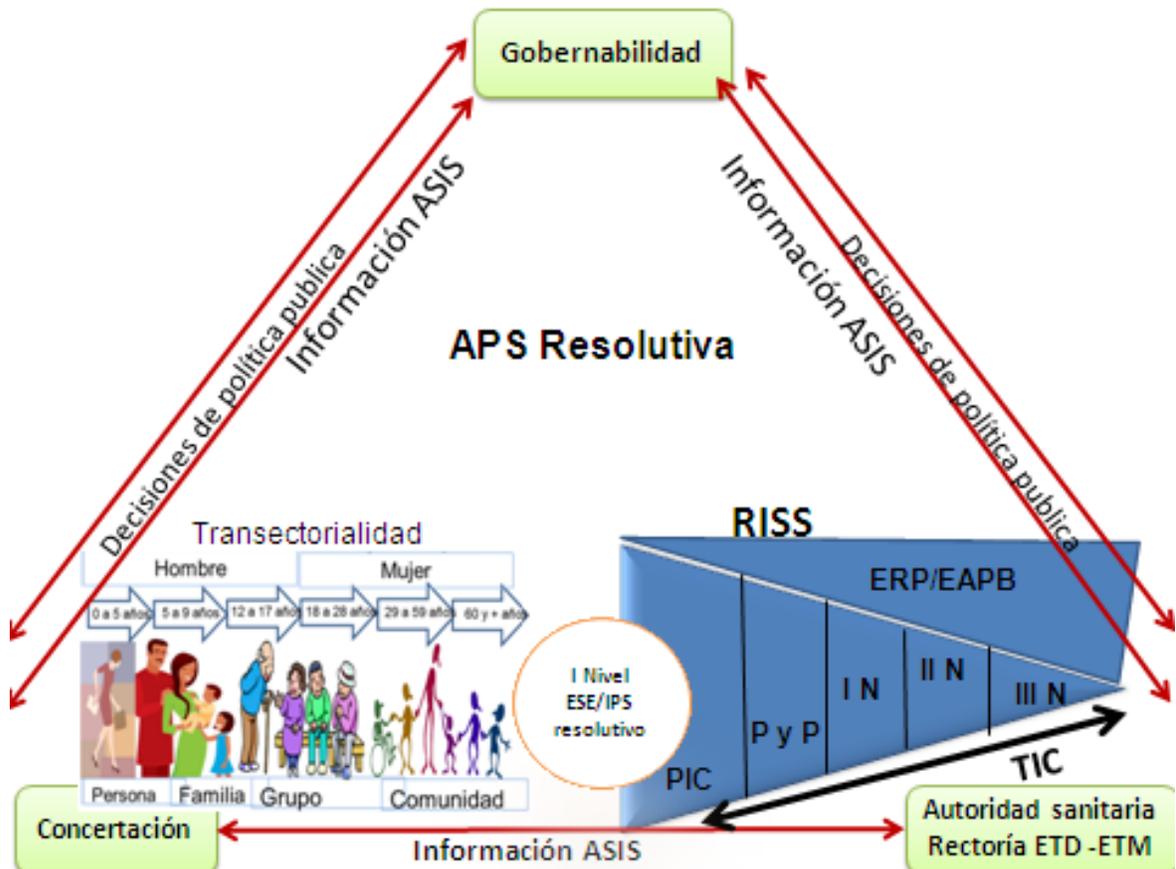
MODELO DE GESTIÓN EN SALUD

Articulación y cohesión del Modelo de Atención en Salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva (APS-R) y el modelo de prestación de servicios de salud bajo la estrategia de redes integradas de servicios de salud.

El modelo actual de salud colombiano focaliza la atención basada en la enfermedad, en acciones centradas en lo sectorial y en lograr la cobertura universal mediante la afiliación, lo que deja incompleto el proceso de aseguramiento, dado que este tiene en su esencia el goce efectivo al derecho a la salud y con ello el acceso con calidad a la prestación de los servicios de salud; reducido a una discusión sobre la rentabilidad financiera de los diferentes actores, desdibujando el quehacer cotidiano de los prestadores y distante de la razón esencial del sistema de salud que son las personas y su estado de salud; lo cual da como resultado un modelo complejo, inequitativo, de difícil control, con formulación de políticas públicas que conllevan a acciones fragmentadas, segmentadas, desarticuladas, que se evidencian en la baja calidad en la prestación de servicios de salud y el bajo impacto en los indicadores de salud de la población.

Cundinamarca se propone construir y desarrollar un Modelo de Gestión en Salud “Cundinamarca Saludable” como piloto para el Departamento y para la Nación, que articula y cohesiona el modelo de atención en salud con el de prestación de servicios, bajo el marco explicativo de la salud a partir de la determinación social, con enfoque poblacional – territorial, que aborda la persona, la familia, la comunidad y la población según su ciclo vital, reconociendo las dinámicas propias de los territorios, motivando y generando la articulación efectiva y consistente de todos los actores del sistema general de seguridad social que se desempeñan y operan en él, en un contexto de política pública transparente, dada su condición de autoridad sanitaria; para generar impacto positivo y real en la calidad de vida y el desarrollo integral de los seres humanos que viven en el departamento de Cundinamarca; lo cual se enmarca en el Plan de Desarrollo Departamental “Cundinamarca calidad de vida”. (Ver Figura N°. 2).

Figura N°2. Modelo de gestión en salud “Cundinamarca Saludable”



Fuente: Elaboración propia

En este sentido, y acorde con la misión del plan, el objetivo del Modelo de Gestión en Salud bajo estas condiciones es *lograr condiciones de vida digna, con equidad e inclusión de la población en todas las etapas de su ciclo de vida, reconociendo a las personas desde sus distintas características, buscando su protección en los riesgos de salud, el acceso con calidad y humanización a los servicios de salud y la resolución efectiva de sus necesidades por cada una de las entidades que han sido delegadas como responsables de estas funciones; favoreciendo con ello oportunidades de calidad de vida que potencien las capacidades y el desarrollo integral de los cundinamarqueses.*

Las estrategias mediante las cuales este modelo se hace efectivo son: el desarrollo de la gestión transectorial para afectar positivamente los determinantes sociales; la construcción e implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), constituidas por las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud (ESE) del departamento, reformadas o reestructuradas según sea necesario y posible previa aprobación de la Asamblea Departamental para aquellos casos que en materia de ajuste institucional apliquen según lo establecido por la normatividad vigente, actualizadas en temas de tecnología y sistemas de información; apropiadas del modelo de gestión, para lo cual se habrá capacitado su talento humano, entre otras muchas acciones.

El éxito de la implementación de este modelo se fundamenta en la gobernanza (condiciones de autoridad sanitaria) expresada en decisiones de políticas públicas basadas en información acorde a la realidad; la rectoría como dinamizador de la operación del modelo, poniendo en marcha responsabilidades y competencias hasta ahora minimizadas, tales como: la conducción del sistema general de seguridad social, la regulación, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento, la armonización de la provisión y el desempeño de las funciones esenciales de salud pública en la jurisdicción; promoviendo y haciendo efectiva la participación y concertación de todos los actores, para lograr la sustentabilidad del modelo. Es importante resaltar que en este aspecto se contemplan temas novedosos como el aseguramiento por afiliación voluntaria, y la prestación según la ubicación geográfica de la población en las redes integradas de servicios de salud, la participación comunitaria activa y la georreferenciación, entre otros.

La gestión de la salud que sustenta este modelo, se estructura a partir del análisis de la realidad de los territorios y sus poblaciones, el cual se construye en los equipos técnicos, en los escenarios de una unidad de análisis por regiones, las cuales cuentan con participación de todos los sectores y actores de estos territorios, motivados y convocados por la entidad territorial municipal y/o departamental según sea el caso; los insumos de estas unidades de análisis permitirá la toma de decisiones informadas, para impactar positivamente en la salud de las poblaciones. Como se ha mencionado, cobra vital importancia para el desarrollo operativo de este modelo, la implementación de las tecnologías de la información y comunicación (TICs), la concertación con los distintos actores del territorio y la rectoría territorial.

Para la puesta en marcha y funcionamiento del modelo de gestión en salud se requiere el diseño y desarrollo de procesos transversales, que son conocidos pero que hoy día se desarrollan desarticulados y por cada tipo de entidad que presta y asegura el servicio de salud; por lo tanto su implementación y desarrollo implica la integración de los distintos actores del sistema. Los más significativos son los siguientes:

- Análisis de la determinación social de las condiciones de vida de las poblaciones en los territorios.
- Georreferenciación de la situación de salud, datos poblacionales de aseguramiento y calidad de vida en los territorios.
- Articulación sectorial –.
- Coordinación intersectorial- transectorialidad
- Fortalecimiento de las redes sociales para la calidad de vida y salud.
- Concentración poblacional para la implementación de las acciones.
- Implementación de las tecnologías de la información y comunicación.
- Concertación de las acciones con los actores de las provincias y desarrollo de acciones que promuevan la movilización social.
- Fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación.

No obstante lo anterior, se ha definido una primera etapa del desarrollo del Modelo de Gestión al interior de la Secretaría de Salud, para lo cual trabajará en su organización interna procurando el mejoramiento de procesos y procedimientos en los cuales se fortalezca su devenir institucional como autoridad sanitaria, definiendo los siguientes requisitos para la implementación:

- Consolidación de los sistemas de información, que incluye:
 - Implementación de sistemas de información que integren los procesos de georreferenciación, Historia Clínica Electrónica que integre el área asistencial con las áreas administrativa y financiera.
 - Fichas familiares y la canalización a los servicios de salud y servicios sociales del territorio.
 - Integración de los distintos sistemas de información existentes en la secretaria departamental de salud.
 - Mejoramiento de las condiciones de conectividad en el departamento, porque se requiere que los sistemas de información en línea integren las bases de datos de todos los sectores y servicios sociales existentes en el municipio.
- Mejoramiento de la infraestructura tecnológica y física de los hospitales de I Nivel incluidos centros y puestos de salud.
- Modernización y fortalecimiento del talento humano tanto en la Secretaría de Salud como en la Red Pública Hospitalaria lo cual implica:
 - Constitución de equipos intersectoriales gestores de calidad de vida.
 - Talento humano con capacidad y habilidad para trabajar en equipo; conocimiento en las competencias de cada sector y de la oferta social existente en el territorio.

- Habilidad para el abordaje a la población reconocimiento la diversidad y las características socioculturales de las ruralidades.
- Capacidad para desarrollar procesos pedagógicos con la comunidad para el fomento de la calidad de vida.
- Se requiere promover una formación basada en el cuidado, el bienestar y la calidad de vida de los individuos y las comunidades, lo que implica considerar todos y cada uno de los elementos que integran a la APS, de manera especial aquellos relacionados con los determinantes sociales y la promoción de la salud. Necesario vincular a los entes de formación (técnica y profesional)

En forma simultánea convocará a las demás entidades actores del sistema para presentarles el modelo de gestión en salud y acordar los mecanismos de articulación que garanticen su efectiva aplicación en todo el Departamento y para toda la población que reside en Cundinamarca, independiente del seguro de salud que le cobija.

La Modelo incluye, como se ha mencionado el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva (APSR), dada las condiciones especiales que promueve el Departamento en lo que se refiere a tecnologías en salud novedosas (Telemedicina) para los primeros niveles de complejidad de tal forma que sea un mecanismo que permita mejorar la resolutivez y la calidad de la atención en las instituciones de primer nivel.

Esta es una estrategia de trabajo para promover la calidad de vida, que incorpora elementos estructurantes del sistema de servicios de salud, entre los cuales está definido el acceso de primer contacto, garantizar la integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural e intersectorialidad, que aunados a tecnología innovadora de movilidad, sistemas de información y de comunicaciones, busca la universalización de la atención en términos de accesibilidad en las áreas más apartadas del departamento, la resolución efectiva de las problemáticas en salud y la gestión de propuestas integrales para mejorar condiciones de vida, de todos las personas que residan en el departamento de Cundinamarca.

La APS resolutiva conjuga una serie de valores como son la protección de la salud, el cuidado de la vida, la solidaridad, equidad y la participación social y movilización social, es una estrategia que busca aportar al desarrollo humano integral de las comunidades y personas, a través de acciones participativas que garanticen la sostenibilidad del proceso.

La propuesta de APS resolutiva para el Departamento de Cundinamarca consiste en:

1. Centrar su accionar en el fortalecimiento de los hospitales públicos de I Nivel, centros y puestos de salud en los distintos territorios, los cuales a través de la implementación de las TICS, de la infraestructura adecuada (que reconozca la diversidad y favorezca la inclusión de las personas), así como del personal de salud necesario, hará de este espacio un lugar que permita la concentración poblacional para la implementación de las acciones de atención, prevención y rehabilitación en salud.

2. Contar con prestación de servicios de calidad con calidez humana, garantizando la legitimidad de esta estrategia frente a la sociedad. Esto requiere además que a nivel sectorial, el equipo cuente con capacidad para el reconocimiento, respeto y abordaje desde la diversidad, desde los elementos culturales propios de las poblaciones rurales y urbanas, de tal forma que se propicie la construcción de vínculos a partir de una atención humanizada.
3. Centra su accionar en un equipo interinstitucional, que a partir del análisis de situación de los territorios, genera un proceso dinámico que planea, articula, coordina, y construye respuestas integrales transectoriales y participativas que se orienten a generar procesos de transformación de la determinación social de la salud.
4. Utilización de las TICs como herramienta para los equipos móviles interinstitucionales y como base de la telemedicina como eje fundamental para la Resolutividad a algunas de las falencias de los servicios de salud.
5. Conformación de un equipo técnico (Apoyo a la toma de decisiones) que tiene como objetivo soportar técnicamente la toma de decisiones a partir de la construcción de análisis de la situación de salud y calidad de vida de la población en los territorios, y posteriormente proponer recomendaciones a corto, mediano y largo plazo, sobre las acciones a realizar de forma integrada e intersectorial.
6. Conformación del grupo coordinador tendrá a su cargo el direccionamiento general de las estrategias a corto, mediano y largo plazo en el nivel administrativo y decisorio para mejorar las condiciones de calidad de vida de la población en los territorios. Es importante resaltar que este equipo no solo está compuesto por profesionales del sector salud, hacen parte de éste profesionales de los demás sectores del gobierno que influyen en la Situación de salud y calidad de vida en los territorios y poblaciones, esto significa que este grupo estará compuesto por: Gobernador, secretarios de despacho, gerentes, academia, etc, y todos aquellos actores involucrados en las decisiones de tipo político, económico y financiero.
7. Conformación de Mesas de concertación (nivel territorial: Municipal, regional y/o veredal) las cuales son espacios de concertación con los actores de los territorios, con el fin de definir finalmente las acciones que se realizaran y cómo se van a realizar estas acciones en los territorios. En este espacio se asumen compromisos de todos los actores y se concertan responsabilidades.
8. La APS resolutiva, se sustenta en un enfoque metodológico flexible, adaptable a cada situación, que permita el abordaje de tareas específicas, promoviendo la participación y la discusión que trascienda a la toma de decisiones políticas para dar respuestas a las necesidades encontradas a partir del análisis de situación.

Otra estrategia que permite operativizar el Modelo de Gestión es Salud es la organización y funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud (RISS). Según la literatura

actual se pueden diferenciar dos tipos básicos de redes integradas de servicios de salud: a) basadas en la afiliación geográfica y b) de afiliación voluntaria. El primer modelo se caracteriza, por contar con una población definida geográficamente y, en general, forman parte de un Sistema Nacional de Salud y en estos es más fácil la definición e implementación de las RISS. En el segundo modelo la población debe afiliarse a aseguradoras que compiten entre sí y cubren un paquete de prestaciones básicas a cambio de una asignación per cápita; en este escenario las redes se pueden crear para atender la población de una aseguradora o a varias y por lo general hay varias redes compitiendo en la misma región geográfica.

En este concepto y en el contexto normativo actual se propone diseñar de manera innovadora un modelo mixto conformado por una afiliación voluntaria al aseguramiento y una conformación geográfica de la red. Por lo tanto, según su integración se puede dar otras clasificaciones de las RISS:

1. Una integración Vertical vs. Horizontal (si las IPS prestan sus servicios en distintas etapas del proceso asistencial o si pertenecen al mismo nivel de atención);
2. Integración total vs cuasi-integradas (proveen directamente todos los servicios que ofrecen o redes que subcontratan todos sus servicios) y
3. Integración real vs. Virtual (con una única propiedad para los integrantes de la red, o por entidades independientes y relacionadas mediante contratos o cualquier otra forma de colaboración).

La consolidación del modelo y del tipo de integración depende de muchos factores, incluso de elementos fundamentales de política pública y rectoría, pero siempre se deben tener en cuenta como elementos fundamentales para la conformación de una red integrada:

- a. objetivos y estrategias unificados en los componentes de la red;
- b. una coordinación técnica administrativa que asegure un proceso asistencial unificado e integrado y
- c. facilidad de acceso geográfico de los usuarios al continuo asistencial.

Así mismo se deben tener en cuenta en la esfera interna: (1) una visión compartida de los objetivos del sistema y estrategias a lo largo de la red; (2) una estructura orgánica con mecanismos que faciliten la comunicación eficiente entre los diferentes profesionales involucrados en el proceso asistencial; (3) un sistema de asignación interna que incentive la coordinación; (4) un modelo de atención que favorezca la atención del paciente en el lugar más adecuado dentro del continuo asistencial. Al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población, muchas sino la mayoría de las intervenciones efectivas de los factores de riesgo son intersectoriales o de otro sector, como agua, alcantarillado, alimentos, educación, accesibilidad laboral, etc. Además la atención integral en salud mental, atención integral en salud a discapacitados y sistemas de emergencias médicas, deben estar incluidas en la red.

Las RISS también están influenciadas por elementos de contexto: a nivel macro, por las políticas de equidad de acceso, y las estrategias políticas y de regulación para desarrollar las

RISS; y a nivel micro, por elementos como la oferta de servicios en el área, las características de la población asignada o el modelo de asignación de recursos a las RISS

La integración debe ser vista como una forma de mejorar el desempeño en salud. Se debería abordar más como “cuidados integrados” con la mira de evitar la fragmentación de la atención, la duplicación en la atención, con pobres resultados, ineficiencia en los servicios y aumento de los recursos necesarios. Dicho de otra manera, la integración mejora los resultados en salud y hace más costo-efectiva la atención

En la mayoría de los países se aceptan que los requisitos para la conformación de las RISS deben estar más dados al concepto de red – manejo de población: o sea por ejemplo: manejo de poblaciones (identificación global, pirámide poblacional, identificación riesgos poblacionales, actores intersectoriales y su coordinación), modelos de atención (énfasis en p y p, salud pública, enfoque familiar y comunitario, diagnóstico familiar), modelo de prestación de servicios (cobrimiento demanda con oferta unificada, accesibilidad, referencia y contrarreferencia, longitudinalidad, sistema de información en red, historia clínica única. Etc). Capacidad instalada de acuerdo a indicadores poblacionales y geográficos.

Se debe tener también en cuenta que las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria. El mantenimiento de la salud no es un problema exclusivo de los profesionales de la salud y de la tecnología y en le deben participar otros sectores y actores. Acercarse más a la comunidad

Las RISS deben cumplir seis criterios de calidad:

1. No deben existir brechas funcionales, es decir, la red tiene que ser capaz de solucionar la mayoría de los problemas de salud;
2. No debe haber superposición funcional entre niveles (principio de especificidad), con algunas excepciones como que las funciones del hospital básico también sean realizadas por el hospital de referencia;
3. Los pacientes deben ser atendidos en el nivel más adecuado para su problema, es decir, no deben existir barreras en el flujo de pacientes en el sistema (estructurales u organizativas).
4. El primer nivel de atención debe actuar como puerta de entrada y filtro del sistema, y ser capaz de resolver satisfactoriamente la mayoría de los problemas de salud (80%); (6) deben existir incentivos a que los proveedores que conforman la red colaboren entre sí;
5. La información debe acompañar al paciente en su paso por los distintos niveles asistenciales;
6. La tecnología debe estar descentralizada en el nivel más adecuado de acuerdo con los principios de eficiencia y efectividad.

La propuesta de redes integradas de servicios de salud (RISS) busca contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basados en la APS y es entendida como “la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de

promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”.

A la luz de los cambios de las RISS, implica además reconsiderar los avances médicos y tecnológicos, los costos de atención, el déficit de especialistas calificado en zonas alejadas, la migración de los médicos especialistas, nuevos esquemas de incentivos para la retención de los mismos y la inadecuación de los perfiles profesionales y laborales, que lleva a impulsar el desarrollo y aplicación de nuevas políticas de formación del recurso humano en salud.

Se debe buscar un mejor balance entre especialistas y generalistas y pensar en alguna pirámide de empleo que contribuya a mejorar la eficiencia global de las RISS, evitar la duplicidad de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción en los servicios y responder mejor a las necesidades de salud y expectativas de las personas.

4.7. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y ARMONIZACIÓN CON EL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO: CUNDINAMARCA CALIDAD DE VIDA

En el contexto expuesto, el Plan Territorial de Salud se articula en los Objetivos Estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo del Departamento, los cuales se describen a fin de que se conviertan en los orientadores del proceso. Ellos son:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO.

Mejorar condiciones y oportunidades de vida, cohesión sociocultural y equidad para el desarrollo integral del ser humano y del territorio.

Vincula tres pilares del Programa de Gobierno y un componente estratégico:

Pilar 3: Más y Mejor Educación

Pilar 4: Desarrollo Integral del Ser Humano

Pilar 6: Cundinamarca Saludable y Componente Estratégico 1: Equidad para crecer con hábitat e ingresos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: SOSTENIBILIDAD Y RURALIDAD.

Restablecer la relación armónica del ser humano con el ambiente y su entorno.

Vincula dos pilares del Programa de Gobierno y un componente estratégico.

Pilar 5: Cundinamarca Territorio Ambientalmente Sostenible;

Pilar 7: Economía Rural

Componente Estratégico 2: Gestión del Riesgo y Adaptación al Cambio y variabilidad Climática.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: COMPETITIVIDAD, INNOVACIÓN Y MOVILIDAD.

Ser competitivos y sustentables a partir de potencialidades, articulación regional, gestión del conocimiento, innovación productiva y social.

Vincula tres pilares del Programa de Gobierno y un Componente Estratégico:

Pilar 8: Movilidad y Modernización Malla Vial,

Pilar 9: Región Competitiva y Productiva.

Componente Estratégico3: Ciencia Tecnología e Innovación.

OBJETIVO INSTITUCIONAL 4: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA GENERAR VALOR DE LO PÚBLICO.

Garantizar gerencia efectiva por resultados del desarrollo con intervenciones trans sectoriales.

Vincula tres pilares y un componente estratégico:

Pilar 1: Unidad Regional;

Pilar 2: Seguridad y Convivencia Ciudadana.

Pilar 10: Institucionalidad y Gobernabilidad.

Componente Estratégico 4: Decisiones Informadas.

Los objetivos señalados en el Plan de Desarrollo Cundinamarca: Calidad de Vida, son producto de intervenciones transectoriales que se complementan entre sí e interactúan dinámicamente para dar cumplimiento y respuesta a las expectativas ciudadanas que surgieron de diferentes instancias de participación social y mesas de trabajo técnicas tanto al interior de la Secretaría de Salud como en el proceso de formulación del Plan Departamental de Desarrollo en donde hemos participado todos los sectores; siendo el Plan Territorial de Salud 2012-2015: Cundinamarca Saludable, el resultado de este trabajo mancomunado, armónico y cohesivo; el cual hace parte integral del Plan de Desarrollo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7º del numeral III de la Resolución No. 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

4.8. PRIORIDADES Y PILARES DEL PLAN

El Plan de Salud Territorial, adopta y adapta las prioridades y metas en salud establecidos en el Plan Nacional de Salud Pública y aquellas que se definirán en el Plan Decenal de Salud, y las incluye en cada uno de los objetivos estratégicos según aplique, a fin de apalancar su ejecución y cumplimiento.

Estas prioridades corresponden a:

PRIORIDADES	OBJETIVOS
1. La salud infantil.	Mejorar la salud infantil
2. La salud sexual y reproductiva.	Mejorar la salud sexual y reproductiva
3. La salud oral.	Mejorar la salud oral
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.	Mejorar la salud mental
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.	Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.	Disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades
7. La nutrición.	Mejorar la situación nutricional
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.	Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.	Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública

Aunado a ello, los pilares que define la Secretaría de Salud en el desarrollo del Plan Territorial de Salud y que están incluidos en el Plan Departamental de Desarrollo en los componentes estratégico, participativo y organizacional, corresponden a:

- a. Integralidad y transectorialidad en el desarrollo de programas de acuerdo a las etapas de ciclo de vida
- b. Atención primaria en salud Resolutiva para impactar en los determinantes sociales con estrategias como: telemedicina, agentes primarios, enfoque poblacional-territorio.
- c. Red Pública Integrada de Servicios de Salud para generar acceso y calidad en la prestación de servicios, integración de la red, sostenibilidad financiera y competitividad con el fin de mejorar la oportunidad, pertinencia y calidad de los servicios de salud.
- d. Rectoría y direccionamiento a través de acciones efectivas de inspección, vigilancia y control principalmente en el uso eficiente de los recursos en salud, la calidad de la atención, el control de riesgos sanitarios y ambientales.

- e. Participación Social. Encaminada a generar empoderamiento y co-responsabilidad lo cual permite el reconocimiento de las personas como sujeto de derechos y actores activos del proceso de salud y bienestar. Igualmente se priorizará la defensoría del usuario.
- f. Modernización de la Secretaría de Salud con el fin de mejorar la gestión de procesos, el autocontrol y potencializar el talento humano
- g. Ciencia, tecnología e innovación con el fin de impactar la atención en salud basada en la generación y gestión del conocimiento y la implementación de nuevas tecnologías.

4.9. ESTRUCTURA, EJES PROGRAMÁTICOS Y METAS DEL PLAN

Teniendo en cuenta la estructura del Plan Departamental de Desarrollo y a que el Plan Territorial de Salud hace parte integral del mismo, la estructura del presente plan es:

OBJETIVO 1
DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO
PILAR
DEPARTAMENTO SALUDABLE
PROGRAMAS
Inicio Parejo de la Vida
Alianza por la Infancia
Vive y Crece Adolescencia
Jóvenes Constructores de Paz
Adultas y Adultos con Equidad
Vejez Divino Tesoro
Familias Forjadoras de Sociedad
Víctimas del Conflicto Armado con Garantía de Derechos
Equipamiento Social para el desarrollo integral
EJES PROGRAMÁTICOS
Aseguramiento
Desarrollo y Prestación de Servicios
Salud Pública
Promoción Social
Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
METAS DEL OBJETIVO 1. Anexo 2. PLAN INDICATIVO 2012-2015
OBJETIVO 2
SOSTENIBILIDAD Y RURALIDAD
COMPONENTE ESTRATÉGICO

ADAPTACIÓN AL CAMBIO Y VARIABILIDAD CLIMÁTICA
PROGRAMA
Gestión del riesgo y Adaptación al Cambio y la Variabilidad Climática
EJES PROGRAMÁTICOS
Emergencias y Desastres
Desarrollo y Prestación de Servicios
METAS DEL OBJETIVO 2. Anexo 2. PLAN INDICATIVO 2012-2015

OBJETIVO 3
COMPETITIVIDAD, INNOVACIÓN Y MOVILIDAD
COMPONENTE ESTRATÉGICO
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN
PROGRAMA
Cundinamarca Innovadora con Ciencia y Tecnología
EJES PROGRAMÁTICOS
Desarrollo y Prestación de Servicios
Salud Pública
METAS DEL OBJETIVO 3. Anexo 2. PLAN INDICATIVO 2012-2015

OBJETIVO 4
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA GENERAR VALOR DE LO PÚBLICO
PILAR
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y GOBERNABILIDAD
PROGRAMAS
Modernización de la Gestión
Cundinamarca con espacios de participación real
TIC's en Cundinamarca
EJES PROGRAMÁTICOS
Desarrollo y Prestación de Servicios
Salud Pública
METAS DEL OBJETIVO 4. Anexo 2. PLAN INDICATIVO 2012-2015

5. FINANCIACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD (ANEXO 3. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2012-2015)

En la financiación del Plan Territorial de Salud concurren recursos de múltiples fuentes, tanto del nivel nacional como departamental y municipal para el logro de las metas propuestas.

Para el caso del sector salud, existen normas presupuestales específicas complementarias a la normatividad del sector público que determinan la destinación específica de los recursos de algunas fuentes, lo cual se ha tenido en cuenta en el presente plan, para la distribución de los mismos en cada uno de los componentes del plan.

En este sentido las fuentes de financiación por cada uno de los Objetivos y ejes programáticos corresponden a:

OBJETIVO	EJES PROGRAMÁTICOS	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
1	Aseguramiento	Rentas Cedidas Recursos Ordinarios Nación – FOSYGA (No ingresa al Presupuesto Departamental) Cajas de Compensación (No ingresa al Presupuesto Departamental) SGP Municipal (No ingresa al Presupuesto Departamental)
	Desarrollo y Prestación de Servicios	Sistema General de Participaciones-Oferta Rentas Cedidas Recursos Ordinarios
	Salud Pública	Sistema General de Participaciones-Salud Pública Recursos Ordinarios Recursos de la Nación Otros ingresos en salud
	Promoción Social	Sistema General de Participaciones-Salud Pública Recursos de la Nación Recursos Ordinarios
	Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	Sistema General de Participaciones-Salud Pública Recursos Ordinarios

OBJETIVO	EJES PROGRAMÁTICOS	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
2	Emergencias y Desastres	Recursos Ordinarios Recursos de la Nación Recursos de cofinanciación municipios y/u Hospitales
	Desarrollo y Prestación de Servicios	Recursos Ordinarios
3	Desarrollo y Prestación de Servicios	Recursos Cedidas Recursos Ordinarios
	Salud Pública	Recursos Ordinarios
4	Desarrollo y Prestación de Servicios	Rentas Cedidas Recursos Ordinarios Sistema General de Participaciones (SSF) Estampilla Pro-hospitalaria Recursos de la Nación
	Salud Pública	Sistema General de Participaciones-Salud Pública Recursos Ordinarios Recursos de la Nación Otros ingresos en salud

Igualmente, se adelantarán acciones para gestionar recursos de financiación provenientes de regalías, Alianzas Estratégicas con el Sector Privado, Agencias de Cooperación Internacional, Organismos no Gubernamentales, municipios y/u hospitales de la red pública del Departamento, entre otros, los cuales permitirán dar un mayor alcance a las metas planteadas en el presente plan.

El detalle de los recursos proyectados por cada objetivo y metas por ejes programáticos se describe en el Anexo 3. "Plan Plurianual de Inversiones 2012-2015", que hace parte integral del presente plan.

Cabe aclarar que por disposición de la Secretaría de Planeación Departamental la proyección de recursos del Plan Plurianual de Inversiones contempla los recursos de la vigencia 2016, los cuales para efectos del presente plan cuatrienal están incluidos en la proyección de la vigencia 2015.

BIBLIOGRAFIA

- DNP. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo “Properidad para Todos”, 2010.
- GARCÍA-RUIZ, e. a. (2010). El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, Núm. 12 (enero-diciembre), 129-141.
- Ibid. ((enero-diciembre) de 2010). El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, Núm. 12, 129-141.
- MAYA, L. H. (2001). LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:COMPONENTE DE LA CALIDAD DE VIDA. *Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio*.
- MINISTERIO DE SALUD. Ley 1438. “*Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud*”, 2011.
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 425 “*Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales*”, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. Enlace sobre el concepto de salud - http://www.paho.org/home_spa.htm.
- Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la atención primaria en salud de las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud, 2008. Enlace http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_opas_espanhol.pdf
- OMS. Health promotion: A discussion document on the concept and principles. Supplement to Europe News. Traducido por los autores que figuran en la cita (1987)
- OMS. Enlace sobre el concepto de salud: <http://www.who.int/es/>
- VILLAROEL, P. Ideas esenciales en relación al ciclo vital de los seres humanos, 2001
- TALAVERA, MARTA. EL CONCEPTO DE SALUD, DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN. elartedepreguntar.files.wordpress.com/.../el-concepto-de-salud-marta

ANEXOS

Anexo 1. Análisis de la Situación de Salud del Departamento de Cundinamarca.

Anexo 2. Plan Indicativo 2012-2015. (Anexo 1. Resolución 425/2008)

Anexo 3. Plan Plurianual de Inversiones 2012-2015 (Anexo 2. Resolución 425/2008)

Anexo 4. Ordenanza Plan Departamental de Desarrollo 2012-2016: “Cundinamarca, Calidad de Vida”

Igualmente hacen parte del Plan Territorial de Salud los Planes Operativos Anuales que se formulan para la ejecución del mismo y que corresponden a los Anexos 3 y 4 de acuerdo a las disposiciones contenidas en la Resolución 425 de 2008.